

PARTIE 2

LE CADRE THEORIQUE ET
CONCEPTUEL DE LA THESE

PARTIE 2 : LE CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA THESE

Chapitre 1 : Les risques en théorie et les cadres mobilisés pour l'étude de la perception des risques nutritionnels

Ce chapitre analyse les apports, les limites et élargissements possibles des approches du risque inspirées de la théorie de la prise de décision pour l'étude du risque de santé alimentaire.

Nous montrons tout d'abord comment le risque est conceptualisé et évalué dans la théorie économique de la prise de décision. Ses prolongements en sociologie et en psychologie sont ensuite exposés. Nous nous intéressons finalement à la multidimensionnalité de la perception du risque, selon la conception des théories du risque perçu en marketing et en sociologie du risque (paradigme psychométrique).

Ce chapitre conclut sur les apports de ces différents cadres théoriques et conceptuels pour la recherche.

INTRODUCTION

Jusqu'à la fin des années 40, la théorie micro-économique a largement dominé l'étude du comportement du consommateur (*Brée, 1994*). Les comportements individuels face au risque sont généralement modélisés selon une perspective de prise de décision en univers incertain et risqué (*Cho & al., 1999*). A côté de ces approches probabilistes qui sont ancrées dans une perspective de décision rationnelle et qui reposent sur une notion quantitative du risque, d'autres recherches en sciences sociales ont permis de modérer l'hypothèse de maximisation du critère d'utilité. Elles montrent que les individus peuvent être sujets à des biais cognitifs pendant la phase d'évaluation du risque.

Dans les années 70, la notion de risque a fait l'objet de nombreux développements en sociologie et psychologie cognitive, au travers des recherches sur le traitement de l'information. Les psychologues considèrent que le risque est inhérent à la personne pour lui permettre de faire face aux incertitudes de la vie (*Slovic, 1992*). Le paradigme psychométrique prend en compte un certain nombre de dimensions qualitatives du risque dans son évaluation. Il offre en particulier un cadre d'analyse et un outil méthodologique intéressants pour étudier la perception et l'acceptabilité du risque.

Selon l'angle théorique d'approche, la notion de risque prend différentes significations et revêt un caractère ambigu et controversé. Elle a été appliquée dans de nombreux contextes de la vie sociale, aux développements technologiques, conditions de travail, activités privées, à la santé publique, à l'environnement (pollution), l'usage des drogues, le SIDA, le tabagisme, l'énergie nucléaire, etc. Le risque de santé lié à l'alimentation a fait l'objet de peu d'investigations (*Muraro-Cochart, 2003a*) dans le champ du comportement du consommateur, à part quelques articles récents qui se sont intéressés à la thématique du risque de santé (*Keller & al., 2002 ; Moorman, 2002*) et du risque alimentaire (*Brunel & Pichon, 2002*).

I. CONCEPTUALISATION ET FORMALISATION ECONOMIQUE DU RISQUE ET DE LA PRISE DE DECISION SELON LA THEORIE DE L'UTILITE ESPEREE

En repartant des origines du concept de risque, nous montrons comment il est conceptualisé et modélisé en théorie économique. Les limites de cette approche sont soulevées.

1. Aux origines de la notion de risque

La notion de risque est apparue dès le 16^{ème} siècle dans le vocabulaire des assurances maritimes (*Peretti-Watel, 1999*). Dans les sociétés anciennes, toute catastrophe relevait d'une volonté surnaturelle et divine. Au 17^{ème} siècle, le religieux a perdu de son influence et une vision laïque s'est développée en mettant en perspective une série de causalités néfastes potentiellement prévisibles, donc évitables moyennant certaines précautions (*Le Breton, 1995*). Cette nouvelle perception a légitimé le rôle de l'Etat dans la prise en charge du risque. Les catastrophes ne dépendant plus d'une volonté divine, ils devinrent la conséquence directe de l'imprudence humaine (principe de laïcisation des catastrophes) (*Brunel, 2002*). L'idée de cause s'est complexifiée pour celle de facteurs de risque, par définition variés, disséminés et pluriels (*Peretti-Watel, 1999*), qui augmentent la probabilité que survienne la maladie (*Dab, 1998*). Le risque nul n'existe donc plus. Le risque devient un mode de représentation qui confère à un événement donné le statut d'accident en introduisant son caractère dommageable (*Peretti-Watel, 2000*). Relevant de l'aléa, le risque bascule dans le champ du calcul probabiliste et du ressort de la décision. Beck note que le concept de risque apparaît lorsque que l'on cesse d'attribuer les évènements nuisibles au destin, au caprice des dieux ou à la

nature, lorsqu'on prend conscience que l'action de l'homme s'est traduite par un accroissement du sentiment d'insécurité (*Beck, 1992*).

2. Décision face au risque dans un cadre d'utilité espérée

La notion de risque a été introduite dans la littérature économique dans les années 20 (*Knight, 1921*). Elle a donné naissance à un courant de recherche très formalisé sur le plan quantitatif, largement utilisé en économie et en théorie financière (*Dandouau, 2000*). L'incertitude a été introduite dans les théories de l'équilibre général et de l'optimum au début des années 1950. Elle a été appliquée au choix d'assurance dans les années 60, comme activité économique pour se protéger de certains événements aléatoires et à la gestion des risques non-financiers (de santé, environnementaux) ensuite (*Mossin, 1968*). Il a longtemps existé un amalgame entre « risque » et « incertitude ». Knight a séparé ces deux notions ; le risque a une probabilité connue alors que l'incertitude existe quand il y a un manque d'information sur la probabilité (*Knight, 1921*).

La notion de risque se trouve au point de convergence des notions d'accident et d'assurance. Pour être pensé comme un risque, l'évènement doit d'abord être considéré comme un accident : il relève alors du hasard, de l'aléa et non d'une cause simple et mécanique. Ce caractère aléatoire autorise ensuite que cet évènement soit soumis à un calcul de type assurantiel : l'aléa est quantifié par le calcul statistique, de même que le dommage associé à l'évènement possible est traduit en termes monétaires. Cette double quantification permet une estimation globale du risque (*Peretti-Watel, 1999*).

Selon la théorie microéconomique de la décision et en particulier la théorie de l'utilité (subjective) espérée (*critère d'espérance d'utilité de Von Neuman & Morgenstern, 1944 ; utilité subjective espérée ou SEU¹ de Savage, 1954*), le risque est un critère de décision² en univers risqué ou incertain (contextes de choix) qui reflète les préférences (désir par rapport à plusieurs options).

La SEU s'applique à une prise de décision dans :

- (1) un univers risqué, lorsque l'agent sait quels événements peuvent se réaliser dans le futur et connaît la distribution de probabilité d'occurrence de chacun d'eux (axiomatique « VNM » de Von Neuman et Morgenstern) ; l'agent économique peut

¹ « subjective expected utility »

² Ce critère prend en compte le fait que les individus ne s'intéressent pas directement aux résultats d'une loterie mais à son utilité, variable d'un individu à un autre.

alors calculer une espérance mathématique, somme des résultats possibles pondérés chacun par leur probabilité,

- (2) un univers incertain quand l'agent sait quels évènements peuvent se réaliser dans le futur mais pas leur probabilité d'occurrence ; dans ce cas, il va élaborer des probabilités « subjectives » qu'il estime dans un intervalle de probabilités en référence à d'autres évènements³ (axiomatique de « savage »),
- (3) un univers indéterminé, quand l'agent ne connaît ni les évènements possibles, ni *a fortiori* leur probabilité.

Dans le cadre de situations à risque, la SEU postule que l'*Homo oeconomicus*, qui suit un processus de décision rationnel⁴, va assigner une valeur d'utilité à chaque niveau de richesse possible. Dans le domaine de la santé, on peut comparer ces niveaux de richesse aux différents états de santé possibles.

L'utilité totale est la somme du produit de la désirabilité et de la probabilité de chaque conséquence (résultat) :

$$\text{Utilité} = \sum_n p_i u(\text{conséquence } i)$$

n : nombre de conséquences potentielles (pour la santé)

p_i : probabilité d'occurrence de la conséquence i

u (conséquence i) : désirabilité de la conséquence i

Dans cette formalisation mathématique du problème de décision proposée par Bernouilli⁵ en 1738, le risque est introduit artificiellement sous la forme d'un évènement aléatoire (loterie, jeu), dont les résultats possibles et les probabilités associées sont connus (données ou estimations). Ce joueur rationnel, confronté à différentes loteries, cherche la maximisation d'une utilité espérée en multipliant l'aléa par le résultat (*Kast, 2001*).

L'utilité totale (de chacun des ensembles de conséquences possibles pouvant résulter d'une action) est la représentation numérique de l'attitude individuelle globale pour une action donnée. Les choix individuels (sélection par rapport à plusieurs alternatives) peuvent être prédits à partir de l'attitude d'une personne vis à vis du risque, qui décrit la forme de la fonction d'utilité (ou fonction de préférence ou fonction de gain). Elle lui permet de calculer et d'ordonner de façon cohérente, selon des règles de combinaison spécifiques, l'utilité de

³ Le point de vue subjectiviste considère que cette probabilité a une valeur à tout moment qui représente la connaissance totale disponible sur le processus à un temps donné. Une information supplémentaire sera ajoutée à la connaissance précédente selon une manière logique et consistante basée sur le théorème de Bayes (*Benjamin & Cornell, 1970*).

⁴ Selon M. Allais, « un homme est réputé rationnel lorsque a) il poursuit des fins cohérentes avec elles-mêmes; b) il emploie des moyens appropriés aux fins poursuivies » ; cette rationalité est inhérente à l'action humaine dans la mesure où toute action est intentionnelle et où chaque individu va rechercher les moyens les plus adaptés pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés. Elle conduit à un optimum social dans une économie de marché et de propriété privée.

⁵ paradoxe de Saint-Petersbourg ; Daniel Bernouilli introduit l'utilité comme fonction concave de la richesse.

chaque option. L'alternative offrant la plus grande utilité est considérée comme la « meilleure » option (*von Winterfeldt & Edwards, 1986*). Les préférences reflètent un lien entre l'utilité espérée (valeur) et les caractéristiques de l'évènement risqué (attentes) (*Payne, 1975 ; Coombs & Lehner, 1984*).

La théorie de l'utilité mesure ainsi le risque à partir des préférences de l'agent. La plupart des applications concernent des agents qui ont la caractéristique psychologique fondamentale d'aversion au risque (prudence ou principe de précaution).

Arrow (*1965*) et Pratt (*1964*) ont proposé un indicateur local d'aversion au risque (pour un niveau de richesse donnée) ; leur formalisation présuppose l'existence d'individus averses au risque et d'autres preneurs de risque. L'aversion au risque ou la propension à prendre des risques se réfère à l'incurvation de la fonction d'utilité. L'attitude envers le risque est un continuum de l'aversion au risque à la recherche de risque et est généralement considéré comme un trait de personnalité (*Weber & al., 2002*). Le risque dépend donc de l'aversion pour le risque, correspondant à des propriétés particulières des préférences de l'agent (propriétés mathématiques de sa fonction d'utilité).

En résumé, la théorie de l'utilité espérée s'appuie sur une rationalité probabiliste de l'individu. Elle considère que le sujet rationnel et conscient prend ses décisions de manière à maximiser une fonction d'utilité sous contraintes (temps/budget), en mobilisant l'information (connaissance des probabilités des états possibles). Le problème de décision se structure autour de l'identification du risque, des alternatives possibles et de leurs conséquences et aussi de l'évaluation des différentes conséquences de chaque action (en termes de désirabilité et de probabilité). Le critère de décision est celui de la maximisation de l'utilité espérée. Ce modèle économique s'appuie sur la fonction d'utilité d'un décideur rationnel, qui décrit son attitude face au risque.

3. Perception du risque selon la théorie de la décision

Suivant cette perspective théorie de la décision, les experts évaluent le risque (cf. formule ci-dessous) par une mesure d'utilité exprimant :

- l'importance du risque ou gravité (en terme de morts, dommages ou blessures), qui renvoie au jugement de préférence,
- pondérée par la probabilité (incertitude) d'occurrence de la conséquence (perte), qui renvoie au jugement de croyance (*Peretti-Watel, 2000*).

$$\text{Risque} = \sum_n (\text{gravité} * p_i)$$

où :

n : nombre de conséquences potentielles négatives pour la santé

p_i : probabilité d'occurrence de la conséquence i (événement par unité de temps)

gravité : désirabilité de la conséquence i (conséquence/événement)

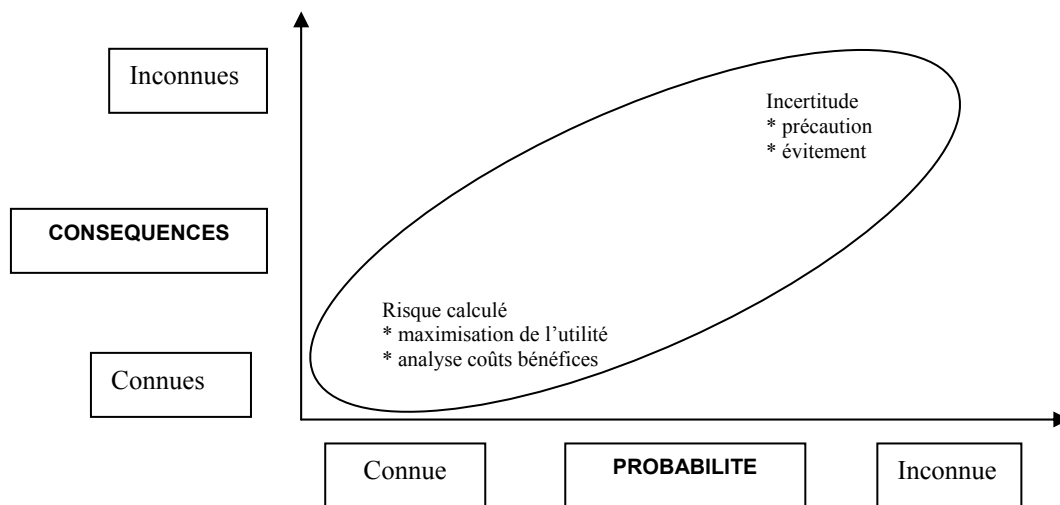
Risque : conséquence par unité de temps.

Yeung & Morris (2001) définissent le risque technique comme une « combinaison de probabilité (fréquence d'occurrence) d'un risque défini et de l'importance de ses conséquences ». Le risque statistique dérive d'une valeur moyenne attendue pour une situation à risque, basée sur la somme des produits des résultats possibles multipliés par les probabilités relatives.

Pour certains auteurs, le risque perçu est déterminé avant tout par la probabilité de perte (Keller & al., 1986 ; Slovic, 1966 ; Slovic & Lichtenstein, 1968 ; Payne, 1975 ; Coombs & al., 1978) ; pour d'autres, le facteur le plus important dans la perception du risque est l'importance de la perte (MacCrimmon & Wehrung, 1986 ; Shapira, 1994).

Dans des situations d'incertitude, quand à la fois les conséquences et probabilités sont inconnues (si l'on s'appuie sur la distinction faite entre ces deux aspects de l'incertitude par Cancian, 1980), la stratégie de choix sera la mise en œuvre de stratégies de précaution ou d'évitement. Beaucoup de risques de la société moderne sont concernés par ce deuxième cas (ESB⁶, OGM⁷, énergie nucléaire) (Boholm, 2003).

Schéma 3 : Stratégies de choix en situation risquée ou incertaine
(inspiré de Boholm, 2003)



⁶ Encéphalite Spongiforme Bovine

⁷ Organismes Génétiquement Modifiés

4. Conclusion : Les limites de l'approche économique et les paradoxes observés

L'approche dominante pour décrire les choix risqués est le modèle d'utilité espérée. Ce modèle définit le risque par la forme de l'utilité et les fonctions de probabilité pondérée. Il semble exister un consensus sur l'essence du risque, qui renvoie à un mode de représentation des événements fondés explicitement sur un calcul probabiliste. Le risque est communément exprimé en termes mathématiques par le produit de deux composantes : la probabilité statistique d'un événement défavorable (conséquences négatives, pertes) et la gravité de l'effet (importance) ; le résultat est considéré comme un coût qui sera estimé en termes monétaires (nombre de morts ou cas de maladies). En appliquant cette perspective technique, l'analyse scientifique du risque permet des comparaisons de différents risques. Un risque à faible probabilité, qui a de graves conséquences pour la majorité de la populations peut être comparé avec un risque à très haute probabilité mais à conséquences plus limitées pour la population. Les estimations comparées des risques peuvent servir à définir des recommandations (*Boholm, 2003*).

La théorie de l'utilité espérée fournit un cadre pour comprendre, dans une perspective scientifique, le choix rationnel individuel face à des situations risquées. Le consommateur est supposé fonder sa prise de décision après évaluation d'un risque quantitatif global selon une rationalité utilitariste et probabiliste individuelle. Cette théorie normative décrit comment les gens devraient procéder quand ils prennent leurs décisions.

Certaines hypothèses de ces modèles économiques ont été réfutés empiriquement. De nombreux chercheurs en psychologie et sociologie ont mis en évidence l'existence de « paradoxes » (*Allais*⁸, 1953 ; *Ellsberg*⁹, 1961 ; *Kahneman & Tversky, 1972*¹⁰) ; dans les conditions expérimentales de laboratoire, les sujets ne prennent pas leurs décisions conformément à la théorie et n'agissent pas toujours dans un intérêt personnel. Ces travaux ont montré les limites du modèle standard en économie et ont contribué à modérer l'hypothèse selon laquelle le consommateur choisit entre plusieurs alternatives en maximisant l'utilité espérée.

⁸ Allais observe une violation systématique de l'axiome de transitivité de la théorie du choix rationnel.

⁹ Ellsberg a mis en évidence un effet de certitude : les sujets pondèrent plus fortement les événements certains que incertains.

¹⁰ Les travaux de ces auteurs sont détaillés dans la suite de la thèse.

Les années 70 et 80 ont été des périodes de réflexion critique sur la validité et la pertinence de la notion de risque. Les psychologues et sociologues se sont intéressées à la logique des actions individuelles en univers incertain et indéterminé, aux problèmes de la formation des croyances, aux mécanismes cognitifs sous-tendant la décision et aux influences interpersonnelles entre joueurs (*Peretti-Watel, 2000*). Dans un premier temps, leur contribution a surtout consisté à élargir le concept de rationalité et à résoudre les « paradoxes » de la théorie économique. Ils ont mis en évidence l'existence de biais perceptuels et cognitifs pendant les phases de traitement et d'évaluation de l'information et des probabilités.

II. PROLONGEMENTS EN SOCIOLOGIE ET PSYCHOLOGIE

La psychologie et la sociologie ont permis de dépasser et d'expliquer les paradoxes soulevés par la théorie économique. Leurs contributions à l'élargissement du concept de rationalité et à l'étude expérimentale des comportements (théories des « prospects » et des biais cognitifs) sont développées. Nous concluons sur l'intérêt de ces travaux et leur prise en compte dans la présente recherche.

1. Elargissement du concept de rationalité

1.1. Les conceptions élargies de la rationalité (limitée, procédurale et cognitive)

L'individu parfaitement rationnel au sens économique du terme n'est pas réaliste. Ce concept de rationalité « substantive » renvoie aux buts que poursuit l'acteur ainsi qu'aux caractéristiques objectives de la situation. Il fait l'hypothèse d'une information parfaite et complète des individus alors qu'ils ne peuvent pas avoir accès à toute l'information qui est coûteuse à acquérir.

Les approches sociologiques substituent à la rationalité substantive une rationalité limitée, qui prend en compte les contraintes organisationnelles qui pèsent sur le décideur, en particulier au niveau de ses capacités de calcul et d'investigation (*Simon, 1955*). Quand les problèmes sont complexes, les capacités cognitives sont trop limitées pour que l'individu cherche à maximiser son utilité; l'individu n'est pas en mesure de prendre en compte toutes les informations ni toutes les conséquences de ses actes ; il lui est très souvent impossible de calculer les utilités et les probabilités de tous les résultats potentiels d'une stratégie. Il se contentera alors d'un seuil de satisfaction : la rationalité limitée ainsi définie renvoie au

« processus rationnel qui intègre progressivement l'information acquise au cours du processus de choix et permet ainsi d'arriver à une solution qui n'est plus nécessairement la solution optimale mais une solution satisfaisante » (*Simon, 1955*).

Limité dans ses calculs et son accès à l'information, la décision n'est plus instantanée, elle est procédurale. La décision ne serait donc qu'une rationalisation et non une réalité (*Simon, 1976*). La notion de rationalité procédurale renvoie à la construction de mécanismes et de procédures de prise de décision appropriés. Le choix rationnel n'est plus un « produit de la pensée » mais un « processus de la pensée ». Selon cette perspective, la psychologie s'intéresse plutôt au « processus cognitif » conduisant à la formation d'un jugement de préférence qu'au résultat. L'homme, vu comme penseur, est un système de traitement de l'information. Comme ce processus est coûteux, l'individu ne recherche pas la solution optimale mais une solution satisfaisante (*Crozier & Friedberg, 1977*).

Boudon (1986) développe sa propre explication des actions « non logiques » des personnes ou groupes sociaux. Selon une rationalité cognitive, « tout comportement met en jeu des croyances, qui découlent de systèmes de raisons cohérentes et fortes ; les croyances qui paraissent irrationnelles sont le produit d'un effort rationnel pour interpréter le monde qui nous entoure avec les ressources cognitives dont on dispose ». La fin consiste ici en la satisfaction de valeurs ou de principes. La rationalité cognitive suppose un processus de formation des valeurs tout en postulant un niveau d'existence de ces valeurs méta-conscient chez les individus ; cette mémoire collective exprime des croyances « conventionnelles, des règles préétablies, des éléments de la connaissance collective ». L'individu se réfère à son système social et la formation des croyances est un processus interactif entre agents, de type délibératif¹¹.

En conclusion, pour les psychologues cognitivistes, la perception du risque est le processus par lequel un individu prend conscience de son environnement risqué (dangereux) et l'interprète de telle façon qu'il soit en accord avec son schéma de référence (*Filser, 1994*). Le risque perçu serait donc le résultat d'une construction mentale, d'une représentation, basée sur des informations perçues, s'insérant dans des schémas précédemment mémorisés.

¹¹ exemple du modèle de « psychologie de marché » de *Munier, 1991* (In : *Peretti-Watel, 2000*)

1.2. La pluralité des formes de « rationalité » dans les domaines de l'alimentation et de la santé

La sociologie de l'alimentation, s'appuyant sur la sociologie compréhensive de Max Weber (1959), prend en compte ces différentes formes de rationalité :

- **la rationalité en finalité** ou rationalité instrumentale, qui est l'adaptation des moyens aux fins poursuivis : santé, esthétique, économique, etc. ; sa construction suppose la prise de conscience par le mangeur d'un lien entre alimentation et santé, alimentation et plaisir, etc., et la santé peut être recherchée en mobilisant des connaissances nutritionnelles scientifiques (Corbeau & Poulain, 2002) ;
- **la rationalité en valeur**, qui met l'accent sur le lien entre alimentation et valeur(s) morale(s) ; la décision trouve sa raison d'être dans le respect des valeurs qu'elles qu'en soient les éventuelles conséquences, l'aliment étant consommé parce qu'il est autorisé ou légitime. La légitimation¹² peut prendre quatre formes dans le domaine de la décision alimentaire (adaptation par Corbeau & Poulain, 2002 à partir de Weber, 1959):
 - **la légitimation charismatique**, qui consiste à déléguer la décision à une instance reconnue comme porteuse d'une vérité (par exemple le religieux) ;
 - **la légitimation traditionnelle**, qui consiste à mettre en œuvre une pratique au non de la tradition ;
 - **la légitimation de type rationaliste**, qui correspond à la rationalité « axiologique » ou « cognitive » définie par Boudon (1986) ; l'individu peut mobiliser des valeurs scientifiques, en se référant aux discours nutritionnels incarnés par certains spécialistes (nutritionnistes, diététiciens) sans pour autant que les liens de causalité entre les pratiques et leurs conséquences n'aient été démontrés ;
 - **la légitimation de type légal bureaucratique**, basée sur la légitimité de prescriptions, de discours tenus par des instances technico-politiques fondées sur des expertises scientifiques.

Suivant la rationalité poursuivie et selon le processus de légitimation perçue, les acteurs n'auront pas forcément recours à l'information scientifique. Il apparaît important de comprendre pourquoi et comment une valeur est considérée comme légitime par l'individu (Corbeau & Poulain, 2002).

Corbeau & Poulain (2002) voient les mangeurs comme des êtres « pluriels », non « irrationnels », capables de mobiliser plusieurs formes de rationalité en fonction des

¹² processus par lequel un acteur social accepte de se soumettre au pouvoir d'une autre personnes ou à des règles, qu'il considère comme normales ou acceptables (Corbeau & Poulain, 2002).

situations, et considèrent que le comportement économique rationnel (ou sa « revendication ») est une construction sociale spécifique.

2. L'acceptation généralisée du risque

Dans la théorie économique, l'individu « rationnel » se comporte dans son intérêt, pour maximiser ses bénéfices et le risque n'est qu'un moyen d'accroître ses ressources. Or le risque peut être recherché comme source de plaisir, comme moyen de reconnaissance sociale, etc. Certains auteurs ont mis en évidence que certains individus tendraient à être naturellement averses au risque en cherchant à l'éviter (*risks avoiders*) alors que d'autres recherchent la prise de risque (*risk takers*) (Arrow, 1965 ; Heimer, 1988). Les individus qui prennent des risques le font par exemple par défi ou fuite des conventions sociales, par recherche de bien-être physique, de sensation et comme moyen de désinhibition (tabagisme, alcoolisme, sports à haut risque). C'est ce que les psychologues appellent « l'acceptation généralisée du risque » et la « désinhibition sociale » (Wibberley & Price, 2000). Cette prédisposition à prendre des risques expliquerait des comportements dangereux pour la santé (pour soi-même ou les autres). Ces caractéristiques sont considérées en sciences humaines comme des traits de personnalité, prédispositions psychologiques de long terme et stables chez l'individu et qui affectent le comportement (Schaninger, 1976). Le goût du risque serait un élément fortement explicatif de certains comportements de consommation (planifiés ou impulsifs) (Gregory, 2000). L'acceptation généralisée du risque proviendrait d'une évaluation du risque plus faible pour soi-même (biais d'optimisme).

En résumé, la rationalité limitée et cognitive des individus et certains traits psychologiques conduisent à des préférences des agents différentes de celles qui sont attendues en théorie, notamment quand ils sont confrontés à un jugement dans l'incertain. La façon dont les sujets agissent révèlent ce qu'ils croient être de leur intérêt. Le risque peut être considéré comme un bien recherché pour lui-même, une fin en soi et il n'est donc pas toujours subi ou recherché uniquement comme moyen d'obtenir un gain monétaire (résultat le meilleur possible). Les prises de risque peuvent permettre d'affirmer des qualités, des capacités, peuvent être des formes de reconnaissance sociale.

Le modèle d'utilité espérée est impuissant à expliquer de nombreux comportements. Le postulat de rationalité porte surtout sur le choix en considérant la perception comme une donnée. Or, le processus de décision se décompose en deux phases, la perception et la décision. La perception est le processus par lequel le décideur recherche, traite l'information

et ferme son univers décisionnel¹³ ; elle est suivie du choix (évaluation des alternatives). Il y a toujours une partie du processus de perception qui est en dehors du champ de la rationalité, qui est en ce sens subjective. Les différences de perception du problème décisionnel et la subjectivité de la rationalité peuvent expliquer le décalage entre perception et décision (*Garello, 2000*). Les facteurs psychologiques, l'existence de procédures mentales et de représentations sociales, non prises en compte dans la SEU jouent un rôle central dans la perception et la décision.

Pour tenter de résoudre certains paradoxes, des travaux en psychologie économique ont porté d'une part sur l'aménagement du critère d'utilité espérée¹⁴, et d'autre part sur l'évaluation des probabilités (perception du champ des possibles). Ce sont ces développements théoriques qui sont développés maintenant.

3. L'étude expérimentale du comportement humain

3.1. La théorie des « prospects » ou des « perspectives »

Tversky & Kahneman (1974) ont été parmi les premiers à s'intéresser à la non linéarité et déformation des probabilités. Ils ont montré que les individus analysent difficilement des situations complexes lorsque les conséquences de leur choix sont incertaines. Ils jugent et décident alors en violant systématiquement les lois élémentaires de la probabilité, sans respecter les règles de calcul de l'utilité en univers risqué. A partir des comportements observés¹⁵, ils ont développé la théorie des « prospects » ou théorie des « perspectives » (*Kahneman & Tversky, 1979 ; Kahneman & al., 1982 ; Tversky & Kahneman, 1992*), qui est une théorie des choix alternative à la théorie de l'utilité espérée. Elle propose un autre critère de décision face à une situation risquée, dans lequel les conséquences sont évaluées par une utilité et les probabilités sont déformées par une fonction.

Dans la théorie des « prospects », la prise de décision est conceptualisée comme un processus de choix en deux phases (*Arts, 2000*) :

- une **phase de structuration des informations** : phase de préparation pendant laquelle le preneur de décision organise, trie, reformule et simplifie le problème de choix ; au cours de cette étape, l'individu peut avoir recours à des principes simplificateurs

¹³ L'univers décisionnel correspond à la délimitation de l'ensemble des choix ainsi que de l'ensemble des conséquences associées de façon plus ou moins certaines à chaque choix. L'individu sélectionne les connaissances qui lui paraissent pertinentes pour la décision à prendre (*Garello, 2000*).

¹⁴ En particulier tentatives d'affaiblissement et de dépassement des axiomes d'indépendance et d'ordonnement (transitivité) des préférences (« paradoxe de Allais », 1953).

¹⁵ La mise en situation dans des conditions de laboratoire permet d'étudier le comportement de choix et de vérifier si les décisions humaines face à l'incertitude et au risque peuvent être expliquées par les concepts normatifs de la théorie de la décision.

(cf. heuristiques § 3.2.a) pour faire face à la complexité de l'information qu'il doit traiter, qui peuvent être à l'origine de biais psychologiques ; le décideur va choisir un point de référence (c'est l'encodage) ;

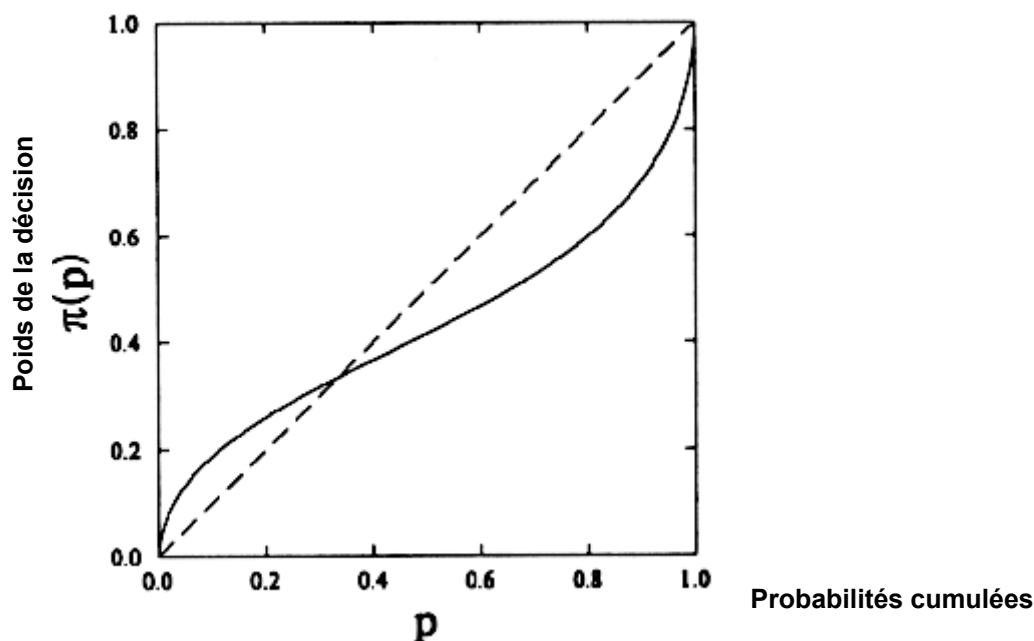
- une **phase d'évaluation** : elle consiste à évaluer les différentes perspectives précédemment traitées et à choisir celle qui possède la plus grande valeur (V) qui dépend de deux variables :

π associe à la probabilité p de l'événement un poids de décision $\pi(p)$,

v donne la valeur subjective du résultat de ce même événement et exprime des gains et des pertes.

La **fonction du poids de la décision** (cf. graphe 11) est de la forme (Prelec, 1998, in : Dharni & Nowaih, 2004) : $\pi(p) = \exp[-(-\ln p)^\alpha]$.

Graphe 11 : Fonction du poids de la décision dans la théorie des prospects de Tversky & Kahneman (1992)



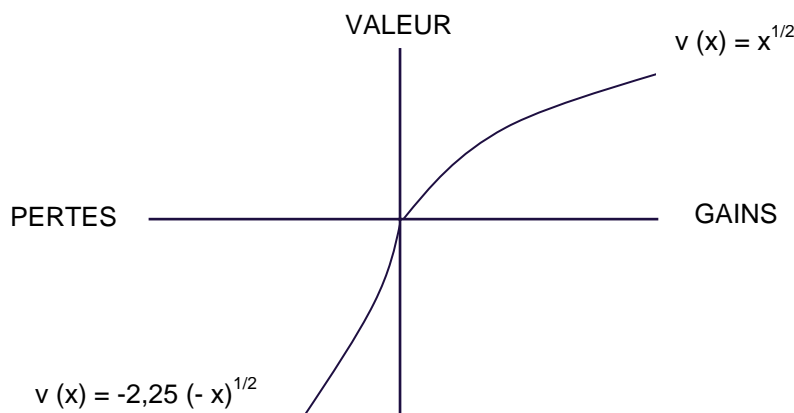
La théorie des « prospects » diffère de la théorie de l'utilité espérée dans le sens où les préférences sont traitées comme une fonction des « poids de décision », qui ne correspondent pas toujours aux probabilités. Elle prend en compte le fait que les probabilités ne rentrent pas de façon linéaire dans l'évaluation. Les probabilités sont déformées par une fonction π , qui suppose que les individus le plus souvent surévaluent les faibles probabilités et sous-évaluent les fortes probabilités (Kahneman & al., 1982). Il semble que la transformation subjective des probabilités soit d'autant plus optimiste que les conséquences sont plus désirables

(*Slovic, 1966*) et qu'au contraire les risques associés aux conséquences particulièrement négatives soient sur-pondérés de manière pessimiste (*Viscusi, 1995*).

La transformation des probabilités dépendrait aussi de l'horizon temporel. Quand les résultats d'une décision semblent proches dans le temps, il résulte un comportement d'aversion au risque alors que quand les résultats paraissent lointains, il résulte un comportement de prise de risque. Mowen (*1992*) a observé que les conséquences négatives futures d'une décision seront souvent sous-évaluées comparativement aux conséquences positives futures.

La théorie des prospectifs remplace la notion d'« utilité » par celle de « valeur »; alors que l'utilité est toujours définie en termes de richesse nette, la valeur est définie en termes de gains et de pertes. La **fonction de valeur** (cf. graphe 12) est définie en fonction des déviations (changements perçus) par rapport à un point de référence donné (*statu quo*); l'agent évalue davantage ses pertes par rapport à un point de référence que dans l'absolu (*Kahneman & Tversky, 1979*). La formation du point de référence peut dépendre de l'expérience personnelle, d'une référence sociale, d'une valeur fixée à atteindre, du meilleur résultat connu ou possible, ou du regret par rapport aux autres possibilités de choix; il s'impose de lui-même à l'individu de part son expérience, sa culture, la situation de choix (*Arts, 2000*). Helson (*1964*) a appliqué cette notion à la santé et définit le niveau de référence de prise de risque de santé comme les normes internes représentant les effets des états de santé passés, courants, et futurs (attendus) qui affectent les comportements à risque dans le domaine de la santé. Mais il est difficile à définir pour les décisions relatives à la santé parce que chaque individu expérimente différents états de santé et contextes sociaux dans le temps (*Cho & al., 1999*).

**Graphe 12 : Fonction de valeur ou préférences en théorie des prospects
(adapté par Dhimi & Nowaih [2004] à partir de Kahneman & Tversky [1979])**



La courbe de valeur présente une pente plus importante pour les pertes que pour les gains : la dissatisfaction associée à une situation de pertes est plus importante que la *satisfaction* associée à une situation équivalente de gains. La valeur attribuée aux gains et pertes est indépendante du risque : elle est concave pour les gains, convexe pour les pertes. Les sujets seraient averses au risque pour des situations de gains (par exemple lorsque le problème est formulé en termes de taux de survie, les individus préfèrent la certitude au pari), et rechercheraient le risque pour des situations de perte (préférences pour le pari) (*Asian disease problem* ; Tversky & Kahneman, 1981). Les attitudes et comportements face au risque seraient donc fonction du cadrage (*framing*) du problème ; un cadrage de la décision positif (situations de gain) entraîne une aversion au risque : en situation de gains, les sujets préfèrent gagner moins mais éviter les pertes (aversion pour les risques, pertes ; *risk-aversion behavior*) ; inversement, un cadrage négatif (situations de perte) entraîne une recherche de risque : les individus ont tendance à choisir l'option offrant quelques chances d'échapper à la perte (option risquée) plutôt que l'option présentant une perspective d'une perte assurée (*risk-seeking behavior*).

En résumé, la théorie des prospects a mis en évidence la déformation des probabilités. Elle postule en particulier que les individus tendent à surestimer les petites probabilités et à sous-estimer les probabilités fortes. Elle montre que l'attitude envers le risque n'est pas un continuum de l'aversion au risque à la recherche de risque, comme le postule la théorie microéconomique (Weber & al., 2002) ; les individus n'évaluent pas de façon symétrique une

perte et un bénéfice potentiels liés à un risque ; ils sont en général plus sensibles aux risques de pertes qu'aux probabilités de gains. Elle introduit un point de référence ou point focal et distingue les pertes et gains par rapport à ce point focal. Les comportements semblent affectés par la formulation du problème de choix (effet de cadrage). Des variations dans la manière dont le prospect est présenté (en termes de gains et de pertes) mènent à des préférences et des comportements différents (aversion ou recherche de risque).

D'autres recherches sur les probabilités ont mis en évidence la tendance des individus à raisonner par seuils et ont identifié des seuils en dessous desquels les variations de probabilité ou d'utilité ne sont pas perçues par l'individu, qui tend alors à considérer le risque comme négligeable pour lui-même (*Willinger, 1990*). Les études empiriques des psychologues ont démontré qu'en situation d'incertitude, les individus mettent en place un ensemble de règles cognitives et de stratégies mentales qui « biaisent » l'évaluation des probabilités.

3.2. Les théories des biais cognitifs

a. Les principes heuristiques de jugement

Les travaux en économie expérimentale ont montré les jugements individuels peuvent être sujets à des « biais¹⁶ cognitifs » pendant les phases de traitement de l'information (perception, estimation des probabilités) et d'évaluation des alternatives. Ces biais cognitifs peuvent être des « barrières » au changement d'attitude et de comportement (*Kahneman & al., 1982*).

Parmi ces biais psychologiques, les « heuristiques¹⁷ » (ou principes heuristiques) sont un moyen de réduire l'incertitude et de restreindre l'éventail de choix face à un problème de décision complexe (*Tversky & Kahneman, 1974 ; Payne & al., 1992*). Ces stratégies mentales simplificatrices de résolution de problème seraient à l'origine d'erreurs systématiques de raisonnement dans l'utilisation de l'information probabiliste. Ils modifient l'évaluation du risque par les individus et en particulier la perception des probabilités d'occurrence des risques (*Kahneman & Tversky, 1972, 1979*).

¹⁶ Un biais se définit comme une « distorsion que subit une information en entrant dans le système cognitif ou en en sortant. Dans le premier cas, le sujet opère une sélection d'information ; dans le second, il réalise une sélection des réponses ». (grand dictionnaire de la psychologie, 1993, Paris : Larousse).

¹⁷ A la différence de l'algorithme (règle qui permet d'arriver à la situation dans tous les cas), les heuristiques sont des règles générales d'action applicables en principe à toutes les situations de problèmes ; mais elles sont parfois impropres et peuvent rendre un problème insoluble (*Bromberg, 1999*).

