
Des facteurs psychosociaux aux ressources cognitives, émotionnelles et motivationnelles : contribution au gradient social dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique

Les « facteurs psychosociaux » sont reconnus dans les modèles intéressés par le lien systématique entre des indicateurs d'inégalités posés en termes socio-économiques et la santé¹³⁹ (Leclerc et coll., 2008 ; Potvin et coll., 2010 ; Solar et Irwin, 2010). Les facteurs psychosociaux concernent à la fois des croyances, ressources, évaluations, anticipations, représentations, buts, motivations, perceptions de contrôle, réponses émotionnelles, stratégies cognitives, comportements et formes de soutien/contrainte qui sont mobilisés par les individus dans le cadre de leur vie courante bien au-delà de la préservation de la santé. Ces facteurs s'expriment dans les contextes sociaux dans lesquels s'exercent choix et préférences.

Comment est abordé le rôle des facteurs psychosociaux dans les inégalités de santé, et y a-t-il des spécificités de ce point de vue dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique ? Un premier cadrage posera les points communs entre alimentation et activité physique notamment en termes de comportements routiniers et de valorisation sociale. Nous présenterons ensuite un bilan des principales approches qui placent les facteurs psychosociaux dans le cadre de ressources cognitives, motivationnelles et émotionnelles limitées sous l'angle du stress ou des capacités d'autorégulation. Dans un troisième temps, nous proposerons que les inégalités sociales de santé impliquent de dépasser le constat d'une corrélation avérée entre des indicateurs classiques de statut social et la santé. Des facteurs tels que pouvoir, discrimination et asymétrie de statut suscitent des effets psychosociaux qui doivent être abordés en tant que tels. De ce point de vue, l'approche psychosociale pourrait contribuer

139. Ces indicateurs sont nombreux tant du côté des catégories sociodémographiques et économiques (éducation, diplôme, catégorie socioprofessionnelle, revenu absolu et relatif, précarité, habitat...) que du côté de la santé (vieillesse cellulaire, indicateurs agrégés du métabolisme, prévalence des maladies, santé mentale...).

utilement à mieux comprendre les inégalités sociales de santé, en particulier dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique.

Alimentation et activités physiques : habitudes, normes et bénéfiques à long terme

Alimentation et activité physique contribuent ensemble à un style de vie favorable à la santé qui est aujourd'hui la cible de nombreux programmes de prévention ou de promotion de la santé (repas équilibrés, absence de grignotage, activité physique régulière, limitation des comportements sédentaires...). Ces programmes visent globalement des modes de vie mais aussi des comportements spécifiques (par exemple, persuader de prendre un escalier plutôt que l'escalator dans le métro ; Ryan et coll., 2011).

L'alimentation et l'activité physique concernent évidemment des besoins fondamentaux (manger, boire, se déplacer, agir...) associés à la régulation des ressources et dépenses énergétiques. Cependant, l'alimentation comme l'activité physique servent d'autres buts que la santé elle-même et impliquent des motivations multiples : expression de l'identité sociale, recherche du plaisir, recherche ou évitement de la nouveauté, développement ou épanouissement de soi, recherche du lien social, besoins d'autonomie, buts spécifiques... Tout au long de sa vie, l'individu adopte des styles de vie et exerce des choix plus ou moins favorables à sa santé dont les conséquences à plus long terme lui sont plus ou moins connues. Ces choix s'exercent de manière apparemment libre et autonome, et sont couramment ressentis comme tels, même si chacun (y compris les plus défavorisés) a plus ou moins conscience des contraintes qui limitent ses choix en termes de prix, d'accessibilité ou de disponibilité (par exemple, Kamphuis et coll., 2007). Ces choix sont de fait hiérarchisés selon une architecture qui structure les options disponibles (Thaler et Sunstein, 2008). Par exemple, la boisson sucrée est souvent l'option par défaut dans un distributeur automatique de boissons chaudes. Le fait de diminuer la quantité de sucre dans son café suppose une action intentionnelle préalable à la distribution de la boisson. Ces choix sont également exprimés dans un contexte qui demande à être systématiquement documenté : ressources économiques, qualité des espaces privés et publics, offre industrielle de produits alimentaires, disponibilité des transports publics, offre des activités sportives, accès aux soins, pression persuasive du marketing privé et public, prescriptions médicales...

Ces activités, s'alimenter et faire de l'exercice, présentent des caractéristiques communes intéressantes pour notre propos : elles impliquent des habitudes et routines peu susceptibles de changement rapide ; elles font l'objet de « prescriptions sociales » qui encadrent la valeur de tel ou tel comportement ; les effets bénéfiques de l'alimentation et de l'activité physique sur la santé

impliquent de considérer une perspective à long terme décentrée par rapport aux bénéfices ou coûts immédiats.

