

12 – Changer les comportements en matière de santé et d’environnement: Oui, mais de qui et comment ? Quelques pistes de réflexion sur le besoin d’intégrer les enjeux sociaux

Joëlle Schwarz

No one will be untouched by climate change, but it is not experienced equally¹

Introduction

L'épidémiologie sociale est un courant théorique qui part du constat de l'existence d'une répartition inégale de la santé et de la maladie dans la population. On le sait depuis le XIX^e siècle : les plus nantis vivent plus longtemps et en meilleure santé. Visant donc à comprendre les facteurs et mécanismes qui expliquent les disparités en santé entre différents groupes sociaux dans des contextes donnés, l'épidémiologie sociale a permis de mettre en évidence comment les inégalités en santé ne découlent pas simplement de constitutions ou de comportements individuels délétères pour la santé, mais sont modulées à partir de niveaux plus distants des individus. Ce sont en effet les circonstances matérielles et sociales dans lesquelles les individus vivent, mangent, dorment, interagissent et travaillent qui influencent leur santé de façon inégale. Ainsi, pour réduire les inégalités en santé, c'est au niveau des conditions structurelles que les actions doivent être menées, afin d'agir sur les inégalités sociales qui modulent les comportements individuels. Au niveau de la pratique clinique, la *médecine sociale* se base sur les mêmes constats : pratiquer une médecine sociale induit de prendre en compte et d'agir sur les contextes sociaux et les conditions sanitaires qui se répercutent sur la santé, au-delà de la prise en charge biomédicale des individus².

Malgré les preuves amenées par l'épidémiologie sociale, le constat global est que d'une part l'inclusion systématique de la dimension sociale dans la recherche clinique et épidémiologique n'a pas lieu^{3,4}, et que d'autre part les politiques publiques de santé restent en large partie axées sur la dimension individuelle (responsabilité individuelle) des comportements

liés à la santé tels que l'alimentation, l'activité physique, ou le tabagisme^{5,6}. De même, la médecine sociale est « le parent pauvre et méconnu de la médecine dans les pays riches et développés »² car l'approche clinique biomédicale centrée sur la dyade médecin-patient·e demeure principalement axée sur les individus malades et leurs comportements, prenant peu en considération les éléments structurels qui modulent les maladies et comportements. *In fine*, le constat est que d'une part les inégalités sociales en santé tendent à persister, voire à se creuser avec le temps⁷, et d'autre part les politiques de santé publique axées sur la modification des comportements de santé peuvent parfois engendrer la stigmatisation des personnes en situation de vulnérabilité sociale et/ou de santé, comme nous le présentons plus bas.

La thématique réactualisée de l'environnement et de son effet sur la santé peut être appréhendée comme une opportunité de redonner du poids à l'épidémiologie sociale et à la médecine sociale, en resituant les individus dans leur environnement social et physique, et en suggérant des réponses à ce niveau. La vulnérabilité climatique, définie par l'exposition aux menaces climatiques (par exemple, liée aux lieux de vie ou de travail), la sensibilité et la susceptibilité (par exemple, les personnes âgées et les enfants sont plus susceptibles au stress thermique), la capacité d'adaptation et la réponse aux menaces climatiques (accès aux ressources matérielles et sociales, notamment)⁸, n'est pas répartie de façon égale dans la population et dans le monde. Elle vient par ailleurs s'ajouter aux charges des maladies et à la mortalité prématurée existantes, inégalement présentes dans la population¹. Il existe en effet une vaste littérature qui décrit en quoi les risques et les impacts des changements climatiques affectent et affecteront inégalement (*unequally*) et injustement (*unfairly*) les individus (genres, classes sociales, générations), les communautés (minorités/majorités) et les pays (Nord-Sud) à travers la planète^{1,9}.

