CHAPITRE 6

Perception et gestion du risque

MICHEL SETBON

En matière de risques sanitaires, la connaissance et le jugement sont déterminants pour décider de l'action correctrice. Si la connaissance scientifique y tient une place déterminante, la perception que le public profane a des risques représente une dimension irréductible qui, de façon implicite ou explicite, pèsera sur les choix relevant de la gestion des risques. À la différence de l'approche scientifique du risque qui vise à décrire ou à prédire l'état du monde réel, la perception du risque mobilise plusieurs éléments comme des croyances, des connaissances, des attitudes et des sentiments qui convergent vers un jugement de valeur sur l'importance ou l'estimation du risque. Ce jugement subjectif s'exprime par un certain degré d'acceptabilité ou de tolérabilité du risque et des opinions quant à ce qui doit être fait pour y répondre.

La gestion du risque regroupe l'ensemble des décisions et des actions susceptibles de le réduire ou de le supprimer. Cette étape est l'aboutissement d'un processus visant à établir la réalité du risque, son importance et l'incertitude qui l'accompagne. Les gestionnaires administratifs et politiques du risque sont confrontés à une double exigence qui prend parfois l'allure d'un dilemme : fonder rationnellement l'action publique, ce qui suppose, d'une part de tenir compte de l'approche scientifique, et d'autre part de ne pas négliger la perception qu'en a le public, corrélée à une demande sociale de protection. En même temps, la gestion du risque a des conséquences politiques : elle satisfera certains et pourra mécontenter d'autres (Pidgeon, 1992). La gestion du risque est donc politique et elle est un problème politique, dans la mesure où en plus de l'incertitude, il s'agira de répartir de façon différenciée, donc inégale, des bénéfices et des coûts selon la caractérisation du risque (Setbon, 1996). La connaissance des facteurs de risque délimite les populations sur lesquelles l'action publique devra porter et va à l'encontre d'une répartition égale sur l'ensemble de la population, sans grand effet.

Tout en s'inscrivant dans ce cadre général, le risque infectieux se singularise par un certain nombre de caractéristiques qui pèsent sur sa perception comme sur sa gestion. Par sa nature transmissible, via les comportements et les produits à usage humain, le risque infectieux relève de sources multiples auxquelles correspondent autant de niveaux de perception que de modalités de gestion. Paradoxalement, l'identification des facteurs de risque, souvent rapide et peu controversée, ne suffit pas à déterminer des programmes préventifs conséquents, ni à réduire de façon satisfaisante sa propagation. Ce qui pose la question récurrente de la relation entre la connaissance et l'action ou plus précisément celle du changement de comportement, point de rencontre entre perceptions et gestion du risque.

À partir de ces constats et assertions, plusieurs questions se posent : qu'est-ce qui différencie l'approche scientifique du risque de l'approche perceptive ? Sont-elles inconciliables ? Comment en rendre compte ? Quels enjeux s'y attachent ?

Quels sont les impacts des perceptions sur la gestion du risque, en particulier sur le risque infectieux ? Comment intégrer de façon rationnelle la perception du risque dans le processus d'analyse ? Quel est l'état de la recherche en France et à l'échelle internationale ? Ce chapitre s'attachera à proposer des éléments de réponse issus des résultats de la recherche internationale.

1 | Risque observé et risque perçu

Le risque observé est le produit de l'épidémiologie. Les principales fonctions de cette discipline sont de deux ordres : identifier les facteurs de risque susceptibles de déterminer les maladies observées et estimer le risque en termes de probabilité d'occurrence et de gravité des conséquences. Sa rationalité est cognitive et foncièrement rétrospective : l'observation, appuyée sur un cadre théorique assorti de méthodes adaptées, lui permet d'expliquer les phénomènes morbides et de formuler des estimations de la réalité épidémiologique utilisables pour l'avenir. Néanmoins, l'épidémiologie n'a de la réalité qu'une vision fragmentée, justifiée par la distinction avancée entre « risque réel » et « risque observé » (Thompson, 1990). Le premier, qui supposerait la possibilité d'accéder à une connaissance certaine, est la combinaison d'une probabilité et des conséquences négatives telle qu'elle existerait dans le monde réel, le second, l'évaluation de cette combinaison mesurée à l'aide d'un modèle théorique issu du monde physique. Par ailleurs, sa sensibilité face à des risques rares, aux effets retardés ou invisibles ainsi qu'aux faibles doses, reste réduite, laissant une large place aux perceptions et aux demandes qui les prolongent.