Les principales règles heuristiques mises en évidence sont :

- **l'« heuristique de représentativité »** (*Tversky & Kahneman, 1973*) : les individus ont tendance à ne pas prendre en compte toutes les informations sur les probabilités des événements, notamment en présence d'un événement particulier (rare par exemple) ; ils vont alors évaluer cet événement à partir de sa ressemblance avec un cas plus général, une catégorie représentative, un stéréotype (similarité d'attributs), qu'ils ont en mémoire et auquel ils peuvent avoir déjà été confrontés ; les informations stéréotypiques seront donc privilégiées ; cela peut conduire à surestimer le risque de santé voire à le généraliser ;
- **l'« heuristique des précédents » et « de disponibilité »** font respectivement référence aux faits que les individus jugeraient les événements par rapport à leurs occurrences passées d'une part et à leur caractère plus ou moins récent et médiatisé d'autre part ; les individus évaluent la fréquence d'un événement en fonction des occurrences qui ont marqué leur esprit ou qui viennent de se passer ; par exemple, les événements dramatiques ou spectaculaires ont tendance à être sur-estimés (*Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1980*) ; les événements jugés les plus fréquents et/ou les plus récents sont jugés comme plus probables ; les probabilités des risques les plus médiatisés ont tendance à être surestimés (*Slovic & al., 1980 ; Raghurir & Menon, 1998*). Ces biais font appel à la disponibilité de l'information en mémoire ; la probabilité d'apparition d'un événement sera estimée en fonction de la facilité de récupération en mémoire d'exemples, d'illustrations se rapportant à l'événement (*Meacham, 2001*) ;
- **l'« effet de contexte »** : *Shafir & al. (1993)* ont montré qu'une même option pouvait être à la fois choisie ou rejetée selon que ses caractéristiques sont présentées de façon positive ou négative ; l'individu s'appuie sur les caractéristiques positives des options présentées lorsqu'il doit choisir alors qu'il s'appuie sur les caractéristiques négatives des options lorsqu'il doit les rejeter ;
- **l'« effet d'ajustement ou d'ancrage » (rigidité des estimations)** : Plusieurs études (dont *Slovic & al., 1980*) ont souligné la résistance des individus à changer leurs croyances initiales, même s'ils disposent d'un supplément d'information. Les agents jugeraient un risque à partir d'une valeur initiale propre à chacun (appelée « anchor ») à partir de laquelle ils ajustent le point final à partir de l'information additionnelle. Les sujets ont une forte confiance envers leurs premières estimations, ce qui les conduit à

trier les informations disponibles, en ne retenant que celles qui concordent et qui sont consistantes avec leurs convictions initiales et en disqualifiant les informations contradictoires ;

- **le « biais d'imaginabilité »** : lorsque aucune référence n'est disponible, l'individu peut imaginer des scénarios ;
- **la loi des petits nombres** : il suffit d'un contre-exemple familial (gros fumeur vivant très vieux par exemple) pour que le risque soit sous-estimé.

Dans le domaine alimentaire, Teuber (1990) a montré que les personnes qui cuisinent eux-mêmes perçoivent moins le risque d'être intoxiqués que ceux qui ne cuisinent pas. Dans l'enquête de Raab & Woodburn (1997), un quart des gens estiment qu'ils courent moins de risques d'empoisonnement quand ils mangent à domicile que quand ils mangent en dehors. Les individus associent donc un plus grand risque à des circonstances ou des pratiques qu'ils perçoivent contrôlées par d'autres (comme manger au restaurant), et un risque moindre à des situations qu'ils perçoivent contrôler personnellement (comme préparer et manger à la maison).

En résumé, ces travaux en psychologie cognitive montrent l'existence de nombreuses heuristiques (règles générales d'action) en situation de jugement et d'inférence. Ils sont à l'origine de biais dans l'évaluation du risque et en particulier des probabilités d'occurrence d'un événement. Ces biais psychologiques s'expliqueraient par l'organisation catégorielle des connaissances en mémoire et par l'interdépendance entre des catégories cognitives et des processus d'évaluation. Elle permet de procéder à des évaluations rapides même en l'absence totale ou partielle d'informations objectives ou agrégées (Kahneman & Tversky, 1982 ; Bar-Hillel, 1982). L'évaluation des risques dépend de la disponibilité de l'information et de la place que lui accordent les médias. Les médias ont un impact assurément significatif sur la façon dont les gens perçoivent des menaces potentielles dans leurs vies journalières.

b. Les biais d'optimisme liés à l'alimentation et la santé : implications pour la communication

D'autres études empiriques (Weinstein, 1982 ; McKenna, 1992, Rozin & al., 1999) ont confirmé que les sujets sur-estiment ou sous-estiment certains risques. Frewer & al. (1994b) ont mis en évidence que certains risques de santé liés au style de vie (tabagisme, surconsommation de graisses, manque d'exercice, etc.) étaient typiquement caractérisés par la sous-réaction plutôt que par la panique. Au contraire, comparativement aux experts, le public

a tendance à sur-estimer les risques technologiques (OGM, additifs alimentaires, ESB, etc.) (Frewer & al., 1994b). Stewart & al. (2004) ont observé que les individus sous-estiment les risques de maladie cardiaque et de diabète et sur-estiment des événements rares (comme la foudre par exemple).

En théorie, si les croyances ne sont pas biaisées, il y a un équilibre entre les croyances selon lesquelles on est plus soumis au risque et celles selon lesquelles on y est moins soumis. Mais dans la réalité, les individus se considèrent systématiquement moins exposés au risque que les autres et sous-estiment le risque pour eux (Weinstein, 1989). Certaines personnes seraient sujettes à des biais d'optimisme¹⁸, qui se réfèrent au fait qu'elles se considèrent moins susceptibles de faire l'expérience d'évènements négatifs et plus susceptibles de faire l'expérience d'évènements positifs, par rapport aux autres (Weinstein, 1980). Elles se croient donc moins à risque que l'individu moyen.

Ces biais d'optimisme existent quelque soient le genre, l'âge et le niveau d'éducation des sujets (Weinstein, 1987).

Frewer & al. (1994b), Pattison & al. (1996) ont montré que des biais d'optimisme existaient pour tous les risques alimentaires. Mais, ils sont plus prononcés pour les risques liés aux styles de vie, comme l'abus d'alcool, la consommation de régimes riches en matières grasses, les risques microbiologiques, l'intoxication alimentaire à partir des aliments préparés à la maison, les fours à micro-ondes (Miles & Scaife, 2003). Sparks & al. (1995) ont montré également que les individus se sentent moins vulnérables que les autres dans le cas des maladies cardiaques liées à un régime riche en matières grasses.

L'optimisme irréaliste peut aider à être productif (bénéfice potentiel), en renforçant par exemple l'estime personnelle ou en réduisant l'anxiété. Mais le plus souvent, ils peuvent limiter les efforts de mise en oeuvre de comportements de réduction des risques. Dans le domaine de la santé (cancer, sida par exemple), les biais d'optimisme impliquent que les individus soient moins susceptibles d'adopter des comportements de protection de santé (Weinstein, 1993 ; Dejoy, 1996). **Les individus ignorent alors la communication sur les risques**, estimant les messages destinés aux individus plus vulnérables (Wilcock & al., 2004).

¹⁸ encore appelé en psychologie « optimisme irréaliste » (Weinstein, 1980) ou « optimisme comparatif » (Harris & Middleton, 1994) ; Assailly (1997) distingue le biais d'optimisme du « biais de conformité supérieure de soi » (nous faisons mieux que les autres).

Cet effet a été **démontré dans le cas des risques nutritionnels**, amenant les individus à être moins attentifs aux messages nutritionnels (*Shepherd, 1999*).

Les facteurs qui contribueraient aux biais d'optimisme seraient :

- **les caractéristiques de l'évènement** : le degré d'exposition perçu lié à la désirabilité et la probabilité de l'évènement, son degré de familiarité ;
- **l'information** (quantité, pertinence) à laquelle l'individu est exposé (*Shepherd, 1999*) ;
- **le mimétisme** : Myers & Brewin (*1996*) ont observé que les biais d'optimisme émergeaient à cause de la présence dans le groupe de quelques individus particulièrement optimistes ;
- **les différences individuelles** :
 - l'expérience personnelle du risque ;
 - le degré de contrôle perçu ;
 - le degré de connaissance perçu.

c. L'illusion de contrôle et le « point » de contrôle interne versus externe

Certains individus seraient optimistes quant à leur potentiel de maîtrise des risques (*Lloyd & al., 1995 ; Lappalainen & al., 1997; Rozin & al., 1999*). Glass & Singer (*1972*) ont jeté les bases de la psychologie du contrôle en faisant une distinction entre contrôle réel et contrôle perçu. Cette « illusion de contrôle » renvoie à la croyance des individus d'avoir un meilleur contrôle personnel sur une situation potentiellement risquée, qu'il ne l'ont en réalité (*Langer, 1975 ; McKenna, 1993*). Les individus ont donc tendance à surestimer leur capacité à maîtriser les évènements. Plus un évènement est jugé contrôlable, plus les sujets seront susceptibles de montrer des biais d'optimisme et d'estimer qu'ils courent personnellement moins de risque que les autres (*McKenna, 1993*). L'illusion de contrôle est liée à un excès de confiance en soi (*Fischhoff & al., 1978*), qui bloquerait la « conscientisation du risque » (*Barjonnet & al., 1997*). Ce sentiment réduit la perception du risque (*Shepherd, 1999*), se traduisant par une moindre aversion au risque (*McKenna, 1993*) et un optimisme irréaliste (*Weinstein, 1980*).

A côté de la notion de perception de contrôle¹⁹, Rotter a développé la notion de lieu de contrôle « locus of control » (*Rotter, 1966*). Il place les individus sur un continuum selon

¹⁹ Paulhus, Molin et Schuchts (*1979*), Paulhus & Christie (*1981*) et Paulhus (*1983*) suggèrent un élargissement de la perception de contrôle aux aspects situationnels de la vie de l'individu. Ces situations se réfèrent aux contextes de réalisation personnelle, de relations interpersonnelles et de situations sociales et politiques. Elle englobe les aspects d'efficacité personnelle (*Paulhus & Van Selst, 1990*).

Burger et Cooper (*1979*) ont introduit la notion de désir de contrôle, conceptualisé en tant que trait de personnalité se rapportant au degré de motivation à contrôler les événements.

qu'ils perçoivent ce qui leur arrive comme relevant d'eux-mêmes, de leurs propres initiatives (contrôle interne) ou plutôt de forces qui leur sont extérieures sur lesquels ils n'ont pas de prise (contrôle externe). La recherche a montré que quand ils ont conscience de leur vulnérabilité, les individus à contrôle interne sont moins enclins à prendre des risques et plus sensibles au danger des situations à risque pour les autres. Les personnes à contrôle externe, au contraire deviennent plus enclines à prendre des risques et plus portées à sous-évaluer le risque pour autrui, pour se prouver qu'ils ont de la chance, défier le destin. L'échelle de lieu de contrôle de Rotter (1966) est généralement utilisée comme mesure de perception de contrôle.

Wong (1992) considère que la perception de contrôle se réfère aux croyances illusoires de contrôle, au lieu de contrôle, aux attentes et à l'évaluation des opportunités et des éventualités de contrôle.

L'acceptabilité du risque est plus grande quand l'individu a le sentiment de se soustraire au risque ou d'y faire face (par exemple, accidents de la route mieux acceptés que accidents d'avion). Cette « illusion de contrôle » participerait à la construction d'une image positive de soi et cet optimisme proviendrait à la fois d'un sentiment de sa propre valeur et de la relativisation des statistiques (homme moyen fictif) qui amène à la conviction d'être une exception à la règle. Dans les sociétés attachées aux valeurs individualistes, le risque contrôlé, maîtrisé est d'autant plus accepté que ce contrôle est valorisé en affirmant une autonomie de celui qui l'exerce. Le sentiment de maîtrise dépend de la position sociale des individus (Peretti-Watel, 1999).

Les biais d'optimisme sont plus réduits pour les risques technologiques (comme l'irradiation, les pesticides, la manipulation génétique des animaux, des plantes et des microorganismes), du fait d'un moindre contrôle perçu de la situation (Frewer & Shepherd, 1994 ; Frewer, 1998 ; Sjöberg, 2000 ; Shepherd, 1999). Ils sont plus prononcés pour les risques liés aux styles de vie du fait d'un fort sentiment de contrôle perçu (Frewer & Shepherd, 1994 ; Pattison & al., 1996).

d. L'illusion de connaissance

Une faible perception du risque serait aussi le fait d'une « illusion de connaissance », croyance d'une connaissance personnelle élevée sur le risque plus qu'on ne l'a réellement. Dans les études de Pattison & al. (1996) et de Bronfman & Cifuentes (2003), la connaissance personnelle perçue des risques était plus grande que celle des autres. Plus la personne pense

bien connaître le risque, moins elle se sent vulnérable et plus elle pense pouvoir s'en préserver (Weinstein, 1998 ; Frewer & al., 1994a).

Frewer & al. (1994) ont trouvé une corrélation positive entre la connaissance perçue et le contrôle perçu ; plus les individus pensent connaître un risque, plus ils pensent en avoir le contrôle et pouvoir s'en préserver (Weinstein, 1998).

Parry & al. (2004) ont trouvé que le risque personnel perçu d'un empoisonnement alimentaire à domicile était plus faible que le risque perçu pour les autres, du fait de sentiments de contrôle et de connaissance supérieurs aux autres.

e. Le déni du risque et de la communication : risque pour soi, risque pour les autres

Plusieurs études soulignent la distinction importante entre risque personnel (pour soi ou pour ses proches) et risque général perçu (pour les autres) qui amènent à des jugements différents (Drottz-Sjöberg, 1993 ; Peretti-Watel, 2000). L'écart entre ces deux types de risque est qualifié de « déni du risque ». Il renvoie au fait que les individus jugeraient un risque en se référant et se comparant à des stéréotypes normatifs (groupes de référence, idéal-type). Les individus ont tendance à incarner le risque en désignant des victimes stéréotypées (Peretti-Watel, 2000). Si le risque est perçu comme spécifique à un groupe à risque désigné, auquel l'individu n'a pas le sentiment d'appartenir ou n'appartient pas, il s'estimera peu ou pas exposé et ne craindra pas le risque. Ces mécanismes de déni de l'appartenance au groupe à risque seraient des formes de « protection symbolique » et de rationalisation de prises de risque éventuelles (Peretti-Watel, 2000). Douglas & Wildavsky (1982) expliquent la mise en place de cette « protection symbolique » à partir de l'influence culturelle du groupe.

Un phénomène sera considéré comme un risque pour un acteur donné si celui-ci se le représente d'une façon qui se rapproche du type idéal. Ce déni du risque pour soi ou ses proches peut expliquer les échecs des mesures de communication basée sur les statistiques de mortalité, du fait qu'elles mettent en scène l'individu « moyen » dans lequel la majorité des individus ne se reconnaît pas (Peretti-Watel, 1999).

Bronfman & Cifuentes (2003) ont montré au Chili que le déni du risque (défini comme la différence entre le risque personnel et le risque social perçus) était positif pour tous les risques étudiés. L'écart est le plus élevé pour les substances addictives comme la cocaïne et le HIV alors qu'il est faible pour les risques environnementaux.

Dans le domaine de la santé, le déni du risque serait lié au biais d'optimisme.

4. Conclusion : Les apports des travaux en sociologie et psychologie et leur mobilisation pour la recherche

La théorie du risque trouve ses origines dans la théorie de la décision et les travaux sur la rationalité économique dans l'incertain. Il est caractérisé selon une approche économique et mathématique (événement aléatoire auquel sont associés une probabilité connue et un résultat possible).

Face aux limites de ces approches liées notamment au concept de rationalité, la notion de risque a fait l'objet de nombreux développements dans la littérature sur le comportement du consommateur. La théorie micro-économique s'est notamment enrichie des apports de la sociologie et de la psychologie cognitive.

S'intéressant aux logiques des actions individuelles et au processus de choix, les travaux en psychologie économique et cognitive ont mis en évidence l'existence de biais et d'« heuristiques » dans l'évaluation des probabilités subjectives, pour faire face à l'incertitude. Ces biais cognitifs servent à interpréter le monde et à simplifier les processus d'évaluation et de choix, soulignant la subjectivité de la perception du risque. Il existe également des biais informationnels : disponibilité de l'information, amplification par les médias aboutissant à une surestimation des probabilités d'occurrence réelles du risque.

Les sujets peuvent également montrer des biais d'optimisme et développer des mécanismes de déni du risque, qui font référence à la distinction entre le risque perçu pour soi (ou ses proches) et le risque perçu pour les autres. Le déni du risque renvoie au sentiment de non appartenance au groupe désigné à risque. L'optimisme irréaliste est lié à la croyance d'une moindre exposition personnelle au risque par rapport aux autres. L'illusion de contrôle et le sentiment d'efficacité personnelle sont reconnus pour être des causes déterminantes de l'optimisme irréaliste. Dans le domaine alimentaire, les « biais d'optimisme » sont particulièrement présents. Ils se traduisent par une perception faible du risque et une moindre aversion au risque. Se sentant moins exposés au risque, les sujets se sentiraient moins concernés par la communication sur les risques. Ces biais cognitifs peuvent donc contribuer à expliquer les décalages entre le moment où l'individu est exposé à l'information sur les risques alimentaires et nutritionnels et agit.

Pour prendre en compte l'importance des facteurs psychologiques dans la prise de décision, ce travail de recherche vise à mettre en évidence (cf. partie résultats) certains biais cognitifs :

- **le biais d'estimation de la probabilité d'occurrence des risques nutritionnels (malnutrition, obésité),**
- **le biais d'estimation du risque objectif pour ses proches (enfants) par l'évaluation de l'état nutritionnel mesuré de l'enfant,**
- **l'illusion de contrôle,**
- **l'illusion de connaissance.**

Néanmoins, les biais de jugement et les heuristiques contribueraient faiblement à expliquer la perception du risque (*Sjöberg, 2000*). Ces travaux soulignent la subjectivité de la perception du risque mais restent cependant ancrée dans une approche probabiliste du risque ; elles s'attachent essentiellement aux problèmes de calculs de probabilités et à la nature de la fonction d'utilité. Or, si les estimations techniques du risque sont parfois un facteur important dans l'évaluation des risques, elles ne le sont pas pour de nombreuses applications (*Shepherd, 1999*). De plus, la psychologie cognitive a montré que la pensée probabiliste est contre-intuitive, non naturelle (*Rozin, 1998*). Les acteurs ne suivent pas toujours une rationalité scientifique et intègre des critères plus qualitatifs dans leur jugement du risque. L'approche par les biais cognitifs est insuffisante pour comprendre la complexité des facteurs qui interviennent lors de la perception et de la prise de décision face à un risque de santé alimentaire.

Les théories du risque perçu en marketing et en sociologie du risque semblent apporter des éclairages supplémentaires sur la formation de la perception d'un risque. Elles s'intéressent non plus au risque réel mais au risque perçu et subjectif. Elles considèrent les dimensions qualitatives de la perception, en différenciant les conséquences et caractéristiques perçues du risque. C'est ce que nous allons détailler dans les points suivants.

III. LA THEORIE DU RISQUE PERÇU EN MARKETING : MULTIDIMENSIONNALITE DU RISQUE ET REDUCTEURS DU RISQUE

Nous présentons en premier lieu les composantes du risque perçu en marketing et leur modélisation. Après avoir montré l'intérêt de la théorie du risque perçu pour la compréhension des stratégies de réduction des risques, nous concluons sur ses apports et limites pour notre recherche.

En marketing, le concept de risque perçu s'inscrit dans le cadre conceptuel général de la prise de décision du consommateur en situation d'achat. Pour Yates & Stone (1992), le risque représente une interaction entre une alternative de choix et l'individu ; il est propre à chaque individu et à chaque situation de choix. Le concept de risque est essentiellement appréhendé à travers les conséquences de l'acte d'achat (Cox, 1967 ; Schaninger, 1976). Selon Bauer (1960), le comportement du consommateur implique un risque dans le sens où les conséquences de chaque action ne peuvent être que partiellement anticipées. Il postule que si un risque a été perçu lors de la situation d'achat, le comportement du consommateur sera affecté par la perception du risque.

Dans la théorie du risque perçu, le mécanisme de perception du risque est au centre de la relation individu-risque. Bauer (1967) a été parmi les premiers à proposer que ce n'est pas l'objectivité du risque qui motive le comportement du consommateur, mais ses impressions subjectives sur le risque. La perception du risque est liée à la situation, la nature du risque et à ses conséquences. Le risque est donc traité comme un risque « perçu » et non comme un risque « objectif ».

1. Les composantes du risque perçu

Le degré de risque perçu est défini en marketing en termes d'incertitude sur les résultats négatifs d'une action et d'importance des conséquences des pertes (intensité du risque) (Cox, 1967 ; Cox & Rich, 1964). Le risque perçu s'inscrit donc dans une approche négative des conséquences du comportement au travers de la notion de pertes. Bauer (1960) définissait le risque lié à l'achat de produits comme « la perception d'une incertitude relative aux conséquences négatives potentiellement associées à une alternative de choix, à la

possibilité de subir des pertes à l'occasion de l'achat ou de la consommation d'un bien ou service ». Le risque global perçu est donc conceptualisé comme suit :

Risque global perçu = importance des conséquences (pertes) * incertitude (probabilité d'occurrence)

Cox (1967) définit le risque perçu comme une fonction de l'incertitude subjective perçue par le consommateur et de la conséquence de non satisfaction d'un ensemble de « buts d'achats » associé à chaque acquisition (buts fonctionnels, de performance, psychologiques). De ce fait, des pertes (par exemple menace pour la santé) seront perçues si le produit ne satisfait pas les buts recherchés (sécurité sanitaire). Le risque est appréhendé comme un concept multidimensionnel à travers sa subdivision en différentes pertes. La nature du risque perçu est déterminée par la nature des buts d'achat.

1.1. La composante « incertitude »

L'incertitude peut porter sur les différentes étapes du processus d'évaluation des pertes attachées aux alternatives de choix (Mallet, 2000). Elle peut être liée (Urbany & al., 1989 ; Taylor, 1974 ; Volle, 1995) à :

- la connaissance de l'ensemble des alternatives de choix possibles, des caractéristiques ou attributs du produit (l'incertitude porte sur les attributs non perceptibles qui ne se révèlent qu'après l'ingestion) et de la performance des alternatives ;
- l'évaluation des conséquences (intégration de l'information disponible afin de former un jugement).

Ladwein (1998) distingue l'incertitude interne (qui dépend des connaissances de l'individu) et l'incertitude externe (liée aux informations disponibles dans la situation de choix). L'incertitude interne est liée à la familiarité avec le produit, l'expérience et l'expertise du produit accumulées par le consommateur, l'ensemble des contacts avec les produits tels que les expositions publicitaires et la recherche d'information. Elle peut donc affecter le processus de choix (Urbany & al., 1989). Nous nous intéresserons dans notre travail à la recherche d'information.

Dandouau (1999) distingue aussi les sources d'incertitude en amont du processus de choix des sources d'incertitude au moment du choix. Il différencie l'incertitude relative au produit, à la situation d'achat, à la situation post-achat et à la situation d'usage (Dandouau, 2000). Dans le cas du risque de santé alimentaire, la consommation et l'usage du produit constituent la principale source d'incertitude (Fourny-Gallen, 2001). La plupart des produits

alimentaires sont des produits d'expérience, c'est à dire dont la qualité ne peut être évaluée qu'au moment de l'utilisation ou de la consommation (*Nelson, 1970, 1974*).

1.2. La composante « importance des pertes »

En matière de santé alimentaire, le terme de risque fait implicitement référence aux pertes et à leur gravité, la santé et la vie étant en jeu. Dans le cas de l'alimentation, « le risque de santé est une combinaison de l'importance et de la probabilité perçues des conséquences potentielles négatives de la consommation alimentaire sur la santé » (*Muraro-Cochart, 2003b*). Ainsi, le risque perçu est envisagé comme une composante inhérente à la formation de l'attitude globale à l'égard d'un produit ou d'une classe de produits (*Stone & Mason, 1995*). La différence entre attitude et risque est liée au fait que l'attitude considère à la fois les croyances favorables et défavorables alors que le risque ne considère que les croyances défavorables (*Muraro-Cochart, 2003b*).

Plusieurs auteurs en marketing (*Yates & Stone, 1992 ; Dandouau, 2001*) et en économie (*Coombs & Lehner, 1984 ; Luce & Weber, 1986*) envisagent le risque à la fois en termes de gains (résultat anticipé supérieur aux attentes) et de pertes (résultat anticipé inférieur aux attentes). Dandouan (*2001*) le définit le risque par « le nombre d'états qu'une situation peut prendre, la probabilité d'apparition de chacun, et la perte ou le gain qui y est associé ».

Cependant cette approche implique que la perte et le gain aient la même échelle et qu'ils soient quantifiables, ce qui est difficile en matière alimentaire (par exemple pertes financières et gain de reconnaissance). Il est donc nécessaire de dissocier les deux.

Par ailleurs, comme nous avons vu précédemment, Kahneman & Tversky (*1979*) suggèrent une approche « relative » de la perte, non pas en termes absolus mais par rapport à un point de référence ; la perte caractérise la situation où l'individu obtient un résultat (anticipé) inférieur à un point de référence. Les auteurs ont montré que ces deux aspects du risque (gains et pertes) font l'objet d'une évaluation différente, non symétrique (*Tversky & Kahneman, 1981*). Ressentie plus intensément, la représentation du risque en termes de pertes conduit à l'aversion pour le risque et favorise l'évitement des options risquées.

Les activités impliquant la santé des consommateurs sont donc analysées en termes de rapports pertes-risques/bénéfices où le risque, dans son sens strictement négatif, est comparé aux bénéfices (*Gardner & Gould, 1989*). Pour Peter & Tarpey (*1975*), la perte est assimilée au résultat net attendu entre les conséquences positives et négatives. Ces arguments

conduisent à définir le risque de santé lié à l'alimentation comme « l'incertitude et l'importance des conséquences potentiellement négatives de la consommation d'aliments sur la santé » (Muraro-Cochart, 2003b).

1.3. Multidimensionalité des conséquences (pertes) du risque

Différentes dimensions du risque global ont été identifiées, se référant aux différents types de conséquences : le risque financier, le risque psychologique, le risque physique, la perte de temps (passé à l'achat ou au remplacement du produit ou en cas de défection du produit) (Roselius, 1971), le risque social, le risque de performance ou risque fonctionnel (Jacoby & Kaplan, 1972) et le risque d'opportunité (Zikmund & Scott, 1973).

Il existerait une hiérarchie des dimensions du risque perçu en fonction des catégories de produit et cette hiérarchie est la même pour des produits de même catégorie (produits alimentaires par exemple) (Kaplan & al., 1974). Les dimensions du risque varient en fonction de la situation de choix à laquelle l'individu est confronté et du type de produit étudié (Stone & Gronhaug, 1993).

Dans le cas des produits alimentaires, on retrouve les dimensions (Kapferer, 1998 ; Dandouau, 1999 ; Brunel, 2000) suivantes :

- **le risque relationnel ou social** : il représente le risque de désapprobation de la part de la famille ou des amis, de la part de l'entourage social des individus ; il se réfère à l'image que l'individu va véhiculer de lui à travers l'achat et la consommation du produit ;
- **le risque identitaire (perte d'identité) ou psychologique** : c'est le risque que le produit ne corresponde pas à l'image que l'acheteur se fait de lui-même et ne remplisse pas ses besoins identitaires et de valorisation personnelle et sociale ;
- **le risque physique ou de sécurité** : il correspond au risque que le produit porte préjudice à la sécurité et la santé du mangeur (qualité sanitaire et nutritionnelle) ; **le risque physique est scindé en risque sanitaire (contaminations et empoisonnements) et nutritionnel lié à un déséquilibre alimentaire ;**
- **le risque économique ou financier** est lié à la perte d'argent si le produit est défectueux ou si le même produit peut être trouvé à moindre coût ailleurs ;
- **le risque sensoriel ou de performance** est la vraisemblance que le produit ne remplisse pas les fonctions escomptées et les attentes du consommateur; ce risque intègre la déception liée au goût et aux qualités organoleptiques des aliments.

Les différentes facettes perçues du risque deviennent un critère de segmentation ou de ciblage de segments particuliers de consommateurs (*Dandouau, 2000*).

1.4. Conception multi-attributs du risque

L'approche par le « risque global » postule que le risque perçu peut être expliqué par un nombre limité et prédéterminé de dimensions en fonction des conséquences anticipées du comportement (*Roselius, 1971 ; Jacoby & Kaplan, 1972 ; Zikmund & Scott, 1973*). Cette vision privilégie une conception multi-attributs, selon laquelle il existe autant de dimensions que d'attributs déterminants pour un produit donné, dans une situation d'achat donnée, pour un individu donné (*Volle, 1995*). L'approche multi-attributs suppose que le consommateur perçoit un risque au niveau de chaque attribut déterminant du produit. Il est alors possible de réduire une liste exhaustive d'attributs d'un produit en un nombre limité de facteurs de risque (*Havlena & Desarbo, 1991*).

Le principe qui sous-tend ces différents modèles est fondé sur un mécanisme de compensation à différentes échelles, entre « dimensions » du risque, puis au niveau des différents attributs ensuite, entre conséquences positives (bénéfices) et négatives (risques perçus) et entre incertitudes faibles et élevées. Dans les modèles multi-attributs, plus l'incertitude relative à un attribut est faible, plus l'attitude envers l'alternative de choix est positive et inversement (*Volle, 1995*).

1.5. Modèle de risque multiplicatif ou additif ?

La façon de combiner les deux composantes du risque (incertitude et importance des pertes) a suscité de nombreux débats. Certains auteurs en marketing ont critiqué le caractère multiplicatif du modèle de risque. Ils se positionnent en faveur d'une addition des deux dimensions. Bettman (*1973*) confirme l'existence d'une relation positive entre les deux mais propose une relation de type additif. Le consommateur ajouterait les scores d'incertitude et de conséquences, pour obtenir une représentation du risque global :

$$\text{Risque global perçu} = \sum_n (\text{Gravité} + p_i)$$

n : nombre de conséquences potentielles négatives pour la santé

p_i : probabilité de la conséquence i

gravité : importance des conséquences négatives

Comparant les modèles de mesure du risque perçu, Mitchell (*1999*) et Sjöberg (*1998*) concluent que le niveau de risque perçu est mieux prédit par un modèle additif que par un modèle multiplicatif des probabilités et conséquences. La combinaison additive de quantités semble être un schéma basique cognitif. De ceci découle que les stratégies de communication

basées sur de faibles probabilités (événements rares) sont moins susceptibles d'avoir du succès parce que la perception d'une faible de probabilité n'aura qu'un effet marginal si la probabilité entre de façon additive plutôt que multiplicative.

En termes méthodologiques, cette vision globale du risque amène soit à une mesure du risque perçu global sans décomposition, à partir d'une échelle ordinale ou cardinale ou à une mesure du risque raisonnée en fonction de ses composantes. Les deux composantes du risque sont estimées séparément par des questions directes puis combinées de manière multiplicative ou additive. La méthode de Cunningham (1967) la plus fréquemment utilisée en marketing combine les 2 composantes (probabilité, importance) par leur notation sur une échelle de 1 à 4 selon le degré d'incertitude et de risque. Jacoby & Kaplan (1972) ont proposé une échelle de mesure du risque perçu, à partir des dimensions social, psychologique, physique, financier et de performance.

2. Comportement du consommateur par rapport au risque perçu : les stratégies de réduction des risques

Dans la théorie du risque perçu, la perception du risque et le comportement d'achat sont liés de manière causale, la perception étant une variable explicative du comportement. Il existe une corrélation négative entre la perception du risque lié au produit et la probabilité d'achat. Plus la perception est importante en termes de probabilité et de conséquences, plus l'individu est susceptible de mettre en place des actions pour réduire le risque. La théorie du risque perçu postule que la plupart des acheteurs sont averses au risque cherchant à éviter les pertes (Mitchell, 1999).

2.1. Les réducteurs de risque

Roselius (1971) a observé que les consommateurs mobilisent des stratégies de réduction de risque ou « réducteurs de risque » pour réduire la probabilité de faire un mauvais choix ou réduire la perte. Il définit un réducteur de risque comme « toute action, à l'initiative de l'acheteur ou du vendeur, utilisée en tant que stratégie de résolution du risque, jusqu'à un niveau jugé acceptable pour que le consommateur décide d'acheter le produit » (Cases, 2000). Roselius a identifié 11 stratégies de réduction de risque dont l'arrêt temporaire ou permanent de l'achat du produit, la réduction de l'achat du produit, sa substitution par un autre dont le risque perçu est moindre, la fidélité à la marque, l'échantillon gratuit, la garantie de remboursement, la réputation du producteur, la cherté du produit, le goût.

Lamb & al. (2000) ont montré que face à des risques alimentaires, les individus sont susceptibles d'adopter des comportements de minimisation de risque selon les situations d'achat et de préparation. Ils ont par exemple tendance à choisir des types spécifiques de produits (produits frais), dans des boutiques spécialisées, à vérifier les dates d'expiration, à éviter certains produits ou marques. D'autres vont prendre des mesures de conservation et du stockage et des mesures d'hygiène personnelle pendant la préparation.

La recherche d'information et la définition de seuils d'acceptabilité sont deux stratégies au cœur des processus de réduction de risque (*Fourny–Gallen, 2001*).

2.2. Recherche d'information et définition de seuils d'acceptabilité

La recherche d'information est un moyen privilégié pour réduire le risque perçu et l'incertitude liée à l'achat d'un produit. Taylor (1974), Urbany & al. (1989) ont montré que plus les conséquences des décisions d'achat sont incertaines, plus la recherche d'information est active. Cox (1967) considère que « la nature des buts poursuivis et l'importance du risque perçu déterminent les besoins en information des consommateurs ; ceux-ci cherchent les sources, types et quantités d'information qui leur paraissent les plus aptes à satisfaire leurs besoins spécifiques d'information ». Le besoin d'information résulterait de processus d'activation dont les déterminants sont soit situationnels ou permanents. Bettman (1973) distingue le risque inhérent ou risque latent (inné) qu'une classe de produit induit chez le consommateur et le risque assumé (effets d'information, processus de réduction de risque), pris par le consommateur une fois la recherche d'information et le choix entre plusieurs alternatives réalisés. La réduction du risque s'opérerait entre risque inhérent et risque assumé.

La littérature suppose donc une relation entre risque perçu et besoins d'information. Mais, l'hypothèse selon laquelle plus la perception d'un risque est élevée, plus la recherche d'information serait importante n'est pas validée. Les explications en seraient l'existence de seuils minimaux au deçà desquels le risque est perçu ; ces seuils concernent le coût de recherche de l'information, la dissonance potentielle générée par des informations complémentaires et le manque de confiance envers les sources (*Gemünden, 1985*).

Dowling & Staelin (1994) ont validé empiriquement l'engagement des consommateurs dans un processus de recherche quand le risque est supérieur à un seuil de risque acceptable²⁰ et si les bénéfices des stratégies de réduction de risque sont supérieurs à leurs coûts perçus. Les individus vont ainsi définir des niveaux de risque « acceptable » associés aux produits, en dessous desquels ils continueront l'achat. Dans le domaine alimentaire, ces seuils sont définis à partir d'une motivation d'ordre sensoriel et affectif, de l'anticipation des conséquences de l'ingestion (physiques, nutritionnelles, toxiques) et de la perception de l'origine de l'aliment (Fourny-Gallen, 2001).

Plusieurs auteurs (Bauer, 1960 ; Cox, 1967) ont montré qu'un niveau de risque élevé entraîne une plus grande influence des sources personnelles d'information (bouche à oreille, témoignages, proches, fidélité à la marque, etc.).

Les consommateurs percevant un fort niveau de risque sont particulièrement attentifs à l'information qu'ils recherchent plus qu'à l'information qu'ils reçoivent. Locander & Hermann (1979) montrent que **plus le niveau de risque perçu est élevé, plus l'observation directe et l'expérience du consommateur sont des sources d'information préférées.**

Brunel & Pichon (2002) ont proposé une classification des réducteurs du risque alimentaire. Elle distingue les stratégies passives centrées sur l'émotion et actives centrées sur le problème.

Tableau 6 : Classification des réducteurs de risque alimentaire

	Stratégies centrées sur le problème (stratégies « actives »)	Stratégies centrées sur l'émotion (stratégies « passives »)
Stratégie de réduction du risque inhérent	Stratégie de confrontation *recherche d'info (active et passive) *pratiques d'achat et de mise en œuvre (nettoyage, cuisson, préparation, etc) *utilisation de signaux intrinsèques (goût, visuel, etc)	Stratégies d'évitement *déli du risque (minimisation) *fatalisme *désengagement (hédonisme, prix) *pensée magique (surestimation des pouvoirs du corps par ex)
Stratégie de réduction du risque assumé	Stratégie de clarification *procédure d'achat extensive *recherche d'info indépendantes, commerciales, légales	Stratégie de simplification *confiance au producteur (marque, labels, etc), dans le distributeur, dans l'état, etc

Source : Brunel & Pichon (2002)

²⁰ Pour Dowling & Staelin (1994), le risque acceptable correspond à un point de référence au dessus duquel la catégorie de produit est perçue comme trop risquée et au dessus duquel un produit spécifique a un niveau de risque non acceptable pour être acheté.

3. Conclusion

La théorie du risque perçu en marketing est inspirée de la théorie de la prise de décision et des travaux sur la rationalité économique dans l'incertain. Le consommateur est supposé fonder sa prise de décision après évaluation d'un risque global, selon le calcul probabiliste obtenu par le produit de la probabilité (incertitude) et des conséquences (pertes potentielles) de ses actes, même si son caractère multiplicatif fait l'objet d'un débat.

Le comportement du consommateur face au risque est surtout étudié par l'analyse et la mesure du risque perçu en amont ou au moment de l'achat de produits ou de services.

3.1. Apports de la théorie du risque perçu en marketing pour la recherche

La théorie du risque perçu propose un cadre intéressant pour étudier les stratégies de réduction mises en place lorsqu'un risque est perçu. **Pour notre travail empirique, nous retiendrons les réducteurs de risque suivants :**

- **la recherche d'information,**
- **les sources d'information et les types d'information recherchés,**
- **le fait de choisir ou d'éviter des aliments spécifiques ou des marques,**
- **les conseils donnés aux personnes en charge de l'enfant,**
- **l'adhésion à un club de nutrition.**

La classification des réducteurs de risque alimentaire de Brunel & Pichon (2002) souligne l'importance de l'ajustement cognitif (**déni**, déformation de la réalité) et de la **confiance** envers les différents acteurs de la filière (producteurs, état, etc.).

La théorie du risque perçu fait l'hypothèse d'une relation de causalité entre la perception du risque et le comportement de réduction du risque, la perception étant une variable explicative du comportement. **Dans notre recherche, nous postulons que cette relation n'est pas linéaire et que le comportement peut aussi amener à modifier la perception d'un risque.**

3.2. Limites de la théorie du risque perçu en marketing

Bien qu'elle reconnaisse la rationalité limitée des individus et l'existence de biais cognitifs dans le traitement de l'information liée au risque, la théorie du risque perçu reste attachée à l'hypothèse de rationalité économique de l'acheteur. La mesure via les composantes d'incertitude et d'importance des composantes du risque laisse supposer que les individus ont la capacité à raisonner en termes probabilistes et ont une logique analytique. Les mesures du

risque s'attachent davantage à l'intensité du risque qu'à sa nature, sans tenir compte de ses aspects qualitatifs.

Cette approche postule que le risque perçu peut être expliqué par un nombre limité et prédéterminé de dimensions et reconnaît la multidimensionalité des conséquences potentielles du risque. En plus du risque physique (sanitaire et nutritionnel), elle s'intéresse aux risques financier, social, identitaire, hédonique, etc. Néanmoins, il existerait un consensus sur la prédominance de la dimension santé du risque pour les produits alimentaires (*Fourny-Gallen, 2001 ; Brunel, 2000*). Pour désigner le risque de santé, la littérature fait le plus souvent référence au risque physique ou de sécurité (*Muraro-Cochart, 2003b*). L'aversion au risque serait plus importante lorsqu'elle concerne la sécurité alimentaire du consommateur que lorsqu'elle concerne une sous-performance. Or, la santé ne recouvre pas seulement un état de bien-être physique, mais aussi mental et social. La problématique de l'incorporation rend compte d'un phénomène à la fois biologique, psychologique et social (*Fischler, 1993*).

De plus, cette théorie est centrée sur la décision en amont et au moment de l'achat de produits. De ce fait, elle prend essentiellement en compte les dimensions inhérentes à l'achat et peu les spécificités liées à la symbolique de l'alimentation (psychologique ou sociale). Elle ne distingue que le risque psychologique lié au risque que le produit ne remplisse pas les besoins identitaires et de valorisation personnelle et sociale de l'individu.