Les habitudes libèrent les individus des choix et des dilemmes, dans le sens où le comportement est guidé par des indices disponibles dans l'environnement ou associés à une temporalité (Wood et coll., 2002). On mangera à telle heure, ou parce que l'on est devant la télévision, on utilisera sa voiture le matin... Par exemple, des consommateurs habituels de pop-corn ne feront pas de différence entre un pop-corn de bonne ou mauvaise qualité s'ils le consomment dans leur contexte habituel (cinéma), alors qu'en dehors de ce contexte leurs préférences seront guidées par la qualité du produit alimentaire (Neal et coll., 2011). À partir du moment où des comportements défavorables à la santé sont installés (manger trop salé ou trop riche, être sédentaire...), le changement ne va pas de soi, même si l'individu est conscient de la nécessité du changement. Renoncer aux pizzas surgelées pour préparer des légumes, réduire les portions consommées, ou choisir la marche plutôt que la voiture pour une course à 500 m de son domicile appelle une capacité d'agir sur ses propres comportements et sur les conséquences émotionnelles associées au changement (plaisir, déplaisir, regrets...). Changer implique une intentionnalité relative à un but particulier, qui dépend elle-même d'une forte conviction quant aux effets bénéfiques du changement pour l'individu. Changer nécessite également des capacités à se fixer un but, puis à convertir ce but en actions concrètes (c'est-à-dire, implémenter son intention : savoir quoi faire, quand et où le faire) et à résister ensuite aux sollicitations contraires. Il s'agit aussi de s'estimer soi-même capable d'atteindre ces buts par la mise en œuvre d'actions spécifiques (sentiment d'auto-efficacité ; Meyer et Verhaciak, 2004 ; Cestac et Meyer, 2010) et de ne pas céder à un pessimisme excessif. Changer des habitudes alimentaires et/ou d'activité physique implique une multitude de processus (Rothman et coll., 2008). Il s'agit donc d'une entreprise plus difficile qu'il n'y paraît.

Par ailleurs, alimentation et activité physique contribuent à notre identité par l'appartenance subjective à des groupes et sont encadrées par des normes sociales fortes. Ce que l'on doit manger comme le volume de la ration alimentaire, ou encore le niveau d'activité physique, tout comme l'apparence corporelle, font l'objet non seulement d'éducation mais aussi d'évaluations normatives explicites ou implicites qui sont des repères connus par les individus et acquis précocement au cours de la socialisation. Les interactions quotidiennes comme les médias ou la publicité rappellent que la qualité et la quantité de ce que l'on mange, ou tel mode de vie sédentaire, sont plus ou moins valorisés. Dans ces domaines, les individus sont largement susceptibles de comparer leur comportement à celui d'autrui plus que de tenir compte de normes fixées par des experts sanitaires. On sait par exemple que le comportement alimentaire est particulièrement susceptible de changer selon le contexte social immédiat (statut social du partenaire, expressions émotionnelles... ; Exline et coll., 2012). De ce point de vue et dans un univers

encombré de stéréotypes connus par tous, le cumul de positions sociales défavorisées et de comportements peu favorables à la santé ouvre la voie à des formes de stigmatisations, particulièrement évidentes dans le cas de l'obésité. La contribution importante des relations sociales dans la réduction du risque de mortalité invite à être attentif à cette dimension : dans une méta-analyse réalisée sur 148 études prospectives, Holt-Lunstad et coll. (2010) ont trouvé que les personnes bénéficiant de relations sociales solides avaient une probabilité accrue de survie de 50 % par rapport à celles dont les relations sociales étaient les plus fragiles.

Choix alimentaire comme activité physique impliquent le plus souvent des effets cumulés à long terme dont les bénéfiques sont rarement immédiatement perceptibles par les individus alors que leurs effets immédiats (expérience hédonique, satiété, fatigue...) sont rapidement éprouvés du point de vue sensoriel. Les changements de comportement et d'habitudes de vie impliquent une capacité à planifier l'action pour des bénéfiques à long terme et un renoncement aux comportements ayant un fort pouvoir attractif, compte tenu de leurs bénéfiques immédiats et/ou de leur faible coût (par exemple, alimentation sucrée, activités peu fatigantes).

Des ressources cognitives et émotionnelles limitées

Un premier examen de la littérature en psychologie, psychologie de la santé et psychologie sociale, atteste que la focalisation sur les inégalités sociales de santé est à la fois modeste et relativement récente. Encore plus rares sont les recherches dans ces domaines qui portent spécifiquement sur les inégalités associées à l'alimentation et aux activités physiques. Pour résumer, deux types d'approches semblent aujourd'hui les plus saillants. D'une part, celles qui mettent l'accent sur le caractère limité des ressources adaptatives que les individus mettent en œuvre pour répondre aux demandes de la vie sociale principalement sous l'angle du stress et des émotions négatives, et sous l'angle du contrôle de soi. D'autre part, d'autres approches appellent un ensemble plus large de facteurs prédicteurs du comportement dans le cadre de modèles généralistes non spécifiques au domaine de la santé, de l'alimentation ou de l'activité physique. Nous exposerons rapidement ces deux approches.

Des ressources limitées : du stress à l'autorégulation du comportement

Pour répondre aux sollicitations de la vie courante et les anticiper, nous mobilisons des ressources adaptatives qui présentent un caractère limité dans le sens où elles s'épuisent et demandent à être reconstruites. L'idée de ressources limitées, aujourd'hui courante en psychologie, est à la base de la modélisation des décisions humaines qui conduit à identifier typiquement une voie rapide de décision et une voie plus longue et coûteuse. Cette approche se départit de la vision

d'un individu en capacité d'examiner systématiquement toutes les options qui s'offrent à lui pour aboutir à une décision rationnelle (Kahneman, 2011).