Comment la pratique clinique peut-elle intervenir de façon significative pour à la fois limiter la vulnérabilité climatique et les effets néfastes de l'activité humaine sur la santé des individus et de la planète ? Des professionnel·le·s de la santé ont développé des perspectives et recommandations sur comment intervenir, dans la pratique clinique, pour promouvoir un changement allant en faveur à la fois de la santé des individus et populations, et de celle de la planète^{10,11}. Deux champs d'action se dégagent des initiatives en cours : la sensibilisation des patient·e·s aux cobénéfices santé et environnement ; et le plaidoyer et action politique pour des mesures structurelles. En Suisse, les Médecins en faveur de l'environnement

(MfE) ont établi une charte qui pose huit exigences à la classe politique, la Confédération, les cantons et le secteur de la santé pour protéger la population, visant notamment le zéro émission nette de CO₂, y compris dans le secteur sanitaire.¹² Plus largement, la WONCA (Organisation mondiale des médecins de famille) a formulé une déclaration encourageant les médecins de famille du monde à agir sur la santé planétaire à travers leur pratique, établissant une liste d'actions à prendre pour réduire les risques inhérents dans la détérioration de l'environnement mondial (voir Box 1¹³). Peu de directives sont néanmoins fournies sur comment aborder ces thématiques avec les patient·e·s. Ainsi, le risque est d'engager une approche biomédicale axée sur les comportements et choix individuels en matière de consommation et de consommation, qui tient peu compte des aspects structurels comme les conditions de vie matérielles et sociales, et les inégalités inhérentes. Viser le changement en agissant uniquement sur le comportement individuel peut avoir peu d'impact, accentuer les inégalités, voire engendrer la stigmatisation de certains groupes sociaux. Les trois exemples suivants illustrent ce phénomène.

Box 1 : Liste d'actions proposées par la WONCA¹³

Les actions proposées comprennent une série de « conseils aux patient·e·s sur les cobénéfices importants, soit les choix quotidiens et changements clés qu'elles et ils peuvent faire dans leur propre vie pour bénéficier à la fois de leur propre santé et de celle de l'environnement ». Spécifiquement, ces conseils de cobénéfices concernent : les choix alimentaires, la mobilité active, les choix énergétiques, la santé reproductive, la connexion à la nature, la réduction de l'impact environnemental personnel, et l'engagement dans la communauté à travers des connexions sociales.

Les comportements individuels liés à la santé sont façonnés par les circonstances sociales et matérielles : trois exemples

La prévention du tabagisme en Occident

Des progrès significatifs ont été faits dans la diminution de la prévalence du tabagisme ces dernières décennies dans les pays occidentaux, cependant des variations marquées sont relevées entre les pays, et en fonction

de l'âge et du genre¹⁴. Ce que l'épidémiologie sociale a mis en évidence sont les différences de prévalence au sein des pays en fonction de l'appartenance ethnique, de la classe sociale et du genre, et les différences dans les chances d'arrêt du tabac^{15,16}. En effet, aux États-Unis comme en France, on relève que tandis que les tentatives d'arrêt sont égales entre les catégories sociales de population, les taux de réussite diffèrent, indiquant de plus grandes difficultés à arrêter de fumer parmi les populations socialement et économiquement défavorisées¹⁷. En Suisse, la prévalence de tabagisme est en lente diminution (34 % en 1997, 28 % en 2012), avec un recul plus important chez les personnes aux revenus élevés⁷ et chez les hommes¹⁸. Ceci a été expliqué par le fait que les hommes blancs de classes moyenne et élevée qui travaillent en entreprise ont plus de chance d'avoir des politiques en place de zones de travail sans fumée, et, pour les États-Unis, d'être couverts par une assurance maladie prenant en charge l'arrêt du tabac. *A contrario*, la pression sociale favorable au tabagisme est plus forte dans les milieux sociaux et professionnels plus précaires (construction, secrétariat, etc.), et fumer contribue au sentiment d'appartenance sociale. De plus, le tabagisme est un moyen de s'adapter aux situations stressantes, plus présentes au travail ou à domicile pour les personnes de milieux modestes ou précaires¹⁹. Par ailleurs, les bénéfices de l'arrêt du tabac peuvent sembler futiles pour des individus qui vivent dans un environnement défavorisé et par ailleurs délétère pour la santé, en termes d'expositions aux risques professionnels ou liés à l'environnement¹⁵.