En permettant d'appréhender les autres aspects du risque liés à sa nature, sa source, à l'individu et au contexte d'exposition, le paradigme psychométrique permet d'apporter des éclairages supplémentaires sur la perception du risque et de prendre en compte les facteurs symboliques et sociaux entrent lesquels les individus effectuent des arbitrages.

IV. PROLONGEMENTS DES THEORIES DU RISQUE PERÇU EN PSYCHOLOGIE ET SOCIOLOGIE DU RISQUE

Cette sous-partie présente les origines et les fondements du paradigme psychométrique et de son analyse multidimensionnelle des risques. Après avoir présenté les caractéristiques du risque identifiées, nous montrerons l'opérationnalité de cette approche à travers une revue des études sur les risques alimentaires, les différences individuelles et culturelles. Nous concluons sur les apports du paradigme psychométrique pour notre recherche et en particulier son intérêt comme outil méthodologique pour étudier la perception des risques nutritionnels. Nous soulignons les contributions de notre travail de recherche.

Dans les années 1980, les différences d'acceptabilité des risques liés en particulier aux nouvelles technologies et à la manipulation génétique (à forte acceptabilité pour les experts mais faible pour les citoyens) ont été à l'origine de conflits et de débats dans la gestion des risques alimentaires (« crise du risque »). Le risque a pris une importance en terme politique car les coûts sociaux et économiques inhérents à cette différence de perception peuvent être élevés (*Kirk & al., 2002*) ; en particulier, les non changements dans les habitudes alimentaires peuvent avoir des implications importantes en matière de santé publique. La perception du risque a donc été vue progressivement comme un obstacle à la prise de décision rationnelle. Sa compréhension est apparue nécessaire pour déterminer des seuils d'acceptabilité sociale et concevoir des mesures appropriées (*Slovic, 1999*). Ce débat dans la gestion des risques a encouragé les sociologues et les psychologues à travailler sur la perception et les réactions du public face à des risques alimentaires et technologiques notamment (*Peretti-Watel, 2001*). Les psychologues ont tourné leur attention sur la communication sur le risque à travers l'étude des déterminants psychologiques de la perception du risque. D'autres travaux en psychologie et sociologie ont porté sur la nature spécifique de la confiance du public vis à vis des institutions concernées par la gestion du risque. En Europe par exemple, la faible acceptabilité de certains risques a été attribuée à un déclin de la confiance du public envers les régulateurs.

1. Les origines du paradigme psychométrique

1.1. Risque « objectif » des experts versus risque « subjectif » des « profanes »

Pour tout ce courant de recherches en sciences sociales et comportementales, la différence d'acceptabilité des risques entre experts et non-experts tiendrait à ce que les experts s'attachent à la notion de risque « réel » ou « objectif », alors que les citoyens incorporent dans leur évaluation des risques des dimensions plus qualitatives (risque « perçu » ou « subjectif »). Même si le public semble avoir une évaluation empirique globalement bonne du risque en termes quantitatifs et peut généralement ordonner un large domaine de risque (Flynn & al., 1993 ; Joly & al., 1999), elle diverge souvent radicalement de celle des experts, même dans les cas où le risque peut être facilement quantifié (Fischler, 1998 ; Marris, 1999). Les perceptions « profanes » du risque ne sont pas conformes à la « rationalité probabiliste » mais suivent une rationalité « informelle, implicite et intuitive » (« raison pratique » définie par Bourdieu). Chaque agent a sa propre représentation du risque ; la perception du risque dépend de l'interaction complexe de variables psychologiques, étroitement combinées à des facteurs d'ordre social, culturel, éthique, émotionnel, symbolique et affectif (Fischhoff & al., 1978 ; Slovic, 1992 ; Marris, 1999 ; Kreziak & Joly, 2000). Au moment de leur évaluation des risques, les profanes s'intéressent plus à la nature des conséquences qu'à leur probabilité et accordent une importance particulière aux circonstances entourant l'exposition aux risques et aux personnes concernées (Marris, 1999).

Il apparaît donc que l'évaluation du risque par les citoyens n'est pas irrationnelle et injustifiée mais est au contraire guidée par une rationalité différente de celle des experts (Fischhoff & al., 1978). Selon cette optique, il n'y a donc pas opposition entre rationalité et irrationalité : l'expert et le profane peuvent défendre deux conceptions distinctes de la connaissance et de l'action, qu'il convient de reconnaître et de faire interagir de manière synergique au cours de l'ensemble des phases de l'analyse de risque (Marris, 1999). Ainsi, l'étude des attitudes profanes vis à vis des risques de santé-nutrition ne s'inscrit pas dans un cadre purement quantitatif et statistique et doit intégrer une approche qualitative.

1.2. Risque « choisi » versus risque « subi »

Les travaux de recherche sur les perceptions « profanes » des risques datent des travaux de Starr (1969) qui a tenté de pondérer les risques technologiques à partir des bénéfices perçus. Les résultats ont montré que les individus surestimaient le nombre de morts pour les risques rares alors qu'ils sous-estimaient considérablement celui des risques

fréquents, communs, comme le diabète et le cancer. Les individus semblent accepter les risques tant qu'ils sont associés à des bénéfices et s'ils sont considérés comme « volontaires » (à même niveau de bénéfices). Si les risques volontaires impliquent par définition un décideur, les risques involontaires font référence à des « victimes », ce qui pose la question de l'acceptabilité des risques que l'on fait courir à autrui (*Sjöberg & al., 2004*).

Cette distinction entre risques « volontaires » (ou « choisis ») et risques « involontaires » (ou « subis ») est importante pour comprendre les représentations individuelles du risque. Les individus sont plus averses et acceptent moins les risques qu'ils subissent indépendamment de leur volonté (surtout ceux qui résultent du choix d'autrui) que ceux qu'ils choisissent de courir délibérément (*Slovic, 1992*).

Les risques subis sont par exemple les risques environnementaux (dont la pollution atmosphérique, le tabagisme passif), les risques liés aux conditions de travail et certains risques alimentaires (restauration collective, toxi-infections). Les risques choisis sont souvent ceux liés aux styles de vie comme le tabagisme, la conduite rapide, l'alcoolisme, le non respect de règles d'hygiène (*Girard, 1998*), librement accepté par ceux qui s'y exposent. Cela renvoie à la responsabilité perçue de l'individu (*Peretti-Watel, 1999*).

La distinction se fait aussi selon que les risques sont perçus comme artificiels (produits de l'homme) ou naturels. *Tversky & Koehler (1994)* a montré que les sujets sous-estiment significativement les probabilités de causes de mort naturelles et surestiment largement les probabilités de causes de mort non naturelles. Les risques naturels suscitent moins d'indignation que ceux liés à l'activité de l'homme.

Ce domaine d'étude sur les perceptions des risques s'est développé avec des travaux sur l'identification des dimensions du risque et des déterminants de son acceptabilité. Ces travaux ont amené au développement du paradigme psychométrique.

2. Les fondements théoriques du paradigme psychométrique et son intérêt méthodologique

Le paradigme psychométrique (*Slovic & al. 1979, 1980, 1982, 1985*) a été le plus mobilisé et validé pour l'étude des déterminants des perceptions des risques. Il a été utilisé dans des domaines généraux (*Knox, 2000 ; Slovic, 1987, 1992*) et spécifiques à l'alimentation (*Fife-Schaw & Rowe, 1996 ; Sparks & Shepherd, 1994 ; Shepherd, 1999*). Cette approche peut être mobilisée pour expliquer d'une part les différences de perception des risques de santé

entre le public et les experts et l'inefficacité des politiques de santé publique fondées sur une conception technique et normative de l'information.

Le paradigme psychométrique se base sur les perceptions individuelles pour comprendre les réactions sociétales vis à vis des risques. Il tente d'expliquer pourquoi les citoyens évaluent différemment les risques.

2.1. Une approche multidimensionnelle de l'acceptabilité du risque

Cette approche postule que la perception profane du risque obéit à des constantes anthropologiques et psychologiques et n'est donc pas « irrationnelle » (*Fischler, 1998*). Elle suggère que les individus perçoivent le risque de façon multidimensionnelle ; ils ne se le représentent pas seulement selon des dimensions objectives numériquement mais aussi selon certaines caractéristiques²¹ sociales et psychologiques liées à la nature du risque et au contexte.

S'appuyant sur la psychologie cognitive et les sciences de la décision, le paradigme psychométrique fait l'hypothèse principale que le risque est subjectif en soi et qu'il n'existe pas indépendamment de nos esprits et de nos cultures (*Slovic, 1992*). Les caractéristiques psychométriques du risque ne sont pas considérées comme des propriétés objectives inhérentes à la source de danger mais sont vues comme une conséquence de la perception sociale et des processus. Ce paradigme reconnaît l'influence sociale dans la construction du risque. La perception s'intègre dans un processus cognitif individuel qui peut être influencé par une large gamme de facteurs psychologiques, sociaux, institutionnels et culturels (*Slovic, 1992*). Le risque est un « stimulus » qui dépend des caractéristiques de la situation ; les citoyens classent les risques en définissant leur « valeur » comme un ensemble d'attributs qualitatifs et non comme une quantité.

a. Les caractéristiques psychométriques du risque et son acceptabilité

Cette théorie du risque caractérise la personnalité des risques, à partir de diverses propriétés psychométriques dont elle fait l'hypothèse qu'elles influencent la perception et l'acceptabilité des risques (*Zwick & Renn, 2002*). Les études psychométriques initiées par *Fischhoff & al. (1978)* et *Slovic (1985, 1987)* ont révélé l'existence de dimensions de base sur lesquelles le public perçoit des différences entre une gamme de risques. *Slovic & al. (1981, 1987)* ont identifié dix-huit attributs qualitatifs du risque que prend en compte le profane pour

²¹ selon les auteurs, différents termes sont utilisés pour désigner les caractéristiques du risque : dimensions psychologiques (*Slovic & al., 1981, 1987*), « qualités » ou attributs du risque (*Rethans & Albaum, 1981*), facteurs d'acceptabilité (*Jacoby, 1981*)

évaluer un risque et juger s'il est acceptable ou non. La liste des caractéristiques a été complétée par la suite par d'autres auteurs, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 7 : Les caractéristiques psychométriques du risque et leur définitions

Dimensions du risque	Définition
Volontaire (choisi) ou involontaire (subi)	L'exposition au risque résulte-t-elle d'un choix personnel ?
Contrôlable Contrôlable versus incontrôlable	Sentiment de contrôle (maîtrise) personnel(le) de l'exposition au risque ou de ses conséquences
Connaissance Connu <i>versus</i> inconnu - De ceux qui y sont exposés - Des scientifiques	Degré perçu d'information sur le risque : par soi, par la science
Ancienneté, familiarité	Expérience avec le risque
Nature et étendue des conséquences Potentiel catastrophique <i>versus</i> non catastrophique Conséquences fatales <i>versus</i> non fatales Effets immédiats <i>versus</i> différés Individuel <i>versus</i> collectif Génération futures exposées <i>versus</i> non exposées	Le risque peut-il avoir des conséquences : désastreuses ? graves ? à court ou long terme ? Est-il produit au niveau individuel ou de la collectivité ? Représente-t-il une menace pour les générations futures ?
Décroissant <i>versus</i> croissant	Comment le risque évolue-t-il dans le temps ?
Exposition réductible <i>versus</i> irréductible	Est-il possible d'agir sur le risque et de le réduire ? le prévenir ?
Conséquences réversibles <i>versus</i> irréversibles	S'agit-il d'un risque réversible ?
Médiatisé <i>versus</i> non médiatisé	Quel degré d'attention y porte les médias ?
Naturel <i>versus</i> lié à l'action humaine	Croyances associées aux causes et origines du risque
Equité du risque Nature équitable	Equité de la distribution des risques et des bénéfices de l'exposition au risque Concerne-t-il l'ensemble des individus ? Tous les individus y sont-ils exposés au même degré ? (définition retenue pour l'étude) S'agit-il d'un risque juste ? Ceux qui le créent sont-ils ceux qui y sont exposés ? ou est-il produit par certains et supporté par d'autres ?
Visibilité, observabilité	Est-il possible de détecter le risque ? de le reconnaître ?
Caractère effrayant (terrifiant)	Degré avec lequel les conséquences sont redoutées

Sources : Principaux auteurs : Starr (1969) ; Vlek & Stalen (1980) ; Slovic & al. (1980, 1981 ; 1985; 1987), Rethans & Albaum (1981) ; Betchel & Ribera (1983) ; Fischhoff & al. (1984) ; Holtgrave & Weber (1993)

b. Les relations entre caractéristiques psychométriques du risque

Ces caractéristiques psychométriques sont fortement corrélées. Slovic (1987) a montré qu'elles peuvent être regroupées en trois facteurs²² :

- le facteur de crainte (« **dread** » ou « **threat** ») reflète le degré avec lequel le risque évoque un sentiment de crainte et de peur,
- le facteur de connaissance (« **unknown** ») renvoie au degré de connaissance et de familiarité avec les risques ;
- le facteur d'étendue du risque (« **extend** »), qui concerne le nombre de personnes exposées.

Les études récentes ont confirmé que les perceptions du risque sont liées aux 3 facteurs de risque de Slovic (*Sparks & Shepherd, 1994 ; Raats & Shepherd, 1996 ; Sparks & Raats, 1998 ; Miles & Frewer, 1999*). Slovic (1987) montrent que les risques qui obtiennent les facteurs d'effroi et d'inconnu les plus élevés sont notamment ceux liés à l'énergie nucléaire, le terrorisme, l'utilisation d'herbicides et de pesticides, contrairement aux cosmétiques, appareils ménagers, à la bicyclette et la caféine. Les risques technologiques et microbiologiques ont les scores les plus hauts pour le facteur d'étendue des risques ; plus le nombre de personnes exposées est grand et plus le risque perçu est important. L'étendue du risque est corrélée avec les facteurs « *dread* » et « *unknown* » (*Yeung & Morris, 2001*).

Dans la majorité des cas, les corrélations entre les échelles d'évaluation des caractéristiques peuvent être reproduites en utilisant les deux composantes de « crainte » et de « connaissance » (*Bolger & al., 1996 ; Sjöberg, 1998*). Dans une étude sur différents risques alimentaires de Fife-Schaw & Rowe (1996), l'analyse des résultats montre que les deux composantes « crainte » et « connaissance » comptent pour 62% et 20% de la variance réciproquement. Le nombre de personnes exposées n'a pas abouti à un troisième facteur.

Plus les scores des facteurs de crainte et de connaissance sont élevés, plus le risque est évalué de façon importante et plus les individus seraient prêts à prendre des mesures pour les réduire et sont en faveur d'une régulation stricte (*Slovic, 1992 ; Zimolong & Trimpop, 1995*). Les niveaux (faible/élevé) de ces deux facteurs servent donc à définir le niveau global de risque (faible/élevé) et son acceptabilité (cf. tableau 8). La **notion d'acceptabilité du risque** fait référence au niveau de risque que les individus acceptent consciemment et qui les conduit

²² Sandman (1987) a regroupé ces dimensions du risque sous le titre de facteurs d'indignation (*outrage factors*), dont les trois principaux renvoient au caractère connu ou inconnu du risque, volontaire ou imposé ainsi qu'au nombre de personnes exposées. Ils reflètent le sentiment des individus d'être exposés à des risques incertains (exemple OGM) sans leur consentement et sans potentiel bénéfique compensatoire. Plus les facteurs d'indignation sont nombreux, plus le risque sera perçu comme inacceptable (*Fischler, 1998*).

à renoncer à des actions susceptibles de le réduire. Plus le risque sera perçu élevée à partir de ses dimensions psychométriques, plus son acceptabilité sera faible.

Tableau 8 : Détermination du niveau de risque perçu à partir des caractéristiques et facteurs de risque

ACCPETABILITE ELEVEE		ACCPETABILITE FAIBLE	
RISQUE FAIBLE		RISQUE ELEVE	
RISQUE PEU CRAINT	FACTEUR « CRAINTE »	RISQUE CRAINT	
Individuellement contrôlable		Incontrôlable	
Réversible		Irréversible	
Potentiel global non catastrophique		Potentiel catastrophique global	
Pas effrayant		Effrayant	
Conséquences non fatales		Conséquences fatales	
Equitable		Inéquitable	
Individuel		Collectif	
Naturel		Du à l'action humaine	
A faible risque pour les générations futures		A haut risque pour les générations futures	
Exposition réductible		Exposition non réductible	
Décroissant		Croissant	
Exposition volontaire		Exposition involontaire	
RISQUE CONNU	FACTEUR « CONNAISSANCE »	RISQUE INCONNU	
Observable		Pas observable	
Connu de ceux qui y sont exposés		Inconnu de ceux qui y sont exposés	
Effets immédiats		Effets différés	
Risque ancien – familier		Nouveau risque – non familier	
Risque inconnu de la science		Risque inconnu de la science	
Risque faiblement médiatisé		Risque fortement médiatisé	
FACTEUR « ETENDUE DU RISQUE »			
Peu de personnes exposées		Beaucoup de personnes exposées	

Sources : Slovic (1987, 1992), Sparks & Shepherd (1994), Fife-Shaw & Rowe (1996)

Ainsi, les sujets accepteront davantage les risques non catastrophiques, décroissants et naturels, faiblement risqués pour les générations futures et dont l'exposition peut être réduite facilement.

Comme nous l'avons vu précédemment, le **contrôle perçu** est central dans la perception. Les individus tendent à percevoir moins de risque pour eux-mêmes s'ils ont un sentiment de contrôle personnel sur la situation et seront alors moins averses au risque. Teuber (1990) a montré que les personnes qui cuisinent eux-mêmes perçoivent moins le risque d'être intoxiqués que ceux qui ne cuisinent pas. Dans l'enquête de Raab & Woodburn (1997), un quart des gens estiment qu'ils courent moins de risques d'empoisonnement quand ils mangent à domicile que quand ils mangent en dehors. Les individus associent donc un plus grand risque à des circonstances ou des pratiques qu'ils perçoivent contrôlées par d'autres (comme manger au restaurant), et un risque moindre à des situations qu'ils perçoivent contrôler personnellement (comme préparer et manger à la maison). Les risques perçus comme volontaires sont perçus comme contrôlables.

De même la **connaissance perçue** détermine le niveau de risque perçu. Les individus attribuent souvent un haut risque à des « objets » ou évènements qu'ils ont le sentiment de moins connaître. Les individus perçoivent des risques plus importants lorsqu'ils pensent être mal informés et lorsqu'ils pensent que leur droit à un libre choix est compromis. Les études sur les risques alimentaires ont montré que les risques qui sont jugés les plus connus sont les risques microbiologiques, contrairement aux risques chimiques perçus non naturels et moins familiers ; les risques technologiques sont les moins connus (*Yeung & Morris, 2001*).

Les notions d'effets dans le temps du risque introduisent l'**horizon temporel** du risque. Lorsque les conséquences sont proches dans le temps, les individus jugeraient le risque faible (*Connors, 2000*). Comme le soulignent Cohen & Hubert (*1997*), certains acteurs gèrent une variété de risques et ont des **buts immédiats** ; ils ne seront alors pas concernés par des conséquences à long-terme.

Dans une analyse de la perception de 22 risques alimentaires, Fife-Schaw & Rowe (*1996*) concluent que les **risques perçus comme non naturels** (causés par l'homme) tendent à être **perçus comme plus graves** que les risques qui arrivent naturellement.

Frewer & al. (*1997a*) reportent que les **médias** tendent à souligner le potentiel catastrophique d'un risque en particulier s'il est immesurable. Les conséquences à large échelle attirent souvent plus l'attention des médias que les conséquences individuelles. L'impact médiatique d'évènements majeurs engendre une réaction sociale exacerbée de la part du public.

c. Les caractéristiques du risque liées à la politique de gestion

c.1. La responsabilité perçue

Certains auteurs ont intégré la responsabilité perçue du risque dans l'analyse psychométrique. Starr & al. (*2000*) ont introduit la notion de responsabilité perçue dans la protection contre les risques de santé causés par l'environnement (état, échelle locale, corps médical, individus privés). Kirk & al. (*2002*) et Frewer & al. (*1998*) ont intégré cette notion dans le cas de la perception de différents risques alimentaires. Frewer & al. (*1998*) ont montré que les risques technologiques étaient considérées comme étant de la responsabilité des institutions de régulation de la société et les risques liés aux styles de vie sous la responsabilité individuelle. Lamb & al. (*2000*) concluent que les risques d'empoisonnement

sont perçus comme étant plus de la responsabilité des consommateurs, commerçants, entreprises. Les colorants alimentaires sont considérés sous la responsabilité des transformateurs, les OGM sous celle des producteurs, du gouvernement et des fabricants.

c.2. La confiance perçue des institutions et des sources d'information

- **Définition de la confiance envers les institutions et la source d'information**

D'autres études sont venues compléter le paradigme initial. Des travaux récents ont révélé que le risque a une **dimension politique** qui met en jeu la **confiance** accordées à l'Etat et aux institutions chargées de la communication du risque (*Slovic & al., 1991 ; Frewer & al., 1997a, 1999*). **Le manque de confiance envers les institutions expliquerait l'efficacité limitée de certaines campagnes** (*Slovic & al., 1991*).

Le concept de confiance recouvre des **définitions et décompositions variées**.

On parle de « confiance générale » lorsque les individus font confiance en général aux institutions et de « confiance spécifique » pour la confiance portée spécifiquement à ceux qui sont responsables de la gestion des risques (*Sjöberg, 2002*).

Hansen & al. (2003) définissent la confiance comme la « perception générale de la fiabilité du secteur régulateur ». Fife-Shaw & Rowe (1996) décomposent la confiance selon deux caractéristiques perçues des organisations responsables du risque : la **réputation** et **compétence** perçues des régulations proposées pour protéger la santé des individus. Selon Frewer & al. (1996), la confiance est liée aux perceptions de la connaissance, de la précision et des préoccupations du bien-être public (implication, engagement) des institutions responsables. Dans une étude réalisée en Angleterre, Frewer & Shepherd (1994) montrent que la **confiance envers la source** d'information est le déterminant le plus important des différences dans les perceptions de la **qualité perçue de l'information** (biais, complétude, adéquation, compréhensibilité, intérêt, pertinence), en particulier lorsque le risque est inconnu, ou quand la connaissance de base sur le risque est perçue comme relevant de la société plus que des individus (cas des OGM).

En psychologie sociale, la conception de la confiance est un « trait de personnalité, une prédisposition générale à croire en autrui ». En marketing, elle est à la fois une croyance et une intention de comportement (proche de l'attitude). Dans une perspective d'achat, la confiance repose sur deux dimensions principales : la **crédibilité** (compétences de la marque à répondre aux attentes du consommateur) et la **bienveillance** à l'égard du client (*Sirieix & Dubois, 1999 ; Gurviez, 1998*). Si les individus n'ont pas confiance envers les experts

officiels et informateurs, ils ne trouveront pas crédibles leurs évaluations scientifiques (Sjöberg, 2002 ; Siegrist & Cvetkovich, 2000) et n'auront pas confiance vis à vis du message (Slovic, 1999).

- **Définition de la « confiance sociale »**

Drottz-Sjöberg (2000) différencie la confiance envers l'information et l'expertise dans le concept composite de « **confiance sociale** », qui intègre la **connaissance et l'expérience personnelle**. Earle & Cvetkovich (1997) distinguent deux types de confiance sociale, conformément à la distinction anglo-saxonne : la « social trust » et la « confidence », qui sont inter-reliées. La « **social trust** » est basée sur les relations entre personnes, la similarité existante ou négociée entre l'individu et les autres sur la base de **valeurs saillantes partagées par un groupe**. Elle peut concerner des personnes ou une agence privée. Elle varie d'un contexte à un autre et d'une personne à une autre. Elle est ouverte au changement. La « **confidence** » s'établit **entre une personne et une organisation**, sur la base de la familiarité et l'expérience passée avec ou dans l'organisation.

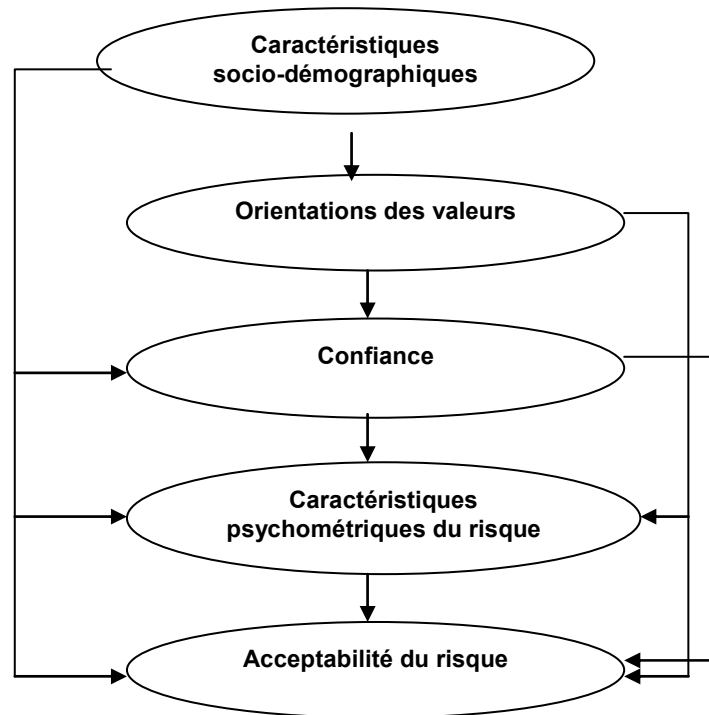
- d. **Relations entre confiance, risque perçu et acceptabilité du risque**

Il semble que la confiance, le risque perçu et son acceptabilité soient inter-corrélées. La perception des risques dépend de la confiance vis à vis de la source d'information. La corrélation entre la confiance et la perception du risque est variable selon les types de risque (Sjöberg, 1999 ; Siegrist & Cvetkovich, 2000). La confiance aurait cependant un faible pouvoir explicatif du risque perçu (Sjöberg, 2004).

Certains auteurs montrent que les attitudes vis à vis du risque dépendent de la confiance et de la crédibilité portées par le public vis à vis des institutions concernées par la gestion du risque. La dis-confiance envers les institutions est un élément clé des attitudes négatives du public vis à vis des conseils sur le risque. Selon une chaîne causale, le risque perçu serait donc le médiateur entre la confiance et l'acceptabilité du risque. Les expressions de la confiance et du risque perçu sont souvent antérieures aux attitudes. Mais il est aussi possible que des attitudes antérieures puissent diriger les perceptions individuelles des communications sur le risque et la confiance envers les sources de communication (Eiser & al., 2002).

En conclusion, Zwick & Renn (2002) proposent la structure causale suivante, qui sous-tend l'approche psychométrique de l'acceptabilité du risque.

Schéma 4 : structure causale entre confiance, perception et acceptabilité du risque



Source : Zwick & Renn (2002)

En résumé, la recherche comme l'expérience semblent supporter l'idée selon laquelle les experts et le public ne donnent pas la même signification au risque.

L'approche psychométrique représente une voie intéressante pour expliquer l'inefficacité des politiques de santé fondée sur une conception technique et normative de l'information. Le paradigme psychométrique considère que les sujets ne sont pas « irrationnels » et ignorants mais qu'ils ont une rationalité différente des experts, plus complexe et qualitative, même si l'évaluation experte du risque est aussi reconnue comme entachée de subjectivité. Il semble exister un écart entre les risques « réels », évalués de manière « objective » par les experts et les risques « subjectifs », « perçus » par le public. Le public a sa propre appréhension de l'incertitude et du risque et son acceptabilité du risque dépend de facteurs subjectifs d'ordre psychologique et sociale, incorporés dans leurs représentations des risques (cf. encadré 3 pour la différence entre perception et représentation).

Les procédures d'analyse quantitative du risque ne sont pas adaptées pour l'étude des perceptions individuelles du risque. Il apparaît nécessaire de compléter les approches techniques par des approches qualitatives pour élargir la conception du risque. Le paradigme psychométrique traite la question de la perception du risque à travers sa décomposition

multidimensionnelle en caractéristiques inhérentes au risque et au contexte d'exposition. En soulignant la multidimensionalité du risque, il permet d'améliorer la compréhension de la diversité des perceptions selon que le risque relève d'une situation objective (aspects techniques, physiques) ou de la dénonciation d'une inégalité devant le risque (aspects sociaux, psychologiques).

La perception du risque dépend aussi de la confiance perçue envers les institutions en charge de la gestion et communication des risques. Les caractéristiques perçues de la source (compétence, réputation, crédibilité) semble déterminées la confiance qui lui est portée. Si la personne lui reconnaît ces qualités, elle aura confiance en la source d'information et percevra élevée la qualité de l'information contenue dans ses messages ; elle se sentira alors concernée par la communication. A l'inverse un manque de confiance envers le communicateur peut provoquer une dis-confiance envers le message qui ne sera pas considéré.

Cette recherche mobilise le paradigme psychométrique pour étudier les facteurs qualitatifs de nature psychologique et sociale que les sujets intègrent dans leur perception des risques nutritionnels. Elle postule que le sujet n'est pas ignorant ou irrationnel mais a sa propre façon de se représenter et d'évaluer les risques, qui peut différer de celle des experts. Les caractéristiques psychométriques identifiées servent de base à notre décomposition des risques de malnutrition et d'obésité. La méthodologie de la recherche reprend en détail les dimensions sélectionnées pour l'étude. Ce travail prend en considération les aspects du risque liés à sa gestion politique, comme la responsabilité personnelle perçue, l'efficacité et l'applicabilité des recommandations communiquées ainsi que la confiance perçue envers les sources d'information mobilisées par les individus.

Encadré 3 : Perception ou représentation ?

Les notions de perception et de représentation du risque sont souvent confondues dans la littérature.

Percevoir, « c'est éprouver une sensation, être en contact direct avec une réalité tangible ». L'expression « perception du risque » suppose qu'il existe un risque objectif, auquel on se heurte. La « perception sociale du risque » se réfère à un lieu commun des études sur le risque, qui oppose les points de vue de l'expert, du politique et du citoyen (*Peretti-Watel, 2000*).

La **notion de représentation** ne tranche pas entre le réel (monde extérieur) et l'imaginaire (monde inné individuel) (*Moscovici, 1961*). Elle prend en compte la richesse et la complexité des cognitions (*Peretti-Watel, 2000*).

Une représentation sociale est une « forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (*Moscovici, 1961 ; Abric, 1989 ; Jodelet, 1989*). Elles sont régies par des principes organisateurs communs à des groupes d'individus, qui sont liés aux insertions sociales (positions individuelles, etc.) ; elle s'appuie sur une activité discursive entre des groupes sociaux, sur des savoirs existants et des représentations élaborées antérieurement. Les représentations sont sociales par nature et par fonction, socialement élaborées et partagées et manifestent des appartenances sociales et culturelles des individus ; elles visent à assurer la pérennité du groupe, à maintenir son identité, notamment face à un élément perturbateur menaçant l'ordre, l'organisation et le fonctionnement de la communauté. De façon inconsciente, les agents identifient une information ou un objet en référence et par ressemblance à des stéréotypes. Ces schèmes de représentations ont un rôle pratique, permettant de guider et de justifier l'action. Elles se manifestent lorsque l'individu doit faire face à un élément nouveau venu perturber son environnement. La représentation est à la fois prescriptive *ex-ante* (pensée causale spontanée : recherche de causes élémentaires et exhaustives pour expliquer le phénomène) et justificatrice *ex-post* (attributions de responsabilité ; protection symbolique). Les représentations existantes résistent aux nouvelles informations qui les remettent en cause par un mécanisme de filtrage et de sélection de l'information. Les représentations, ancrées socialement, ont une certaine stabilité et sont difficilement modifiables. Les individus interprètent donc leur environnement de telle façon qu'il soit en accord avec son schéma de référence (*Peretti-Watel, 2000*).

Dans le domaine alimentaire, les représentations intègrent notamment :

- les éléments symboliques et irrationnels de l'acte alimentaire;
- les phénomènes de perception, d'interprétation et d'acceptation des *stimuli* alimentaires en tenant compte de la présence d'états dissonants (*Fourny-Gallen, 2001*) ;
- les caractéristiques du contexte de consommation, notamment ses dimensions sociales (*Masson, 2002*).

Le risque perçu serait le résultat d'une construction mentale, d'une représentation, basée sur des informations perçues, s'insérant dans des schémas précédemment mémorisées (*Filser, 1994*).

2.2. Le paradigme psychométrique : un outil méthodologique

a. Echelles psychométriques et analyses multivariées

Les échelles psychométriques et les techniques d'analyse multivariées permettent de produire des représentations quantitatives des attitudes et de la perception des risques (*Slovic*

& al., 1980 ; Slovic, 1987). De nombreuses études ont montré que l'évaluation basée sur des jugements subjectifs était quantifiable et prévisible (Sjöberg & al., 2004). Le paradigme psychométrique fait l'hypothèse qu'avec des instruments d'enquête appropriés, les facteurs d'acceptabilité peuvent être quantifiés (Slovic, 1992). Il est possible d'identifier et quantifier les similarités et différences dans les perceptions et attitudes du risque entre les groupes à partir d'agrégats factoriels (Slovic & al., 1985).

a.1. Elicitation des caractéristiques du risque

Les caractéristiques décrivant le risque peuvent être identifiées par différentes techniques : la grille répertoire de Kelly, l'élicitation libre ou directe, le recours à des « focus group » (groupes de discussion), la technique de « laddering ».

Frewer & al (1998), Miles & Frewer (2001) ont généré par la technique de « laddering »²³ les attributs associés à 5 risques alimentaires : ESB, OGM, régimes riches en matières grasses, résidus de pesticides et aliments contaminés par la Salmonelle. Ils ont validé les affirmations et préoccupations générées lors de la première étude par une notation de chaque attribut du risque sur une échelle d'accord de type Likert. Le taux d'affirmation avec les dimensions proposées ont montré qu'elles reflétaient bien les perceptions de ces risques. Miles & Frewer (2001) montre que bien que certaines caractéristiques générées par les interviews étaient spécifiques à chacun des 5 risques étudiés, d'autres sont communes et partagées.

Les études utilisant l'approche psychométrique demandent traditionnellement aux individus de noter le degré avec lequel une gamme de risque possède les différentes caractéristiques qualitatives proposées (Fischhoff & al, 1978 ; Slovic & al., 1980 ; von Winterfeldt & al., 1981). Entre 9 et 15 échelles d'évaluation (correspondant à chacune des caractéristiques) sont typiquement employées (Siegrist & al., 2005).

a.2. Analyse factorielle et cartes de préférence

Les notes obtenues à partir des échelles psychométriques sont le plus couramment soumises à une analyse en composantes principales (ACP). Celle-ci permet de réduire les dimensions à des scores composites ou à un petit nombre de facteurs et de prédire les variables pertinentes du risque perçu.

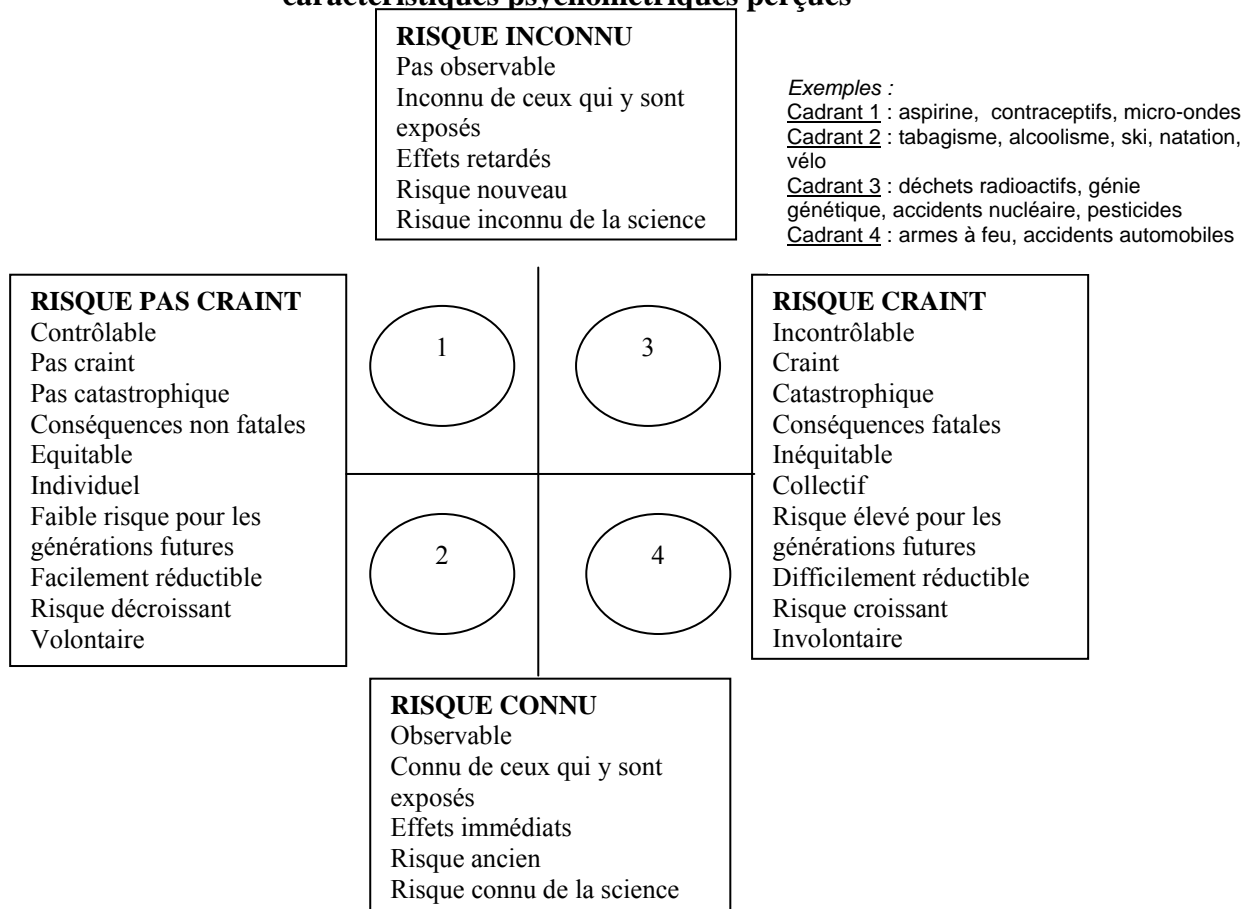
²³ Technique d'entretien pour remonter la hiérarchie perceptuelle dans laquelle les attributs d'un « objet » sont reliés aux conséquences recherchées, elles mêmes menant à des valeurs personnelles.

Les cartes de préférence localisent l'ensemble des risques dans un espace à deux dimensions (selon les facteurs de crainte et de connaissance). La représentation spatiale fournit une vue de comment les individus comparent et contrastent les différents risques.

Les modèles et méthodes psychométriques ont été appliqués à des domaines de risque hétérogènes comme la radioactivité nucléaire, le bien-être animal, les développements technologiques (dont la manipulation génétique), les activités professionnelles et privées, la santé humaine, l'usage de drogues, le tabagisme, l'abus d'alcool, les pratiques sexuelles (SIDA), l'environnement (pollution) et l'alimentation (*Sparks & Shepherd, 1994*).

Ces recherches empiriques montrent que les déterminants de l'acceptabilité du risque sont très hétérogènes. Ils varient selon le type de risque, les caractéristiques des répondants et les méthodes statistiques utilisées. Cependant, quelques similarités ressortent dans les résultats (*Rohrmann, 1999*), comme le montre le schéma 5.

Schéma 5: Exemple d'une carte de préférence de différents risques à partir de leurs caractéristiques psychométriques perçues



Sources : adapté par Meacham (2001) à partir de Slovic (1987)

b. Quelques études sur la perception des risques alimentaires mobilisant le paradigme psychométrique

L'approche psychométrique a été appliquée à l'analyse de la perception des risques alimentaires. La plupart de ces études examinent les perceptions de produits spécifiques (comme les pesticides, colorants, conservateurs, boissons, aliments, caféine) ou de technologies (comme l'irradiation, la manipulation génétique, l'utilisation de micro-ondes).