Un premier cadre de pensée, le plus classique, concerne le stress, c'est-à-dire l'exposition à des situations peu ou pas prévisibles ou contrôlables et qui mobilisent des ressources personnelles, attentionnelles, cognitives et émotionnelles importantes pour leur résolution. Le fait de pouvoir exercer du contrôle sur les événements ou les contextes dans les limites de nos capacités est un ingrédient important de la santé physique et mentale¹⁴⁰. L'exposition chronique à des situations peu ou pas contrôlables, observée en situation naturelle ou en laboratoire, met en évidence des déficits cognitifs et motivationnels (résignation acquise), et des expériences affectives négatives (anxiété) qui limitent les possibilités d'adaptation à des challenges nouveaux. Reliant pauvreté et exposition cumulative à des situations stressantes, Gary Evans observe que les enfants pauvres nord-américains en milieu urbain présentent un taux de cortisol (hormone associée aux situations stressantes) supérieur en comparaison avec leurs pairs plus favorisés (Evans et Kim, 2012). Les conséquences à l'âge adulte sont aussi observées à des niveaux multiples depuis les capacités cognitives (Evans et Schamberg, 2009) jusqu'au vieillissement cellulaire observé dès l'enfance (Needham et coll., 2012). Ce modèle des effets du stress est particulièrement bien représenté et étudié dans le cadre des activités de travail où le déséquilibre entre les demandes physiques (postures, charge de travail...) et sociales (pression managériale...) et les ressources disponibles est lié à des déficits bien identifiés dans les organisations du travail et qualifiés de « risques psychosociaux » (Eurogip, 2010).

Le stress réduit la possibilité que des voies délibérées et raisonnées prennent le pas pour changer les routines. Tous les domaines de la vie sont ainsi impliqués ; à commencer par le comportement alimentaire et l'activité physique qui reposent largement sur des habitudes. Par exemple, Oaten et Cheng (2005) ont démontré que le stress lors des examens avait un effet négatif sur les comportements de santé requérant un contrôle de soi des étudiants, comme l'activité physique et l'alimentation. D'un autre point de vue, le lien entre stress et choix alimentaire est par ailleurs documenté dans le sens qu'il favorise une augmentation de la prise alimentaire et oriente les préférences comme l'appétence pour le gras et le sucré qui sont peu favorables à la santé à long terme (Conner et Armitage, 2002 ; Groesz et coll., 2011). Plus généralement, alimentation et exercice physique contribuent à l'ajustement plus ou moins favorable au stress et au développement du bien-être (Thayer, 2001).

140. Dans un univers contrôlable et prévisible, nous mettons en œuvre des réponses qui permettent de maîtriser raisonnablement ce qui arrive de sorte que ce que nous faisons est associé de manière systématique et contingente à des résultats prévisibles. L'impossibilité de contrôler des situations indésirables (par exemple l'exposition répétée et non souhaitée au bruit) conduit, si elle est répétée, à ce que les demandes de l'environnement dépassent les ressources que nous pouvons mobiliser. Il peut en découler chute de performances, difficultés de concentration et de compréhension de consignes...

Le stress est encore le point de départ des modèles qui visent directement à rendre compte des effets du statut social sur la santé. Matthews et Gallo (Gallo et Matthews, 2003 ; Matthews et coll., 2010 ; Matthews et Gallo, 2011) proposent qu'un statut social défavorisé (accès limité à des moyens matériels, position inférieure dans la hiérarchie sociale...) place les individus devant des challenges qui sont source de stress épisodique ou chronique. Ces niveaux élevés de stress sont associés à des émotions positives et négatives, elles-mêmes prédictives d'effets favorables ou défavorables sur la santé (immuno-dépression, troubles du métabolisme...). Pour répondre aux sollicitations du monde social et au stress, les individus mobilisent des ressources adaptatives désignées « capacité de réserve ». Cette capacité réunit des ressources intrapsychiques (optimisme, estime de soi, contrôle perçu, efficacité personnelle...) et des ressources interpersonnelles (évaluation subjective du support social, soutien social effectif, évaluation des expériences relationnelles...). La capacité de réserve joue un rôle modulateur entre le statut social, les expériences positives et négatives et les émotions. Un statut social défavorisé implique donc de puiser davantage dans sa capacité de réserve (Gallo et coll., 2005 ; Matthews et coll., 2010). Les capacités de réserve positives (optimisme notamment) semblent bénéficier davantage aux personnes les plus favorisées par le revenu ou l'éducation (Schöllgen et coll., 2011 auprès d'un échantillon national allemand). Le déficit de cette capacité de réserve ouvre la voie à des troubles de santé (troubles métaboliques, dépression de l'immunité...) et du bien-être psychologique. Même si ce modèle est loin d'être testé complètement, il présente l'avantage de proposer un cadre conceptuel permettant de relier les effets psychosociaux aux inégalités de santé (Gallo et coll., 2009 ; Matthews et Gallo, 2011).

Le principe de ressources adaptatives limitées se retrouve aussi dans des domaines plus spécifiques comme notre capacité à réguler nos pensées, émotions et comportements. Pour répondre aux sollicitations de la vie courante, nous mettons en œuvre des processus de contrôle de soi qui impliquent par exemple d'ajuster nos choix et nos préférences, de contrôler nos émotions, d'ajuster nos comportements, de résister à des sollicitations diverses qui nous distraient de nos objectifs. Selon Baumeister (par exemple, Baumeister et coll., 1998 ; Baumeister et Vohs, 2007), ces processus dits d'autorégulation sont eux-mêmes particulièrement consommateurs d'énergie. Or cette énergie n'est pas inépuisable. Dans le cadre d'un modèle à ressources limitées, l'effort actif pour contrôler son comportement dans un domaine, conduit à une baisse dans les capacités d'autorégulation des comportements ultérieurs. Si par exemple on demande à des personnes en train de regarder un film amusant ou triste, de ne laisser transparaître aucune émotion (une activité coûteuse en termes de contrôle de soi), ces dernières consommeront plus de crème glacée juste après cette activité d'autorégulation, par rapport à celles qui ont pu exprimer librement leurs émotions (Vohs et Heatherton, 2000). La première activité a épuisé les ressources autorégulatrices des