Ainsi, si les mesures structurelles mises en place – interdiction de fumer dans les lieux publics, bars et restaurants – et les campagnes de lutte contre le tabagisme menées au niveau individuel ont contribué à la diminution du tabagisme, elles ont été plus efficaces auprès des populations plus aisées car elles n'ont pas adressé les inégalités sociales structurelles qui façonnent les comportements tabagiques, creusant davantage les inégalités de santé^a. De surcroît, certaines voix font écho du problème additionnel de stigmatisation qui peut accompagner les politiques et interventions de « dénormalisation » du tabagisme. En effet, bien qu'elles soient considérées comme essentielles pour protéger la santé publique, ces mesures peuvent contribuer à créer un climat social dans lequel le tabagisme est stigmatisé, et par extension les personnes fumeuses elles-mêmes²¹. Celles-ci se concentrant aujourd'hui majoritairement dans les

a. À relever encore qu'à l'échelle globale, les mesures structurelles opérées en Occident ont eu pour effet une modification des stratégies des industries du tabac qui désormais ciblent de nouveaux marchés dans les pays du Sud, délocalisant ainsi la charge des maladies liées au tabac. Voir le rapport de Public Eye (réf. 20).

groupes sociaux les moins dotés d'un point de vue socio-économique, elles sont à risque d'être impactées doublement par l'effet du tabac et celui de la stigmatisation sociale¹⁷.

Les politiques de planification familiale au Burundi

Les politiques de planification familiale (PF) souffrent d'une ambiguïté de discours. Après avoir été promue comme un dispositif de contrôle des naissances pour une régulation de la population (surtout dans les pays du Sud global) à partir des années 1960, la PF se veut dispositif contribuant à l'amélioration de la santé maternelle et à l'autonomie des femmes à travers une gestion libre et consentante de la fertilité^b. Menant une recherche sur les pratiques de PF au Burundi, nous avons montré comment le discours du gouvernement et des services de santé dans ce pays politiquement fragile reste solidement ancré dans une perspective de contrôle populationnel. Le discours renvoie la responsabilité des problèmes économiques et fonciers des ménages sur le haut taux de fécondité et sur la faible adhésion aux méthodes de contraception dites « modernes »²². Les stratégies de promotion de la PF visent le changement de comportement des femmes, partant d'une hypothèse de manque de connaissances de celles-ci, et de « fausses croyances » liées aux effets secondaires des produits contraceptifs hormonaux. Les prestataires de santé reçoivent des incitations financières pour l'administration des contraceptifs, et la sensibilisation est menée essentiellement auprès des femmes. Or, nous avons montré que la faible adhésion à la PF n'est pas liée à un manque de connaissances ou un comportement individuel pronataliste, puisqu'en effet les femmes expriment un désir d'enfants moins nombreux²³. Les parcours reproductifs et les choix individuels sont cependant façonnés par les circonstances sociales (relation avec partenaire, rapports de pouvoir entre genres et générations), matérielles (situations économique et foncière des ménages) et biologiques (effets des contraceptifs hormonaux sur les corps). En milieu rural, les femmes assurent leurs moyens de subsistance et celle de tout le ménage à travers l'exploitation des terres. Utiliser des contraceptifs hormonaux et risquer les effets secondaires réels et connus – des saignements irréguliers, particulièrement problématiques dans un contexte de malnutrition élevée – qui limitent leur capacité à travailler est un choix que beaucoup de femmes rurales ne sont pas prêtes à faire. Ainsi, c'est en agissant sur le changement des conditions sociales et matérielles que les femmes considéreront l'adoption des

b. C'est au cours de la conférence du Caire de 1994 que les mouvements féministes parviennent à opérer ce basculement auprès des Nations unies. Ce changement restera néanmoins davantage rhétorique que concret.

méthodes contraceptives dites « modernes », car plus efficaces, dans une (ré)évaluation des risques et bénéfiques pour elles-mêmes et leur entourage.