Fischhoff & al. (1978) a étudié les perceptions du public pour les pesticides, les colorants et les conservateurs alimentaires, les boissons alcoolisées parmi d'autres risques, comme le tabagisme, le nucléaire, la vaccination et l'aviation. Les sujets devaient noter les items sur la base de 9 caractéristiques dont la gravité perçue des conséquences, le contrôle et le caractère volontaire du risque, le caractère immédiat des effets, et la nouveauté. L'ACP est parvenue à deux facteurs : « les risques technologiques » et la « gravité ». Le premier facteur semble être associé à des scores élevés pour « nouveau, involontaire, conséquences différées », alors que le 2^{ème} facteur concerne les risques qui sont « mortels » et qui « touchent un grand nombre de personnes ». Dans le cas des risques alimentaires, les risques associés aux pesticides, colorants et conservateurs révèlent des scores élevés pour le facteur de « risque technologique » alors que les risques associés à l'alcool sont notés plus faiblement sur ce facteur. Le risque lié aux pesticides a été considéré le plus grave parmi les autres risques alimentaires.

Slovic & al. (1980) ont étendu cette étude et ont trouvé 3 facteurs : « crainte », « familiarité » et « nombre de personnes exposées ». Les fertilisants chimiques, les herbicides et pesticides sont notés relativement plus fort sur le facteur de crainte alors que les boissons alcoolisées, les colorants, le micro-ondes, la caféine reçoivent des scores plus faibles pour ce facteur. L'irradiation, la recherche génétique, les conservateurs, les colorants reçoivent de faibles scores sur le facteur de familiarité contrairement à l'alcool ou la caféine.

Frewer, Shepherd & Sparks (1993) ont étudié les perceptions pour les risques alimentaires liés à des régimes riches en matières grasses, à l'utilisation du micro-ondes et à l'irradiation des aliments. Ils distinguent le risque personnel, pour les autres et pour la société. Ils ont montré que les individus perçoivent le risque pour eux-mêmes plus faible que pour les autres ou la société (indépendamment des caractéristiques du risque), conformément avec la théorie des biais d'optimisme.

Shepherd & Sparks (1994) ont trouvé que les risques diététiques et nutritionnels (régimes riches en matières grasses, consommation d'alcool) sont évalués faiblement quant à leur gravité et la dimension inconnue, alors que les risques technologiques et les sous-produits indésirés des processus de production (pesticides, hormones) étaient notés fortement sur ces deux dimensions. Les risques microbiologiques sont jugés sévères mais faiblement inconnus. Parmi les 25 sources de risque prises en compte, le risque lié à un régime trop riche en matières grasses était perçu comme le plus contrôlable, les individus se considérant être moins soumis au risque que les autres. Ils notent qu'il existe une relation complexe entre les risques spécifiques et généraux ; par exemple, les additifs alimentaires (plus général) sont notés comme plus graves que les colorants ou les arômes artificiels.

Lamb & al. (2000) ont étudié en Nouvelle-Zélande la perception de différents risques alimentaires (présence de micro-organismes, de produits chimiques, manque d'hygiène, présence de conservateurs) et en particulier de ceux issus de manipulation ou modification génétiques (biotechnologies). Les risques perçus comme les plus élevés étaient les risques d'empoisonnement alimentaire et ceux liés à des résidus de pesticides. Les risques perçus les moins élevés sont les colorants et conservateurs. Les risques jugés plus importants étaient liés à la présence d'antibiotiques dans les aliments, des traces d'hormones de croissance animales, l'irradiation alimentaire, le génie génétique et les OGM. Plus le contrôle personnel perçu est bas, plus le risque est jugé important. Pour les risques jugés élevés comme les OGM, les individus ont moins de connaissance sur leurs conséquences et sur les comportements à adopter pour gérer le risque potentiel.

Dans l'étude réalisée en Angleterre par Kirk & al. (2002), les sujets devaient exprimer leurs opinions vis à vis d'une gamme de 5 risques alimentaires potentiels : aliments contenant des résidus d'hormones de croissance, aliments contenant le prion à l'origine de l'ESB, aliments génétiquement modifiés, aliments contenant la Salmonelle, aliments contenant des acides gras saturés. Ils ont développé un questionnaire psychométrique administré à différentes périodes de temps.

Les résultats de l'ACP identifient deux composantes principales qui expliquent 43% de la variance. Ils correspondent à la « gravité » (niveau de crainte, probabilité du risque, responsabilité du gouvernement, caractère naturel du risque, l'importance des conséquences,

niveau de contrôle perçu du risque) et la « connaissance/familiarité » du risque (connaissance du risque par les scientifiques et les individus).

Kirk & al. (2002) ont développé une version modifiée de l'indice du risque alimentaire perçu (PFRI²⁴), conçu pour explorer spécifiquement la perception du risque dans le domaine alimentaire (Fife-Schaw & Rowe, 1996²⁵). Les indices de risques les plus faibles concernent le risque lié à la consommation d'acides gras saturés (les plus élevés étant attribués à l'ESB et la Salmonelle). Les individus considèrent moins grave ce risque parce qu'il est perçu comme le plus connu par eux-mêmes et les scientifiques. **Le facteur « gravité » pour le risque lié à la consommation d'un régime riches en acides gras saturés est plus important que le facteur « connaissance », ce qui aurait pour implication une communication orientée sur le contrôle et la responsabilité perçues.**

Cette étude ne révèle pas de changement significatif de la perception dans le temps (un an) sauf pour la Salmonelle (gravité perçue).

Quelques études sur la perception des risques de santé ont été réalisées dans des PED (OMS, 2002). Une étude dans 40 villages du Burkina Faso (Sommerfeld & al., 2002) a examiné les perceptions du risque en relation avec la santé (HIV, maladies), les difficultés d'accès aux services de santé, l'économie (pauvreté), l'agriculture (insécurité alimentaire) et le climat (sécheresse). Après jugement global, les risques jugés importants sont l'insécurité alimentaire (faim) et différentes maladies, comme le paludisme, le rhume, les maux de tête, la diarrhée et les maux de ventre. Le HIV a été classé le risque le plus grave mais peu élevé en terme de vulnérabilité personnelle perçue. Le paludisme a été classé le risque le moins grave mais les répondants s'y sentent très exposés.

c. Travaux sur les différences individuelles

c.1. Différences individuelles entre « profanes »

Les recherches empiriques (Bontempo & al., 1997; Slovic, 1997 ; Siebenmorgen & al., 2001) ont montré des **différences systématiques entre les individus et entre les groupes** dans leurs perceptions du niveau de risque d'options de choix risquées. Des différences existent aussi en fonction des situations (Schwartz & Hasnain, 2001 ; Siegrist & al., 2005).

Des différences individuelles ont été observées selon le sexe, l'âge, le niveau de scolarisation, l'appartenance ethnique et le revenu.

²⁴ Perceived Food Risk Index

²⁵ Le PFRI présente néanmoins des limites méthodologiques dans son application, dont une faible fiabilité-robustesse (test-retest) et une validité limitée (Fife-Schaw & Rowe, 2000 ; Kirk & al., 2002).

- **Différences selon le genre**

La tendance des femmes à juger les risques plus graves et à être plus inquiètes que les hommes est bien documentée (*Flynn & al., 1993 ; Kraus & al., 1992 ; Barke & al., 1997 ; Slovic, 1999 ; Starr & al., 2000*), en particulier lorsqu'ils sont liés à l'alimentation et la santé (*Fischler, 1998*).

Weber & al. (2002) suggère que cela peut être dû à une plus faible familiarité des femmes avec les sciences et les technologies par exemple. De plus, les femmes se sentent plus responsables car elles ont la responsabilité des achats pour la famille (*Grobe & al., 1999 ; Frewer, 2000*). Les différences les plus importantes concernent l'exposition au soleil, la violence, le sida, les accidents de la route, la couche d'ozone, la malnutrition (car elle concerne surtout les enfants), les centrales nucléaires, l'alcool, la pollution, etc. (*Slovic, 1992*). *Byrnes & al. (1999)* ont conduit une méta-analyse de 150 études comparant les comportements de prise de risque des hommes et des femmes dans une variété de domaines (dont la santé). Les hommes prenaient plus de risques de façon générale, même si l'importance des différences homme-femme varie en fonction du domaine (*Weber & al., 2002*).

- **Différences selon l'âge**

Les plus jeunes évaluent généralement les risques comme moins élevés que les plus vieux (*Krewski & al., 1994*). La perception du risque semble augmenter avec l'âge, peut-être du fait d'une vulnérabilité accrue de leur santé (*Grobe & al., 1999*). *Krewski & al. (1994)*, *Frewer & al. (1998)* et *Lazo & al. (2000)* ont montré que les plus jeunes ont un sentiment de contrôle supérieur sur les risques (*Salmonelle*) par rapport aux plus âgés ; ils considèrent que c'est plus de leur responsabilité de se prémunir contre les risques que de celle du gouvernement ; ils ont aussi tendance à avoir moins confiance envers le gouvernement que les adultes.

- **Différences selon le niveau de scolarisation**

L'influence du niveau de scolarisation sur le risque perçu a été mise en évidence par *Slovic (1992)*. Les personnes ayant été les moins longtemps scolarisées perçoivent des niveaux de risques inférieurs aux autres. Les différences les plus importantes concernent les produits chimiques, les drogues, les déchets radioactifs, le sida, la violence, l'alcool, la malnutrition, et les lignes à haute tension. Ainsi, plus le niveau de scolarisation est élevé, plus les individus percevront un risque élevé.

- **Différences selon l'appartenance ethnique et le revenu**

Des différences en fonction de l'appartenance ethnique ont été reportées (*Flynn & al., 1993*) ainsi qu'en fonction du niveau de revenu. La perception du risque était corrélée négativement au revenu dans l'étude de Lazo & al. (2000).

c.2. Différences experts-profanes

- **Un mythe ?**

Les recherches sur le risque indiquent des différences entre les experts et le public pour une variété de risque (*Flynn & al., 1993 ; Sjöberg & Drottz-Sjöberg, 1994 ; Kletz, 1996*).

Slovic & al. (1985) ont étudié les perceptions des risques par 15 experts (dont un géographe, un analyste de politique environnemental, un économiste, un biologiste, un régulateur du gouvernement et un homme de loi) ainsi que par des non experts (membres de la Ligue des Femmes, étudiants de l'université et membres de l'organisation américaine pour les activités de services aux communautés²⁶). Les estimations des risques sont mesurées en demandant aux individus de noter (échelle de 10 points) et d'ordonner 30 risques selon le risque perçu de mort. L'étude intègre également des attributs du risque qualitatifs (comme son caractère volontaire ou contrôlable). **Les auteurs concluent que le jugement des experts diffère de celui des profanes.** Les différences sont surtout notables dans le cas des risques d'accident de voiture, liés au tabagisme, à l'alcoolisme, aux armes à feu, à la chirurgie et aux rayons X, qui ont été jugés plus risqués par les experts. Les différences de jugements seraient dues à ce que **les experts évaluent davantage les risques de manière technique** (fréquence annuelle de mort) que les **profanes, qui emploient une gamme plus large de valeurs qui discriminent les risques entre eux.** Le jugement profane est affecté par une variété de facteurs psychologiques.

Cependant, les auteurs montrent que **les experts deviennent novices quand ils traitent de domaines différents des leurs.** Des similitudes dans la perception des profanes et des experts ont été reportées pour les risques liés au tabagisme et la consommation d'alcool (*Slovic, 1987*).

D'autres études se sont suivies sur les différences experts-profanes. La revue de la littérature de Rowe & Wright (2001) montre une faible évidence de l'hypothèse selon laquelle

²⁶ US active club

les experts jugent le risque différemment du public et qu'ils auraient des évaluations des risques plus justes. Selon les recherches, les experts et les profanes peuvent partager des perceptions du risque similaires ou montrer des différences de jugements significatifs. **En général, les experts perçoivent moins les risques que les profanes et en ont une acceptabilité plus élevée.** Une exception est l'étude de Wright & al. (2000) où les deux ont la même perception des événements. Toutes ces études ne sont donc pas en adéquation avec l'étude de Slovic & al. (1985), où les experts jugeaient plus risqués 26 des 30 risques associés à des activités ou des technologies par rapport aux profanes.

La confusion des résultats de ces études serait liée à des facteurs socio-démographiques corrélés aux jugements du risque : le genre (Slovic, 1999) et l'affiliation professionnelle. Sjöberg (2002, 2004) reporte des **propriétés structurelles similaires de jugements du risque entre les experts et le public, quand le risque n'est pas dans le champ de responsabilité des experts.** Quand le risque est dans leur domaine de responsabilité, ils jugent différemment le niveau de risque.

Les limites de ces études proviennent de la définition du **titre d'expert, conféré à ceux qui jouent un rôle particulier plus que sur la base de leur connaissance précise des risques.** Les individus acquièrent leur label d'expert selon un processus de consensus par les pairs (Shanteau, 1992), alors que l'expertise devrait être attribuée selon une performance évaluée objectivement (Steadman, 1983).

- **La notion d' « expertise » et l'existence de biais perceptuels chez les experts**

Bolger & Wright (1994) et Rowe & Wright (2001) se sont intéressés à la notion d'expertise dans des activités de la vie courante. L'expertise apparente (indiquée par exemple par le statut) a une relation avec les jugements de l'activité en question. Les auteurs développent les concepts de « validité écologique²⁷ » de la tâche (degré avec lequel les experts font leurs jugements dans ou en dehors de leur domaine de compétence professionnel et expriment leurs jugements de manière familière) et celui de l' « apprentissage²⁸ » (degré avec lequel le bon jugement peut être appris dans le domaine de la tâche).

L'étude de Rowe & Wright (2001) révèle que bien que les experts et les profanes montrent une bonne performance en termes d'ordonnement des probabilités absolue et conditionnelle des événements, ils montrent aussi des biais similaires et systématiques en termes de surestimations des valeurs, en particulier des jugements absolus. En l'absence de

²⁷ ecological validity

²⁸ learnability

données objectives ou de modèles objectifs (si les risques arrivent rarement par exemple), il n'est pas possible d'améliorer sa performance avec l'expérience et donc la performance des novices et des experts est alors susceptible d'être équivalente. Cela rejoint les résultats des recherches de Kahneman & al. (1982), McNeil & al. (1982) et Slovic (1987) qui avaient observé, les experts soient enclins aux mêmes préjugés que le grand public, en particulier quand ils sont contraints de spéculer au-delà des limites des données disponibles et de se fier à leur intuition. **La plupart des jugements sous incertitude sont sujets à des biais cognitifs qui s'appliquent aussi bien aux experts qu'aux non experts.**

Rowe & Wright (2001) concluent que les experts doivent être questionnés sur leur domaine de tâche et qu'il est important de définir la nature de l'échantillon (genre, âge, affiliation, éducation, statu socio-économique) et la nature précise de leurs tâches. La connaissance de la nature des activités quotidiennes des experts permettra de déterminer si le contenu des questions sur les risques posées sont du ressort de l'expertise ou de l'expérience.

De plus, l'évaluation experte des risques intègre des **contraintes de dispositifs, des jugements et des valeurs** (Joly & al., 1999). Les pratiques et les productions des chercheurs sont conditionnées par des présupposés et des valeurs partagées par la communauté scientifique. Les experts scientifiques s'en tiennent à la recherche de preuves reconnues valides au sein de leur communauté (Marris, 1999).

d. Travaux sur les différences culturelles

La méthode psychométrique a été mobilisée pour étudier la perception du risque dans un certain nombre de pays en majorité occidentaux (comme les EU, la France, la Norvège, la Pologne, l'Italie, l'Australie et l'Angleterre). Elle a été peu appliquée à d'autres contextes, sauf au Japon et en Chine (Rohrman & Chen, 1999). Quelques tentatives d'études cross-culturelles ont été tentées pour établir des comparaisons entre pays (Boholm, 2003), généralement deux pays (Rohrman & Chen, 1999).

Les études empiriques mettent en évidence des différences dans les niveaux de risque perçu entre les pays. Ces différences peuvent être expliquées par les niveaux de risques objectifs auxquels chaque population fait face, différents selon les conditions de vie et l'environnement (environnement sanitaire, pollution environnementale, trafic routier, contexte économique et politique, etc.). **Les perceptions des risques sont déterminées dans une société particulière** (Boholm, 2003).

Néanmoins, les résultats d'études comparatives entre pays montrent que même si les cartes de préférences diffèrent légèrement selon les pays, les **similitudes** entre cartes sont plus importantes (*Boholm, 1998*). Il existerait une **perception du risque inter-culturelle**, avec des similarités dans différents contextes culturels (*Renn & Rohrmann, 2000*).

Dans leurs comparaisons des perceptions des risques entre pays ayant des bases culturelles différentes (Australie, Chine), Rohrman & Chen (*1999*) ont examiné les disparités entre les groupes de la société selon leur milieu professionnel. Les participants (3 groupes d'étudiants en géographie, psychologie et ingénierie et un groupe de chercheurs) devaient juger 25 risques selon 12 aspects du risque dérivés du modèle psychométrique. L'étude conclut à des différences cross-culturelles, surtout liées à des différences en termes de contexte politique, économique et culturel. Les motivations sociales et en particulier les considérations familiales semblent être le facteur le plus important (collectivisme chinois *versus* individualisme australien). En Chine, le strict respect du statut et de l'autorité, la fierté nationale apparente, la désirabilité sociale, peuvent avoir influencé les jugements des risques. La différence majeure émerge des risques liés à des activités politiquement ou moralement interdites comme les drogues. Globalement, les principales dimensions de la structure cognitive sous-tendant les évaluations des risques sont similaires, quelque soit l'orientation professionnelle (groupes d'étudiants et d'experts scientifiques).

3. Conclusion : Intérêts et limites du paradigme psychométrique : les apports de la thèse quant à son application à l'étude de la perception des risques nutritionnels dans un pays en transition nutritionnelle

Le paradigme psychométrique a permis de mettre en évidence les différences de conceptions des risques entre experts et profanes, qui seraient liées à une rationalité différente des acteurs. Ce cadre d'analyse souligne la diversité des perceptions individuelles du risque. Il montre le rôle crucial des facteurs psychosociologiques plus que techniques dans le processus d'évaluation des risques. Ce paradigme identifie un certain nombre de caractéristiques inhérentes au risque qui influencent sa perception, regroupées en trois composantes principales, la crainte, l'inconnu et l'étendue du risque.

Les méthodes psychométriques sont un outil intéressant pour mesurer les caractéristiques perçues du risque et étudier la perception experte et publique des risques alimentaires. Elles permettent d'analyser la structure cognitive des jugements sur le risque, en appliquant des procédures statistiques multivariées comme l'analyse factorielle ou la

régression multiple sur les données individuelles collectées. **Cette méthode permet de dépasser une approche prédéterminée du risque et d'échapper à la condition d'indépendance des composantes et dimensions du risque.**

Le paradigme psychométrique a eu un large succès du fait de sa significativité empirique, de la simplicité du modèle, de sa vision proche du « sens commun » et de la reproductibilité des données (*Sjöberg & al., 2004*). Fife-Schaw & Rowe (2000) ont montré que l'approche psychométrique fournit des niveaux acceptables de fiabilité et de robustesse.

De nombreuses recherches ont mobilisé les méthodes psychométriques pour l'étude des perceptions des risques dans une variété de domaines. Le paradigme psychométrique a montré sa pertinence et son opérationnalité pour la comparaison d'une large gamme de risques basée sur leurs caractéristiques psychométriques. Elles restent cependant relativement peu nombreuses dans le domaine alimentaire et la généralisation des résultats entre les domaines est incertaine (*Fife-Schaw & Rowe, 1996*). Les résultats montrent des structures factorielles similaires (profils) entre groupes de risques alimentaires.

Les recherches sur les risques alimentaires s'intéressent surtout aux « nouveaux risques » liés aux nouvelles technologies et aux risques à faible acceptabilité par les profanes et forte acceptabilité par les experts (*Sjöberg, 1998*). A notre connaissance, il existe de rares applications de l'approche psychométrique au cas des risques nutritionnels.

Peu d'études se sont intéressées aux risques en lien avec la santé et la nutrition, à part quelques travaux sur la perception du risque lié à la consommation de matières grasses. Les résultats révèlent que ce risque est jugé faible du fait d'un contrôle et d'une connaissance perçus élevés (optimisme). Mais le facteur de crainte serait plus important que le facteur de connaissance, ce qui aurait pour implication une communication orientée sur le contrôle et la responsabilité perçues (*Kirk & al., 2002*).

D'après notre revue de la littérature, une seule application semble avoir été envisagée à la perception du risque de malnutrition chez les enfants ; les femmes perçoivent ce risque plus élevé que les hommes, du fait probablement de leur responsabilité perçue de l'alimentation de la famille.

Un nombre limité de recherches se sont attachées à l'étude des différences individuelles dans la perception profane des risques. Les différences individuelles les plus reportées dans la littérature sont liées au sexe, à l'âge, au revenu et à l'origine ethnique. Celles

qui ont comparé les perceptions des experts et non-experts montrent des différences lorsque le risque s'inscrit dans le domaine d'activité de l'expert (qui évalue le risque selon des critères techniques). Lorsqu'il existe une forte incertitude sur le risque (peu de données) et lorsque l'expert doit juger des risques qui ne sont pas de son domaine d'expertise, alors leurs structures de perception deviennent similaires à celles des profanes. Ces études soulignent l'importance de définir le domaine de tâche de l'expert et la nature précise de leurs activités.

Par ailleurs, les recherches mobilisant les méthodes psychométriques ont essentiellement été menées en Occident, très rarement dans des contextes de pays du « sud ».

Les **originalités de la thèse** sont liées à **l'application du paradigme psychométrique aux risques nutritionnels** (apport méthodologique) dans un **pays du « sud », en transition nutritionnelle : le Vietnam (terrain d'application).**

Les deux risques nutritionnels concernés sont **la malnutrition par carences et l'obésité** (surpoids), risques supposés à forte acceptabilité par les profanes et à faible acceptabilité par les experts. Notre recherche considère ces **catégories de risques comme générales** et non liées à des produits ou pratiques spécifiques, contrairement à la plupart des recherches antérieures. Nous considérons que la gestion des risques nutritionnels est plus globale et liée à un mode de vie (alimentation, activité physique, environnement sanitaire par exemple), plus qu'à des pratiques spécifiques. En outre, l'importance des risques alimentaires et nutritionnels sera relativisée dans un **portefeuille plus large de risques de santé et de risques alimentaires.**

De manière à étudier l'évaluation de ces risques nutritionnels, nous avons développé une **échelle psychométrique** adaptée de la littérature. L'analyse multidimensionnelle des risques que nous proposons intègre des dimensions peu étudiées dans la littérature, comme la **responsabilité personnelle** perçue vis à vis du risque, pour prendre en compte des **aspects du risque liés à la politique**. A côté de la responsabilité perçue, d'autres critères renvoyant à la gestion du risque sont considérée : **l'efficacité et l'applicabilité perçue des actions recommandées ainsi que la confiance** envers les institutions et personnes en charge de communiquer sur les risques.

Cette recherche apporte sa contribution par la **comparaison entre la perception des caractéristiques psychométriques de l'obésité et de la malnutrition par les mères**. Notre analyse intègre les **différences individuelles** dans la perception de ces risques, ce potentiel du paradigme psychométrique ayant été peu exploité jusqu'ici.

D'une part seront analysées les **différences de perception entre les mères vietnamiennes des risques de malnutrition et d'obésité selon certaines données socio-économiques, le niveau de connaissance et l'état nutritionnel**. Les potentiels de l'analyse psychométrique pour étudier les différences individuelles dans la perception ont été peu exploités, or l'implication forte de facteurs d'ordre psychologiques et de valeurs dans la perception des risques nécessite de différencier à la fois les risques et les individus. Les études psychométriques classent les risques selon deux dimensions : leur « crainte » et « connaissance » perçues. **Cette étude propose de projeter non plus les risques mais les individus sur les principales composantes du modèle psychométrique, de façon à discriminer les individus entre eux et à identifier les variables significatives de différenciation.**

D'autre part seront étudiées les **différences entre experts et mères** dans la perception du risque de malnutrition. Dans notre étude, les **experts** sont **choisis dans leur domaine de tâche** (communication et éducation sur les risques nutritionnels) en faisant l'hypothèse que leur connaissance des risques provient essentiellement de leur expertise. Ayant ainsi défini les experts, nous testerons **l'hypothèse d'une différence de perception de la malnutrition entre les experts et les mères « profanes ».**

CONCLUSION DU CHAPITRE I : APPORTS DES THEORIES DE LA PRISE DE DECISION ET DU RISQUE POUR COMPRENDRE LA PERCEPTION DES RISQUES NUTRITIONNELS

Ce chapitre visait à développer les contributions de la psychologie et de la sociologie à l'élargissement des conceptions de la rationalité économique et du risque.

Dans le modèle d'utilité espérée, l'agent est supposé fonder sa décision après évaluation d'un risque quantitatif global selon une rationalité utilitariste et probabiliste (risque évalué par sa probabilité d'occurrence et son importance).

Or, l'étude expérimentale des comportements (théories des « prospects » et des biais cognitifs) met en évidence l'existence de règles heuristiques, qui sont des règles générales d'action pour faire face à l'incertitude. Ils sont à l'origine de biais dans l'évaluation du risque et en particulier des probabilités d'occurrence d'un événement. La théorie des prospects révèle en particulier que les individus tendent à surestimer les petites probabilités et à sous-estimer les fortes probabilités. Elle montre que l'attitude envers le risque n'est pas un continuum de l'aversion au risque à la recherche de risque, comme le postule la théorie microéconomique.

Les sujets peuvent également montrer des biais d'optimisme et développer des mécanismes de dénégarion du risque, particulièrement importants dans le domaine alimentaire. Ils se traduisent par une perception faible du risque et une moindre aversion au risque. Se sentant moins exposés au risque, les sujets se sentiront moins concernés par la communication sur les risques. Ces biais cognitifs peuvent donc contribuer à expliquer les décalages entre l'exposition à l'information sur les risques et le comportement désiré.

Pour prendre en compte l'importance des facteurs psychologiques dans la prise de décision, ce travail de recherche vise à étudier certains biais cognitifs :

- **le biais d'estimation de la probabilité d'occurrence des risques nutritionnels (malnutrition, obésité),**
- **le biais d'estimation du risque objectif pour ses proches (enfants) par l'évaluation de l'état nutritionnel mesuré de l'enfant,**
- **l'illusion de contrôle,**
- **l'illusion de connaissance.**

Les théories du risque perçu en marketing et en sociologie du risque apportent des éclairages supplémentaires sur la formation de la perception d'un risque. Elles s'intéressent non plus au risque réel mais au risque perçu.

La théorie du risque perçu propose un cadre intéressant pour étudier les stratégies de réduction mises en place lorsqu'un risque est perçu. **Dans la thèse, nous retiendrons les réducteurs de risque suivants :**

- **la recherche d'information,**
- **les sources d'information et les types d'information recherchés,**
- **le fait de choisir ou d'éviter des aliments spécifiques ou des marques,**
- **les conseils donnés aux personnes en charge de l'enfant,**
- **l'adhésion à un club de nutrition.**

Le paradigme psychométrique permet une analyse multidimensionnelle des caractéristiques des risques. Cette recherche mobilise le paradigme psychométrique pour étudier les facteurs qualitatifs de nature psychologique et sociale que les sujets intègrent dans leur perception des risques nutritionnels. Elle postule que **le sujet n'est pas ignorant ou irrationnel mais a sa propre façon de se représenter et d'évaluer les risques, qui peut différer de celle des experts.** Les caractéristiques psychométriques servent de base à notre décomposition des risques de malnutrition et d'obésité. Nous analysons les **différences individuelles** dans la perception de ces risques **par les mères et les experts** dans un contexte de transition nutritionnelle, **le Vietnam.**

La plupart des études se consacrent à l'étude des dimensions déterminantes de la perception des risques et aux attitudes sans faire le lien avec le comportement des individus. Elles font l'hypothèse d'une relation de causalité entre la perception du risque et le comportement, la perception étant une variable explicative du comportement. Les individus tendraient ainsi à réduire le comportement risqué quand ils perçoivent les risques de santé comme très élevés. Or, l'expérience montre que ce n'est souvent pas le cas.

Un des objectifs de cette thèse est d'étudier les relations entre la connaissance, les attitudes (dont évaluation et perception du risque) envers les risques nutritionnels et le comportement (pratiques reconstruites à partir de données déclaratives et/ou état nutritionnel mesuré objectivement). Pour mieux comprendre les déterminants et le sens de ces relations, **le chapitre 2 suivant présente les modèles de comportement et de communication développés en psychologie sociale.**

Chapitre 2 : Etat de l'art sur les modèles de comportement en psychologie sociale et cognitive à la base des modèles de communication

Ce chapitre passe en revue la modélisation du comportement en psychologie sociale et cognitive. Le premier sous-chapitre présente les modèles de comportement généraux. Leur développement spécifique au domaine de la santé, dans un cadre statique puis dynamique, fait l'objet du deuxième sous-chapitre. Les modèles de communication basés sur ces présupposés théoriques sont finalement détaillés. Ce chapitre conclut sur les limites et apports de ces modèles pour la recherche.

INTRODUCTION

Les actions de communication et d'éducation nutritionnelles sont fondées sur les modèles théoriques du comportement individuel développés en psychologie socio-cognitive. Ces modèles de comportement psychosociaux lient l'attitude et le comportement. Ils permettent d'explicitier les facteurs déterminant le comportement. Ils ont été développés soit pour rendre compte de comportements généraux (théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié) ou spécifiques au domaine de la santé (modèle des croyances relatives à la santé, théorie de la motivation de protection). Ces modèles ont été enrichis progressivement par la prise en compte notamment des phénomènes d'apprentissage dans le temps (théorie sociale et cognitive, modèle de changement de comportement, modèle du processus d'adoption de précaution).

La recherche en comportement du consommateur s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire qui mobilise l'économie, la psychologie sociale et cognitive et la sociologie. Les comportements sont modélisés à l'origine selon une perspective de prise de décision en univers incertain et risqué. Les travaux en psychologie sociale et cognitive sur le comportement du consommateur, qui ont surtout été portés par les chercheurs en marketing, ont permis d'améliorer la compréhension des logiques des actions individuelles. Ils se concentrent surtout sur les processus de prise de décision antérieurs ou au moment de l'achat des individus. Ils s'intéressent aux interactions entre l'environnement socio-économique et les

attributs psychologiques des individus (Brée, 1994). Selon un schéma *behavioriste*²⁹ et *cognitiviste* du consommateur reposant sur le traitement de l'information, les modèles de comportement permettent d'identifier les variables explicatives qui interviennent aux différentes étapes du processus de formation du choix.

I. LES MODELES GENERAUX DU COMPORTEMENT

Nous expliquons dans un premier temps comment le processus de décision et de choix est conceptualisé en psychologie sociale et cognitive. Après avoir détaillé les étapes du processus de décision et les facteurs psychologiques qui les sous-tendent, nous présentons le modèle de traitement de l'information et les modèles hiérarchiques qui s'inscrivent dans le paradigme du changement d'attitude. Nous exposons finalement les modèles généraux de comportement développés en psychologie socio-cognitive.

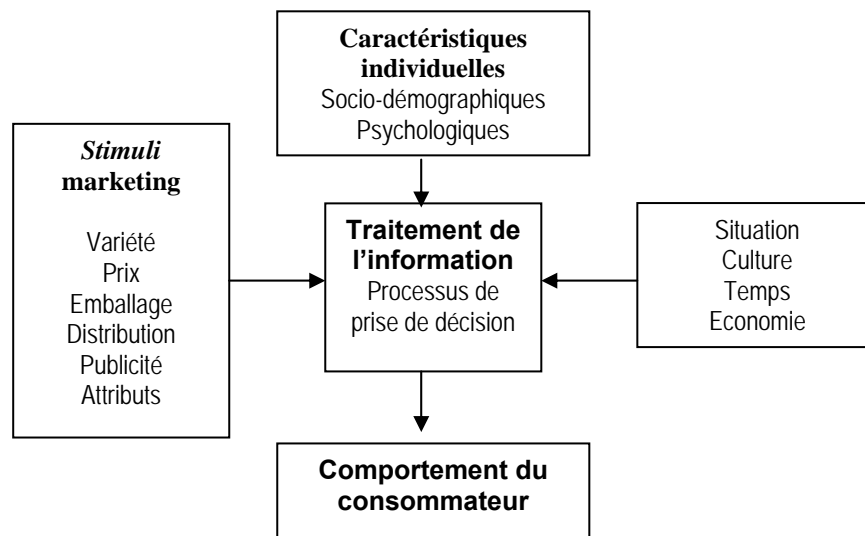
1. Conceptualisation du processus de décision et de consommation : une approche cognitive

Développés à des fins marketing, les modèles de comportement s'appuient sur le processus décisionnel avant ou après l'achat. Il concerne l'organisation des préférences et la manière dont elles orientent le choix, en fonction des facteurs environnementaux et des caractéristiques individuelles. Le processus de consommation précède et suit le processus de décision : il commence avant l'achat et se poursuit après, grâce à l'expérience acquise pendant l'utilisation.

A l'origine, le consommateur est confronté à divers *stimuli* marketing commerciaux qui alimentent son traitement de l'information et qui génèrent ses préférences. Il s'agit des caractéristiques objectives des produits mais aussi de tout ce qui est véhiculé par la communication impersonnelle (médias) et interpersonnelle (amis, vendeurs). C'est sur la perception, le stockage et le traitement de ces données que vont interagir les caractéristiques individuelles dont les variables psychologiques (personnalité, implication, etc.) et les facteurs socio-démographiques. Les dernières versions ont intégré les variables de l'environnement, dont les inputs sociaux, culturels et les éléments situationnels (cf. schéma 6).

²⁹ Le behaviorisme suppose un chemin direct et unidirectionnel entre un *stimulus* et une réponse, représentant le comportement humain comme une simple réaction à des *stimuli* externes (information).

Schéma 6 : Modèle du processus décisionnel : individu – situation – produit

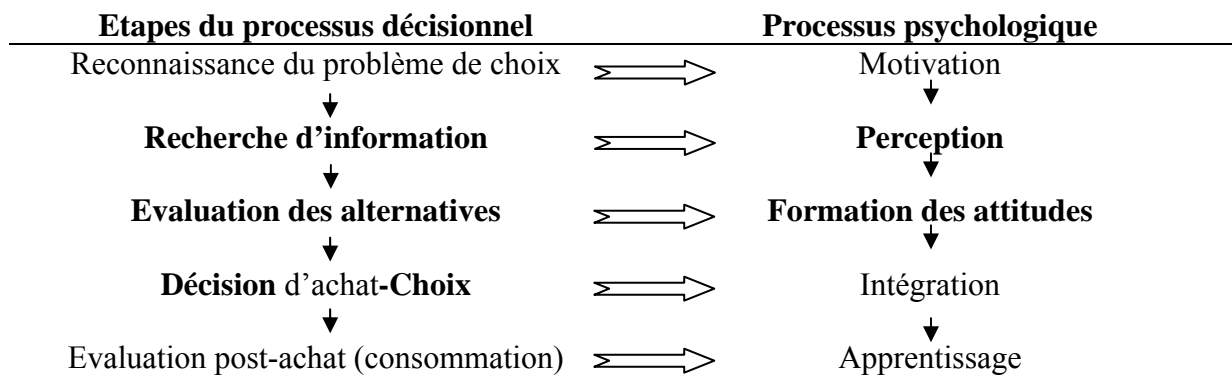


Source : Nantel (1998)

1.1. Les étapes du processus décisionnel et les mécanismes psychologiques inhérents

Dans les années 60, se sont développés de nombreux modèles décrivant la démarche globale de prise de décision et de consommation (modèles de Pilgrim, 1957 ; Kotler, 1960 ; Howard & Sheth, 1969). Un des plus connus est **le modèle EKB** (*Engel, Kollat, Blackwell*) (1978), qui s'inscrit dans une approche séquentielle et normative du comportement (cf. modèle EKB en annexe G). Dans ce modèle cognitiviste, la prise de décision est scindée en 5 étapes :

- **la reconnaissance d'un problème**, qui sera initié s'il existe un écart entre un état actuel et un état désiré ;
- **la recherche d'information**, basée sur l'analyse des informations stockées en mémoire (recherche interne, qui peut avoir lieu à travers les expériences de vie), complétée si nécessaire par une recherche externe active ;
- **l'évaluation des alternatives**, qui s'appuie sur la confrontation des éléments disponibles avec les critères personnels que le consommateur s'est fixé ; elle conduit à l'orientation des préférences ;
- **le choix**, sur lequel peuvent interagir des facteurs situationnels (disponibilité, prix, etc) engendrant une reconsidération du processus évaluatif ;
- **l'analyse post-achat (consommation)** qui est susceptible d'amener à une recherche complémentaire pour réduire une éventuelle dissonance; elle influencera les premières étapes des processus de décision ultérieurs.



Au niveau psychologique, ces différentes étapes du processus décisionnel correspondent à :

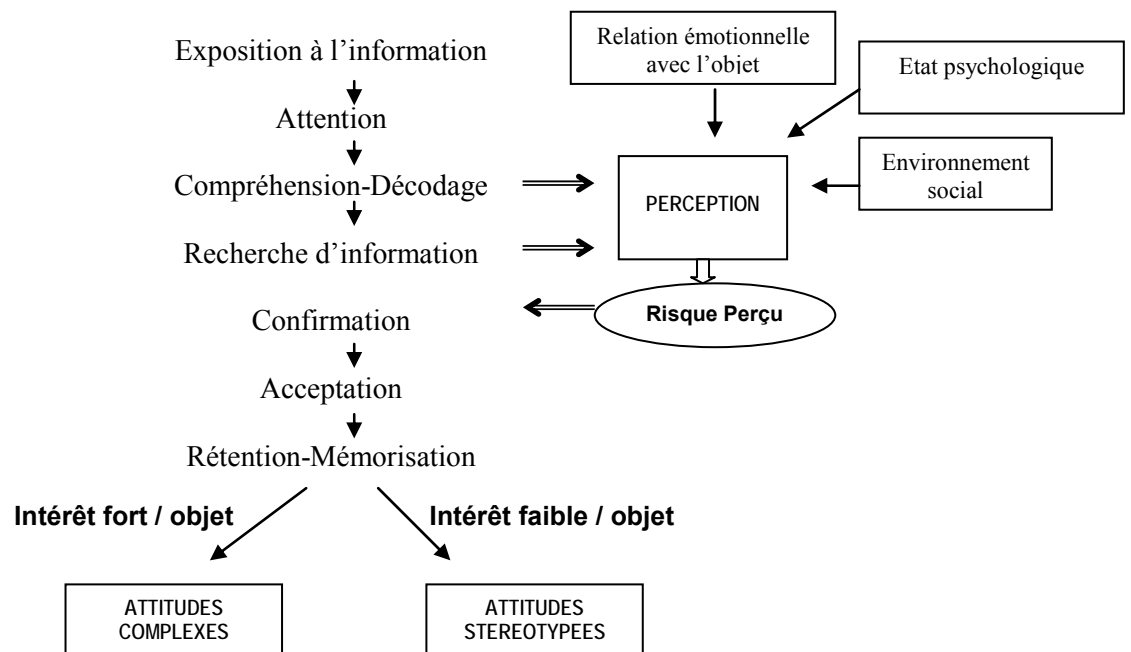
- **la motivation** : l'individu doit être motivé pour enclencher le processus ;
- **la perception** pendant la recherche d'information ;
- **la formation d'attitudes** au moment de l'évaluation du problème, du risque et des alternatives ;
- **l'intégration** de toutes ces informations conduisant au choix ;
- **l'apprentissage** par la consommation du produit.

En résumé, le processus de décision est considéré dans une perspective d'achat de produit avant ou après consommation, en réponse à des *stimuli* commerciaux de l'environnement. Au niveau psychologique, deux mécanismes sont centraux dans le processus décisionnel : les perceptions individuelles au moment du traitement de l'information et la formation des attitudes lors de l'évaluation d'un produit ou d'un évènement.

1.2. La perception au cœur du modèle de traitement de l'information

Le processus décisionnel débute par le traitement de l'information, conceptualisé par McGuire (1976). Son paradigme explique le processus de traitement de l'information et de la perception comme une séquence de 5 étapes (Brée, 1994).

Schéma 7 : Modèle de traitement de l'information inspiré du paradigme de McGuire (1976)



Exposé à une information (moment où la proximité d'un stimulus autorise la stimulation sensorielle ou la sensation), le sujet va y porter attention (choix d'un petit nombre de signaux auxquels l'individu alloue une capacité de traitement). Il va tenter de la comprendre et de la décoder. La perception correspond l'étape qui suit le décodage de l'information. En psychologie, **la perception est un processus dynamique par lequel l'individu donne un sens aux signaux d'action (messages, information, actions à mener, etc.) provenant de l'environnement.** Pour Derbaix (1975), la perception est « un processus qui nous aide à sélectionner, parmi toutes les données, celles qui vont nous permettre d'agir en relation avec le monde extérieur ».