participants, ressources qui ont fait défaut pour limiter leur consommation d'une alimentation tentante. Ce type d'idée a été récemment appliqué par des programmes de recherche en économie pour rendre compte des effets de la pauvreté (Sears, 2011). Ainsi, les individus les plus pauvres sont couramment confrontés à des arbitrages délicats entre plusieurs options : la précarité implique ainsi de surveiller les dépenses indispensables pour l'alimentation courante, lesquelles peuvent se trouver en concurrence avec d'autres coûts. Faute de ressources, un imprévu peut compromettre des soins coûteux de santé. Les individus plus favorisés sont moins exposés de manière chronique à de tels dilemmes. En conséquence, la pauvreté expose à un risque plus élevé d'être en moindre capacité non seulement d'exercer un choix favorable à la santé, mais encore d'autoréguler ses comportements et de résister à sa propre impulsivité. Avec le modèle des ressources limitées d'autorégulation, l'impulsivité fait l'objet elle-même d'un gradient social. Le contrôle de soi observé dans l'enfance s'avère un bon prédicteur de la santé adulte (Moffitt et coll., 2011).

Modéliser les déterminants de l'alimentation et de l'activité physique dans un cadre généraliste

Depuis longtemps, la psychologie sociale générale a proposé des modèles de prédiction du comportement et de l'intention de mettre en œuvre un comportement spécifique ou une classe de comportements quel que soit le domaine considéré (plutôt que centrés sur un domaine spécifique comme la santé)¹⁴¹. Cette prédiction est basée sur l'hypothèse qu'un nombre limité de variables est suffisant. Parmi les modèles généralistes (c'est-à-dire non spécifiques au domaine de la santé) les plus populaires, le modèle du comportement planifié (Ajzen, 1988 ; Cestac et Meyer, 2010) envisage spécialement les comportements qui impliquent au moins partiellement une intention préalable au comportement. De nombreux comportements relatifs à l'alimentation et à l'activité physique se rapportent à cette situation, et spécialement dans le cas de changement planifié de comportement. L'intention est dépendante de trois types de facteurs psychosociaux :

- les attitudes et les croyances relatives au comportement concerné ;
- les normes sociales intériorisées : attentes basées sur les croyances ou comportements attribués à autrui ;
- le sentiment de contrôle ou d'auto-efficacité à mettre en œuvre le comportement.

141. Pour ne citer que quelques modèles dédiés à la santé : le modèle des croyances liées à la santé, la théorie de la motivation pour la protection, le modèle des processus d'adoption de précautions, le modèle transthéorique du changement de comportement, l'approche des processus d'action pour la santé (cf. Conner et Norman, 2005 ; Meyer et Verhliac, 2004 ; Ogdén 2008, pour une présentation des modèles).

Les variables sociodémographiques, et spécialement celles relevant du statut social et du pouvoir (catégorie socio-professionnelle, niveau d'éducation...), ne sont pas intégrées dans le modèle sinon comme des antécédents « distaux » du modèle. De fait, s'agissant d'expliquer un comportement spécifique (faire 30 minutes d'exercices par jour, consommer des fruits et légumes...), les inégalités sociales de statut, d'éducation, de revenu... sont de niveau très général sans lien direct avec le comportement considéré, alors que les variables principales du modèle du comportement planifié (intention de consommer des fruits et légumes, sentiment d'auto-efficacité à pratiquer une activité physique régulière...) présentent un niveau de spécificité beaucoup plus favorable à la prédiction.

Par exemple, Hagger et coll. (2002) assurent globalement la validité prédictive du modèle dans le domaine de l'activité physique en constatant l'intérêt de prendre en compte l'auto-efficacité et le comportement passé. Duncan et coll. (2011) trouvent chez des adolescents anglais que les attitudes et le contrôle comportemental perçu prédisent l'intention de s'engager dans des activités physiques mais que le contrôle comportemental perçu est le principal prédicteur des comportements eux-mêmes. Murnaghan et coll. (2010) examinent ainsi de manière concomitante à la fois les déterminants de la consommation de fruits et de légumes, et de l'activité physique. Ils trouvent globalement des pondérations équivalentes dans les deux domaines auprès de jeunes étudiants. L'intention (de consommer des fruits et légumes, et de pratiquer une activité sportive) comme le comportement sont globalement prédits par le modèle du comportement planifié¹⁴² avec une contribution équilibrée des variables antécédentes (attitudes, norme sociale, contrôle perçu). Dans le même sens, Luszczynska et coll. (2004) trouvent dans plusieurs cultures que les comportements dans le domaine alimentaire et de l'activité physique sont sensibles chez les jeunes à l'auto-efficacité et aux comparaisons avec autrui. Les méta-analyses dans le domaine de la consommation de fruits et de légumes dégagent des effets importants pour les facteurs de connaissance, d'auto-efficacité/contrôle perçu et de support social/encouragement (Shaikh et coll., 2008). Les comportements les plus routiniers (par exemple, la consommation de poisson dans les pays d'Europe du Nord ; Honkanen et coll., 2005), sont expliqués par le comportement passé et les habitudes comportementales plus que par les attitudes relatives au comportement (le fait d'apprécier de consommer du poisson).

Largement appliqué dans le cadre de l'alimentation et de l'activité physique (Ajzen et coll. 2007 ; Godin, 2012), et ouvert aux variables de statut social, le modèle du comportement planifié reste cependant plus prédictif qu'explicatif. D'autres modèles sont bien sûr à considérer qui impliquent des méta-conceptions différentes des besoins humains.