Des interventions écosociales à Lausanne, Genève et à Paris

Deux recherches ethnographiques se sont intéressées aux interventions publiques de promotion des écogestes dans les quartiers populaires, notamment dans la banlieue parisienne²⁴ et à Genève et Lausanne²⁵. Ces interventions consistent en des bénévoles qui visitent les ménages, observent les pratiques domestiques comme l'alimentation, la conservation des aliments, l'utilisation d'appareils ménagers et de l'eau, et prodiguent des conseils pour des écogestes en offrant du matériel dit « écoresponsable » (ampoules, bouilloire). Le but est le changement des comportements des ménages pour combattre le changement climatique et la précarité énergétique (cobénéfices).

Ces recherches pointent un premier problème, à savoir que ce sont les ménages à bas revenus qui sont ciblés selon l'hypothèse de la part des responsables politiques d'une sensibilité morale pour l'écologie faible ou inexistante dans ces groupes de population, et de connaissances et compétences insuffisantes²⁴. À travers ces initiatives, « une “manière de vivre correcte” est établie et mise en avant comme une norme de civilité (Roudil, 2015) [...], suggérant par là que ces populations manquent de sens civique dans la mesure où elles n'utilisent pas l'énergie “correctement” »²⁵. En *sensibilisant* aux « petits gestes » écologiques, l'objectif est « d'éveiller le sens moral des résident·e·s pour l'environnement, c'est-à-dire leur sens de la responsabilité individuelle qui leur commande de prêter attention à l'impact environnemental de leurs comportements quotidiens »²⁴. Cette hypothèse est problématique et erronée, puisque le style de vie des personnes à bas revenu est en réalité moins nuisible pour l'environnement que celui des catégories de population plus aisées²⁶. Ainsi, ces interventions participent à la reproduction de la différenciation sociale à travers une identification (erronée) des individus qui devraient pouvoir facilement adopter les prescriptions de bonnes pratiques énergétiques, en agissant sur leurs intentions (morales), ignorant d'une part leur véritable impact écologique (plus faible) et d'autre part les circonstances matérielles et sociales qui modulent les comportements^c. En effet, plus les ressources économiques des indivi-

c. Les deux recherches analysent par ailleurs les réactions et attitudes de résistance des ménages ciblés, non pas pour des raisons de manque de sensibilité aux questions environnementales, mais à cause de l'ingérence dans les ménages et la moralisation induite par ce type d'intervention.

us sont basses, plus ils sont contraints dans leurs achats et moins il leur est aisé (et pertinent) d'intégrer le souci environnemental dans leurs choix. Le deuxième problème identifié est donc l'ignorance des facteurs structurels et de l'ancrage social des modes de consommation des individus. La capacité à ne pas utiliser sa voiture, à consommer des produits locaux et bios, à « recréer un lien avec la nature », dépend largement des circonstances sociales et matérielles comme le lieu de résidence, la structure et les charges familiales, l'âge, la profession et le revenu, etc. Les priorités sociales et économiques des ménages à bas revenu peuvent se situer ailleurs, rendant les « petits gestes » écologiques plutôt difficiles à atteindre, ou non prioritaires. Les deux études concluent ainsi que des actions au niveau des structures sociales des comportements – création de réseaux de vélos en libre-service, coopératives de consommatrices-teurs pour produits locaux, etc. – sont plus justes (justice sociale) et prometteuses que celles observées axées sur la moralisation individuelle.

Prendre en compte les dimensions structurelles pour viser le changement des comportements et la justice sociale : apport des sciences sociales

Ce que ces trois exemples montrent est que la capacité à modifier ses habitudes et comportements est façonnée par les conditions sociales et matérielles dans lesquelles les individus vivent. Et que ces conditions étant distribuées de façon inégales dans la population, un enjeu de justice sociale existe.