La perception correspond aux premières étapes du traitement de l'information et se forme par sélection et interprétation des signaux. L'attribution d'une signification aux *stimuli* s'opère par un **processus inconscient de catégorisation** au cours duquel un sujet, en suivant une logique d'inférence hypothétique, utilise les signaux reçus pour construire une identité catégorielle (Bruner, 1957). L'« objet » est classé dans une catégorie à partir de la sélection de certains attributs caractéristiques et à partir de règles stockées en mémoire. Ladwein (1999) définit la perception comme « un processus dynamique et itératif visant à valider ou invalider des hypothèses déjà construites à partir d'informations extraites de l'environnement ». La

sélection des *stimuli* permet de faire le tri entre les informations acceptables ou non, c'est ce que Erdelyi (1974) nomme la « **défense perceptuelle** ».

La perception est donc un processus propre à chaque individu. **Les décalages entre la réalité et la perception construite par l'individu sont liés aux informations collectées de l'environnement et aux mécanismes propres du système perceptif lui-même.**

Trois éléments guident la perception : la relation émotionnelle avec « l'objet », l'état psychologique de l'individu et son environnement social.

La perception est subjective : il peut exister des **biais de perception**, des décalages entre le stimulus envoyé par l'environnement et celui reçu par l'individu ; l'individu interprète la réalité. Elle est **sélective** (capacités réceptives limitées), **simplificatrice**, **limitée dans le temps** (conservation de l'information à court-terme, à moins d'un processus de mémorisation) et **cumulative** (somme de plusieurs perceptions) (Brée, 1994).

Dans les modèles de traitement de l'information, le risque perçu constitue une variable intermédiaire affectant le processus de décision. Une fois le risque perçu, si les informations que le consommateur a en mémoire ne suffisent pas pour prendre sa décision, il pourra, par une recherche active d'information complémentaire (confirmation), compléter ses connaissances sur le risque. Le type de produits est déterminant ; pour des biens de consommation courante (dont le ré-achat est fréquent) qui sont des articles à faible risque perçu, peu de connaissances sont requises; mais lorsqu'il s'agit de produits à risque, le besoin de recherches externes (médias, amis, etc.) est important. Le risque perçu est donc considéré comme un processus itératif et complexe, dans lequel la recherche d'information externe tient une place centrale (Sheth & Venkatesan, 1968 ; Lutz & Reilly, 1974).

Le risque perçu détermine donc l'activité de recherche d'information. Mais il n'existe pas de relation positive entre le niveau de risque perçu et l'activité de recherche d'information (Gemünden, 1985). Les individus recherchent l'information quand le risque est supérieur à un seuil³⁰ de risque acceptable et si l'intérêt de la recherche est supérieur à son coût perçu (Dowling & Staelin, 1994).

Une fois ces informations intégrées et acceptées, la mémoire assure un rôle de filtrage, de stockage à long terme (disponibilité) et de récupération de l'information (accessibilité).

³⁰ Le seuil minimum de perception est défini en psychologie comme la plus petite intensité perçue du stimulus ; le seuil maximum est celui au delà-duquel une augmentation de la stimulation n'améliore plus la perception ; le seuil différentiel représente la plus petite variation de stimulation perceptible (Brée, 1994).

Ce modèle prend en compte le phénomène d'apprentissage, défini comme le processus par lequel les connaissances, attitudes et/ou comportements vont changer de manière durable sous l'effet soit d'un stimulus externe, soit de l'expérience (*Derbaix, 1975*). L'apprentissage³¹ est ici cognitif car il provient d'un processus basé sur un double traitement de l'information : construction d'une tâche destinée à résoudre un problème spécifique en s'appuyant sur des données contenues en mémoire ; et stockage de cette tâche dans la mémoire à long terme de manière à en faire une routine permettant de la réutiliser si nécessaire. Les apprentissages antérieurs affectent les apprentissages futurs, par le biais de stratégies d'inférence, ou à partir des données stockées en catégories symbolisées par un prototype.

A l'issue de ce traitement de l'information, l'individu forme ses attitudes. Si il a un intérêt fort pour l'« objet », le processus de perception sera plus complexe et amènera à des attitudes complexes ; alors que si l'individu a un intérêt faible pour l'objet (cas d'achats de produits routiniers par exemple), l'information tend à être traitée de manière « primitive » et amène à des attitudes stéréotypées (*Eiser, 1994*).

Conclusion 1.2. : Le statut du risque perçu dans le modèle de traitement de l'information : un mode de résolution pas toujours conscient et délibératif

Dans le paradigme du traitement de l'information, la perception correspond aux premières étapes du traitement de l'information et se forme par sélection et interprétation des signaux de l'environnement. Le risque est appréhendé à travers sa perception. Le risque perçu est une variable intermédiaire dont le statut théorique est double (*Cox, 1967 ; Bettman, 1973*) :

- le risque perçu intervient en tant qu'étape du processus d'achat, dans la phase de traitement de l'information ;
- il est une variable intermédiaire qui affecte la suite du processus de décision (qui conditionne par exemple la recherche d'information).

Cette approche cognitive³² est essentiellement orientée vers la résolution extensive de problème, caractérisée par une recherche d'information active et un degré d'élaboration élevé dans l'évaluation des alternatives (*Filser, 1994*). Les consommateurs sont considérés actifs et conscients de leurs évaluations et actions (*Derbaix & Pham, 1989*). Lorsque le risque est perçu, le consommateur est supposé adopter, à partir de seuils d'acceptabilité, des stratégies

³¹ par « conditionnement classique et opérant »

³² acquisition et traitement de l'information, analyse, réflexion

de réduction rationnelle des risques (dont la recherche d'information), en raison de l'existence d'un inconfort psychologique. Le risque perçu représente un état de dissonance cognitive (*Fourny-Gallen, 2001*).

Cette vision conduit à privilégier l'étude du risque perçu dans les situations d'achat nouvelles ou peu fréquentes au détriment de situations de réachat et de consommation de produits courants, caractérisés par un processus routinier. Dandouau (*1999, 2000*) considère que la perception et la réduction du risque de santé alimentaire peuvent relever d'automatismes, activés dans le cadre d'un processus de résolution routinier. Le mode de traitement de l'information n'est pas forcément conscient et délibératif et de faibles niveaux de risque peuvent être traités par un traitement automatique voire affectif.

Notre système cognitif serait donc capable de traiter l'information et le risque selon deux modes différents : un **mode automatique** et rapide et un mode plus coûteux basé sur un **raisonnement formel** (reposant sur les modèles mathématiques inspirés de la théorie économique) (*Raufaste & Hilton, 1999*).

1.3. Le paradigme du changement d'attitude

Le processus de traitement de l'information amène à la formation des attitudes. L'attitude se forme lors d'une confrontation avec l'objet, sous l'effet de simple répétition ou par conditionnement. Le **concept d'attitude** est l'un des éléments fondamentaux de la compréhension du choix de l'individu. L'attitude est couramment définie en marketing comme « un des nombreux états implicites ou dispositions expliquant la réaction des individus en réponse à des *stimuli* », « une tendance psychologique ou une prédisposition (favorable ou défavorable) vis-à-vis d'un objet » (*Eagly & Chaiken, 1993*), « vis à vis d'une personne, d'une institution ou d'un événement » (*Ajzen, 1988*). Dubois (*1994*) considère les attitudes comme « des prédispositions à évaluer le produit ou la marque représentant les préférences ». Elles peuvent être ou non apprises, durables ou changeantes (*McGuire, 1985 ; Zajonc, 1980*). Elles peuvent être acquises à partir de la culture, de la famille, de l'image de soi, des informations issues de l'environnement, de l'expérience personnelle directe avec l'objet de l'attitude (*Lutz, 1991*). Bien que relativement stable, une attitude peut évoluer avec le temps si les individus sont en contact avec d'autres informations.

Certains auteurs considèrent l'attitude comme un trait de personnalité stable à travers les domaines de risque. Rohrmann (*1999*) définit l'attitude vis à vis du risque comme la propension à prendre des risques ou l'aversion au risque. Mais cette position est contestée.

En marketing, l'attitude est définie traditionnellement comme une entité tridimensionnelle formée d'une composante cognitive, affective et conative (*Dubois, 1990*) :

- la **composante cognitive** regroupe les croyances du consommateur, structurées autour des attributs des produits (*Cooper, 1983*) ; ces croyances sont censées naître de la confrontation évaluative entre les attentes du consommateur et la réalité de l'objet ; dans les faits, beaucoup de croyances apparaissent plus subjectives ;
- la **composante affective** prend en compte les sentiments, les désirs, émotions et motivations du consommateur lors de son processus de choix d'un produit parmi plusieurs disponibles (*Lefkoff-Hagius & Mason, 1993*) ; c'est l'ensemble des déterminants considérés comme « irrationnels » des conduites humaines ;
- la **composante conative ou comportementale désigne le comportement du consommateur** et concerne les actions conscientes du consommateur (*Filser, 1994*).

Ces composantes peuvent opérer en indépendance partielle ou complète (*Derbaix, 1975*). L'évaluation est un aspect central voire prédominant des attitudes. Elles sont représentées en mémoire, dans les structures de connaissance ou les réseaux associatifs d'évaluations et de croyances interconnectées (*Fazio, 1990*).

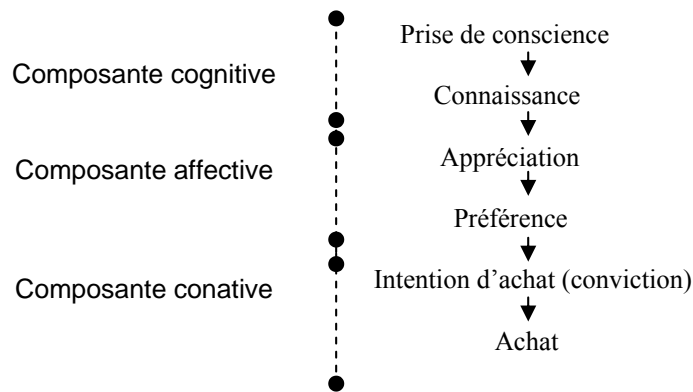
Les rôles de ces composantes attitudinales dans les processus de décision des consommateurs ont fait l'objet de nombreuses recherches et théories. Ils sont toujours à l'origine de controverses, dont la principale concerne leurs interactions. Un premier courant de recherche privilégie l'hypothèse d'une dépendance complète des trois composantes attitudinales selon un schéma systématique et séquentiel ; il est à l'origine des modèles de la hiérarchie des effets (*Lavidge & Steiner, 1961*). Le deuxième courant remet en cause l'ordre d'enchaînement de ces différentes phases, à travers des mécanismes de dissonance cognitive (*Festinger, 1964*), d'attribution causale (*Mizerski & al., 1979*) ou d'implication minimale (*Krugman, 1966 ; Vaughn, 1980*). Les travaux de Zajonc & Markus (1982) montre l'indépendance possible des composantes.

a. Le modèle de la hiérarchie des effets : séquence hiérarchique des composantes attitudinales

Lavidge & Steiner (1961) sont les premiers à avoir proposé un modèle de processus de décision du consommateur intégrant des interactions entre les trois composantes, cognitive, affective et conative. Dans leur modèle, ces auteurs considèrent que le processus de décision

d'achat suit une séquence linéaire hiérarchique d'effets (*Derbaix, 1975 ; Clerfeuille, 2002*), correspondant aux trois dimensions attitudeles :

Schéma 8 : Modèle de la hiérarchie des effets inspiré de Lavidge & Steiner (1961)



Ce modèle représente le processus de décision du consommateur comme la résultante d'une composante cognitive, initiatrice du processus, suivie d'une composante affective, correspondant à une évaluation en termes de préférences de la part du consommateur, puis enfin d'une composante conative, terminant ce processus par l'intention d'achat.

Initialement destiné à expliquer les étapes suivies par le consommateur entre son exposition à un message publicitaire et l'achat du produit concerné, ce modèle a par la suite été utilisé pour expliquer tout processus de décision du consommateur, qu'il soit ou non exposé à un message publicitaire.

b. Inversion des composantes attitudeles

D'autres modèles ont été développés postulant des possibilités d'inversion selon laquelle un comportement peut précéder et modifier une attitude. Nous développerons ici les théories de l'implication minimale, de la dissonance cognitive et de l'attribution causale.

b.1. La théorie de l'implication minimale

D'autres modèles hiérarchiques remettent en cause l'ordre de succession des processus cognitif_affectif_conatif. Le degré d'implication du consommateur vis-à-vis de la catégorie de produits déterminerait l'ordre des composantes lors des achats de produits. Vaughn (1980) propose plusieurs modèles possibles (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Modèles hiérarchiques selon les composantes attitudinales
(adapté de Vaughn, 1980)

Implication dans le produit lors de l'achat ou de la consommation et/ou types de produits	Enchaînement des composantes attitudinales	Dénomination du processus de décision	Remarques
Produits impliquants, comme les voitures, meubles, nouveaux produits	Cognitif_Affectif_Conatif	Processus d'apprentissage Type d'achat raisonné	La communication fournit des informations sur un produit, ce qui permet la formation de préférences avant l'adoption d'un comportement d'achat ou de consommation.
Produits peu impliquants, comme les ampoules, piles électriques	Cognitif_Conatif_Affectif	Processus d'implication minimale	La préférence pour un produit ne se forme qu'après l'utilisation du produit.
Produits routiniers, comme les aliments de base, et les produits addictifs comme le tabac	Conatif_Affectif_Cognitif	Processus dit de dissonance	La consommation précède la connaissance du produit. Les consommateurs qui ont des comportements d'imitation suivent ce processus. Le produit n'est plus consommé avant tout pour les bénéfices retirés de ses attributs mais peut être un acte automatique ou un moyen d'intégration et d'identification.
Produits « culturels », comme les produits de mode, les cosmétiques, bijoux, le cinéma	Affectif_Cognitif_Conatif		Les consommateurs sont moins sensibles aux caractéristiques du produit qu'aux émotions qu'ils suscitent. Les travaux de Derbaix (1975), Zajonc & Markus (1982), Hirschman & Holbrook ³³ (1982) ont mis en évidence l'indépendance possible des composantes affective et cognitive dans le processus de décision du consommateur, remettant en cause la primauté de la conception cognitive dans certains actes de consommation. Ils indiquent que la préférence du consommateur (composante affective) pour un produit peut être indépendante de tout processus cognitif.

Ces modèles alternatifs permettent de considérer que l'intention de comportement et le comportement peuvent précéder l'évaluation cognitive. Ils soulignent aussi l'importance de l'affect surtout dans le cas de biens dit « culturels ».

³³ Ces auteurs ont développé l'approche expérientielle, selon laquelle la consommation représente pour l'individu une expérience susceptible de susciter toute la gamme des réactions affectives (sentiments, sensations, émotions).

b.2. La théorie de la dissonance cognitive : besoin de cohérence cognitive

- Une explication aux décalages entre représentations et comportement alimentaires

La théorie de la dissonance cognitive (*Festinger, 1957, 1964*) s'intéresse aux relations qui s'établissent entre nos actes et nos cognitions (connaissances, idées, opinions, attitudes, croyances valeurs, etc.). Elle explique la réaction des individus en cas d'incohérence perçue entre les attitudes et les comportements face à un même objet (*Brée, 1994*).

Selon le modèle économique des choix rationnels, nos cognitions déterminent en amont nos choix et nos actions. Dans la réalité, il est rare que l'individu évalue d'abord une situation de manière définitive, décidant ensuite de son comportement. Il doit souvent agir avant que son évaluation de la situation soit achevée et les comportements ne sont pas instantanés. Festinger remet en cause ce schéma behavioriste en inversant l'ordre chronologique entre évaluation et décision. Il considère non plus l'homme comme « rationnel » mais comme « rationalisant ». Il postule que lors de circonstances particulières, l'individu tend à se comporter de manière à ne pas être en contradiction avec lui-même et à assurer une cohérence entre ses actes et ses idées. Par un **processus de rationalisation *ex post***, les cognitions vont évoluer pour assurer la cohérence entre actions et idées et les individus vont adopter des comportements en rupture avec leurs anciennes attitudes.

En situation de choix, le phénomène de « **dissonance cognitive** » caractérise un état interne pénible, un inconfort mental (*Festinger, 1964*). La dissonance cognitive³⁴ est définie (*Fourny-Gallen, 2001*) comme l'existence de relations incohérentes entre :

- deux éléments de cognition d'un même objet ;
- entre un élément de cognition et le comportement ;
- entre un élément de cognition et les informations reçues.

L'hypothèse fondamentale posée par Festinger est que la dissonance cognitive suscite une tendance à restaurer la cohérence des cognitions, à résorber la dissonance. Pour éviter des changements brutaux susceptibles d'entraîner une rupture avec ses croyances et représentations, l'individu va chercher à faire concorder ces éléments pour maintenir une certaine harmonie interne, une stabilité (« homéostasie ») (*Dubois & Jolibert, 1989*).

³⁴ Ce concept a été largement repris en marketing, où la dissonance cognitive est surtout appréhendée dans une perspective post-décisionnelle d'achat, c'est à dire celle qui survient entre **attitude et comportement**. Les causes de la dissonance post-décisionnelle sont multiples : le contexte en particulier social, les facteurs personnels (état de santé, etc.), de situation (choix entre deux produits similaires, tentation d'effectuer un acte immoral, etc.), les facteurs d'environnement physique, les contraintes technico-économiques et temporelles (*Derbaix, 1987*).

Mais la dissonance cognitive peut aussi intervenir avant l'acte d'achat ou de consommation (ante-décisionnelle) lors de l'échec de la tentative de catégorisation du produit dans les représentations mentales existantes, lors de la confrontation sujet-produit. Ce type de dissonance se rapproche du concept de non-satisfaction déterminée par l'écart entre **attentes et perceptions** des produits par les consommateurs (*Fourny-Gallen, 2001*).

Lorsque la dissonance porte sur un produit alimentaire, elle provoque un sentiment d'inconfort lié à l'inquiétude d'incorporation d'un « mauvais produit » en raison de l'incertitude sur les conséquences possibles de son incorporation (*Fischler, 1990*). Cette incertitude naît de :

- l'incertitude sur la qualité des produits alimentaires, surtout liée à l'impossibilité de traçabilité du produit, de l'asymétrie d'information entre acheteur et offreur (*D'Hauteville & Perrouy, 2000*) ;
- la menace d'une perte d'identité des consommateurs du fait de l'impossibilité d'identifier l'origine des produits, leur histoire, leur préparation, etc. (*Fourny-Gallen, 2001*).

Les spécialistes s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de réelle rupture en matière d'alimentation mais simplement des décalages. Certaines représentations alimentaires sont ancrées et ne peuvent être modifiées. Une rupture avec des représentations et croyances initiales impliquerait en effet une perte d'identité et il existerait donc des systèmes adaptatifs, comme l'émergence de la « pensée magique ». **C'est pourquoi, il est fréquent d'observer des décalages entre ce que les individus croient, comment ils se représentent un objet ou une situation et leurs comportements alimentaires.**

- **Les comportements de réduction de l'information**

L'hypothèse de Festinger induit des comportements de réduction de la dissonance. La dissonance n'est jamais observée, elle toujours appréhendée à travers les manifestations d'un travail de réduction de la dissonance cognitive (*Peretti-Watel, 2000*).

L'individu peut réduire la dissonance :

- soit en tentant de modifier ses représentations ou sa structure cognitive ; l'individu peut chercher une raison à son comportement ou modifier son attitude pour qu'elle coïncide avec ses actes ; si la dissonance est forte, cette 2^{ème} voie est la plus fréquente (*Brée, 1994*) ;
- soit en recherchant ou en réinterprétant l'information (*Fourny-Gallen, 2001*).

La dissonance va conduire le plus souvent à une recherche d'information et à un tri sélectif de l'information (préférence pour les informations redondantes ou résistance aux informations nouvelles). Le consommateur se focalise sur des éléments qui le rassurent par rapport à sa décision. Si une décision est prise et justifiée (on parle de « raisons fortes » *ex-ante*) mais qu'elle est remise en cause par une information tardive, cette information sera ignorée ou sélectionnée pour éviter toute dissonance.

Les interactions sociales peuvent réduire la dissonance ou en créer une. L'appartenance au groupe partageant les mêmes valeurs permet la sélection des informations. Par contre, l'apparition d'une dissonance cognitive peut donner lieu à des tentatives de réductions incompatibles entre elles, conduisant à l'éclatement du groupe. La consistance cognitive constitue un besoin social, nécessaire à la coordination des conduites et des idées au sein d'un groupe. La réduction de la dissonance par une rationalisation permet à l'individu de justifier ses actes et de rendre possible la coordination des conduites humaines (épreuve de la justification de *Boltansky & Thèvenot, 1991*). La justification apparaît comme un pré-requis à la conduite (*Peretti-Watel, 2001*).

En résumé, la théorie de la dissonance cognitive renverse le schéma behavioriste et introduit le besoin individuel de cohérence cognitive. Lorsque celle-ci fait défaut, elle sera restaurée par un travail de rationalisation ex-post des comportements (changement des croyances et attitudes) visant à réduire la dissonance plutôt que par une modification du comportement. L'individu opère alors un travail cognitif plutôt qu'une adaptation comportementale au risque. Ainsi, les relations entre la cognition et le comportement seraient de nature bidirectionnelle : les attitudes et les comportements s'affecteraient réciproquement.

b.3. La théorie de l'attribution causale : attribution de causes à un comportement

La théorie de l'attribution postule qu'un individu ne peut réaliser un acte gratuitement et qu'il attribue une cause à ses comportements afin de les justifier. C'est cette rationalisation *a posteriori* qui va faire émerger une attitude favorable vis à vis de la réponse (*Brée, 1994*).

Cette théorie postule que les individus font des inférences en ce qui les concerne et en ce qui concerne les autres, à partir de l'observation des comportements et des contraintes situationnelles imposées sur ces comportements. L'attribution de correspondance peut être réalisée à partir d'un seul comportement ou à partir de plusieurs comportements.

Weiner (1980) propose de distinguer dans l'attribution :

- **le locus** : l'attribution interne *versus* externe à l'individu ;
- **la stabilité** : une même cause entraîne régulièrement un même effet ;
- **le sentiment de contrôle** : dans quelle mesure l'individu se sent capable d'influer sur la situation dans un sens qui lui est favorable.

Cette théorie fait donc l'hypothèse que le sujet fait des attributions face à un événement et qu'il existe des tendances plus ou moins récurrentes ou générales dans la façon

dont il traite l'information qui s'y rapporte. Elle souligne que le traitement de l'information peut être simplifié par inférence et que l'individu peut rationaliser son comportement au lieu de le modifier.

Conclusion 1.3. : les primautés du cognitif et d'une relation unidirectionnelle attitude-comportement

En marketing, l'attitude est un concept central dans la compréhension du choix individuel dans une situation d'achat ou de consommation. Conceptualisée comme une structure à trois dimensions, l'approche dominante postule la primauté du cognitif (perception et évaluation basées sur les croyances) sur l'affectif et le conatif (intention de comportement), même si celle-ci est l'objet de débats. Dans le cas de certains types de produits, notamment culturels, les émotions peuvent être indépendantes de tout processus cognitif. Dans d'autres cas, la consommation ou le comportement peut précéder la formation des attitudes. La théorie de la dissonance cognitive postule un besoin de cohérence cognitive, à l'origine d'efforts cognitifs (modification de ses attitudes) pour rationaliser *ex-post* ses comportements. Si on reconnaît aujourd'hui que les comportements peuvent précéder les attitudes, la pensée dominante qui sous-tend les modèles de comportements reste basée sur un schéma linéaire : connaissance_attitude_comportement. C'est ce que montrent les chapitres suivants.

Certains chercheurs ont contesté la structure tripartite de l'attitude en suggérant une structure à une ou deux composantes. Par exemple, la dimension de l'intention de comportement n'est pas toujours présente. Une structure mono-composante postule que l'attitude représente l'évaluation globale du produit (*Bern, 1970 ; Fischbein & Ajzen, 1975 ou Dillon & Kumar, 1985*). Une structure bi-composante de l'attitude est défendue par d'autres auteurs (*Petrof, 1993 ; Bagozzi & Burnkrant, 1979 ; Hajjat, 1990*).

2. La modélisation du comportement en psychologie socio-cognitive

L'étude des relations entre attitude et comportement a été un sujet majeur de recherche en psychologie sociale (*Eagly & Chaiken, 1993*). Elle a permis le développement de nombreux modèles de comportement. Ces modèles s'appuient sur l'hypothèse selon laquelle il existe une **relation causale entre attitude et comportement** et que l'attitude est le meilleur prédicteur du comportement humain (*Ajzen & Fishbein, 1980*). De nombreuses études conduites en Europe et aux Etats-Unis ont montré que les attitudes vis à vis de la santé

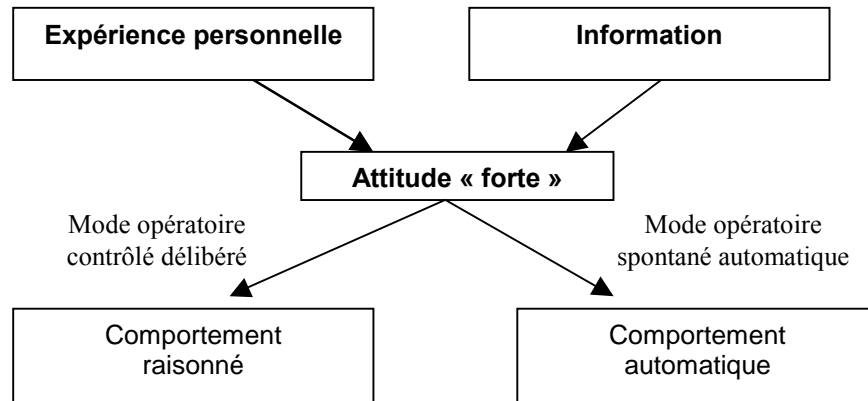
étaient un facteur de décision important (*Rozin & al., 1999*) et qu'elles étaient fortement corrélées avec le comportement de santé (*Rundmo, 1999*).

Les premiers modèles ont été développés pour rendre compte de comportements généraux. Les plus connus sont les modèles de la théorie de l'action raisonnée (*Fischbein & Ajzen, 1975 ; Ajzen & Fishbein, 1980*) et de la théorie du comportement planifié (*Ajzen, 1985*).

2.1. Le modèle MODE : force de l'attitude et modes opératoires déterminant les comportements

Fazio (1990) a conçu un modèle de traitement de l'information ou modèle MODE pour déterminer dans quelles conditions une attitude est susceptible d'être activée en présence de l'objet. Il fait l'hypothèse que la force de l'association entre l'objet et son évaluation détermine le degré d'activation de l'attitude, qui conditionne la force de la corrélation entre attitude et comportement (*Fazio & Williams, 1986*). Ce modèle postule l'existence soit d'un mode opératoire contrôlé ou délibéré (comportements raisonnés) et d'un mode automatique ou spontané (comportements automatiques ou spontanés). Les attitudes varient selon la force de l'apprentissage ; les attitudes formées sur la base d'une expérience personnelle directe tendent à être plus fortes que celles formées uniquement sur les informations sur l'objet (*Bromberg, 1999*). Une attitude forte sera « retrouvée » plus facilement en mémoire lors d'une rencontre avec l'objet et sera automatiquement activée ; elle pourra alors guider le comportement (*Derbaix & Brée, 2000*). Si l'attitude est trop faible pour être automatiquement activée, le comportement est supposé être déterminé par des aspects non attitudinaux. Pour les décisions ayant de conséquences personnelles importantes, les attitudes guideront vraisemblablement le comportement par un processus raisonné alors que quand elles sont faibles, les attitudes devraient être spontanément activées.

**Schéma 9 : Relations entre connaissance, attitude et comportement
inspiré du modèle de Fazio**



En résumé, ce modèle postule que les attitudes guideront le comportement lorsqu'elles sont « fortes », c'est à dire plus facilement accessibles en mémoire. Elles seraient plus fortes lorsqu'elles sont basées sur une expérience personnelle directe que sur l'information. Selon le type de mode opératoire, le comportement pourra être raisonné (mode délibéré) ou alors automatique (spontané).

Ainsi, une expérience personnelle avec l' « objet » (par exemple le risque) sera plus susceptible d'amener à la formation d'attitudes pouvant influencer le comportement. Cela permet de nuancer l'importance de l'information dans la formation des attitudes. Par ailleurs, les comportements ne sont pas toujours calculés et peuvent être automatiques sans nécessiter un raisonnement préliminaire.

2.2. Les modèles attentes-valeurs issus du modèle de l'utilité subjective espérée

Les modèles de comportement ont leurs origines en théorie de la décision (théorie de l'utilité subjective espérée) et dans les modèles coûts-bénéfices ou modèles attentes-valeurs. Le modèle théorique de base pour l'étude de la prise de décision est le **modèle de l'utilité subjective espérée** (SEU³⁵) repris par Edwards (1954). Il a été appliqué à l'étude des comportements de prise de risque dans le domaine de la santé, comme le tabagisme, l'alcoolisme, les comportements sexuels à risque (Bauman & al., 1981, 1983, 1984). Il postule que **les individus sont motivés par la maximisation de leurs chances de conséquences désirables et par la minimisation de leurs chances de conséquences indésirables de leur choix.** Cette évaluation globale représente l'attitude, dérivée de la

³⁵ Subjective Expected Utility

probabilité perçue de conséquences défavorables pondérée par l'évaluation de leurs conséquences.

a. La théorie de l'action raisonnée

a.1. Le modèle conceptuel

La théorie de l'action raisonnée (TRA³⁶) (*Fischbein & Ajzen, 1975 ; Ajzen & Fischbein, 1980 ; Fischbein, 1980*) est basée sur le modèle de la SEU. Elle propose une règle de combinaison entre l'utilité totale (attitude) d'une option et un comportement actuel. Selon une logique compensatoire³⁷, les croyances négatives sur les attributs d'un produit sont compensées par des croyances positives. Ce modèle multi-attributs cherche à mettre en évidence les dimensions spécifiques sur lesquelles portent l'évaluation ainsi que leur importance respective. La TRA repose sur une conception cognitive de l'attitude ; les auteurs associent l'attitude à un processus délibéré de traitement cognitif des différents attributs de l'objet.

Fischbein & Ajzen (1975) définissent l'intention comme une composante intermédiaire entre l'attitude et le comportement, permettant de prédire le comportement (cf. schéma 10). Plus elle est forte, plus la probabilité d'induire un comportement est grande. L'intention qu'a une personne d'effectuer une action donnée est conditionnée par l'attitude envers le comportement et les normes subjectives.

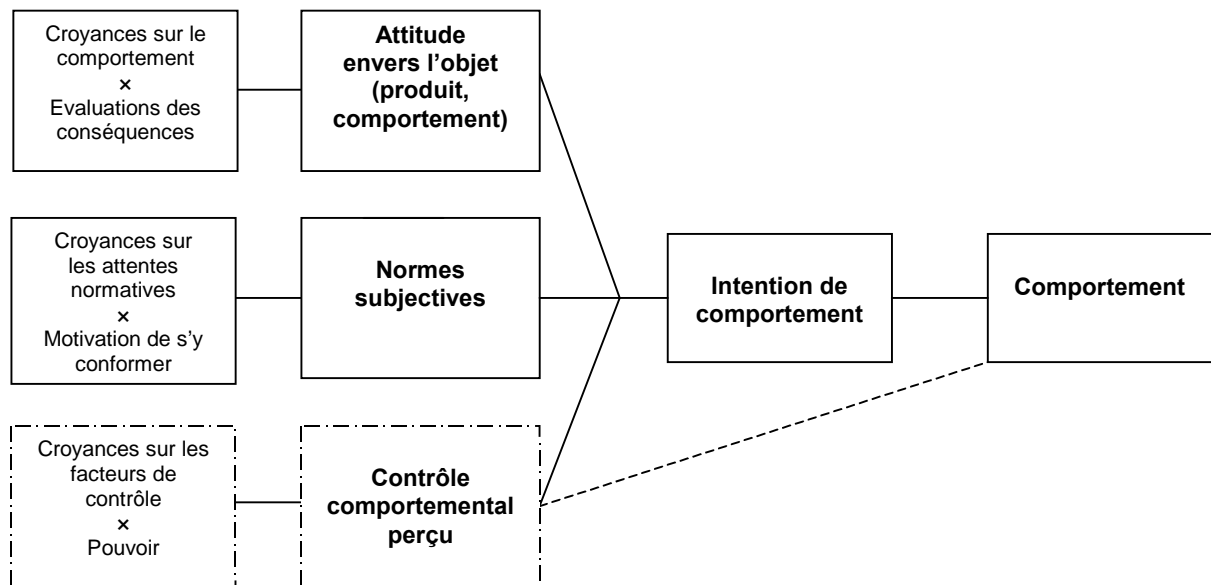
L'attitude envers le comportement est le produit de l'évaluation des conséquences de l'action et des croyances sur ces conséquences.

Les normes subjectives renvoient aux croyances sur ce que les autres attendent de l'individu (attentes normatives) et à la motivation personnelle de s'y conformer. Ce modèle prend ainsi en compte les influences de l'entourage sur les comportements.

³⁶ Theory of Reasoned Action

³⁷ Dans les modèles linéaires compensatoires, une mauvaise performance sur certains attributs est toujours compensée par de bonnes performances sur les autres ; ils font l'hypothèse que les consommateurs évaluent les divers produits en considérant l'ensemble des attributs (produit comme « panier d'attributs ») et des produits considérés. Les modèles compensatoires peuvent être additifs (Fischbein) ou multiplicatifs. Dans les logiques non compensatoires, le consommateur est capable de se limiter à certains attributs-clés ; il va d'abord éviter le choix d'un produit non performant sur certains attributs (modèle conjonctif, disjonctif, modèle lexicographique).

Schéma 10 : Représentation conceptuelle des composantes de la théorie de l'action raisonnée étendue à la théorie du comportement planifié (d'après Shepherd, 1999)



----- : lien possible

- - - - - : extension par la théorie du comportement planifié

La théorie de l'action raisonnée suppose donc que l'intention d'une personne d'adopter un comportement est déterminée par une **composante personnelle ou attitudinale** envers la performance d'un acte (évaluation des avantages et des inconvénients des comportements envisageables) et une **composante sociale ou normative** (normes subjectives, perception de la pression sociale générale vis à vis du comportement à réaliser).

Stafleu & al. (1991) ont montré que les croyances normatives ont moins d'influence sur la consommation de matières grasses que les croyances attitudinales.

a.2. Le modèle théorique : différences avec la SEU dans le statut des croyances

Le modèle de Fischbein (1980) est un modèle additif d'attitudes, concevant le comportement comme une fonction de l'intention déterminée par un facteur attitudinal (attitude vis à vis du comportement, A_b) et normatif (norme subjective, NS) :

$$I = w_1 A_b + w_2 NS = w_1 \sum b_i e_i + w_2 \sum n b_j m c_j$$

où :

w_1 et w_2 = poids

A_b = Attitude, fonction des croyances de la personne sur les conséquences (b_i) et des évaluations des conséquences (e_i)

NS = Normes subjectives, fonction des croyances de la personne sur les normes sociales ($n b_j$) et de sa motivation à s'y conformer ($m c_j$)

i représente un attribut particulier

n le nombre d'attributs saillants

j un référent social particulier

m le nombre de référents saillants

Les individus possèdent une large gamme de croyances sur un objet particulier, mais seul un sous-ensemble de celles-ci peuvent être saillantes à tout moment (Ajzen, 1996). Les attitudes vis à vis d'un objet (produit, comportement) seront déterminées par les croyances sous-jacentes saillantes³⁸, calculées en multipliant la probabilité perçue des conséquences saillantes à la valeur attachée à ces conséquences particulières (désirabilité). La TRA se rapproche de la SEU où les croyances sont équivalentes à la probabilité subjective et les évaluations à la désirabilité (Cho & al, 1999). A la différence de la SEU qui fait l'hypothèse que tous les événements possibles doivent être considérés, la TRA fait l'hypothèse que seules les croyances saillantes doivent être prises en compte (Ajzen, 1996).

Dans ce modèle, le choix retenu sera celui qui maximisera l'utilité du produit³⁹ (attitude). Armitage & Conner (2001) prennent l'exemple des attitudes envers le comportement de manger un régime pauvre en matières grasses : l'individu va estimer la probabilité qu'un tel régime réduise le risque de maladie cardiaque, ait le goût désiré, réduise le poids, etc., avant d'évaluer positivement ou négativement chaque conséquence. La somme de ces croyances amènera à une attitude globale envers un tel régime. L'action qui sera évaluée la plus positive sera poursuivie.

Puisque seules les croyances saillantes sont importantes, un faible pourcentage des croyances et attitudes envers les aliments résultent directement de notre interaction avec les aliments et l'information. Beaucoup de ces croyances dérivent de l'information

³⁸ Les attributs importants sont ceux auxquels le consommateur accorde beaucoup de poids, car ils sont en adéquation avec ses attentes pour une situation d'usage donnée; mais ils ne conduisent pas forcément à un choix. Ils doivent aussi être pertinents pour discriminer les produits : ce sont les attributs déterminants. Les attributs saillants sont les critères présents à l'esprit du consommateur au moment du choix, les amenant à la prise de décision.

³⁹ attitude globale résultant des « attitudes » sous-jacentes envers les attributs de l'objet

socialement transmise (comme les croyances sur les aliments bons ou mauvais pour la santé, l'expérience avec les aliments, leurs significations culturelles) (Armitage & Conner, 2001).

Différentes études ont montré l'utilité de cette approche pour comprendre les attitudes envers la consommation de différents groupes d'aliments associés à une teneur excessive de matières grasses. Towler & Shepherd (1992) et Armitage & Conner (1999) ont identifié différentes croyances sous-tendant les attitudes. Néanmoins, si les croyances envers des groupes d'aliments spécifiques prédisaient les attitudes, celles envers les comportements et leurs conséquences sur la santé (par exemple réduction du risque de maladies coronariennes) n'étaient pas reliées aux attitudes.

a.3. Ses applications aux comportements de santé

De nombreuses études ont tenté de vérifier la validité prédictive de cette théorie et en ont démontré la robustesse (Eagly & Chaiken, 1993). Les intentions sont généralement de bons prédicteurs du comportement et les autres relations supposées dans le modèle sont validées. La corrélation entre intention et comportement varie cependant fortement selon les études de 0,04 à 0,84 (Cho & al., 1999 ; Eagly & Chaiken, 1993 ; Van den Putte, 1991 et Ajzen, 1996).

La TRA a été appliquée avec succès à un certain nombre de comportements de santé (comme l'arrêt de fumer, l'utilisation de préservatifs) et dans le domaine alimentaire. Les études rapportent des corrélations moyennes entre attitude et comportement entre 0,3 et 0,6 (Kim & Hunter, 1993 ; Kraus, 1995 ; Conners, 2000).

Les attitudes sont généralement de meilleurs prédicteurs de comportements spécifiques que de comportements ou buts généraux. Les corrélations sont plus fortes pour des aliments spécifiques (0,44) et des ingrédients alimentaires (0,38) que pour des régimes (0,28) (Conners, 2000). Ces faibles corrélations seraient liées dans certains cas à l'imprécision des mesures et à l'influence d'autres facteurs modérateurs de cette relation (**influence indirecte de l'attitude sur le comportement**), dont l'intention de comportement. Cela a été supporté par Conners (2000) qui a montré que la corrélation entre attitude et comportement (0,35) était plus faible que celle entre attitude et intention (0,46) et intention et comportement (0,43). Il conclut que l'effet direct entre attitude et comportement est plus faible que l'effet indirect.

Le modèle a été utilisé pour prédire à la fois des choix alimentaires généraux et spécifiques. Par exemple, Saunders & Rahilly (1990) l'ont utilisé pour prédire la consommation de matières grasses et de sucre par des étudiants. Si on considère l'échantillon complet, à la fois l'attitude et la norme subjective sont prédictives des intentions, comptant pour 41% de la variance. Quand l'échantillon est divisé en deux (étudiants dans le domaine de la santé ou pas), les attitudes sont des prédicteurs dominants des intentions pour les étudiants en santé, alors que les normes subjectives le sont pour ceux qui ne sont pas dans le domaine de la santé. Cela impliquerait que du fait d'une meilleure connaissance des conséquences associées à une réduction de la consommation de matières grasses et de sucre, les décisions des étudiants dans le domaine de la santé sont moins ouvertes à l'influence des normes subjectives. Finalement, **lorsque la connaissance individuelle est limitée, les normes subjectives influenceraient davantage les comportements que les attitudes.**

b. La théorie du comportement planifié

b.1. Le modèle théorique

La TRA ne s'applique qu'aux circonstances dans lesquelles l'individu agit de manière consciente et contrôlée (Triandis, 1977; Ajzen, 1988).