Des effets intrinsèques du statut et du pouvoir ?

Les grandes enquêtes épidémiologiques mettent en relation des indicateurs agrégés des inégalités sociales (catégorie socioprofessionnelle, revenu, niveau de formation, habitat...) et la santé. Évidemment indispensable pour attester de manière représentative de la prévalence des inégalités sociales de santé, et de leur variabilité à l'échelle internationale, ce type d'approche reste cependant limité pour rendre compte des mécanismes impliqués dans la génération des inégalités sociales de santé. Or identifier les processus est indispensable pour suggérer des pistes d'interventions utiles. Les inégalités sociales sont opérationnalisées par des indicateurs objectifs (pouvoir, statut, dominance, rang social) et subjectifs (pouvoir perçu, comparaison sociale, statut social subjectif...). Depuis longtemps on connaît notamment chez les mammifères non-humains les effets délétères de la dominance sociale sur la santé (Rivers et Josephs, 2010). Le pouvoir social entraîne des effets propres (augmentation des émotions positives, diminution des émotions négatives, plus de contrôle perçu, moins de dépendance aux normes, plus d'optimisme ; Brauer et Bourhis, 2006) lesquels sont tous connus pour être reliés favorablement à la santé. À l'inverse, une position d'infériorité dans la hiérarchie entraîne par exemple des efforts de masquage des émotions plus éprouvants pour les ressources d'autorégulation, lesquels sont associés au stress et à la dépression (Langner et coll., 2012). Pour prendre un exemple à propos des activités de planification de l'action, on sait que le seul fait de rendre accessible en mémoire (sans conscience d'être exposé), une position d'infériorité de pouvoir entraîne une moindre capacité à planifier les actions futures (Guinote, 2007 ; Guinote et Vescio, 2010). Dans la mesure où la plupart des démarches de prévention mobilisent des capacités d'anticipation et de planification, l'exposition au pouvoir (y compris le pouvoir des professionnels du secteur sanitaire et social : préventeurs, médecins, psychologues ou travailleurs sociaux) pourrait avoir pour effet de limiter les capacités à mettre en place des stratégies actives pour prendre des options plus favorables à la santé. Dans ce sens, et comme avancé par la théorie de l'autodétermination (Ryan et coll., 2008), les stratégies d'intervention basées sur une supervision étroite et une motivation contrainte semblent moins à même d'installer un changement durable qu'une stratégie visant à soutenir les capacités des individus à développer leur propre motivation au changement notamment par l'appui des proches. L'autonomie, soit le fait de se percevoir à l'origine de ses actions, devrait être ici préservée, restaurée, développée (Sarrazin et coll., 2011 ; Ng et coll., 2012).

Au-delà de l'exposition au pouvoir en tant que telle, les expériences subjectives associées à l'inégalité interviennent. Des travaux récents suggèrent que les effets du statut social sur la santé pourraient impliquer la perception de justice. Le sentiment d'être victime d'un traitement inéquitable au regard de son statut social défavorisé (discrimination perçue)

expliquerait le lien entre statut social et état de santé avéré approché par un indicateur intégré de santé (Fuller-Rowell et coll., 2012, auprès d'un échantillon d'adolescents américains). Ces effets de discrimination sont d'autant plus plausibles dans les interactions quotidiennes qu'il suffit de quelques dizaines de secondes pour inférer, correctement, le statut social sur la base d'indices non-verbaux (Kraus et Keltner, 2009). Dans le même sens, les travaux sur la menace du stéréotype documentent comment les individus stigmatisés (y compris du point de vue de la classe sociale ; Croizet et Leyens, 2003) peuvent se trouver impliqués dans des contextes où ils handicapent eux-mêmes leur propre réussite en focalisant leur attention sur une dimension (leur identité) qui est non pertinente pour réaliser la tâche en cours.

Ce rapide tour d'horizon est bien sûr incomplet. En particulier, nous n'avons pas développé les facteurs qui préservent des effets délétères des inégalités sociales au cours du développement. On connaît par exemple, le rôle critique d'un climat affectif favorable au cours de l'enfance (Biglan et coll., 2012). Celui-ci contribue plus largement à la santé des adultes que le statut social atteint dans la vie adulte et préserve près de la moitié des individus des effets attendus d'une position sociale défavorisée (Miller et coll., 2012). Par ailleurs, des stratégies individuelles spécifiques sont en mesure de prémunir des effets de la précarité et d'échapper aux conséquences négatives d'environnements chaotiques et au stress (Chen, 2012). Des facteurs de personnalité et de tempérament pourraient encore être évoqués qui interviennent par exemple dans les préférences alimentaires (Meier et coll., 2012).

Facteurs psychosociaux : comprendre et modifier le gradient social en santé

Une représentation schématique (figure 1) résume les facteurs identifiés susceptibles d'avoir un impact sur les comportements plus ou moins favorables à la santé et sur la santé.

À un premier niveau, on trouve les conditions initiales qui caractérisent les inégalités sociales tant du point de vue économique (revenu...), matérielles (exposition aux risques) que psychosocial (statut, discrimination...), ainsi que les propriétés des situations (contrôlabilité objective, architecture des choix). Un second niveau sépare d'un côté les conséquences en termes de stress et d'émotions négatives, et en termes de bien-être et d'émotions positives. De l'autre côté, les facteurs psychosociaux associent les attentes liées à l'action et aux anticipations de résultats (auto-efficacité, optimisme...), l'évaluation de soi (identité et estime de soi) et l'évaluation fondée sur le contexte social (normes subjectives, discrimination perçue...). Finalement, ces facteurs contribuent aux modalités de prise de décision plus ou moins délibérées ou

basées sur des routines. Le stress a par ailleurs des effets spécifiques sur les capacités d'autorégulation et de planification de l'action.