En sociologie, la théorie des pratiques sociales a été appliquée à l'étude des modes de consommation et de consommation^{27,28}. Cette théorie vise à comprendre les pratiques sociales, les situant à l'interface entre les comportements et choix autonomes et les structures sociales qui influencent les comportements, prenant en compte les aspects de « structure temporelle des activités sociales, de tension entre routine et réflexivité et de rôle des infrastructures matérielles²⁹ ». En d'autres termes, il s'agit d'explorer comment les pratiques sont ancrées dans un contexte social et matériel, et comment celui-ci doit être pris en considération dans une théorie du changement, au-delà du comportement individuel basé sur des connaissances, des intentions et des choix autonomes. La sociologie s'est également intéressée à la notion de risque et à la façon dont celui-ci est socialement modulé. L'évaluation du risque – pour la santé ou pour l'environnement – est fortement façonnée par les contextes social, culturel, historique et écologique³⁰. Ainsi, les connaissances et les croyances autour du risque

varient suivant les lieux et les périodes, et entre catégories sociales de population. Comme le montre l'exemple du tabac, la conscience du risque de fumer pour la santé n'est pas déficiente chez les fumeuses et fumeurs, mais plutôt la hiérarchisation de ce risque parmi d'autres – inhérents aux conditions de vie – varie entre les catégories populationnelles et contribue à expliquer des comportements tabagiques différents. Par renversement, on peut appliquer cette notion de risque socialement construit à celle de bénéfice. On peut anticiper que les conseils de cobénéfices décrits par la WONCA – agir sur les comportements alimentaires, la mobilité, les choix énergétiques, etc. – ne vont pas résonner de la même façon dans toutes les catégories de population. Certains changements de comportement seront perçus comme plus atteignables et pertinents que d'autres en termes de bénéfice, en fonction des circonstances sociales et matérielles. C'est ce qui est observé dans la « résistance » des personnes visées par les interventions écosociales décrites plus haut.

Pour la promotion des cobénéfices dans les consultations cliniques, les concepts de sciences sociales brièvement décrits ci-dessus permettent de situer les comportements des individus dans leur environnement social et physique et d'évaluer les possibilités réelles (au-delà de la perception des bénéfices) à les modifier. Les ménages ne sont pas à pied d'égalité dans leur capacité à modifier leurs environnements de vie et leurs habitudes de consommation. Certaines pratiques liées à la mobilité, à l'alimentation, aux lieux de vie, permettent de maintenir en équilibre financier et social certains ménages. En identifiant et recueillant ces circonstances sociales et matérielles qui modulent les changements vers les cobénéfices des individus de la communauté, les professionnel·le·s de la santé peuvent ainsi entrer dans une démarche socialement ancrée d'actions politiques et de plaidoyer pour l'amélioration des chances de cobénéfices. De plus, l'approche sociologique pourrait également être utilisée pour identifier et comprendre la répartition inégale de ces circonstances sociales et matérielles, en fonction du genre, de la classe, de l'appartenance ethnique et de l'âge, afin de proposer des mesures qui visent la réduction des inégalités et l'équité des chances de cobénéfices. Cependant, que ce soit dans l'implication dans des interventions publiques ou lors de consultations individuelles, il s'agit d'être vigilant·e au risque de stigmatisation : « Le simple fait de déployer une intervention au sein de publics estimés vulnérables socialement [comme les quartiers dits "populaires" à Lausanne ou Genève], n'est-il pas, déjà, en soi, stigmatisant¹⁷ ? » *Idem* pour la pratique clinique : comment choisir avec quel·le·s patient·e·s on aborde la question des cobénéfices ? Il s'agit de s'assurer que ces interventions ciblées ne

génèrent ni honte, ni culpabilité, ni perte de l'estime de soi : « Le risque étant d'induire un processus de renforcement négatif antagoniste aux effets escomptés¹⁷. »