En étendant la théorie de l'action raisonnée à la **théorie du comportement planifié** (TPB⁴⁰), Ajzen (1988) introduisent la possibilité de prédire des comportements sur lesquels les individus ont un contrôle incomplet. Les auteurs introduisent le concept de « contrôle comportemental perçu » (PBC⁴¹) comme composante à de l'intention et du comportement (cf. schéma 10). Le PBC correspond au concept de « point de contrôle » (*locus of control*) de Rotter (1966) intégrant le concept d'« auto-efficacité » de Bandura (1986). Il fait référence aux croyances de l'individu sur sa capacité à initier, réaliser ou soutenir un comportement spécifique de précaution souhaité, en fonction de ses expériences antérieures. En plus de l'attitude et des normes subjectives, l'intention est aussi déterminée par le contrôle perçu sur le comportement. Celui-ci provient de l'évaluation de la présence de barrières à l'adoption du comportement (ressources ou déterminants environnementaux du comportement, obstacles, etc.) et de croyances générales sur le contrôle interne (pouvoir de contrôle individuel) ou externe (pouvoir de contrôle sociétal). La perception et l'évaluation du contrôle interne et externe incluent les perceptions de la confiance, de l'image et de la crédibilité des institutions de régulation.

⁴⁰ Theory of Planned Behavior

⁴¹ Perceived Behavioral Control

Dans le modèle, les individus ne seront pas susceptibles de développer une intention d'agir s'ils croient ne pas avoir les ressources nécessaires ou les opportunités pour y arriver, même s'ils possèdent des attitudes favorables envers le comportement en question et s'ils estiment que les membres de leur entourage approuveraient le comportement.

Les croyances de contrôle déterminent les perceptions globales de contrôle. Elles correspondent à la fréquence perçue de l'occurrence des facteurs de facilitation ou d'inhibition multipliée par le pouvoir perçu de ces facteurs d'inhiber ou de faciliter le comportement en question (*Cho & al, 1999*).

La modélisation du comportement planifié de Ajzen (1985) est la suivante :

$$I = PBC (w_1 A_b + w_2 SN) = \sum c_i p_i [w_1 \sum b_j e_j + w_2 \sum nb_k mc_k]$$

où⁴² :

c = croyances de contrôle

p = pouvoir perçu d'un facteur de contrôle particulier

b.2. Ses applications aux comportements d'alimentation et de santé

Ce modèle a montré sa validité à la fois pour l'étude du choix général du consommateur et l'étude spécifique du choix alimentaire (*Axelsson & al., 1983 ; Shepherd & Stockley, 1987 ; Tuorila, 1987 ; Shepherd, 1989*). Sheppard & al. (1988) ont mené une méta-analyse de 87 études utilisant ce modèle dans le domaine du choix du consommateur (pas seulement alimentaire) ; ils ont estimé la corrélation entre l'intention et le comportement à 0,53 et une corrélation multiple de 0,66 entre l'attitude, la norme subjective et l'intention.

Cette théorie est communément utilisée pour évaluer les liens possibles entre les croyances, les attitudes et les comportements au regard des risques de santé liés à l'alimentation (*Conner & Sparks, 1996 ; Godin & Kok, 1996 ; Armitage & Conner, 2001*). Les études ont montré l'efficacité de la TPB à prédire les comportements et démontrent que la composante de contrôle perçu améliore la prédiction des intentions et des comportements (*Sparks, 1994 ; Ajzen, 1996*).

⁴² w_1 et w_2 = poids

A_b = Attitude, fonction des croyances de la personne sur les conséquences (b) et des évaluations des conséquences (e)

NS = Normes subjectives, fonction des croyances de la personne sur les normes sociales (nb) et de sa motivation à s'y conformer (mc)

i représente un attribut particulier

n le nombre d'attributs saillants

j un référent social particulier

m le nombre de référents saillants

Il a été appliqué aux intentions de consommation alimentaire et à l'utilisation de la technologie génétique dans la production alimentaire par Sparks & al. (1995). Cox & al. (1998) montre que la TPB compte entre 33 et 47% de la variance des intentions d'augmenter la consommation de fruits et légumes, l'attitude étant le prédicteur dominant, suivie des normes subjectives et du PBC. Nguyen & al. (1996) trouvent que ces trois facteurs (51% de la variance) contribuent indépendamment à la prédiction de l'intention de manger des aliments gras. Ils montrent l'influence des caractéristiques d'âge et de genre sur la consommation de matières grasses.

Le sentiment de contrôle perçu semble particulièrement important lorsqu'il s'agit de modification du style de vie et d'autres comportements impliquant des changements et un maintien à long-terme (Dejoy, 1996). Conner & Norman (1996) ont examiné les variables du TPB pour prédire la consommation de matières grasses et de fruits ainsi que la perte de poids. Ils ont trouvé que les intentions de limiter la consommation et d'éviter les matières grasses et les snacks étaient déterminées en premier lieu par les attitudes, alors que les intentions de faire de l'exercice et d'éviter l'alcool étaient déterminées surtout par le contrôle perçu. Ils concluent que l'attention doit être portée aux changements d'attitudes et de perception du contrôle.

Les situations de consommation en commensalité sont des situations sur lesquelles les personnes perçoivent avoir le moins de contrôle comportemental, du fait qu'ils ne préparent pas leurs propres repas, qu'ils n'ont pas réaliser les achats, etc. (Miles & Frewer, 2001).

Certains travaux ont tenté de prendre en compte non seulement les intentions de comportement mais aussi les choix alimentaires actuels. Povey & al. (2000) montre que la TPB explique 57% de la variance des intentions de manger 5 portions de fruits et légumes et 32% de la variance de la consommation actuelle de ces aliments.

Armitage & Conner (1999) ont étudié les relations entre attitude et intention de manger un régime pauvre en matières grasses, en prenant en compte les pratiques rapportées de consommation de matières grasses (par le questionnaire de fréquence alimentaire⁴³) sur la période d'intervention. La TPB ne comptait que pour 18% de la variance du comportement.

La TPB explique davantage de variance pour des comportements alimentaires spécifiques (comme la consommation de fruits et légumes) **que pour des comportements généraux** (comme la consommation d'un régime pauvre en matières grasses). Povey & al.

⁴³ food frequency questionnaire

(2000) explique cela par le fait que le nombre d'alternatives possibles pour réaliser des actions spécifiques est plus limitée (consommer 5 portions de fruits et légumes) que pour un comportement général (identifier les aliments riches en matières grasses, localiser les alternatives pauvres en matières grasses, acheter des aliments appropriés, etc.). Les auteurs concluent qu'il est nécessaire pour un comportement général de décomposer l'attitude globale en une gamme des différentes attitudes possibles.

c. Conclusion sur les modèles de la théorie de l'action raisonnée et de la théorie du comportement planifié : une vision utilitariste du comportement

Les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié sont fondées sur la théorie de l'utilité subjective attendue. Dans une optique rationnelle de l'individu, elles visent à prédire les comportements et à identifier les variables psychosociologiques qui agissent sur le comportement actuel. Elles postulent que les attitudes guident le comportement et que le lien entre les 2 (bien qu'indirect) est suffisamment étroit pour qu'une connaissance du premier autorise une prédiction du deuxième (*Brée, 1994*). Ces approches montrent l'absence de corrélation systématique entre attitude vis à vis d'un objet et attitude vis à vis de l'action ; ils proposent de ne retenir que l'attitude vis à vis du comportement. Cela remet en cause l'approche classique qui fait de l'attitude l'agrégation des cognitions et évaluations, comme le modèle de *Fazio (1990)*, dans lequel l'attitude est définie comme l'association entre l'objet et son évaluation et c'est la force de cette association va déterminer le degré d'activation de l'attitude et donc du comportement. Ces modèles différencient croyances et attitudes et prennent en compte les influences de l'entourage sur l'action, à travers les normes subjectives.

Ces modèles ont montré leur validité dans le domaine de la consommation et de la santé. Néanmoins, les corrélations entre attitudes et comportement sont très variables et deviennent faibles lorsqu'il s'agit de comportements alimentaires généraux. Leur application reste souvent limitée à la consommation de produits ou à des pratiques spécifiques. En outre, leurs coûts de mise en œuvre sont élevés (*Conner & Armitage, 2002*).

d. Extensions des théories de l'action raisonnée et du comportement planifié

Pour améliorer la validité prédictive des modèles de la TRA et de la TPB et identifier les facteurs qui contribuent à la relation positive entre attitude et comportement, certaines améliorations et variables additionnelles ont été introduites.

d.1. L'ambivalence des attitudes

La faible corrélation entre attitude et comportement proviendrait de la nature ambivalente des attitudes (*Shepherd, 1999*). Dans ces modèles attentes-valeurs, de type compensatoire, les attitudes envers les « objets » sont généralement de nature positive ou négative. Or, **les individus seraient ambivalents vis à vis d'une alimentation saine** (*Conner & Sparks, 2002*). Cette vue unidimensionnelle des attitudes a été dominante en psychologie sociale. Certains psychologues ont considéré la possibilité que les attitudes soient bidimensionnelles ou ambivalentes (*Olsen, 1999 ; Conner & Sparks, 2002*). Ils rejoignent le concept d'**ambivalence de Beardsworth**⁴⁴ (*1995*). Ils considèrent que les attitudes ne sont plus simplement positives ou négatives mais que les individus peuvent avoir simultanément des jugements positifs et négatifs envers l'objet d'attitude. Par exemple, l'attitude envers la consommation d'aliments de grignotage peut être positive parce que les individus en aiment le goût mais aussi négative parce qu'ils sont riches en matières grasses (évaluations affectives et cognitives : plaisant ou pas, dangereux ou pas). Les considérations positives ou négatives peuvent être plus ou moins saillantes dans différents contextes ; ainsi, quand les individus sont confrontés aux aliments, les réponses sensorielles immédiates prédomineraient, alors qu'en l'absence d'aliments les individus se concentreraient davantage sur les croyances liées à la santé.

Sparks & al. (2001) ont trouvé que des niveaux élevés d'ambivalence atténuent la relation attitude-comportement dans le cas de la consommation de chocolat et de viande.

d.2. Introduction de variables additionnelles au modèle : l'identité et le besoin perçu de changement

Des variables additionnelles ont été introduites aux modèles :

- **l'auto-identité** (*self-identity*) : ce concept reflète l'auto-perception ou l'identification à un comportement ou une personne, se référant aux caractéristiques que les individus s'assignent à eux-mêmes (*Sparks & Shepherd, 1992 ; Sparks, 2000*) ; elle est liée à la motivation de communiquer des valeurs et son identité aux autres (*Shavitt, 1990*) ;

⁴⁴ Beardsworth (1990, 1995) distingue trois ambivalences dans la relation des hommes à leur alimentation, auxquelles correspondent différentes formes d'anxiété (*Poulain, 2002a*) :

- **l'ambivalence plaisir-déplaisir**, qui est celle selon laquelle l'alimentation peut être à la fois une source de plaisir sensoriel, d'épanouissement mais peut aussi provoquer des sensations désagréables pouvant aller jusqu'au dégoût, malaise, vomissement (anxiété liée à composantes sensorielle et hédonique, gérée par des règles culinaires) ;
- **l'ambivalence santé-maladie**, qui concerne le fait que la nourriture est source d'énergie, de vitalité, de santé et aussi un vecteur de contamination, une cause potentielle de maladie, de troubles (toxi-infections alimentaires, carence, surcharge en certains nutriments) ; l'anxiété est alors d'ordre sanitaire et sa gestion est assurée par les règles diététiques, les connaissances, etc ;
- **l'ambivalence vie-mort**, qui provient du fait que l'acte alimentaire, nécessaire au maintien de la vie, implique la mort des animaux consommés ; l'anxiété est alors gérée par des interdits sur les aliments, par l'acceptation morale de la mise à mort, à travers des prières, rituels, etc.

- **le besoin perçu** de s'engager dans un comportement particulier ; Paisley & Sparks (1998) ont montré que le besoin perçu de changement est un prédicteur significatif des intentions de réduire la consommation de matières grasses.

d.3. La théorie du comportement général : l'habitude

La théorie du comportement général⁴⁵ (Triandis, 1977, 1980, 1990) introduit la notion d'habitudes et le comportement passé pour expliquer les intentions comportementales. Elle postule que le comportement est prédit par une combinaison d'intentions. Ces intentions sont liées à l'attitude (affect et conséquences perçues), aux facteurs sociaux (dont les normes sociales et personnelles, le support interpersonnel de s'engager dans un certain comportement), aux conditions de facilitation dans l'environnement et aux habitudes (comportements passés). Plus la personne s'est engagée par le passé dans une conduite donnée, plus l'habitude et moins l'intention jouent un rôle important dans la prédiction et la détermination des comportements (Bromberg, 1999).

Dans le cas de comportements habituels ou addictifs, le comportement passé et l'habitude détermineraient plus le comportement actuel que les cognitions (Sutton, 1987, dans le cas du tabagisme). Ouellette & Wood (1998) et Macrae & Johnston (1998) ont montré dans le cas de consommations alimentaires courantes que le comportement passé guide le comportement (par exemple la prise des petits-déjeuners) ; ils expliquent que pour ces actes habituels, les processus qui initient et contrôlent la performance deviennent automatiques⁴⁶, alors que les comportements qui ne sont pas bien appris ou réalisés dans des contextes difficiles ou instables, sont sous contrôle délibéré⁴⁷ ; l'impact du comportement passé passe alors par les intentions. Cependant des études récentes (Conner & al., 2002) sont venues remettre cette hypothèse en cause en montrant que même dans le cas de consommation habituelle, lorsque les cognitions sont fortes, elles peuvent annuler ou diminuer l'effet du comportement passé.

d.4. Le modèle de SPARTA : l'influence de la confiance envers les sources d'information sur la perception des risques alimentaires

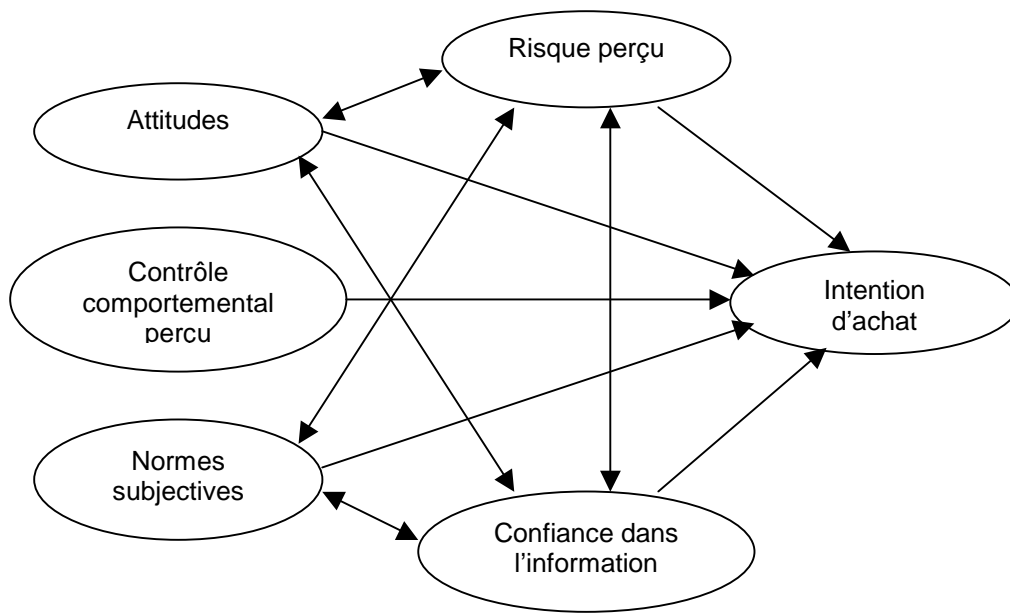
Dans le prolongement de la théorie du comportement planifié, Mazzocchi & al. (2004) ont développé le modèle SPARTA, qui intègre les concepts de confiance envers les informations et le risque perçu, à l'attitude et à la norme subjective (cf. schéma 11).

⁴⁵ theory of general behavior

⁴⁶ habitually controled behaviours

⁴⁷ consciously controled behaviours

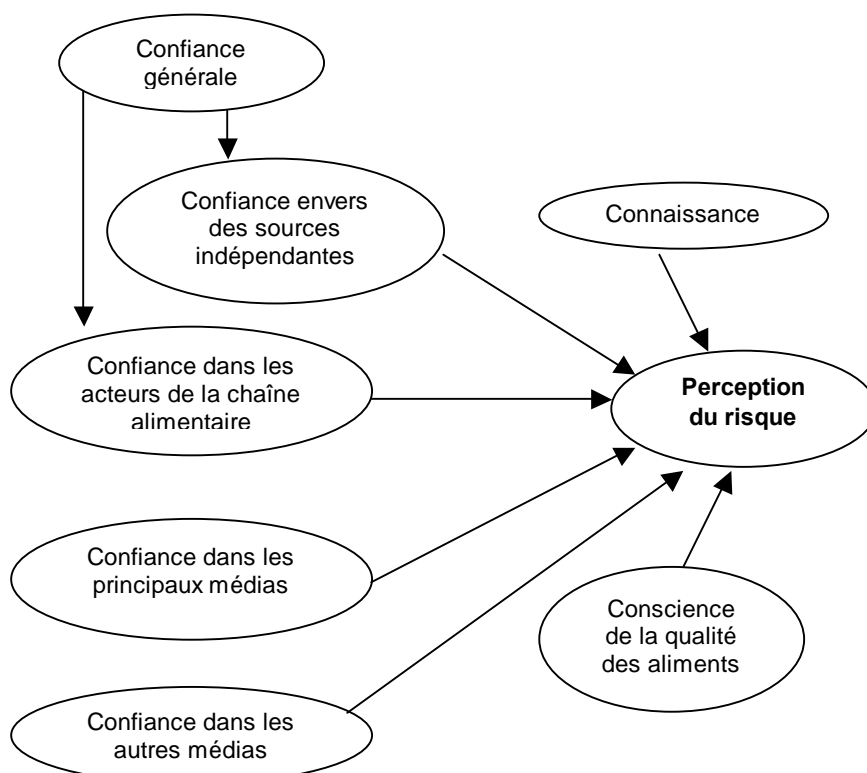
Schéma 11 : Représentation du modèle SPARTA de Mazzocchi & al. (2004)



Ce modèle postule que l'on peut changer les attitudes et l'intention de comportement en influençant la perception du risque. Cependant, Rundmo (1996) suggère que la perception du risque est une variable de prédiction faible de l'intention de comportement. Il semble que **la perception du risque n'exerce pas un effet direct important sur le comportement de santé lié à la consommation alimentaire** et à l'environnement ; il existe des corrélations fortes entre perception du risque et attitudes et entre attitudes et comportements. Ainsi, **la perception du risque semble influencer indirectement le comportement.**

Ce modèle suppose que **le risque perçu est influencé par la confiance envers les sources d'informations, la connaissance du risque et la conscience de la qualité** (cf. Schéma 12). La confiance est un construit général ou spécifique vis à vis de la chaîne alimentaire, des acteurs politiques (confiance sociale) et des médias.

Schéma 12 : Modèle conceptuel des liens entre confiance et perception du risque selon Mazzocchi & al. (2004)



3. Conclusion sur les modèles de comportements généraux

Les modèles généraux du comportement sont issus de la théorie de l'utilité. Dans cette optique rationnelle, ils lient la connaissance, les croyances, les attitudes et les comportements selon une chaîne séquentielle. Ils soulignent l'influence de l'environnement social et des croyances sur les actions individuelles ; les croyances dériveraient essentiellement de l'expérience directe et de l'information socialement transmise, plutôt que de la connaissance objective.

Bien que ces modèles aient montré une certaine robustesse à expliquer des pratiques spécifiques, ils ne permettent pas de prédire les comportements généraux, malgré les tentatives d'intégration de variables additionnelles aux modèles de base (des théories de l'action raisonnée et du comportement planifié). Certaines études montrent que certains comportements, notamment habituels et de consommation courante, ne sont souvent pas guidés par un travail cognitif conscient et sont plus le fait des habitudes et d'actes automatiques.

Même si ces modèles ont été appliqués à la santé et à l'alimentation, ils ont été conçus pour un comportement en général et ne sont pas spécifiques au comportement de santé. D'autres auteurs ont développés des modèles pour expliquer les comportements de santé. C'est ce que nous développons dans la section suivante.

II. LES MODELES DE COMPORTEMENT SPECIFIQUES AU DOMAINE DE LA SANTE

Nous présentons maintenant les principaux modèles développés pour expliquer les comportements de santé. Dans un premier temps, nous développons les modèles conçus dans un cadre statique (modèle de croyance sur la santé étendu au modèle de la théorie de la motivation de protection). Puis, nous montrons comment les théories et modèles tentent de prendre en compte la dynamique des comportements (théorie sociale et cognitive, modèles de changement de comportement et du processus d'adoption de précaution).

1. Les modèles statiques

Les modèles de croyance sur la santé et de la motivation de protection sont des **modèles attentes-valeurs**. Ils introduisent les variables psychologiques et l'efficacité de la réponse pour prédire le comportement.

1.1. Le modèle de croyance sur la santé

a. Le modèle et ses concepts

Dans le modèle de croyance sur la santé ou (HBM⁴⁸) (*Rosenstock, 1974 ; Becker, 1974 ; Maiman & Becker, 1974 ; Janz & Becker, 1984*), la perception de sa vulnérabilité personnelle et de la gravité d'une maladie constitue la valeur ; la croyance qu'une action spécifique peut prévenir la maladie constitue l'attente, qui est déclinée en termes d'estimation des coûts et bénéfices de l'action. Selon ce modèle, la probabilité que l'individu agisse pour prévenir une maladie (**intention de comportement**) dépend (*Dejoy, 1996 ; Redding & al., 2000*) de sa perception : **de sa vulnérabilité personnelle**, c'est à dire de la probabilité de faire l'expérience du problème affectant la santé ; en général, les recherches montrent que les gens tendent à sous-estimer leur propre vulnérabilité à la maladie (*Redding & al., 2000*) ;

- **de la gravité du problème**, qui est estimée à partir de ses croyances sur les effets d'une maladie et sur la gravité de ses conséquences : effets physiques (allant jusqu'à la

⁴⁸ Health Belief Model

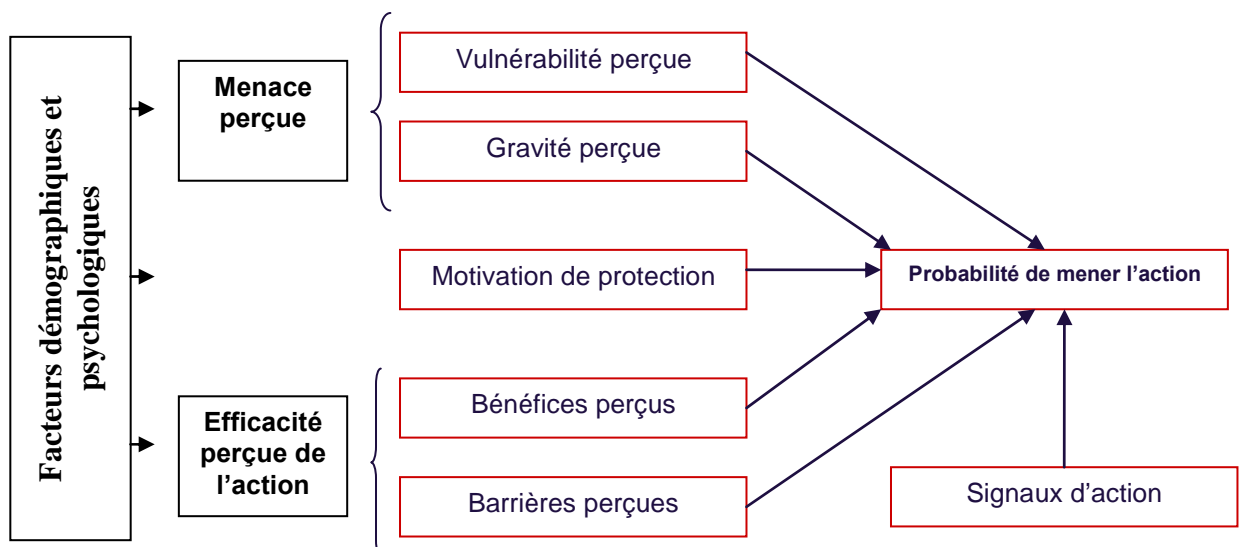
mort), sociaux (altération des relations sociales par exemple), psychologiques, émotionnels, financiers, etc. ;

- **des signaux d'action**, qui sont les stratégies ou *stimuli* visant à changer le comportement de l'individu et à le motiver à s'engager dans un comportement de protection; ils peuvent être internes (biologiques, psychologiques) ou externes (information, maladie d'un proche) ;
- **des bénéfices** associés à l'engagement dans un comportement protecteur ;
- **des barrières** associées à l'action qui sont les pertes ou **coûts** tangibles et psychologiques liés à l'adoption de la conduite conseillée ;
- de sa motivation générale à éviter les problèmes de santé, ou **motivation de protection** ; la motivation d'adopter un comportement auto-protecteur vient de l'anticipation des conséquences négatives et du désir de les minimiser.

La combinaison de la vulnérabilité et de la gravité constitue la menace perçue⁴⁹.

Le rapport bénéfices et barrières perçus correspond à **l'efficacité perçue** (résultat attendu) de l'action recommandée pour réduire et prévenir le risque et la gravité de son impact (cf. schéma 13).

Schéma 13 : Le modèle de croyance sur la santé



Sources : adapté par Conner & Armitage (2002) à partir de Rosenstock (1974)

Le modèle suggère que pour qu'un individu change de comportement, il doit se sentir personnellement vulnérable à la maladie, percevoir que les conséquences de la maladie mettent en danger sa santé et croire que l'action à mettre en place a une probabilité forte de

⁴⁹ perceived threat

réduire le risque (bénéfices de s'engager dans ce comportement supérieurs aux coûts). Ainsi par exemple, les individus qui croient être plus vulnérables aux maladies cardio-vasculaires et les perçoivent comme graves sont plus susceptibles de percevoir une menace pour eux-mêmes et d'agir pour la réduire (par exemple en réduisant leur consommation de cholestérol). Il est plus probable qu'ils agissent s'ils sont motivés par une recherche de santé et s'il y a des signaux spécifiques d'action (Conner & Armitage, 2002).

b. Applications empiriques à la santé et l'alimentation

Les études empiriques supportent la validité prédictive du HBM. Ce modèle a été largement appliqué au cas du Sida (par exemple Moatti & al., 1993) pour mesurer le rôle des croyances dans les modifications de comportement. Hounton & al. (2005) ont appliqué le HBM au cas du Sida au Bénin en milieu rural, pour identifier les barrières à l'utilisation de préservatifs. En dépit d'une connaissance relativement élevée des modes de transmission et des méthodes de prévention, l'utilisation du préservatif était faible, indiquant que la connaissance n'était pas le facteur principal du changement comportemental. Ils soulignent que l'efficacité perçue de la mesure de contrôle et que les barrières perçues sont les facteurs déterminant le plus l'utilisation du préservatif. Les tests empiriques du modèle pour la réduction des comportements sexuels à haut-risque ont montré que **la vulnérabilité perçue n'était pas un facteur d'explication suffisant lorsque les conséquences négatives sont sévères.**

Dans le domaine alimentaire, Schafer & al. (1995) ont montré que le HBM permettait de prédire la consommation de matières grasses (30% de la variance dans le comportement expliquée par les variables du modèle).

c. Conclusion sur le modèle de croyance sur la santé

Le modèle de croyance sur la santé prend en compte les variables psychologiques de motivation et de vulnérabilité personnelle perçue ainsi que l'efficacité estimée des mesures conseillées. Il permet d'introduire la notion de motivation à agir dans un objectif de santé.

Dans une perspective utilitariste, il postule que chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il possède des connaissances minimales (sur sa santé et les options possibles) et qu'il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie. Avant d'agir, l'individu doit avoir éprouvé un sentiment de vulnérabilité et percevoir les conséquences liées à la prise de risque comme menaçant sa santé.

Selon ce modèle, les facteurs sur lesquels il est possible d'agir dans un cadre de prévention sont la perception du risque (à savoir la gravité et l'exposition perçues) et l'efficacité perçue (coût/bénéfice) du comportement relatif à ce risque (*Chew & al., 1998*).

Le HBM posent plusieurs problèmes :

- les six composantes sont considérées comme des prédicteurs indépendants du comportement ; or, il existe des effets d'interaction entre certaines variables, par exemple entre les signaux d'action et la menace perçue (*Conner & Armitage, 2001*) ;
- la composante des « signaux d'action » n'est pas opérationnelle car elle n'est pas clairement définie (*Chew & al. [1998]* les définissent par exemple comme la confiance envers l'information) ;
- il ne spécifie pas les relations entre les variables et constitue davantage une liste de variables qu'un modèle théorique ;
- l'évidence de sa validité prédictive est équivoque ; la vulnérabilité perçue n'est pas un bon prédicteur des comportements ; les facteurs personnels (motivation, vulnérabilité) semblent moins influencer le comportement que l'efficacité perçue des mesures recommandées. Le HBM est finalement un moins bon prédicteur du comportement que la théorie du comportement planifié (*Conner & Norman, 1994*).

Le HBM s'est montré plus valide pour comprendre l'arrêt de comportements négatifs pour la santé (fumer, boire) que pour expliquer l'adoption de comportements positifs (exercice, régime sain). Les facteurs économiques et environnementaux ainsi que les expériences passées ne sont pas inclus dans le modèle alors qu'ils peuvent être en dehors du contrôle des individus (*Conner & Armitage, 2002*).

1.2. La théorie de la motivation de protection

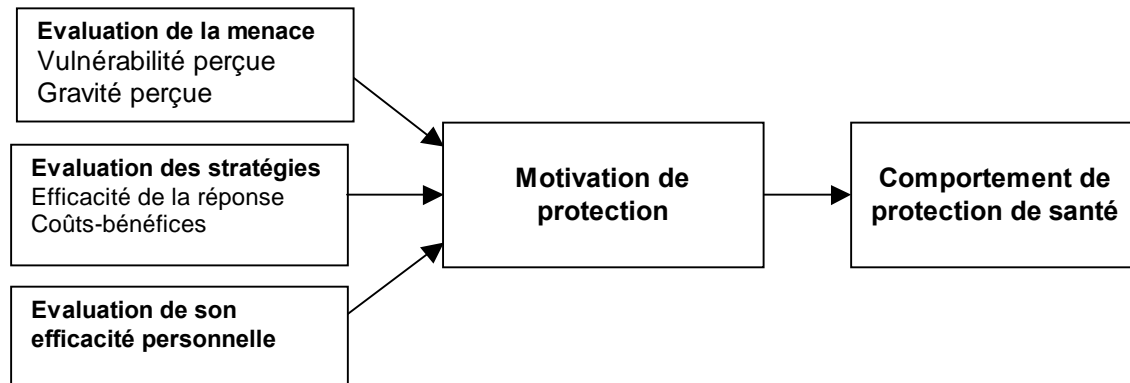
La théorie de la motivation de protection⁵⁰ (*Rogers, 1983 ; Maddux & Rogers, 1983*) est une extension du HBM. Elle a été développée à l'origine pour expliquer les variables médiatrices des peurs (*fear appeals*) sur le comportement de protection. Elle reprend les composantes de base du HBM en l'étendant à un autre processus cognitif : **l'efficacité personnelle** (*self-efficacy*).

Une autre différence avec le HBM est qu'il considère **la motivation de protection comme une intention de comportement**. Le comportement de santé est déterminé par la motivation de se protéger, qui elle est déterminée par l'évaluation de la menace, des stratégies

⁵⁰ Protection Motivation Theory

et de son efficacité, comme le montre le schéma 14 (Boer & Seydel, 1995 ; Conner & Armitage, 2002).

Schéma 14 : Représentation de la théorie de motivation de protection



Plotnikoff & Higginbotham (1995) ont mobilisé ce modèle pour prédire les intentions et le comportement de consommation d'un régime pauvre en matières grasses. L'efficacité de la réponse perçue (réduction du cholestérol) ainsi que l'auto-efficacité sont les prédicteurs dominants de l'intention. L'intention et l'auto-efficacité sont des prédicteurs importants du comportement (39% de la variance). Ils incluent une mesure de la peur des maladies cardiovasculaires qui n'est pas directement prédictive du comportement mais influence la vulnérabilité perçue, la gravité perçue et l'efficacité de la réponse.

En conclusion, les variables d'efficacité (personnelle et de la réponse) semblent les plus influencées l'intention de s'engager dans un comportement de protection de santé. Les facteurs d'importance (gravité) et d'exposition (vulnérabilité) sont peu déterminants.

1.3. Conclusion : apports et limites des modèles de comportement pour la recherche

Les modèles de comportement permettent d'identifier un certain nombre de facteurs liés aux conduites d'exposition au risque dont ils proposent des combinaisons spécifiques. Les nombreuses adaptations dont ils ont fait l'objet se sont attachées le plus souvent à ajouter des variables personnelles et situationnelles indépendantes, pour améliorer leur validité prédictive et modérer les relations entre attitude et intention de comportement ou entre intention et comportement.

Fondés sur la théorie de la prise de décision (la SEU), ces modèles psychosociaux attentes-valeurs font l'hypothèse d'une séquence hiérarchique linéaire entre :

connaissance → attitudes → intention de comportement → comportement

Ils distinguent la phase cognitive de l'attitude (perception, évaluation) de sa composante conative (intention de comportement).

Or, les relations entre les variables semblent être beaucoup plus complexes. Les croyances peuvent provenir de l'expérience acquise personnellement ou transmise socialement ; elles influencent la connaissance. En outre, ce n'est pas parce que les sujets ont une bonne connaissance des risques qu'ils vont s'en protéger. Les études empiriques montrent une faible corrélation entre attitude et comportement ou entre intention et comportement. L'individu ne faisant pas systématiquement un effort cognitif pour interpréter les signaux de son environnement (surtout dans le cas d'actions quotidiennes routinières), le comportement pourra précéder les attitudes, qui seront modifiées ex-post par un processus de rationalisation. **Nous postulons dans ce travail de recherche que les relations entre ces différentes composantes ne sont pas unidirectionnelles mais s'inscrivent dans un système au sein duquel elles sont en interaction** (Calvez, 2004).

Ces modèles psychosociaux (cf. tableau 10 pour un récapitulatif) soulignent **l'importance des évaluations subjectives** (perception sur la base de croyances) dans l'adoption d'un comportement. Ils distinguent 4 catégories de croyances :

- les croyances générales sur la santé et sur les conséquences d'un acte sur la santé (HBM et théorie de la motivation de protection) ; elles seraient à l'origine des préoccupations de santé et des perceptions du risque liées à la consommation ; mais certaines études empiriques ont montré que les croyances générales de santé ne sont pas les plus déterminantes des comportements de santé (Godin & Kok, 1996) ;
- les croyances sur les attentes de résultats d'un comportement (analyse coûts/bénéfices) (HBM et théorie de la motivation de protection) ;
- les croyances sur ce que l'environnement social attend du comportement de l'individu (TRA, TPB) ;
- les croyances sur le contrôle interne et sur ses capacités à réaliser un comportement (auto-efficacité) (TPB, théorie de la motivation de protection).

Les applications empiriques des ces modèles mettent en évidence **l'importance des variables de contrôle (interne et externe) et d'efficacité : efficacité personnelle et efficacité de la réponse.**

Tableau 10 : Les concepts fondamentaux des principales théories sur les comportements de santé

Variables explicatives du comportement	Théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975 ; Ajzen & Fishbein, 1980) Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988)	Modèle de croyance de santé (Rosenstock, 1974 ; Becker, 1974 ; Maiman & Becker, 1974 ; Janz & Becker, 1984)	Théorie de la motivation de protection (Rogers, 1975 ; Maddux & Rogers, 1983)
Evaluation de la menace		Perception de sa vulnérabilité personnelle à une maladie spécifique Perception de la sévérité des conséquences de cette maladie	Perception de sa vulnérabilité personnelle à une maladie spécifique Perception de la sévérité des conséquences de cette maladie
Bénéfices perçus	Attitude vis à vis du comportement : <ul style="list-style-type: none"> • probabilité de résultat positif • évaluation du résultat 	Perception des bénéfices de l'action	Efficacité de la réponse
Coûts perçus	Attitude vis à vis du comportement : <ul style="list-style-type: none"> • probabilité de résultat négatif • évaluation du résultat 	Perception des coûts de l'action	Coûts perçus Récompenses internes dues au comportement actuel Récompenses externes dues au comportement actuel
Influence sociale	Normes subjectives : <ul style="list-style-type: none"> • croyances normatives, importance accordé par l'individu à l'opinion des autres • motivation de l'individu à se conformer à l'opinion des autres 		
Compétence perçue	Contrôle perçu du comportement: <ul style="list-style-type: none"> • probabilité de contrôle • facteur de capacité ou de contrôle 	Efficacité personnelle	Croyance en son efficacité personnelle
Processus de médiation	Intention de comportement	Probabilité de réaliser l'action de santé	Motivation à se protéger

Dans les modèles concernant les comportements de santé, la probabilité de s'engager dans un comportement favorable augmentera si l'individu perçoit un risque personnel important (évaluation du risque en terme de gravité et exposition), qu'il croit en la capacité des actions recommandées et en sa capacité personnelle à prévenir ou réduire le risque et s'il est motivé. **Finalement, la perception du risque (ou menace perçue) ne provient que de l'évaluation des caractéristiques techniques du risque (gravité et exposition). Nous considérons dans la thèse que la perception du risque dérive de l'évaluation de l'ensemble des variables (techniques et qualitatives).**

De plus, le risque est estimé dans une perspective rationalisante (comportement orienté vers un but de santé) par l'évaluation des alternatives comportementales (probabilités et désirabilité de chaque résultat). Le risque de santé perçu est conçu comme l'évaluation des caractéristiques liées à l'alimentation et la santé, à l'individu et son environnement. De cette façon, cette vision se positionne en faveur d'une prédominance du but santé sur les autres fonctions de l'alimentation (social, hédonique, etc.). **Nous postulons au contraire dans notre recherche que le risque de santé peut être accepté pour satisfaire les autres fonctions de l'alimentation.**

Les modèles de comportement précédemment décrits donnent une image du processus de décision à un temps t et ne permettent pas d'appréhender l'évolution du comportement dans le temps. La majorité des études sont centrées sur la phase d'initiation du comportement ; peu portent sur le maintien du comportement.

Le chapitre suivant présente les modèles dynamiques issus de la théorie de l'apprentissage social (*Rotter, 1966*) comme le modèle de changement de comportement (*Prochaska & DiClemente, 1982, 1992 ; Prochaska & al., 1992*).

2. La prise en compte du changement de comportement dans le temps : les modèles dynamiques dans le domaine de la santé

La théorie de l'apprentissage social (*Rotter, 1966*) et la théorie sociale et cognitive (*Bandura, 1986*) introduisent les notions de modelage du comportement dans le temps à travers l'apprentissage par imitation des comportements des autres. Elles envisagent le comportement non plus de façon mécaniste comme dans les schémas behavioristes mais en termes d'interactions avec l'individu et l'environnement, par l'intermédiaire de la cognition et des perceptions.

Elles ont inspiré des modèles dynamiques comme le modèle de changement de comportement. Un autre modèle prenant en compte l'évolution du comportement dans le temps est celui dit du processus d'adoption de précaution.

2.1. La théorie de l'apprentissage social à l'origine de la théorie sociale et cognitive : interactions et perception des autres et de soi

a. Les principes et concepts de base des théories : la cognition sociale et le contrôle individuel

La théorie sociale cognitive de Bandura⁵¹ (1977a, 1986, 1989) est aussi une théorie de prédiction du comportement. Elle a ses origines dans la théorie de l'apprentissage social⁵², développée par Rotter (1966) pour expliquer le comportement des individus (et des animaux à l'origine).

En tentant de dépasser le behaviorisme, **la théorie de l'apprentissage social** suppose l'existence de médiateurs entre les *stimuli* et les réponses comportementales : **la cognition sociale et le contrôle individuel**. Elle s'appuie sur trois principes de base selon lesquels :

- (1) les conséquences de la réponse (punitions ou récompenses) influencent la probabilité qu'un individu réalise une action dans une situation donnée ;
- (2) l'individu peut apprendre par lui-même un comportement mais aussi en observant les autres⁵³;
- (3) les individus seront plus susceptibles de suivre le comportement observé chez des individus auxquels ils s'identifient (similarité avec soi-même, degré d'attachement émotionnel éprouvé) (Crosbie-Brunett & Lewis, 1993).