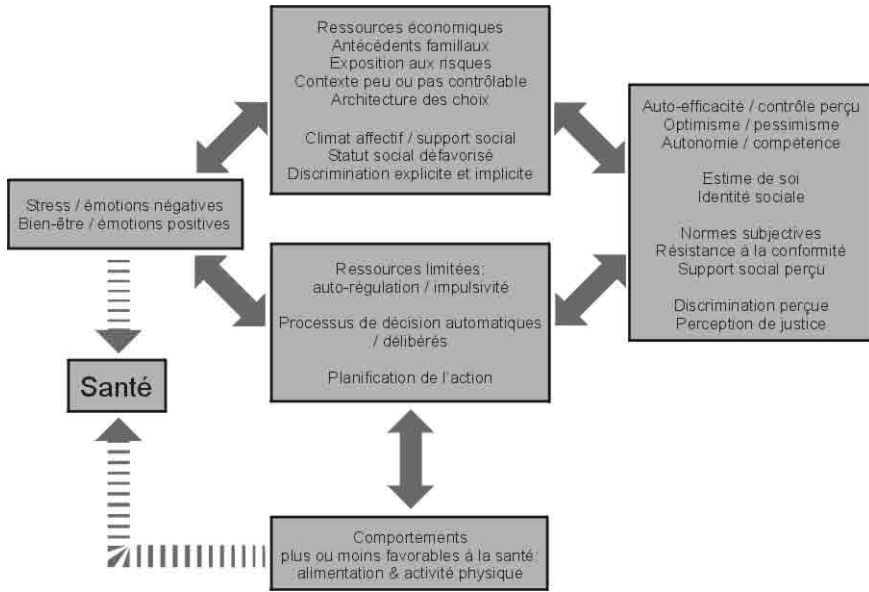


Figure 1 : Principaux facteurs psychosociaux impliqués dans les effets des inégalités sociales de santé (les facteurs représentés sont susceptibles d'interaction)

Même dispersée, la littérature en psychologie et psychologie sociale d'approche expérimentale ou corrélationnelle suggère des pistes plausibles pour comprendre les processus impliqués dans la création et le maintien des inégalités sociales de santé. L'approche par des modèles intégratifs, focalisés ou non sur les inégalités, et l'approche basée sur les effets du pouvoir sur les registres de la prise de décision ouvrent sur des programmes de recherche originaux qui pourraient se développer dans le domaine de l'alimentation et des activités physiques. Il faut bien sûr garder à l'esprit que les facteurs psychosociaux interviennent comme médiateurs et/ou modulateurs entre statut social et santé, mais aussi comme antécédents, et comme conséquences. Il est donc particulièrement mal aisé d'assurer leur rôle causal dans les inégalités de santé quand bien même les tailles d'effet observées sont intéressantes pour la santé publique (cf. la revue de question de Matthews et Gallo, 2011). D'autant que ces facteurs psychosociaux sont en interaction avec d'autres niveaux d'analyse depuis la génétique (épigénétique notamment) jusqu'aux systèmes culturels.

Facteurs psychosociaux et recherche interventionnelle en prévention

Le point de vue très général que nous avons adopté ne conduit pas à des recommandations basées sur la preuve, lesquelles impliquent une focalisation sur un domaine d'action, une population et un contexte délimité. Ceci dit, l'examen du rôle des facteurs psychosociaux dans les inégalités sociales de santé soutient des modes d'intervention susceptibles d'atténuer les effets cumulatifs de l'exposition au stress, et d'augmenter les bénéfices du bien-être.

Si l'on suit les modèles basés sur les ressources limitées, tout changement implique de préserver les ressources cognitives, émotionnelles et d'autorégulation. Les préventeurs devraient veiller à ne pas solliciter outre mesure ces ressources auprès des plus défavorisés, lesquels sont justement plus exposés que d'autres à un épuisement de ces ressources. Certains types d'interventions sollicitent fortement le contrôle de soi et l'autorégulation. Appeler à consommer moins gras, moins sucré, ou encore à dépasser les difficultés qui limitent l'activité physique implique aussi de garantir les ressources nécessaires pour accomplir ces changements, que ces ressources ressortent de dimensions intra- ou interpersonnelles. Ceux qui sont le plus en capacité de s'autoréguler sont ceux qui sont le plus à même de bénéficier des techniques de prévention basées sur l'appel au contrôle de soi et sur l'utilisation de ressources cognitives. Il est donc important de veiller à ouvrir une gamme large d'outils d'interventions depuis le développement pragmatique de connaissances et de procédures, jusqu'à travailler sur l'architecture des choix en matière d'alimentation et d'activité physique qui préserve un besoin d'autonomie et de compétence. La variété des facteurs impliqués ouvre une gamme de protocoles d'interventions larges sous forme de programmes éducatifs, d'incitations ou d'offres de produits et de services, ou d'actions directes sur le contexte (voir Abraham et Michie, 2008 pour une typologie des interventions basée sur les facteurs psychosociaux et Michie et coll., 2011 dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation). Les interventions visant en particulier les capacités d'autorégulation (Raver, 2012) sont susceptibles d'avoir des effets bénéfiques dans des domaines qui comme en alimentation et en activités physiques supposent de résister à des avantages immédiats pour des bénéfices à plus long terme. La prévention basée sur l'exposition à des messages de prévention reste évidemment fondée (Wakefield et coll., 2010), même si elle présente des tailles d'effet modestes. Par exemple, Snyder trouve une taille d'effet moyenne de 5 % dans le domaine de l'alimentation (Snyder, 2007). Les observations suggèrent par ailleurs de porter une attention particulière à la formation des personnels susceptibles d'intervenir auprès des personnes les plus défavorisées. Des formes subtiles de discrimination sont susceptibles à elles seules d'invalider sérieusement une action de santé pourtant bénéfique en soi. Enfin, les interventions précoces (aide à la parentalité, soutien familial, soutien éducatif en matière de nutrition et d'activité physique...) auprès des publics les plus défavorisés