Au final, c'est en intégrant une perspective d'épidémiologie sociale que les professionnel-le-s de la santé sont le mieux à même de jouer un rôle efficace. Celui-ci répond à l'appel lancé à se préparer avec des politiques adaptées aux changements en cours et à venir, notamment dans le système de santé^{1,12,31}. Les professionnel-le-s de la santé peuvent en effet jouer un rôle dans le renforcement de la résilience des communautés à travers un engagement politique pour améliorer les structures sociales et réduire les inégalités dans la vulnérabilité climatique, à travers la mobilisation des communautés locales³². Il est impératif cependant que ces améliorations soient connectées aux pratiques et aux besoins des individus en matière d'alimentation, de mobilité, etc. Pour reprendre les mots de Friel : « Les alliances entre le changement climatique et la santé sont essentielles : les professionnel-le-s de la santé disposent de connaissances, d'opportunités et d'un pouvoir politique qui peuvent contribuer à la mise en place d'actions¹. » Pour cela, elles et ils doivent s'engager dans une perspective de santé publique, et l'épidémiologie sociale est là pour les guider.

Références bibliographiques

1. Friel S, « Climate Change and the People's Health: the Need to Exit the Consumptagenic System », *The Lancet*, 2020 ; 395(10225) : 666-668. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30257-9.
2. Bischoff T, Wolff H, Guessous I, et al., « Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté, *Revue médicale suisse*, 2013 ; 9(408) : 2232-2239. Accessible en ligne : www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-408/medecine-sociale-en-2013-quand-la-precarite-precède-la-pauvrete.
3. Wemrell M, Merlo J, Mulinari S, Hornborg A-C, « Contemporary Epidemiology: A Review of Critical Discussions Within the Discipline and A Call for Further Dialogue with Social Theory », *Sociology Compass*, 2016 ; 10(2) : 153-171. DOI: <https://doi.org/10.1111/soc4.12345>.
4. Krieger N, « Theories for Social Epidemiology in the 21st Century: An Ecosocial Perspective », *International Journal of Epidemiology*, 2001 ; 30(4) : 668-677. DOI: 10.1093/ije/30.4.668.
5. Schwarz J, Arminjon M, Stutz Zemp E, Merten S, Bodenmann P, Clair C, « Déterminants sociaux de la santé en Suisse – comment le genre s'est perdu en chemin », *Revue médicale suisse*, 2019 ; 5(640) : 485-489. DOI: <https://doi.org/10.53738/REVMED.2019.15.640.0485>.

6. Porcherie M, Le Bihan-Youinou B, Pommier J, « Les évolutions des modes d'action pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France », *Santé Publique*, 2018 ; S1(HS1) : 33-46. DOI: 10.3917/spub.184.0033.
7. Office fédéral de la santé publique (OFSP), « Égalité des chances et santé – Chiffres et données pour la Suisse », 2018. Accessible en ligne : https://assets.ctfassets.net/fclxf70732gj/2TfiXQlxhYlgoiOGqioCuC/989a098fe-14dbe74cad5cb546d79185a/FR_BAG_Broschuere.pdf.
8. Rudolph L, Harrison C, Buckley L, North S, *Climate Change, Health, and Equity – A Guide for Local Health Departments*, Oakland, CA and Washington D.C., Public Health Institute and American Public Health Association, 2018.
9. Krieger N, *Epidemiology and the People's Health*, New York, Oxford University Press, 2011.
10. Veidis EM, Myers SS, Almada AA, Golden CD, « A Call for Clinicians to Act on Planetary Health », *The Lancet*, 2019 ; 393(10185) : 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30846-3.
11. Iacobucci G, « Planetary Health: WONCA Urges Family Doctors to Commit to Action », *British Medical Journal*, 2019 ; 364 : 11002. DOI: 10.1136/bmj.11002.
12. Médecins en faveur de l'environnement, Charte des MfE «Climat et santé», « Le changement climatique menace notre santé », mars 2021. Accessible en ligne : www.aefu.ch/fileadmin/user_upload/aefu-data/b_documents/themen/klima/charte_mfe_climat_sante.pdf.
13. The WONCA Working Party on the Environment, the Planetary Health Alliance, Group of Family Physicians, « Declaration Calling for Family Doctors of The World to Act on Planetary Health », 2019. Accessible en ligne : www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Environment/2019%20Planetary%20health.pdf.
14. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, et al., « Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012 », *Journal of the American Medical Association*, 2014 ; 311(2) : 183-192. DOI: 10.1001/jama.2013.284692.
15. Okechukwu C, Davison K, Emmons K, « Changing Health Behaviors in a Social Context », in Berckman LF, Kawachi I (eds.), *Social Epidemiology*, 2nd edition, New York, Oxford University Press, 2014 : 365-395.
16. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand M-C, Blanchoz J-M, Arwidson P, « Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2018 ; 30(1) : 45-60. DOI: 10.3917/spub.181.0045.
17. Saetta S, Kivits J, Frohlich K, Minary L, « Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac », *Santé Publique*, 2020 ; 32(5) : 473-478. DOI: 10.3917/spub.205.0473.