Cette notion d'apprentissage social s'appuie sur des **attentes généralisées de renforcement** (*reinforcement*) (éléments de l'environnement qui affectent la probabilité qu'un comportement soit tenté de nouveau) et sur les « **points de contrôle** » (*locus of control*) interne et externe (changement auto-initié *versus* changement influencé par les autres). Un individu à point de contrôle externe pensera qu'il ne peut rien faire face à risque, son sort dépendant du hasard ou des autres (fatalisme) ; au contraire, l'individu qui a un point de contrôle interne percevra qu'il peut agir à son niveau personnel.

Bandura (1977a) considère les comportements liés à la santé comme le résultat d'apprentissages personnels et de l'environnement. Il explique l'adoption de comportements nouveaux non plus par conditionnement direct, mais par observation, imitation et modelage. Le comportement imité sera adopté de façon durable par l'individu seulement si se produisent des renforcements positifs (comme des encouragements, récompenses).

⁵¹ social cognitive theory

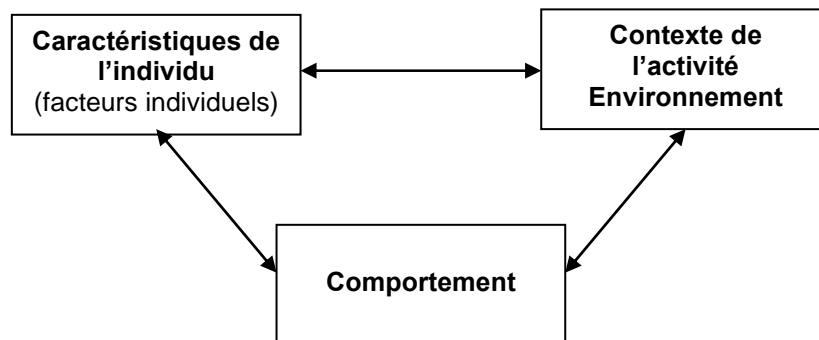
⁵² Social Learning Theory

⁵³ vicarious learning

b. Le modèle de réciprocité triadique (individu, environnement, comportement)

La théorie sociale cognitive (*Bandura, 1977a, 1986, 1989*) est basée sur la notion d'interaction. Elle postule que l'interaction (continue et dynamique) doit être comprise comme un déterminisme réciproque des facteurs individuels, environnementaux (environnement et situation) et des comportements (cf. schéma 15).

Schéma 15 : Modèle compréhensif du comportement humain conceptualisé par Rotter (1966) et Bandura (1977a, 1986) : le schéma des déterminismes réciproques



Ce modèle de causalité triadique et réciproque n'implique ni que chacun des trois facteurs intervienne avec la même force dans une situation donnée ni que les trois facteurs soient concernés en même temps.

Les perceptions par la personne de son environnement sont considérées comme des situations qui peuvent faciliter ou inhiber le comportement.

Les facteurs personnels intègrent les facteurs démographiques, physiologiques (comme l'addiction, la dépendance à un aliment par exemple), de personnalité, les facteurs cognitifs (pensées, attitudes, croyances), la motivation, etc. (*François & Botteman, 2002*).

c. Le Sentiment Personnel d'Efficacité ou l'auto-efficacité

Bandura (*1977b, 1986, 1989*) a développé le concept d' « auto-efficacité »⁵⁴ (*self-efficacy*) ou de Sentiment Personnel d'Efficacité (SPE), comme un des principaux mécanismes régulateurs des comportements. Le SEP renvoie « aux jugements que les personnes font à propos de leur capacité à organiser et réaliser des ensembles d'actions requises pour atteindre des types de performances attendus » (*Bandura, 1986*), mais aussi aux « croyances à propos de leurs capacités à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et

⁵⁴ Schwarzer & Renner (2000) ont distingué le concept d' « action self-efficacy », qui renvoie à la confiance en ses capacités à réaliser un comportement, de celui de « coping self-efficacy », qui correspond à la confiance dans sa capacité à maintenir le comportement.

les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie » (*Wood & Bandura, 1989*).

Plusieurs facteurs influencent le renforcement de l'auto-efficacité comme la persuasion par les autres, l'observation des autres comportements, l'expérience antérieure du comportement, les éléments physiologiques (comme **l'adaptation émotionnelle**⁵⁵ face au stress ou l'anxiété).

Le SEP a une influence positive sur la performance, les attitudes, les efforts réalisés ainsi que leur persistance (*Sadri & Robertson, 1993*).

Après un échec ou un retard dans l'obtention des résultats attendus, les personnes avec un faible SEP jugeront leur performance insuffisante comme la marque d'une déficience d'aptitude personnelle, et donc comme un échec personnel. Elles auront tendance à ne pas maintenir le comportement, ni leurs efforts pour réduire le risque.

Au contraire, les personnes à SEP élevé considèrent les difficultés comme des paris à réussir plutôt que comme des échecs. Ces personnes maintiendront leurs efforts face aux difficultés et un engagement fort. Elles attribuent l'échec à des efforts insuffisants ou à un manque de connaissances ou de savoir-faire qui peuvent être acquis (*François & Botteman, 2002*).

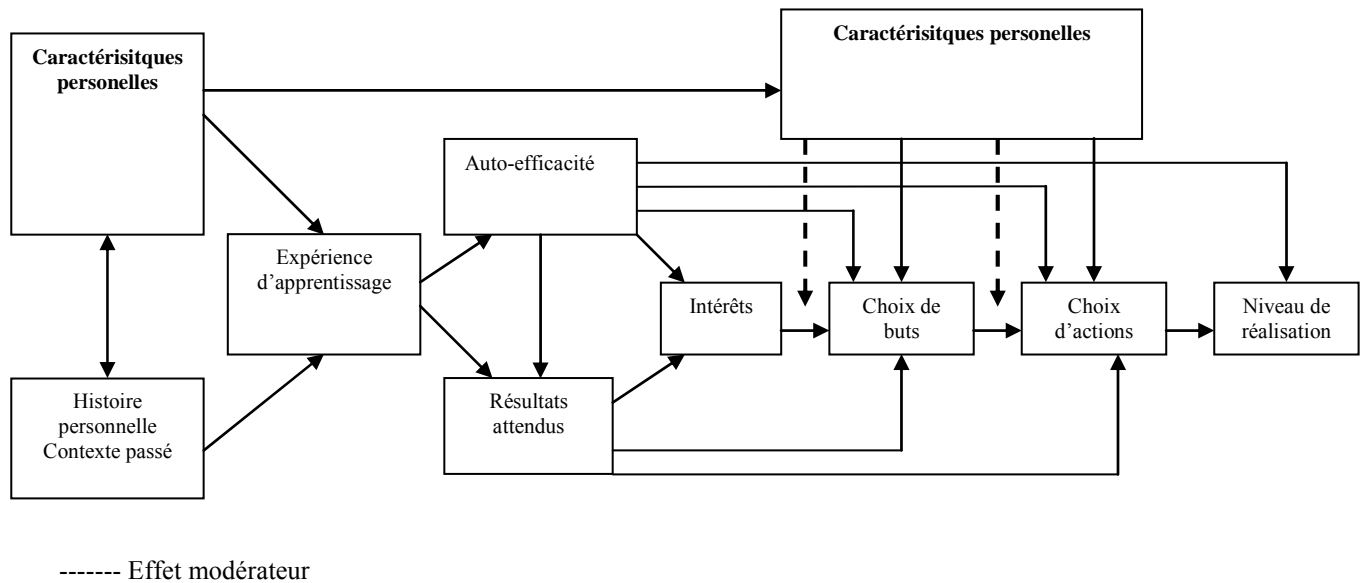
En résumé, il semblerait que les personnes ayant un sentiment d'efficacité personnelle élevée soit plus enclines à faire des efforts, à rechercher de l'information et à acquérir de l'expérience que celles qui ont un sentiment d'efficacité personnel faible. Cela va à l'encontre de la théorie des biais cognitifs, selon laquelle les sujets ayant un fort sentiment de contrôle (et d'efficacité) auraient une moindre aversion au risque, ne se sentant pas concernés par l'information et ne mettant pas en place des actions pour réduire ou se protéger du risque.

d. Une représentation du modèle de la théorie sociale et cognitive

Lent, Brown & Hackett (*1994*) proposent une représentation du modèle de la théorie sociale et cognitive (cf. schéma 16).

⁵⁵ capacité individuelle à répondre aux *stimuli* émotionnels par différentes mesures permettant de faire face à des situations comme la peur, l'anxiété

**Schéma 16 : Représentation du modèle de la théorie sociale et cognitive
par Lent, Brown & Hackett (1994)**



Du fait de sa complexité, le modèle complet n'a jamais été testé (*Conner & Armitage, 2002*). Sheeshka & al. (1993) a trouvé qu'à la fois l'auto-efficacité et les attentes de résultats prédisaient les intentions de manger sainement (réduire la quantité de beurre utilisée, manger au moins 3 portions de légumes par jour). Resnicow & al. (1997) ont montré que l'attente de résultat (mais pas l'auto-efficacité) était un prédicteur du comportement de consommation des fruits et légumes des enfants.

e. Conclusion sur la théorie de l'apprentissage social et la théorie sociale et cognitive

La théorie sociale et cognitive (basée sur la théorie de l'apprentissage social) fait l'hypothèse d'une relation triadique réciproque entre les caractéristiques individuelles (dont psychologiques), l'environnement et le comportement. Ce modèle n'implique cependant pas **que chacun des trois facteurs intervienne avec la même force dans une situation donnée ni que les trois facteurs soient concernés en même temps. Cette théorie présente l'intérêt d'aborder le comportement non plus de façon linéaire, comme dans les modèles classiques de comportement, mais comme un système interactif et continu.**

Dans cette conception, l'influence de l'environnement sur les comportements reste essentielle, mais à l'inverse de ce qu'on trouve dans les théories behavioristes, une place importante est faite aux facteurs cognitifs. **Les cognitions peuvent influencer à la fois sur le comportement et sur la perception de l'environnement.** La perception est plus

déterminante que les conditions réelles dans lesquelles se trouve l'individu. **Ces théories s'intéressent au sens que les individus donnent aux autres et à eux-mêmes.** L'expérience et l'apprentissage par l'observation des autres sont considérés comme des déterminants importants du comportement. Ces théories introduisent les notions de **contrôle interne** (personnel) et **externe** (environnement social) et de **sentiment d'efficacité personnelle** (croyance de l'individu en sa capacité d'accomplir un comportement dans des situations spécifiques). Ces concepts sont **reconnus comme variables médiatrices importantes entre la connaissance, les attitudes et le comportement** (François & Botteman, 2002). **Les personnes sont à la fois produit et productrices de leur environnement.**

Dans notre travail de recherche, nous privilégions cette vision interactive et étudions, à un instant t, les liens entre les trois composantes de connaissance, de perception du risque (cognitions) et de comportement dans un environnement donné (médiatique, politique, socio-culturel, économique). Nous étudions les perceptions de contrôle personnel et d'efficacité personnelle par ses pratiques.

Un des apports fondamentaux de cette approche par la cognition sociale est de prendre en compte le temps dans le processus de changement de comportement.

Le processus de changement de comportement peut être décomposé en deux phases (Derbaix & Brée, 2000) :

- **une phase de délibération** sur les attentes et les objectifs pour choisir entre les buts et les actions impliquées ;
- **une phase de planification et d'action** pour atteindre le but.

Cette approche est à la base des modèles de changement de comportement.

2.2. Les modèles de changement de comportement

Les modèles de changement de comportement sont inspirés des théories de l'apprentissage social. Ils permettent d'identifier les conditions environnementales des comportements et de prendre en compte la dimension temporelle du comportement en considérant les différentes étapes dans le changement éventuel (processus d'adoption de précaution de Weinstein [1988] et modèle transthéorique de changement de Prochaska & DiClemente [1982, 1992]). Ils ne s'intéressent plus seulement à l'initiation du comportement mais au processus de changement de comportement et à son maintien dans le temps.

a. Le modèle du processus d'adoption de précaution

Le processus d'adoption de précaution (precaution-adoption process) dérive des travaux de Weinstein (1988) sur les biais d'optimisme. L'auteur décrit le processus d'adoption d'un comportement de précaution par une série de cinq étapes :

1. Pré-réflexion 1 : l'individu a entendu parlé du risque ; il connaît le risque mais pas les conséquences négatives de son comportement actuel pour la santé ;
2. Pré-réflexion 2 : il croit en la probabilité du risque pour les autres ; il ne se sent pas concerné personnellement ;
3. Réflexion : il connaît la probabilité personnelle de risque ; **possibilité de biais d'optimisme** ; il se sent concerné par le risque et vulnérable ;
4. Décision : il décide de prendre des précautions ; il évalue les coûts-bénéfices de l'action et **les barrières** à changer de comportement ;
5. Action – Changement de comportement : il prend des précautions.

Cette conception dérive de l'idée que les individus sont susceptibles d'avoir un faible intérêt à prendre des précautions bien qu'ils se savent personnellement vulnérables. Les individus tendent à avoir des biais d'optimisme lorsqu'ils jugent leurs niveaux personnels de risque (Weinstein, 1980, 1982, 1987). Les barrières perçues sont surtout importantes lors du passage de la décision à l'action. Bien que ce modèle soit cumulatif, la phase de décision peut être atteinte sans le passage par les 3 autres étapes.

b. Le modèle (transthéorique) de changement : les stades de changement

b.1. Le modèle linéaire

Le modèle transthéorique du changement (*transtheoretical model of change*) de Prochaska & DiClemente (1982) ou modèle des stades du changement (*stages of change*) suggère que le changement de comportement s'effectue suivant un processus constitué d'une série de cinq étapes ordonnées de façon chronologique :

- **la pré-contemplation** : la personne n'a pas l'intention de modifier son comportement (à risque) dans un avenir proche ; cet état peut être lié à un manque de connaissance et de prise de conscience que le comportement est à risque ou à une démotivation du fait d'échecs de tentatives passées ; l'individu peut ne pas réaliser que le changement est possible ou qu'il puisse être bénéfique pour lui ; **le changement de comportement n'est donc pas considéré** ; les individus dans cette phase essaient d'éviter de parler ou

- de s'informer sur leurs comportements à hauts risques et construisent souvent des défenses qui les aident à nier le problème et les conséquences des conduites à risque ;
- **la contemplation** : la personne a sérieusement l'intention de changer de comportement au cours des 6 prochains mois ; elle perçoit un **intérêt grandissant envers le changement** ; elle va alors commencer à augmenter délibérément son information et ses connaissances sur le problème et les résultats du changement (bénéfices, pertes) ; malgré la recherche d'information et la prise de conscience, les individus ne mettent pas encore d'action en place ;
 - **la préparation** : la personne a l'intention d'opérer un changement de comportement dans un futur très proche (mois suivant) ; elle sait comment agir et a un **plan d'action** ; elle réalise des changements préliminaires légers ; elle perçoit **plus de bénéfices que de barrières au changement** ; l'individu se prépare à entreprendre le changement de comportement désiré, ce qui nécessite de l'information, des méthodes, les capacités nécessaires, etc. ; cette phase comprend les **dimensions intentionnelles et comportementales** ;
 - **l'action** : c'est la période suivant le changement initial de comportement (généralement 6 mois) ; l'individu fait des **changements**, en se servant de son expérience, de l'information dont il dispose, de ses nouvelles capacités et de sa motivation personnelle ; c'est au cours de cette **phase la moins stable** que les sujets courent les plus grands **risques de retomber dans leur comportement antérieur**, nécessitant une attention et une vigilance constante ;
 - **le maintien** : c'est la période de **maintien du comportement dans le temps** et de **prévention d'une rechute** ; le nouveau comportement est adopté, maintenu et intégré dans le répertoire comportemental de l'individu ; il est accessible à tout moment ; les risques de rechute sont faibles mais la prévention d'une rechute nécessite toujours de l'attention ; si **le changement devient automatique pour que le sujet ne soit plus tenté de retomber dans son comportement antérieur** (dans toutes les situations qui présentaient auparavant une tentation), alors le stade de **terminaison** est atteint ; en fonction des auteurs, la terminaison peut être considérée comme une étape distincte.

En fonction du stade dans lequel il se trouve, l'individu nécessite différents types d'information et d'aide pour passer d'une étape à une autre.

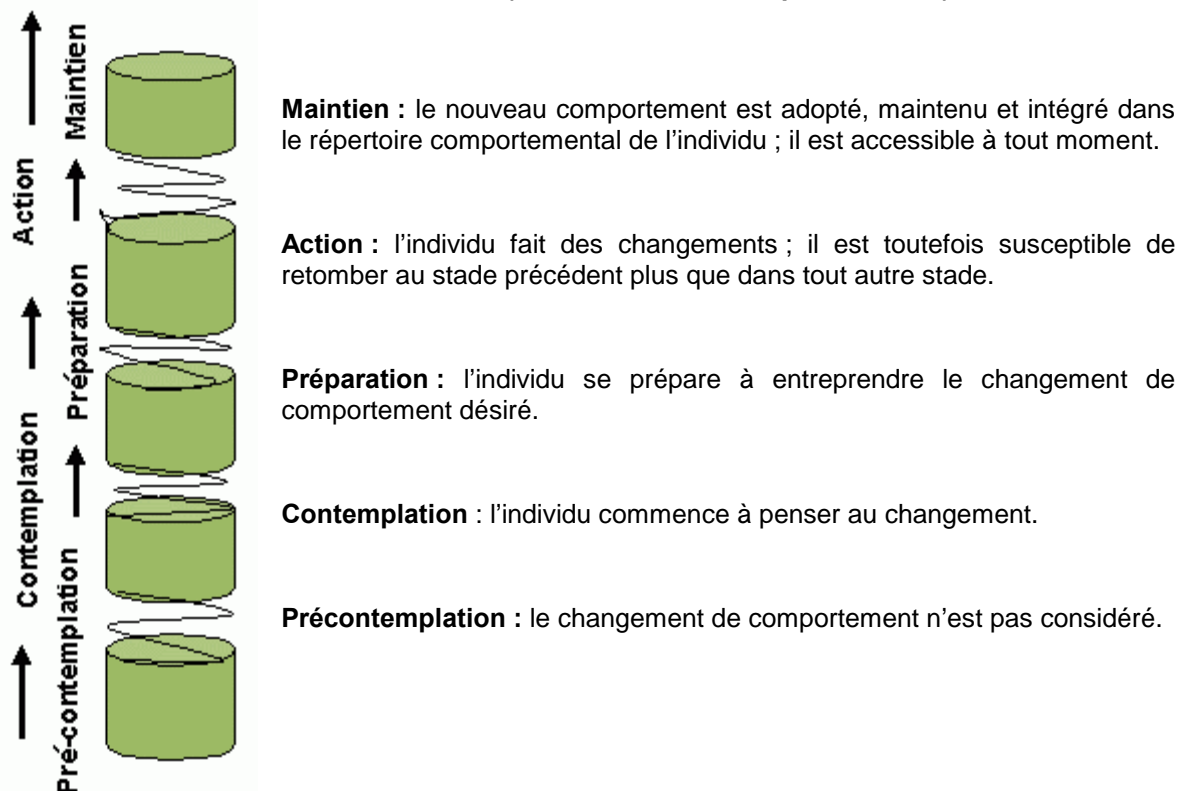
b.2. Le modèle cyclique

Cette voie de changement de comportement, présentée dans le modèle original comme une progression linéaire, a été décrite comme une **spirale** (perspective « bottom-up ») par Prochaska, DiClemente & Norcross (1992). Ce modèle cyclique permet d'expliquer les retours dans les phases précédentes, la modification graduelle des comportements et les variations individuelles observées.

Cette nouvelle conception du modèle (cf. schéma 17) prend en compte le fait que **les individus ne changent pas leur comportement** d'une seule fois et **de façon linéaire**. La démarche de changement de comportement d'une personne entraîne habituellement des progressions mais aussi des rechutes aux niveaux précédents, ainsi que des écarts de conduite temporaires et isolés. Cependant, si un individu revient à un stade précédent, la progression sera plus rapide du fait de l'expérience déjà acquise lors des étapes antérieures (Sullivan, 1998).

Schéma 17 : Modèle en spirale des stades du changement de comportement
(d'après Prochaska & al., 1992)

(NB : lire le schéma à partir du bas)



Ce modèle, qui a son origine dans la recherche sur les comportements addictifs (tabac, alcool) (Prochaska, 1994 ; Hughes, 1994), a été appliqué à d'autres comportements de santé

(Sutton, 2000), comme à l'exercice physique (Prochaska & al., 1994 ; Calfas & al., 1997) et la perte de poids (Simmons & Mesui, 1999), aux comportements alimentaires (Glanz & al., 1994 ; Campbell et al., 1994), à la consommation de fruits et légumes (Laforge & al., 1999), de fibres (Glanz & al., 1994) et à la réduction de matières grasses (Lechner & al., 1998).

Ces études observent des modèles de distribution similaire des individus, avec une relativement forte proportion des sujets en phases d'action ou de maintien (plus de 60% des échantillons). Il faut souligner néanmoins que l'approche classique se base sur des comportements auto-reportés et sur des intentions.

Cohen & al. (2002) montrent l'utilité de ce modèle pour classer les individus à travers les différents stades. Ils observent une augmentation de la connaissance au cours des 5 étapes.

Certains travaux rapportent une relation positive entre les stades de changement et le comportement étudié. Dans le cas d'une consommation d'un régime allégé en matières grasses, Armitage & Conner (2001) ont observé que les personnes qui se trouvaient dans les 2 premiers stades consommaient davantage de matières grasses que ceux qui se trouvaient dans les 2 derniers. Vallis & al. (2003) montrent une relation négative entre l'indice de masse corporelle et les étapes de changement. En outre, les femmes se retrouvaient davantage dans la phase de maintien et moins dans la phase de précontemplation que les hommes.

b.3. Les processus psychologiques de changement

Les recherches ont montré que la réussite du changement de comportement dépend de processus spécifiques à chaque étape, médiateurs du changement (Marcus & al., 1992 ; Prochaska & al., 1994). Dix **processus psychologiques de changement** (Prochaska & al., 1992, 1994) ont été identifiés. Ces processus se réfèrent aux différents mécanismes, stratégies et activités cognitives, affectives, émotionnelles, comportementales et interpersonnelles que les individus utilisent pour changer leur façon de penser, leurs sentiments ou leurs comportements. Ils font la médiation et la transition entre les différentes étapes et représentent des résultats intermédiaires des interventions. Ils peuvent être classés en deux grands groupes : **les processus expérientiels et comportementaux** (cf. schéma 18 et encadré 4).

Encadré 4 : Les processus psychologiques de changement de comportement (d'après Prochaska & al., 1994)

Les processus expérientiels concernent les 3 premiers stades du changement de comportement :

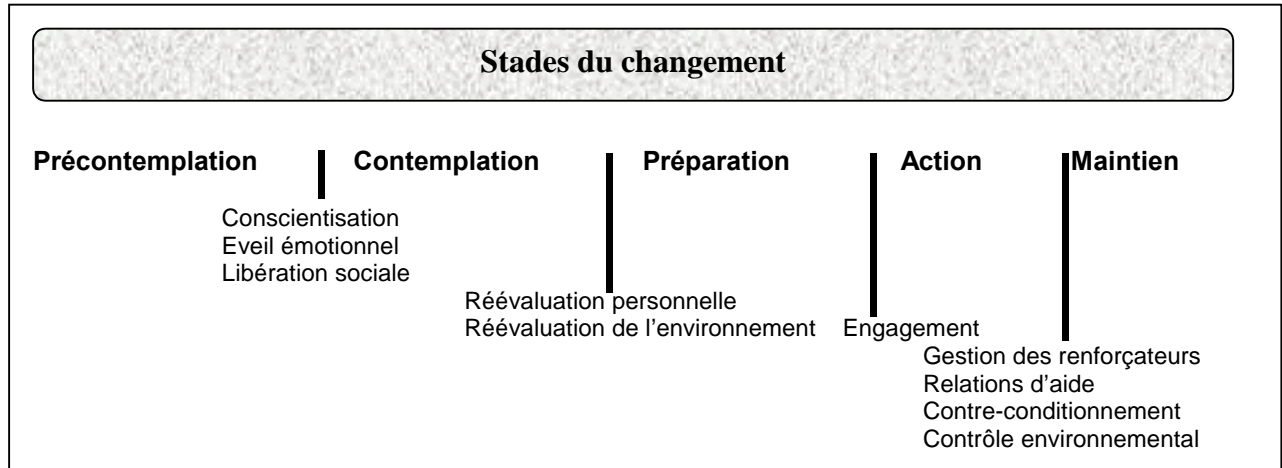
- **l'augmentation du niveau de conscience ou « conscientisation »** (*consciousness raising*) : ce processus consiste à s'informer sur les risques, ses déclencheurs, les conséquences possibles du comportement indésiré ainsi que sur les remèdes et comportements sains (contenu en matières grasses des aliments par exemple) ;
- **l'éveil émotionnel** (*dramatic relief*) : il correspond à l'expression d'émotions liées aux risques issus de comportements défavorables ; il permet de développer des sentiments favorables envers le comportement souhaité ; il peut être le résultat de l'observation de faits historiques ou personnels d'individus ayant résolu le problème ; c'est aussi l'expérience émotionnelle du changement (comme la dis-satisfaction associée à ne pas manger de gâteaux) ;
- **la libération sociale** (*social liberation*) : elle renvoie à un changement dans son identité sociale pour être reconnu comme un mangeur sain ;
- **la réévaluation personnelle** ou auto-évaluation (*self re-evaluation*) : c'est une réévaluation personnelle par rapport au comportement souhaité ; c'est l'acceptation de sa responsabilité personnelle et la conviction que l'on peut exécuter avec succès le comportement requis ; elle s'appuie sur l'examen de ses croyances et attitudes envers une alimentation saine ;
- **la réévaluation de l'environnement** (*environmental re-evaluation*) : c'est l'identification des influences sociales et physiques sur son comportement (par exemple, des situations qui peuvent amener à manger des aliments gras).

Les processus comportementaux concernent les 3 derniers stades du changement de comportement :

- **l'engagement** (*self-liberation*) : ce processus correspond à l'acquisition d'une confiance en soi et aux croyances en ses capacités à changer et en ses engagements à le faire ;
- **la gestion des renforçateurs** (*reinforcement management*) : c'est la recherche d'éléments renforçateurs, l'attribution de récompenses ou de punitions pour améliorer les probabilités que le comportement souhaité se produise ou se maintienne ;
- **les relations d'aide** (*helping relationship*) : lors du changement de comportement, la personne peut être soutenue de différentes façons, par le support émotionnel ou le soutien social ; c'est la manière dont les individus utilisent leurs relations avec les autres pour les aider à changer leur régime (par exemple en formant un pacte avec des amis pour ne plus manger de *fast-foods*) ;
- **le contre-conditionnement** (*counter-conditioning*) : il consiste à considérer et analyser les avantages et les désavantages du changement, en essayant de trouver des alternatives au comportement non désiré ; il correspond à l'apprentissage de comportements alternatifs bons pour la santé, de l'utilisation de produits de substitution, etc ;
- **le contrôle environnemental ou contrôle des stimuli** (*stimulus control*) : il s'agit d'éviter les situations présentant des risques élevés de rechute ou d'écarts de conduite ; c'est la gestion des potentiels « déclencheurs » du comportement (par exemple, éviter les *fast-foods* quand on se promène).

Le schéma 18 illustre les stades du changement et les processus psychologiques qui guident les individus à changer de comportement, lors du passage d'une étape à une autre.

Schéma 18 : Les stades de changement et les processus psychologiques de médiation
(Prochaska & al., 1992, 1994)



b.4. La balance décisionnelle

Dans ce modèle, le passage d'un stade à un autre implique une analyse des coûts-bénéfices ou des **raisons pours-contres**. Les « pours » sont les aspects positifs du changement de comportement ou les bénéfices perçus du changement ; les « contres » incluent ses aspects négatifs ou les barrières au changement. Ces raisons servent de variables intermédiaires de résultats au cours du processus de décision. La balance décisionnelle (*Janis & Mann, 1977*) décrit l'importance ou le poids des raisons des individus à changer ou ne pas changer de comportement.

Les travaux empiriques (*Sullivan, 1998 ; Simmons & Mesui, 1999*) ont permis de développer les **principes de la théorie** :

- les « pours » associés à un comportement sain sont faibles dans les premières étapes et augmentent au fur et à mesure de la progression dans le processus ;
- les « contres » sont au contraire élevés pendant les premiers stades et diminuent ensuite ;
- une fois que le nombre de « pours » dépassent le nombre de « contres », l'individu est susceptible d'agir.

La relation entre les étapes de changement et la balance décisionnelle semblent remarquablement robustes pour au moins 12 problèmes de comportement, notamment alimentaires (dont la réduction de la consommation de matières grasses) (*Prochaska & al., 1994*). **Cette notion de balance décisionnelle rejoint l'idée d'ambivalence attitudinale, qui est la possession simultanée de sentiments positifs et négatifs vis à vis d'un objet.**

Cohen & al. (2002) montrent une augmentation des attitudes favorables envers les politiques de contrôle du tabac tout au long du processus de changement.

Dans une étude en Nouvelle-Zélande, Simmons & Mesui (1999) ont identifié la balance décisionnelle pour la réduction de la consommation de matières grasses, de la perte de poids et la pratique d'exercice physique régulière. Les avantages majeurs perçus de ces comportements sont la santé (45%) et l'augmentation de l'attrait physique (41%) pour la perte de poids, la prévention des maladies (70%) pour la réduction des matières grasses et l'obtention d'un corps affiné (71%) pour l'exercice physique régulier. Les inconvénients majeurs sont une trop grande perte de poids (40%), la perte de plaisir liée à la diminution de la consommation de matières grasses (50%) et le temps requis (47%) pour faire de l'exercice.

Armitage & Arden (2002) ont trouvé que l'auto-efficacité perçue vis à vis d'un régime allégé en matières grasses augmente de manière linéaire à travers le processus.

L'implication de ces résultats est que l'augmentation de sentiments d'auto-efficacité ou du nombre de « pous » ou d'attitudes positives est susceptible de promouvoir un changement de comportement alimentaire (*Shannon & al., 1990*).

Macqueen & al. (1999) suggèrent que ce paradigme n'est **pas** entièrement **réplicable dans le domaine alimentaire et pour la perte de poids dans le traitement de l'obésité**. Ils concluent à **l'insuffisance du modèle pour répondre à une intervention nutritionnelle**.

c. Conclusion sur les modèles de changement de comportement

Les modèles dynamiques de changement de comportement décomposent le processus de changement à travers le temps comme une séquence d'étapes à la fois stables et ouvertes. La prise de décision implique une analyse coûts-bénéfices. Des variables psychologiques (influencés par des facteurs sociaux, biologiques, cognitifs et affectifs) sont fortement associées à la progression d'une étape à une autre.

Les besoins individuels d'information seront différents en fonction du stade dans lequel se trouve la personne. Par exemple dans le modèle transthéorique, en stade de pré-contemplation il sera nécessaire d'augmenter la prise de conscience par de l'information sur

les conséquences négatives du comportement ; en phase de contemplation, il faudra informer sur les bénéfices possibles du changement. Le support social et les éléments de renforcement seront déterminants pendant la phase d'action.

Le modèle des étapes de changement de comportement est à la base de nombreux programmes de santé, notamment d'éducation nutritionnelle. Il est un outil pour **discriminer les groupes d'individus selon leurs attitudes et leur comportement et ainsi cibler les stratégies de gestion des risques de santé** appropriées. Il implique des **besoins d'information et de support spécifiques différents** (sur le risque, ses conséquences et ses traitements) en fonction des étapes. Il postule que des interventions planifiées et ciblées sont indispensables pour la progression des individus le long du processus. Ce modèle reconnaît l'importance du changement environnemental accompagnant les changements de comportement.

Ce modèle apporte une contribution par la prise en compte de possibles rechutes à des stades antérieurs et de l'accumulation des expériences passées. Il existe de nombreux autres modèles sur les comportements de santé (non développés dans la thèse), comme le modèle du processus d'action pour la santé (HAPA⁵⁶) de Schwarzer & Fuchs (1996), les modèles contextuels et environnementaux (le PRECEDE⁵⁷ Model de Green & Kreuter, 1991). D'autres modèles portent sur les facteurs du maintien de comportement comme le modèle de prévention de la rechute⁵⁸ de Marlatt & Gordon (1985).

Ces modèles dynamiques **reconnaissent donc les différences individuelles au sein de la population.** Ils **soulignent la nécessité d'interventions ciblées envers des groupes de la population aux besoins et attentes différents.** Par leur caractère temporel et cyclique, ils **permettent de dépasser le caractère linéaire du comportement et de prendre en compte l'acquisition d'expérience dans le temps.** Ils restent néanmoins basés sur de l'apport **d'information spécifique comme moteur principal de changement de comportement.** Ils **restent ancrés dans une approche normative du comportement orienté vers la recherche de santé.** Ces modèles tendent à **analyser tout comportement d'exposition au risque comme un écart ou un biais par rapport à une norme implicite de « risque nul » ou de**

⁵⁶ Le modèle HAPA (Schwarzer's Health Action Process Approach) est centré sur l'influence de l'auto-efficacité perçue, de l'auto-régulation et de la détresse émotionnelle sur les mécanismes post-intentionnels.

⁵⁷ Predisposition, Renforcement, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation

⁵⁸ The relapse prevention model

« **sécurité totale** ». Or, Moatti & al (1993) ont montré (à travers le test⁵⁹ d'un modèle d'utilité espérée incluant les processus d'apprentissage dans le temps, les préférences individuelles inter-temporelles et le contexte d'exposition) que **certaines logiques peuvent conduire l'individu à faire des choix « rationnels » de non-protection** (exposition au risque de transmission sexuelle du VIH).

CONCLUSION GENERALE SUR LES MODELES DE COMPORTEMENT

Les modèles de comportement développés en psychologie sociale et cognitive permettent de comprendre les déterminants des comportements individuels de santé et des conduites d'exposition au risque. Ces modèles sont à la fois explicatifs (identification des variables clés dont ils proposent des combinaisons spécifiques) et prédictifs (manipulation de variables spécifiques en vue de changer les attitudes et comportements actuels). Ils sont aussi utilisés pour évaluer l'efficacité des interventions de changement de régime.

Ils s'inscrivent dans le courant cognitiviste, qui reconnaît l'interdépendance entre l'environnement (sociale et physique) et les dimensions individuelles (psychologiques et biologiques). Développés à l'origine à des fins marketing, les modèles de comportement général se concentrent sur le processus de prise de décision du consommateur (avant ou au moment de l'achat des individus) et sur la façon dont l'environnement (notamment les *stimuli* marketing) interagit avec les attributs psychologiques. Pour atteindre ses objectifs, le consommateur (qui est doté d'une rationalité limitée et cognitive) met en place des processus cognitifs et perceptifs pour appréhender les interactions avec l'environnement.

Le paradigme dominant s'appuie sur le traitement de l'information. Il s'intéresse au processus selon lequel les consommateurs recherchent, traitent et évaluent l'information qui va guider leurs choix. La perception correspond aux premières étapes du traitement de l'information. Ces modèles conçoivent que l'individu donne du sens et interprète les signaux de son environnement. **Le risque est appréhendé à travers sa perception.** Dans cette approche cognitive caractérisée par une recherche d'information active et orientée vers la résolution de problème, les consommateurs sont considérés actifs et conscients de leurs évaluations et actions. Lorsque le risque est perçu, le sujet est supposé adopter, à partir de seuils d'acceptabilité, des stratégies de réduction rationnelle des risques.

En psychologie sociale et cognitive, l'approche dominante postule la primauté du cognitif (perception et évaluation basées sur les croyances) sur l'affectif et le conatif

⁵⁹ à partir des données empiriques de l'enquête sur les comportements sexuels des Français (ACSF)

(intention de comportement). Les modèles de comportements **attentes-valeurs** qui en découlent, fondés sur la théorie de l'utilité subjective espérée, postulent un schéma linéaire entre : **connaissance → attitudes → comportement**

Dans cette optique rationnelle de l'individu, les croyances dérivent de la connaissance objective et vont être à la base de la formation des attitudes. Ces dernières précèderaient et guideraient le comportement.

La validité de ces modèles dans le domaine de la consommation alimentaire et de la santé est équivoque. **Les relations entre les variables semblent être beaucoup plus complexes.** De plus, ils ont surtout été appliqués à des pratiques spécifiques ou à la consommation de produits. Ils semblent peu robustes à prédire des comportements généraux.

La plupart des modèles sont centrés sur la phase d'initiation du comportement. Les modèles dynamiques permettent d'intégrer la dimension temporelle du changement de comportement, à travers les notions d'apprentissage. Leur contribution principale est de **dépasser la vision linéaire du comportement en le resituant dans un système interactif et continu avec les facteurs environnementaux et personnels (psychologiques).** Ces modèles **s'intéressent au sens que les individus donnent aux autres et à eux-mêmes** ; ils introduisent les notions de **contrôle interne** (personnel) et **externe** (environnement social) et de **sentiment d'efficacité personnelle** (croyance de l'individu en sa capacité d'accomplir un comportement dans des situations spécifiques). Ces concepts sont reconnus comme **variables médiatrices importantes entre la connaissance, les attitudes et le comportement.** Ces modèles dynamiques **reconnaissent les différences individuelles au sein de la population.** Ils **soulignent la nécessité d'interventions ciblées envers des groupes d'individus aux besoins et attentes différents.**

Ces modèles constituent une base de connaissances sur les fondements de l'action rationnelle, des procédures de la décision, de la prise de risque, la formation des préférences et permettent d'éclairer à ce titre les sciences sociales et humaines dans leurs recherches sur le comportement du consommateur.

Ces modèles psychosociaux sont à la base des modèles de communication dans le domaine de la santé et de persuasion publicitaire. C'est ce que présente la dernière section de cette partie.

III. LES MODELES DE COMMUNICATION

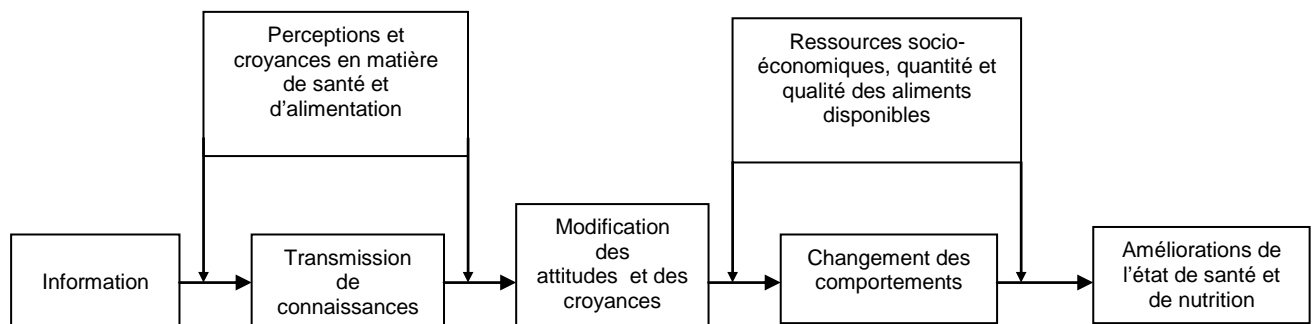
Les modèles comportementaux sont à la base du développement des stratégies de communication et des programmes d'éducation dans le domaine de la santé publique, en vue de changer les comportements alimentaires.

1. Le modèle conventionnel d'éducation nutritionnelle et ses présupposés

Dans une perspective positiviste et normative, le projet explicite des spécialistes en santé-nutrition est de modifier les comportements et d'« éduquer » les individus pour résoudre les problèmes nutritionnels. Ils ont recours pour cela à l'éducation nutritionnelle, basée sur une conception théorique des besoins nutritionnels de l'homme privilégiant l'information scientifique. L'éducation nutritionnelle est fondée sur l'hypothèse que l'ignorance et le manque de connaissances nutritionnelles sont des causes importantes de malnutrition (au sens large).

Le modèle dominant d'éducation à la santé et à la nutrition est le modèle « KAB » (*Knowledge, Attitudes, Behaviour*) ou « KABP » (*Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices*), CACP en français (Connaissance, Attitudes, Croyances, Pratiques) promu par l'OMS en 1989 (Zeitlin, 1977 ; OMS, 1989). Ce modèle fait l'hypothèse qu'un apport d'information en amont va permettre l'accroissement de la connaissance (savoirs et savoir-faire), qui provoquera une modification des croyances et des attitudes, qui résultera en des pratiques alimentaires améliorées et finalement à un meilleur état nutritionnel (cf. schéma 19).