semblent particulièrement bénéfiques à plus long terme. Ces interventions peuvent faire l'objet non seulement d'évaluation a posteriori, évidemment nécessaire, mais aussi de recherche et de développement dans les domaines spécifiques de l'alimentation et de l'activité physique.

Thierry Meyer, Jean-François Verhac

Université Paris Ouest Nanterre,

EA 4386 Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale

Philippe Sarrazin

Université Grenoble Alpes, EA 3742 Laboratoire Sport et Environnement Social

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM C, MICHIE S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology* 2008, **27** : 379-387

AJZEN I. Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL, Dorsey, 1988

AJZEN I, ALBARRACÍN D, HORNIK R. Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 2007

BAUMEISTER RF, BRATSLAVSKY E, MURAVEN M, TICE DM. Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology* 1998, **74** : 1252-1265

BAUMEISTER RF, VOHS KD. Self-regulation, ego-depletion, & motivation. *Social and Personality Compass* 2007, **1** : 1-14

BIGLAN A, FLAY BR, EMBRY DD, SANDLER IN. The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American Psychologist* 2012, **67** : 257-271

BRAUER M, BOURHIS RY. Social power. *European Journal of Social Psychology* 2006, **36** : 601-616

CESTAC J, MEYER T. Des attitudes à la prédiction du comportement : le modèle du comportement planifié. In : La psychologie sociale : applicabilité et applications. MORCHAIN P, SOMAT P (eds). PU Rennes, 2010 : 55-86

CHEN E. Protective factors for health among low-socioeconomic-status individuals. *Current Directions in Psychological Science* 2012, **21** : 189-193

CONNER M, ARMITAGE CJ. The social psychology of food. London : Open University Press. 2002

CONNER M, NORMAN P. Predicting Health Behavior. Search and Practice with Social Cognition Models. Open University Press: Ballmore: Buckingham. 2005

CROIZET J-C, LEYENS J-P. Mauvaises réputations. Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale. Armand Colin, Paris, 2003

DUNCAN MJ, RIVIS A, JORDAN C. Understanding intention to be physically active and physical activity behaviour in adolescents from a low socio-economic background:

An application of the Theory of Reasoned Action. *Journal of Adolescence* 2011, **35** : 761-714

EUROGIP. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne. Note thématique-47/F. 2010

EVANS GW, SCHAMBERG MA. Childhood poverty, chronic stress, and adult working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2009, **106** : 6545-6549

EVANS GW, KIM P. Childhood poverty and young adults' allostatic load: The mediating role of childhood cumulative risk exposure. *Psychological Science* 2012, **23** : 979-983

EXLINE JJ, ZELL AL, BRATSLAVSKYE E, HAMILTON M, SWENSON A. People-pleasing through eating: Sociotropy predicts greater eating in response to perceived social pressure. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2012, **31** : 169-193

FULLER-ROWELL T, EVANS GW, ONG AD. Poverty and health: the mediating role of perceived discrimination. *Psychological Science* 2012, **23** : 734-739

GALLO LC, MATTHEWS KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin* 2003, **129** : 10-51

GALLO LC, BOGART LM, VRANCEANU AM, MATTHEWS KA. Socioeconomic status, resources, psychological experiences and emotional responses: a test of the reserve capacity model. *Journal of Personality and Social Psychology* 2005, **88** : 386-399

GALLO LC, ESPINOSA DE LOS MONTEROS K, SHIVPURI S. Socio-economic status and health: what is the role of reserve capacity? *Current Direction in Psychological Science* 2009, **18** : 269-274

GODIN, G. Les comportements dans le domaine de la santé : Comprendre pour mieux intervenir. Presses de l'Université de Montréal, 2012 : 368 p

GROESZ L, MCCOY S, CARL J, SASLOW L, STEWART J, et coll. What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite* 2011, **58** : 717-721

GUINOTE A. Power and goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2007, **33** : 1076-1087

GUINOTE A, VESCIO TK. The social psychology of power. Guilford Press, New York, 2010

HAGGER MS, CHATZISARANTIS NLD, BIDDLE SJH. A meta-analytic review of theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 2002, **24** : 3-32

HOLT-LUNSTAD J, SMITH TB, LAYTON JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med* 2010, **7** : e1000316

HONKANEN P, OLSEN SO, VERPLANKEN B. Intention to consume seafood - the importance of habit. *Appetite* 2005, **45** : 161-168

KAMPHUIS CBM, VAN LENTHE FJ, GISKES K, BRUG J, MACKENBACH JP. Perceived environmental determinants of physical activity and fruit and vegetable consumption among high vs. low socioeconomic groups in the Netherlands. *Health & Place* 2007, **12** : 493-503