18. Office fédéral de la statistique (OFS), « Enquête suisse sur la santé 2017 : santé et genre », 2020. Accessible en ligne : www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.gnpdetail.2020-0618.html.
19. Graham H, « Gender and Class as Dimensions of Smoking Behaviour in Britain: Insights From a Survey of Mothers », *Social Science & Medicine*, 1994 ; 38(5) : 691-698.
20. Maurisse M, « Les cigarettes suisses font un tabac en Afrique », *Public Eye*, 2019. Accessible en ligne : <https://stories.publiceye.ch/tabac/>.
21. Graham H, « Smoking, Stigma and Social Class », *Journal of Social Policy*, 2012 ; 41(1) : 83-99. DOI: 10.1017/S004727941100033X.
22. Schwarz J, Manirakiza R, Merten S, « Reproductive Governance in a Fragile and Population-Dense Context: Family Planning Policies, Discourses, and Practices in Burundi », *The European Journal of Development Research*, 2021. DOI: 10.1057/s41287-021-00482-1.
23. Schwarz J, Dumbaugh M, Bapolisi W, et al., « So that's Why I'm Scared of These Methods: Locating Contraceptive Side Effects in Embodied Life Circumstances in Burundi and Eastern Democratic Republic of the Congo », *Social Science & Medicine* (1982), 2019 ; 220 : 264-272. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.09.030.
24. Malier H, « Greening the Poor: the Prap of Moralization », *The British Journal of Sociology*, 2019 ; 70(5) : 1661-1680. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12672>.
25. Bertho B, Sahakian M, Naef P, « The Micro-Politics of Energy Efficiency: An Investigation of "Eco-Social Interventions" in Western Switzerland », *Critical Social Policy*, 2021 ; 41(2) : 188-207. DOI: 10.1177/0261018320916712.
26. Chancel L, Piketty T, Carbon and inequality: From Kyoto to Paris – Trends in the Global Inequality of Carbon Emissions (1998-2013) & Prospects for an Equitable Adaptation Fund, Paris, World Inequality Lab, Paris School of Economics, 2015.
27. Hargreaves T, « Practice-ing Behaviour Change: Applying Social Practice Theory to Pro-Environmental Behaviour Change », *Journal of Consumer Culture*, 2011 ; 11(1) : 79-99. DOI: 10.1177/1469540510390500.
28. Barr S, Prillwitz J, « A Smarter Choice? Exploring the Behaviour Change Agenda for Environmentally Sustainable Mobility », *Environment and Planning C: Politics and Space*, 2014 ; 32(1) : 1-19. DOI: 10.1068/c1201.
29. Dubuisson-Quellier S, Plessz M, « La théorie des pratiques. Quels apports pour l'étude sociologique de la consommation ? », *Sociologie*, 2013 ; 4(4) : 451-469. Accessible en ligne : www.cairn.info/revue-sociologie-2013-4-page-451.htm.
30. Lupton D, *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
31. Krieger N, « Climate Crisis, Health Equity, and Democratic Governance: the Need to Act Together », *Journal of Public Health Policy*, 2020 ; 41(1) : 4-10. DOI: 10.1057/s41271-019-00209-x.

32. Boisvert R, « Réduction des inégalités sociales de santé – Dispositions actantielles et intelligence collective au service du développement des communautés », *Nouvelles pratiques sociales*, 2013 ; 26(1) : 197-214. DOI: <https://doi.org/10.7202/1024988ar>.