Schéma 19 : Modèle « KABP » ou « CACP » (OMS, 1989)



L'objectif est donc de transformer les pratiques jugées « mauvaises » en pratiques conformes aux règles scientifiques de la nutrition.

Cette approche repose sur les présupposés principaux selon lesquels :

- la connaissance scientifique est une « vérité absolue » et la seule légitime ;
- si l'individu ne se conforme pas aux recommandations, c'est qu'il est ignorant et « irrationnel »;
- l'individu est libre de ses choix et rationnel dans ses décisions ;
- l'accumulation de connaissances nutritionnelles changent nécessairement les habitudes alimentaires.

Le modèle « conventionnel » relève de la pédagogie descendante par transmission d'un message de « celui qui sait » à « celui qui ne sait pas », en vue de changer les comportements de ce dernier. La fonction de la communication est d'orienter les comportements « erronés » vers une rationalité scientifique technique.

2. La communication persuasive

2.1. Les routes de persuasion centrale et périphérique et leur modélisation

Dans les années 80, une stratégie de communication privilégiée a été la persuasion et le renforcement de la confiance envers les sources d'information. Le modèle cognitif de la vraisemblance ou modèle de la probabilité d'élaboration cognitive (ELM⁶⁰) de Petty & Cacioppo (1986) rend compte des facteurs extra-discursifs (comme les caractéristiques de la source) influençant la formation des attitudes.

Dans un contexte publicitaire, le modèle pose que le processus responsable de l'efficacité de la communication persuasive suit une des deux⁶¹ **routes de persuasion** suivantes (cf. schéma 20), à l'origine de techniques de persuasion différentes :

- **la route ou voie centrale** (*central route*) implique une activité cognitive forte, par laquelle les individus vont traiter et évaluer le contenu de l'information et du message en se basant sur leur expérience antérieure et leur connaissance ; en même temps qu'il analyse le contenu et l'intègre dans ses connaissances préalables, l'individu génère des réponses cognitives internes favorables ou non à la position défendue ; ces réponses médiatisent l'impact de la communication sur les attitudes ; quand la « probabilité d'élaboration » est forte, l'aspect favorable des réponses cognitives générées en réaction au message influence les attitudes ; quand elle est faible, le traitement cognitif

⁶⁰ Elaboration Likelihood Model

⁶¹ Un modèle alternatif de communication à simple route a été proposé par Kruglanski & Thompson (1999).

a lieu si l'individu est motivé et accepte le message, ou quand il possède une attitude antérieure positive envers le message ;

- **la route ou voie périphérique** (*peripheral route*) : l'individu exploite des signaux cognitifs, affectifs ou comportementaux qui lui permettent d'évaluer la validité d'un message persuasif ; il ne recourt pas à un processus cognitif complexe mais procède par simples inférences à partir de règles heuristiques et pragmatiques ; quand la « probabilité d'élaboration » est faible, les individus ne regardent pas le contenu sémantique du message, mais utilisent d'autres éléments associés au message (signaux périphériques) comme base de formation de leurs attitudes ; ils se basent sur des indices de surface ou de structure des messages (longueur, importance des statistiques, etc.), de la source (expertise, compétence, attractivité, crédibilité, confiance perçue) et sur leurs réactions affectives.

Ce modèle fait donc l'hypothèse que la formation de l'attitude vis à vis d'un message peut être fondée sur des évaluations cognitives de l'information (route centrale) et/ou affectives (voie périphérique).

Le changement attitudinal par la route centrale se passe quand les individus sont confrontés à des arguments qui lui sont personnellement liés. Le changement par la route périphérique a lieu quand l'information est confuse.

Plus la personne est motivée (pertinence personnelle perçue, besoin de cognition, responsabilité personnelle perçue), a les capacités de traiter l'information (exposition répétée, compréhension) et possède des opinions qui vont en direction du message, plus elle sera persuadée et sera susceptible de changer ses attitudes. Quand la motivation ou la capacité à traiter un message sont faibles, la source d'expertise agit comme une acceptation simple ou un rejet du message (*Petty & Cacioppo, 1986*).

2.2. La force de la relation entre attitudes et comportement

Une hypothèse importante de l'ELM est que les attitudes peuvent être différentes en termes de persistance temporelle, de résistance et de capacité à prédire le comportement.

Ce modèle prédit qu'un changement d'attitude résultant d'un traitement central sera plus durable et résistant à toute tentative de persuasion ultérieure que celui d'un traitement périphérique ; dans ce deuxième cas, ce sont des indices contextuels plus que les informations qui sont à l'origine des changements de comportement. Les attitudes formées de manière centrale seront plus résistantes aux contre-arguments et la consistance de la relation attitude-comportement sera plus forte

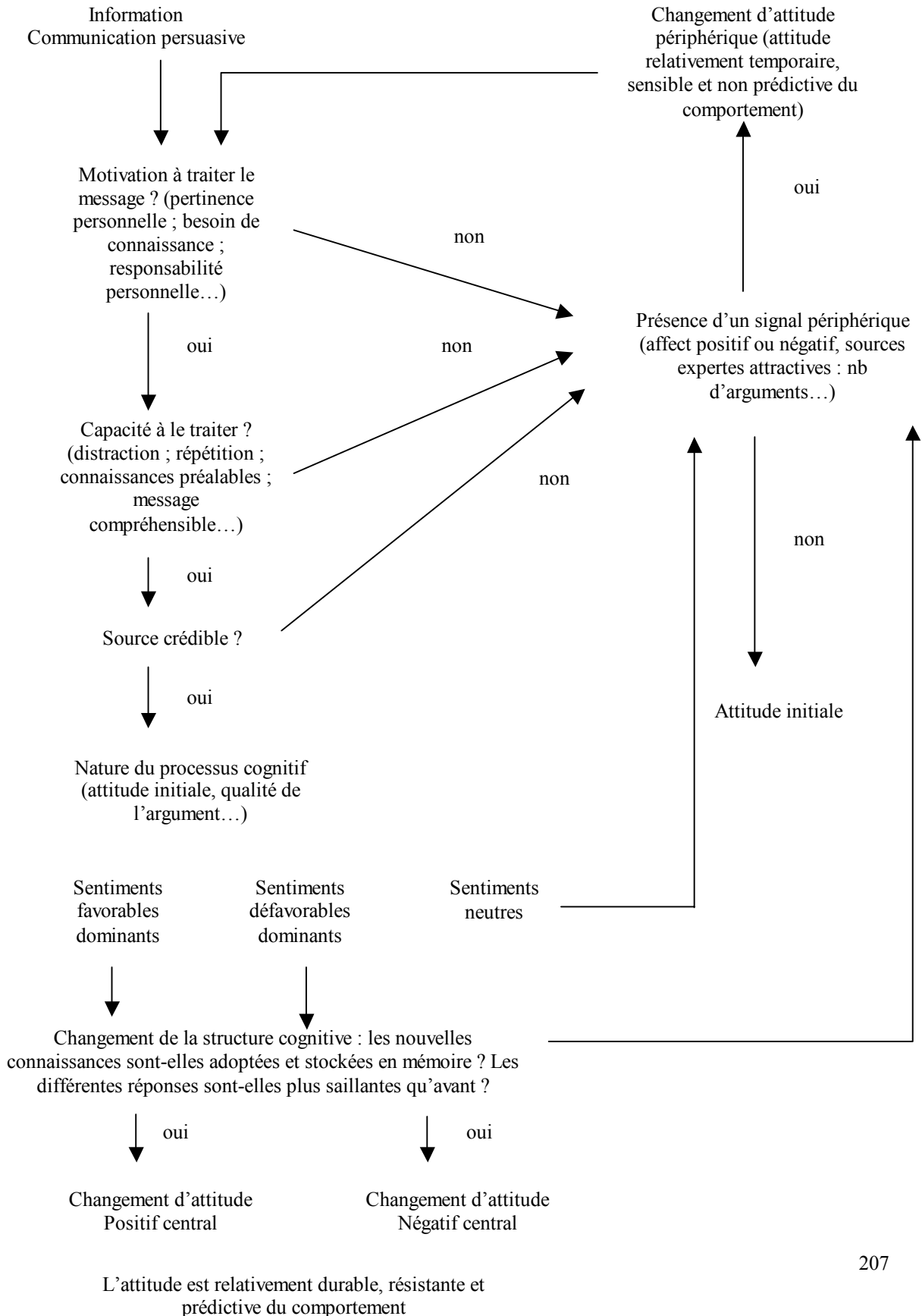
2.3. Une application au cas des OGM

Frewer & al. (1997b, 1997c) ont utilisé le modèle pour l'appliquer à la communication sur les risques alimentaires. Frewer & al. (1999) ont étudié les effets de la crédibilité de la source d'information, de l'implication personnelle et du caractère persuasif des arguments, dans le cas des OGM. Ils concluent que quand les gens manquent de confiance envers la source du message, le processus cognitif élaboré de traitement de l'information n'est pas initié.

En résumé, en divisant le processus de persuasion en routes périphérique et centrale, le modèle ELM souligne la possibilité que les attitudes puissent être différentes dans leur processus de formation. Il permet d'identifier le rôle modérateur de certains facteurs dans la relation attitude-comportement. Le modèle est intéressant dans la mesure où **il suggère qu'une exposition à une information ne va pas toujours se traduire en un changement d'attitudes et de comportement. Dans certains cas, des facteurs externes au contenu du message jouent un rôle déterminant, comme la confiance perçue envers la source.**

La promotion de la santé se fait surtout via la route centrale car elle est moins coûteuse mais surtout parce qu'elle provoque un processus cognitif élaboré et un changement de comportement profond à long terme (Conner & Armitage, 2002).

Schéma 20 : Modèle de probabilité d'élaboration cognitive de la persuasion de Petty et Cacioppo (1986) : description schématique des routes centrales et périphériques de la persuasion (d'après Joly & al., 2000 ; Derbaix & Brée, 2000)



CONCLUSION DU CHAPITRE 2 : APPORTS ET LIMITES DES MODELES PSYCHOSOCIAUX DE COMPORTEMENT ET DE COMMUNICATION POUR L'ETUDE DES LIENS ENTRE CONNAISSANCE, PERCEPTION ET PRATIQUES

Dans les modèles de comportement qui s'inspirent de la théorie microéconomique du choix rationnel, les individus sont supposés prendre leurs décisions lorsqu'ils sont informés et conscients des problèmes de santé associés à leur comportement actuel. Ces modèles considèrent le savoir rationnel comme le principal déterminant de la perception du risque, des attitudes et des comportements.

A l'origine des stratégies de communication et d'éducation nutritionnelles, l'approche conventionnelle consiste à « éduquer » les citoyens en leur apportant de l'information, pour changer leurs attitudes et comportements conformément à la rationalité scientifique. La communication sur les risques est conçue en termes de quantité d'information transmise. La connaissance est considérée comme le produit de l'exposition à l'information et de l'effort personnel pour obtenir de l'information.

Ces modèles de communication ont montré leurs **insuffisances**. Les travaux empiriques montrent notamment que les enquêtes KABP ne sont **pas opérationnelles** et qu'il **existe des décalages entre connaissance, croyances, attitudes et comportement**.

Plusieurs limites de ces modèles d'ordre théorique et méthodologique peuvent être soulevées.

- **L'objectif santé comme but suprême : la non prise en compte de la rationalité des acteurs et des autres fonctions de l'alimentation**

Ces modèles utilitaristes sont réductionnistes. Ils postulent que le comportement individuel est motivé par une recherche de santé. La limite de l'éducation nutritionnelle est qu'elle place les aspects de santé et de nutrition en position prioritaire, éclipant les autres univers alimentaires comme le goût, l'identité et la socialité. Or, l'alimentation ne se réduit pas à la nutrition, comme le montre le paradoxe américain (taux d'obésité le plus important dans un pays où la culture nutritionnelle est la plus diffusée).

Ces modèles ne tentent pas de comprendre la rationalité des acteurs car ils leur imputent d'emblée des attitudes et des comportements biaisés et « irrationnels ». Ils analysent tout comportement d'exposition au risque comme un écart ou un biais par rapport à une norme implicite de « risque nul » ou de « sécurité totale ». Or, le risque peut être pris délibérément

pour satisfaire des besoins sociaux, de plaisir, etc, et certaines logiques peuvent conduire l'individu à faire des choix « rationnels » de non-protection.

Nous étudions dans ce travail de recherche les raisons de nature sociale, hédonique, économique, etc., qui peuvent expliquer la non conformité aux recommandations.

▪ **Une information basée sur des faits techniques : non prise en compte des représentations**

La communication considère que le profane est ignorant et que le savoir expert est le seul légitime et « vrai ». La fonction de la communication est de rapprocher les perceptions « subjectives » de la perception du risque objectif « réel ». Ces modèles considèrent l'apport d'information comme moteur principal de changement de comportement. L'information transmise est basée sur des faits scientifiques et techniques. Or, la connaissance n'est pas seulement basée sur le savoir objectif.

La production de la connaissance des citoyens n'est pas seulement issue de leur réception, de leur compréhension et de leur acceptabilité de l'information experte. Elle est le résultat d'un processus interne, impliquant des dimensions psychologiques, elles-mêmes influencées par le milieu physique, social et culturel environnant. Les connaissances relatives à la production, la préparation et la consommation des aliments, accumulées à travers des générations, constituent pour les individus un corps de connaissances fondées sur l'expérience. Toutes les cultures disposent d'une diététique profane définissant des catégories qui structurent l'ordre du mangeable et permettent de penser le lien entre alimentation et santé (*Corbeau & Poulain, 2002*) ; la communication sociale est permanente sur l'alimentation et la santé (*Adrien & Beghin, 1993*). L'idée que l'alimentation peut être un levier de la santé n'est donc pas nouvelle et est présente dans toutes les cultures (*Poulain, 2002a*).

A travers l'étude des comportements et de leurs justifications, nous appréhendons dans notre recherche les représentations liées à l'alimentation et la santé.

La présente étude s'intéresse également à la perception profane des risques nutritionnels. En la décomposant de manière multidimensionnelle, elle dépasse la vision technique du risque.

- **Une communication basée sur l'hypothèse d'un processus de traitement de l'information élaboré et délibéré : la non prise en considération des raisons « pratiques »**

De plus, les expériences antérieures sont intégrées dans la connaissance profane, qui acquiert une signification dans des contextes sociaux spécifiques, comme dans la vie de tous les jours. La connaissance peut provenir d'un processus pragmatique. Le traitement de l'information n'a pas toujours lieu, en particulier quand il s'agit d'actions de la vie courante, qui ne nécessitent pas une réflexion approfondie. Plusieurs études montrent que les habitudes déterminent le comportement ; dans le cas de comportement routinier, l'individu semble utiliser des règles de décision simplifiées. **Les risques alimentaires, qui sont relativement connus et familiers, sont donc intégrés dans les pratiques quotidiennes.** Le comportement habituel agirait comme une source d'information et est susceptible d'être automatiquement activé par les caractéristiques de la situation et du contexte. Les comportements peuvent donc se justifier sur la base de raisons pratiques.

Finalement, la connaissance n'est pas seulement inhérente à l'information elle-même. Le modèle de communication conventionnel porte peu d'intérêt à la connaissance profane acquise de l'expérience personnelle et des autres. La notion de représentation et de perception est centrale dans le processus de connaissance.

- **Une communication basée sur une linéarité du comportement : la non prise en compte des interactions entre les facteurs psychologiques et le comportement**

Les modèles de comportement établissent des liens causaux de type linéaire et mécaniste entre des antécédents (connaissance, croyances, attitudes) et l'action humaine. Elles considèrent que la connaissance, les croyances et les attitudes précèdent et déterminent les comportements. En agissant en amont sur la connaissance et les perceptions qui fondent les attitudes, il devient possible de modifier le comportement.

Or, ce n'est pas parce que les sujets ont une bonne connaissance des risques et les perçoivent qu'ils vont s'en protéger. Le comportement peut précéder les attitudes, qui seront modifiées *ex-post* par un processus de rationalisation. Les attitudes peuvent être soit des causes mais aussi des conséquences du choix et du comportement. Le modèle ne semble pas unilatéral et la séquence KABP n'est pas la seule possible.

Dans notre travail de recherche, nous privilégions une vision interactive entre la connaissance, la perception du risque (dimension cognitive de l'attitude) et le comportement. Nous étudions, à un instant t, les liens entre ces trois composantes, dans un environnement donné (médiatique, politique, socio-culturel, économiques).

- **Une limite méthodologique : une approche basée sur les intentions de comportement**

La plupart des études étudient l'intention de comportement, supposé déterminer le comportement et non le comportement réel. Or, la corrélation entre intention et comportement est généralement faible.

Notre étude intègre la mesure de l'état nutritionnel « objectif » des individus (mères et enfants). Tout en reconnaissant que l'état nutritionnel n'est pas seulement déterminé par les comportements, il représente un indicateur intéressant du fait des relations étroites entre état de nutrition et pratiques d'alimentation.

Chapitre 3 : Le cadre conceptuel de la recherche

Cette revue de la littérature nous permet d'élaborer le cadre conceptuel de notre recherche et de définir les construits théoriques. Nous formulons les différentes hypothèses de travail pour l'analyse des relations entre connaissance, perception et comportement (et/ou état nutritionnel) et l'étude des perceptions individuelles des risques nutritionnels.

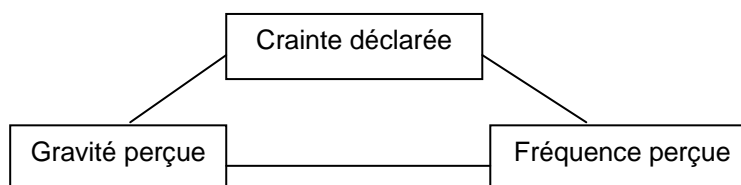
I. CADRE CONCEPTUEL POUR L'ETUDE DE LA PERCEPTION DU RISQUE ET DE L'INFORMATION

1. Les objectifs spécifiques de la recherche sur la perception du risque nutritionnel

Les objectifs spécifiques sont :

- de tester la validité du modèle classique d'évaluation du risque, dans le cas des risques alimentaires ; dans ce modèle microéconomique, le risque perçu est fonction de la probabilité d'occurrence et de la gravité perçue du risque ; dans notre étude, le risque perçu est mesuré par la crainte perçue pour l'enfant (*Peretti-Wattel, 2000*) ;

Schéma 21 : Représentation de la perception des risques selon le modèle économique (d'après Peretti-Wattel, 2000)



- d'identifier les caractéristiques (quantitatives et qualitatives) déterminant la perception individuelle du risque nutritionnel (malnutrition et/ou obésité) et d'étudier les relations entre ces variables ;
- de comparer les caractéristiques perçues des risques de malnutrition et d'obésité en milieu urbain ;
- d'étudier les différences individuelles dans la perception du risque nutritionnel : entre mères et entre mères et experts (en milieu rural).

Les développements du risque en psychologie et sociologie du risque, en particulier dans le paradigme psychométrique nous conduisent à retenir une approche élargie du risque nutritionnel et de sa perception.

2. Les postulats de base

Les **postulats de base de la recherche** sont les suivantes :

- la perception profane du risque n'est pas « irrationnelle » ; l'individu n'obéit pas aux principes de la rationalité économique ; il possède une rationalité limitée et cognitive, qui est influencée par des variables sociologiques et psychologiques qu'il est possible de mesurer ;
- la perception des risques (par les profanes ou les experts) est multidimensionnelle ; les sujets ont une évaluation des risques fondée à la fois sur des critères quantitatifs (fréquence et gravité) mais aussi sur des dimensions psychométriques (caractéristiques perçues du risque d'après le paradigme psychométrique) ;
- les perceptions des risques alimentaires sont uniques au domaine alimentaire et ne sont pas le reflet d'une attitude stable ou d'un trait de personnalité (*Weber & al., 2002*) ; cela justifie qu'elles soient étudiées de manière indépendante de la perception des risques dans les autres domaines (*Fife-Schaw & Rowe, 1996 ; Sparks & Shepherd, 1994*).

3. La définition du risque nutritionnel perçu

Peu de travaux sur le risque perçu distinguent le risque perçu pour soi et le risque perçu en général. Or, il existe un écart entre ces deux types de risque lié au biais d'optimisme. Cette recherche se concentre sur le **risque pour soi-même ou ses proches (ses enfants)**, défini par :

- la probabilité et l'importance des conséquences potentielles négatives d'une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle sur l'état de santé physique, psychologique et sociale ;
- sa nature : les caractéristiques psychométriques perçues et les caractéristiques perçues de l'information sur le risque et de ses sources.

Une **alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle** est définie comme la combinaison de pratiques et d'aliments ne remplissant pas les besoins nutritionnels « carences » ou les dépassant « excès alimentaires ».

3.1. Définition de la catégorie de risque

Nous avons opté pour des **catégories de risque larges**. Le risque de malnutrition ou d'obésité se réfère à un risque général et à des conséquences nutritionnelles multiples, et non à une spécification plus précise du risque (comme une carence spécifique comme l'anémie ferriprive) qui renvoie à une conséquence particulière de l'alimentation. Nous considérons que la gestion du risque nutritionnel s'effectue de façon globale, les risques spécifiques étant liés entre eux (par exemple, les carences en micronutriments et la malnutrition protéino-énergétique dans le cas du risque de malnutrition).

L'annexe H reprend les définitions que donnent les mères et les experts de la malnutrition infantile. **Ces entretiens montrent qu'ils associent la malnutrition à des causes et conséquences nutritionnelles multiples, la considérant comme une catégorie de risque large et non particulière à un comportement particulier.**

3.2. Les caractéristiques perçues du risque nutritionnel

Sur cette base, nous appréhendons, dans notre recherche, la perception du risque nutritionnel à partir des dimensions résumées dans le tableau 11. Les caractéristiques psychométriques perçues ont été pré-sélectionnées à partir de la littérature sur les risques dans un certain nombre de domaines dont l'alimentaire (*Kirk & al., 2002 ; Fife-Schaw & Rowe, 1996 ; Sparks & Shepherd, 1994 ; Slovic, 1987*).

Tableau 11 : Les caractéristiques psychométriques sélectionnées pour la recherche

Caractéristiques perçues du risque pour l'enfant	Dimensions
Caractéristiques techniques	
Probabilité d'occurrence ou fréquence du risque chez les enfants	Nombre de personnes souffrant de malnutrition ou d'obésité
Gravité ou importance des conséquences négatives du risque	Conséquences non mortelles <i>versus</i> mortelles
Caractéristiques qualitatives du risque	
Exposition volontaire	Risque volontaire <i>versus</i> involontaire
Evolution	Risque décroissant <i>versus</i> croissant
Ancienneté du risque	Risque ancien <i>versus</i> nouveau
Origine du risque	Causes naturelles <i>versus</i> liées à l'action de l'homme
Possibilité d'agir	Risque irréductible <i>versus</i> réductible
Réversibilité des conséquences	Conséquences irréversibles <i>versus</i> réversibles
Sentiment de contrôle : croyances en son potentiel de contrôle personnel du risque	Risque incontrôlable <i>versus</i> contrôlable
Auto-efficacité ou efficacité des pratiques d'alimentation : croyances en ses capacités à prévenir ou réduire le risque pour l'enfant par ses pratiques d'alimentation	Pratiques inefficaces <i>versus</i> efficaces
Crainte du risque : vulnérabilité ou exposition perçue de l'enfant	Risque pas craint <i>versus</i> craint
Effets dans le temps des conséquences	Conséquences immédiates <i>versus</i> différées
Reconnaissance du risque : visibilité	Risque difficile <i>versus</i> facile à reconnaître
Caractère équitable du risque : distribution de l'exposition au risque des enfants	Tous les enfants sont exposés au risque de manière égale <i>versus</i> seuls quelques enfants y sont exposés
Connaissance personnelle des causes, conséquences et recommandations sur le risque	Causes inconnues <i>versus</i> connues Conséquences inconnues <i>versus</i> connues Recommandations inconnues <i>versus</i> connues
Caractéristiques perçues de l'information sur le risque et de ses sources	
Responsabilité personnelle dans la gestion du risque	Pas responsable <i>versus</i> responsable
Médiatisation du risque : attention portée par les médias	Risque non médiatisé <i>versus</i> médiatisé
Connaissance scientifique	Risque inconnu <i>versus</i> connu par les scientifiques
Efficacité de la réponse ou efficacité des mesures recommandées	Recommandations inefficaces <i>versus</i> efficaces
Applicabilité des recommandations	Recommandations difficiles <i>versus</i> faciles à mettre en œuvre

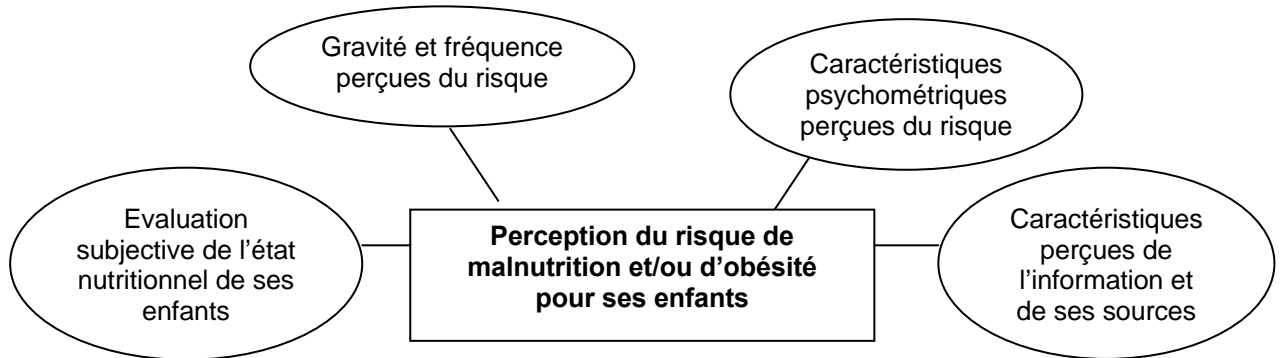
Nous étudions parallèlement :

- la **perception et l'évaluation de l'état nutritionnel de l'enfant** (par les mères) ;
- le **type de sources** d'information mobilisées ;
- la **confiance** perçue vis à vis de ces sources d'information.

3.3. Le construit de risque nutritionnel perçu pour ses proches

Le construit de risque nutritionnel perçu est conceptualisé selon le schéma 22.

Schéma 22 : Le construit de risque nutritionnel perçu



II. CADRE CONCEPTUEL POUR L'ÉTUDE DES RELATIONS ENTRE CONNAISSANCE, PERCEPTION DU RISQUE ET COMPORTEMENT

Le modèle conceptuel que nous développons a pour objectif :

- (1) d'analyser les relations entre la connaissance, la perception du risque nutritionnel et le comportement en lien avec l'alimentation des mères ;
- (2) d'étudier certains facteurs influençant ces relations : les variables socio-démographiques, les biais cognitifs et les raisons ou contraintes à l'adoption des recommandations.

Les modèles de comportement ainsi que la théorie des biais cognitifs sont mobilisées pour répondre aux objectifs.

1. Les postulats de base du modèle

Les postulats du modèle sont les suivants :

- le « **savoir rationnel** » (la **connaissance objective**) **n'est pas une condition suffisante pour améliorer les comportements en lien avec l'alimentation et la santé** ; certaines personnes savent ce qu'il faut faire pour être en bonne santé mais ne le font pas pour des raisons légitimes ;
- la relation entre connaissance, perception du risque (considérée comme la dimension cognitive de l'attitude) et comportement n'est pas linéaire mais plus complexe ; ces trois composantes s'inscrivent dans un système où ils sont en interaction ; **la connaissance, la perception du risque et le comportement s'influencent réciproquement** ;
- bien que l'on reconnaisse que ce système soit dynamique, il est étudié ici de façon statique, à un temps t donné ; **on considère donc que ce système caractérise un équilibre présent mais qui peut évoluer dans le temps et en fonction des situations et contextes** ;
- il existe des variables médiatrices des relations entre les éléments du système ; les facteurs économiques, socio-culturels, hédoniques et psychologiques jouent un rôle déterminant ;

- les individus sont soumis à des biais cognitifs au moment de l'évaluation des risques (et de l'information sur les risques).

2. La construction du modèle

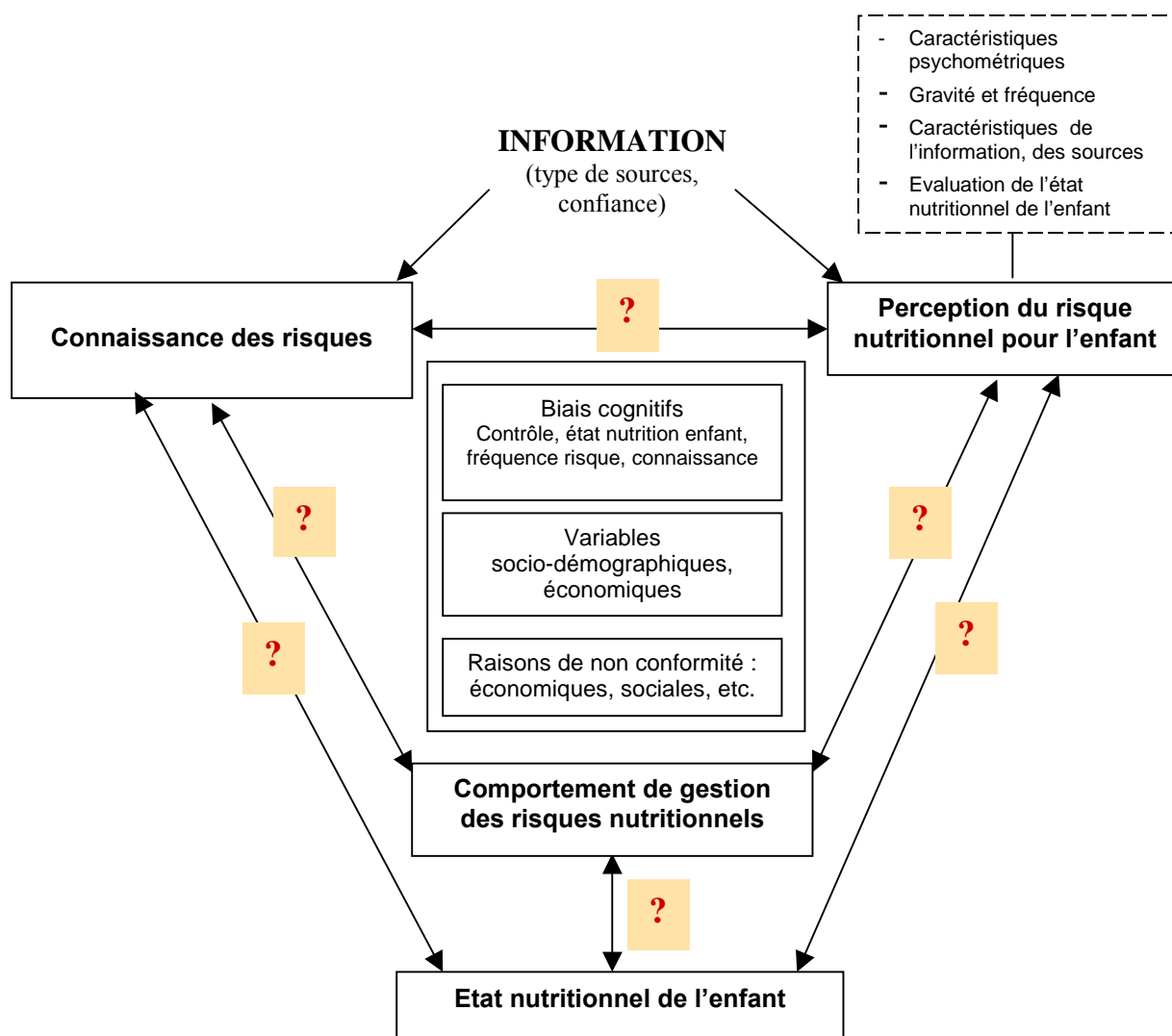
2.1. Le cœur du modèle et la définition des construits

Le corps du modèle se compose de quatre composantes principales : la connaissance, la perception du risque nutritionnel, les comportements de gestion du risque et l'état nutritionnel.

- **La connaissance**, définie comme le savoir et savoir-faire, intègre la connaissance objective (technique), le savoir-faire pratique mais aussi des représentations sociales.
- **La perception du risque nutritionnel pour ses enfants** est telle que définie précédemment ; elle correspond à la composante cognitive (évaluative) de l'attitude.
- **Le comportement de gestion des risques nutritionnels** est caractérisé dans l'étude à partir :
 - d'indicateurs de pratiques d'alimentation des enfants, depuis l'achat jusqu'à la consommation,
 - de stratégies de réduction du risque : le fait de choisir ou d'éviter des aliments spécifiques ou des marques, la recherche d'information, les conseils donnés aux personnes en charge de l'enfant, l'adhésion à un club de nutrition, les sources d'information et les types d'information recherchés.
- **L'état nutritionnel objectif de l'enfant** : il représente la mesure (technique) du risque de maladies liées à une mauvaise qualité nutritionnelle de l'alimentation.

3. Le modèle conceptuel global

Schéma 24 : Le modèle conceptuel global de la recherche



4. Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont de :

- étudier les relations de corrélations entre la connaissance, la perception du risque, le comportement de gestion du risque nutritionnel et l'état nutritionnel de l'enfant ;
- approfondir les raisons de non adoption des recommandations nutritionnelles ;
- analyser l'influence des variables socio-démographiques et économiques sur le système ;
- mettre en évidence certains biais cognitifs ;

- réaliser une analyse typologique des mères en fonction de leur connaissance, perception, comportement et de l'état nutritionnel de leur enfant.

5. Les propositions et hypothèses de travail

Les propositions et les hypothèses de travail qui serviront de trame lors du traitement des résultats sont résumées ci-après.

Postulat de départ : Le savoir rationnel (la connaissance) n'est pas une condition suffisante pour améliorer les pratiques de gestion des risques nutritionnels.

Proposition 0 : Il existe des décalages entre connaissance des risques nutritionnels, les pratiques alimentaires des mères et l'état nutritionnel des enfants	
H1	Les mères sont bien informées sur les risques nutritionnels (bonne connaissance des causes, conséquences et des recommandations).
H2	L'état nutritionnel des enfants n'est pas lié à une meilleure connaissance des mères.
H3	Il n'existe pas de relation entre le niveau de connaissance des mères et leurs pratiques de gestion des risques nutritionnels (alimentation, réduction des risques).
Quels facteurs permettent d'expliquer ces décalages ?	
Proposition 1	Les décalages entre la connaissance des mères et leurs pratiques alimentaires ou l'état nutritionnel de leur enfant peuvent être dus à des biais cognitifs.
H4	Les mères sous-estiment les risques les plus fréquents et sur-estiment les risques les moins fréquents (milieu urbain).
H5	Il n'existe pas de relations entre l'existence de biais cognitifs et les caractéristiques socio-économiques des mères.
H6	Il existe un lien entre l'existence de biais cognitifs et l'état nutritionnel des enfants.
H7	Il existe un lien entre l'existence de biais cognitifs et le niveau de connaissance des mères
H8	Il existe des relations entre les différents biais.
H9	Il existe un lien entre les biais cognitifs et l'indice de qualité des pratiques d'alimentation des enfants (milieu rural).
Proposition 2	Il existe des raisons (sociales, économiques, physiologiques, psychologiques, etc.) aux décalages entre la connaissance des mères et leurs pratiques alimentaires ou l'état nutritionnel de leur enfant.
H10	Le suivi des recommandations sur la malnutrition est contraint par des barrières économiques.
H11	Les recommandations sur l'obésité ne sont pas suivies pour des raisons hédoniques (milieu urbain).
H12	Les raisons sont liées à la connaissance des mères.
H13	Les raisons sont liées à l'état nutritionnel des enfants.
H14	Les raisons citées sont liées au niveau de vie (revenu) des mères.
H15	Les raisons sont liées à la qualité des pratiques d'alimentation des enfants (milieu rural).
Proposition 3	Il existe des différences de perception des risques alimentaires, dont les risques nutritionnels, entre mères et entre mères et « experts ».
H16	Il existe des différences individuelles entre mères et experts en milieu rural dans la perception des risques de santé.
H17	Il existe des différences individuelles entre mères dans les risques de santé perçus.

Mise en évidence des limites du modèle économique d'analyse des risques.	
H18	Il n'existe pas de modèle commun aux risques alimentaires en termes de relation entre crainte, gravité et fréquence perçues
H19	Il existe des différences de classement des risques alimentaires entre mères et experts en milieu rural.
H20	Insuffisance du modèle économique pour expliquer la crainte perçue des risques.
H21	Il existe des différences individuelles dans la gravité, fréquence et crainte déclarée entre les mères.
H22	Il existe des différences individuelles entre mères et experts dans la gravité, fréquence et crainte déclarés en milieu rural.
Contribution du paradigme psychométrique	
H23	Il existe des différences dans les caractéristiques perçues de la crainte des risques nutritionnels, en fonction des variables individuelles des mères et enfants. (analyse de régressions)
H24	Il existe des différences dans les caractéristiques perçues du risque selon le type de risque (malnutrition et obésité) en milieu urbain.
H25	Il existe des différences dans les modalités (intensité) des caractéristiques perçues du risque selon le risque nutritionnel (en milieu urbain).
H26	Il existe des différences dans les modalités (intensité) des caractéristiques perçues du risque de malnutrition entre les mères et les experts (en milieu rural).
H27	Il existe des différences individuelles dans les modalités perçues des caractéristiques psychométriques entre les mères.
H28	La perception des risques est liée à la connaissance des mères
H29	La perception des risques est liée aux biais cognitifs
H30	La perception des risques est liée à l'état nutritionnel des enfants
H31	La perception des risques est liée à la confiance perçue des sources d'information.
H32	La perception des risques est liée aux variables socio-économiques.
H33	La perception du risque de malnutrition est liée à la qualité des pratiques d'alimentation des enfants en milieu rural.

CONCLUSION : Intérêts théorique, méthodologique et opérationnel de la recherche

Le modèle conceptuel testé est une tentative d'intégration des différentes théories sur le risque et les comportements. Il tente d'expliquer le décalage entre la connaissance et le comportement face au risque nutritionnel en :

- explicitant les caractéristiques déterminantes de la perception individuelle des risques nutritionnels par les « experts » et « non experts » (mères vietnamiennes),
- décrivant les relations entre connaissance, perception du risque et comportement de gestion du risque ;
- **déterminant les variables psychologiques, socio-culturelles et économiques qui influencent ces relations,**
- **étudiant les différences individuelles par l'élaboration d'une typologie des mères selon leur perception du risque nutritionnel.**

Les intérêts spécifiques de cette recherche se situent à **3 niveaux**.

- **Théorique**

- Le paradigme psychométrique a surtout été appliqué sous l'angle du public et peu de comparaison existe entre experts et profanes. Ce travail propose une analyse multidimensionnelle de la perception des risques nutritionnels par les non-experts et les experts.
- Ce travail examine les différences individuelles des perceptions des risques nutritionnels.
- Cette recherche tente de clarifier les liens entre connaissance, perception du risque, comportements et état nutritionnel. Elle tente de dépasser l'approche linéaire par une conception systémique du comportement.
- Ce travail tente de mettre en évidence des biais cognitifs.

- **Méthodologique**

- Le modèle économique d'évaluation des risques est appliqué au cas des risques alimentaires (sur la base des travaux de *Peretti-Watel, 2000*).
- La thèse applique le paradigme psychométrique au cas de la perception des risques nutritionnels : malnutrition et obésité.

- Cette recherche réalise une analyse typologique des individus en fonction de leurs perceptions du risque, de leurs pratiques et de leurs caractéristiques individuelles.
- Cette étude se base sur les discours sur les pratiques (rapportées) et les justifications sur les pratiques ; elle présente l'intérêt de croiser les pratiques avec l'état nutritionnel mesuré des enfants.

- **Opérationnel**

Ce travail apporte des éléments d'explication sur les décalages entre la connaissance et les comportements, à travers l'étude des perceptions individuelles du risque et des relations entre ces composantes. Il est une base de connaissance sur le comportement individuel pour divers acteurs (décideurs politiques, professionnels de la santé, chercheurs, etc.). Cette connaissance peut avoir des implications pour la conception de programmes de prévention et d'action nutritionnelle. Cette recherche vise à identifier des propositions pour l'action et à améliorer la communication sur les risques nutritionnels.

La partie suivante présente les cadres institutionnels de l'étude empirique ainsi que la méthodologie de la recherche adoptée pour tester les hypothèses.