KRAUS MW, KELTNER D. Signs of socio-economic status: a thin slicing approach. *Psychological Science* 2009, **20** : 99-106

LANGNER CA, EPEL ES, MATTHEWS KA, MOSKOWITZ JT, ADLER NE. Social hierarchy and depression: the role of emotion suppression. *Journal of Psychology* 2012, **146** : 417-436

LECLERC A, KAMINSKI M, LANG T. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. Paris: La Découverte, Inserm, 2008 : 300 p

LUSZCZYNSKA A, GIBBONS FX, PIKO BF, LUSZCZYNSKA LM. Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: a comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health* 2004, **19** : 577-593

MATTHEWS KA, GALLO LC, TAYLOR SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Ann N Y Acad Sci* 2010, **1186** : 146-173

MATTHEWS KA, GALLO LC. Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology* 2011, **62** : 501-530

MEIER BP, MOELLER SK, RIEMER-PELTZ M, ROBINSON MD. Sweet taste preferences and experiences predict prosocial inferences, personalities, and behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology* 2012, **102** : 163-174

MEYER T, VERLHIAC J-F. L'auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé. *Savoirs, Hors Série*, 2004 : 117-134

MICHIE S, ASHFORD S, SNIHOTTA FF, DOMBROWSKI SU, BISHOP A, FRENCH DP. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology & Health* 2011, **26** : 1478-1498

MILLER GE, LACHMAN ME, CHEN E, GRUENWALD TL, KARLAMANGLA AS, SEEMAN TE. Pathways to resilience: maternal nurturance as a buffer against the effects of childhood poverty on metabolic syndrome. *Psychological Science* 2012, **22** : 1591-1599

MOFFITT TE, ARSENEAULT L, BELSKY D, DICKSON N, HANCOX RJ, et coll. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth and public safety. *PNAS* 2011, **108** : 2693-2698

MURNAGHAN DA, BLANCHARD CM, RODGERS CM, LAROSA JN, MACQUARRIE CR, et coll. Predictors of physical activity, healthy eating and being smoke-free in teens: a theory of planned behaviour approach. *Psychology & Health* 2010, **25** : 925-941

NEAL DT, WOOD W, WU M, KURLANDER D. The pull of the past: When do habits persist despite conflict with motives? *Personality and Social Psychology Bulletin* 2011, **37** : 1428-1437

NEEDHAM BL, FERNANDEZ JR, LIN J, EPEL ES, BLACKBURN EH. Socioeconomic status and cell aging in children. *Social Science & Medicine* 2012, **74** : 1948-1951

NG JYY, NTOUMANIS N, THOGERSEN-NTOUMANI EC, DECI EL, RYAN R, et coll. Self-Determination Theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science* 2012, **7** : 325-340

OATEN M, CHENG K. Academic examination stress impairs self-control. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2005, **24** : 254-279

OGDEN J. Psychologie de la santé. De Boeck, Bruxelles, 2008 (tr. Fr.)

POTVIN L, MOQUET MJ, JONES CM (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p

RAVER CC. Low-income children's self-regulation in the classroom: Scientific inquiry for social change. *American Psychologist* 2012, **67** : 681-689

RIVERS JJ, JOSEPHS RA. Dominance and health: The role of social rank in physiology and illness. In : *The social psychology of power*. GUINOTE A, VESCIO TK (eds). Guilford Press, New York, 2010 : 87-112

ROTHMAN AJ, HERTEL AW, BALDWIN AS, BARTELS R. Integrating theory and practice: Understanding the determinants of health behavior change. In : *Handbook of Motivation Science*. SHAH J, GARDNER W (eds). Guilford, New York, 2008 : 494-507

RYAN RM, PATRICK H, DECI EL, WILLIAMS GC. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *European Health Psychologist* 2008, **10** : 1-4

RYAN J, LYON K, WEBB OJ, EVES FF, RYAN CG. Promoting physical activity in a low socio-economic area: Results from an intervention targeting stair climbing. *Preventive Medicine* 2011, **52** : 352-354

SARRAZIN P, PELLETIER L, DECI E, RYAN R. Nourrir une motivation autonome et ses conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. In : *Traité de psychologie positive fondements théoriques et implications pratiques*. MARTIN-KRUMM C, TARQUINIO C (eds). de Boeck, Bruxelles, 2011 : 273-312

SCHÖLLGEN I, HUXHOLDO, SCHÜZB, TESCH-RÖMER C. Resources for health: Differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status. *Health Psychology* 2011, **30** : 326-335

SEARS D. Economic decision making in poverty depletes behavioral control. *The Berkeley Electronic Journal of Economic Analysis and Policy* 2011, **11**, art. 72

SHAIKH AR, YAROCH AL, NEBELING L, YEH MC, RESNICOW K. Psychosocial predictors of fruit and vegetable consumption in adults: A review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine* 2008, **34** : 535-543

SNYDER LB. Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2007, **39** : 32-40

SOLAR O, IRWIN A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (Policy and Practice). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010

THALER RH, SUNSTEIN CR. Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press, New Haven, CT, 2008

THAYER RE. Calm energy: How people regulate mood with food and exercise. Oxford University Press, New York, 2001

VOHS KD, HEATHERTON TF. Self-regulatory failure: A resource-depletion approach. *Psychological Science* 2000, **11** : 249-254

WAKEFIELD MA, LOKEN B, HORNIK RC. Use of mass-media campaigns to change behaviour. *The Lancet* 2010, **376** : 1261-1271

WOOD W, TAM L, WITT MG. Changing circumstances, disrupting habits. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002, **88** : 918-933