Le risque perçu est l'objet de définitions multiples et évolutives, montrant par là une multiplicité de contenus possibles et les difficultés pour en rendre compte. Il est possible d'en fournir deux qui se situent à des niveaux différents : l'une relative, qui permet de le comparer aux définitions précédentes des risques réel et observé, l'autre substantielle, en termes de contenu et de déterminants. La première définit le risque perçu comme une évaluation du risque réel faite en l'absence de tout modèle théorique du monde physique. La seconde, propre à l'approche psychosociologique qui a fourni sur le risque perçu l'essentiel des connaissances, en fait un jugement subjectif porté sur un risque où se mélangent une estimation quantifiée et des réactions émotionnelles en relation avec la nature du risque et l'acceptabilité pour soi-même et pour la société. L'important est que le risque perçu, à la différence du risque observé à l'aide de l'épidémiologie, compense l'absence de modèle théorique par une présence forte de sentiments. Certains auteurs allant jusqu'à qualifier le risque perçu comme l'expression de l'émotion et des sentiments (Loewenstein *et al.*, 2001).

On comprend aisément que le risque perçu puisse surévaluer ou sous-évaluer un risque observé, débouchant ainsi sur des phénomènes d'amplification sociale ou d'atténuation du risque (Kasperson, 1996). Mais ce jugement subjectif varie de façon radicalement différente selon la nature du risque, sa nouveauté ou sa familiarité, l'existence de crise avec controverse et les possibilités de gestion qui sont attachées aux différents risques, toutes distinctions étrangères à la science en général et à l'épidémiologie en particulier. En fait, l'universalisme de l'approche épidémiologique du risque (tous les risques relevant du même cadre d'analyse quels qu'en soient les contextes) se heurte à l'approche perceptive, située, elle, dans le temps et l'espace, singularisée et contextualisée, tant au plan sociétal qu'individuel. Pour comprendre dans quelle mesure et sur quels éléments se fonde cette opposition, il est nécessaire d'esquisser comment sont construites l'une et l'autre.

2 | Constructions cognitive et sociale du risque

Dans les relations entre perception et gestion du risque, il faut distinguer d'une part les risques dont la gestion relève des comportements individuels et, d'autre part, ceux qui, par nature ou par construction, sont sous la responsabilité exclusive des pouvoirs publics. Cette distinction est utile pour rendre compte de l'impact de la perception sur la gestion en fonction des sources de risque. Mais quel que soit l'événement susceptible d'être défini comme risque, deux questions majeures se posent :

- Y a-t-il risque ou simplement danger ?
- Faut-il ou non agir et quelle serait l'action pertinente ?

La réponse à la première relève d'une construction cognitive, le processus par lequel est construite la seconde mêle étroitement connaissance et politique.

La construction scientifique probabiliste réduit le risque sanitaire à la seule catégorie d'événements néfastes pour la santé identifiables par une incidence mesurée (Samet *et al.*, 1998). Au point que pour certains, risque reste synonyme d'incidence (Abenham, 1999). Le corollaire en est que sans incidence constatée, la qualification d'un événement en risque est incorrecte et sans estimation de la probabilité-magnitude en relation avec une source, pas de réponse rationnellement fondée pour gérer le risque. Le danger, lui, est défini comme une menace potentielle pouvant donner lieu à un risque sanitaire, dès lors que des effets adverses sont identifiés et appréciés en relation avec sa source. Dans ce sens, si le risque sanitaire traduit la concrétisation d'un danger, tous les dangers

ne constituent pas des risques sanitaires. Le problème est qu'un danger identifié comme tel à un moment peut cacher un risque qui, faute de surveillance ou de conséquences cliniques visibles, ne peut être identifié et caractérisé comme risque ; ce peut être le cas de substances toxiques, ce fut le cas de l'amiante pendant de nombreuses années, le risque d'encéphalopathie spongiforme subaiguë transmissible (ESST) à partir de l'ESB, etc.

La contestation de cette distinction entre risque (observé) et danger s'est développée à partir de ses insuffisances, tant à prendre en considération certains risques non observables ou reportés (cas des risques hypothétiques faiblement étayés), qu'à permettre une anticipation précoce de risques difficiles à caractériser. Avec pour effet une tendance à considérer la plupart des dangers comme des risques. L'avènement du principe de précaution correspond à ce point aveugle. En termes de perception, la distinction entre risque et danger, propre à l'approche scientifique, n'apparaît pas pertinente au public profane (Freudenbourg, 1988). Un danger peut être perçu comme un risque important, tandis que bien des risques ne sont pas perçus comme dangereux, c'est-à-dire ne retiennent pas son attention. Ce qui fait de l'acceptabilité (ou de l'inacceptabilité) des risques sanitaires une construction sociale progressive au cours de laquelle se distinguent l'évaluation issue de la démarche scientifique et celle déterminée par la perception sociale du risque. Chacune possède sa propre légitimité et ses limites.

Longtemps négligée pour sa nature subjective, la perception du risque est aujourd'hui admise comme une forme légitime d'évaluation des risques sanitaires. Elle est devenue un objet d'étude scientifique dans la mesure où elle s'est imposée à la fois comme une approche concurrente et comme une variable pertinente de l'intervention publique. La plupart des travaux sur la perception du risque montrent que ses déterminants sont multiples, qu'ils varient en fonction de la nature du risque et que les valeurs y tiennent une place décisive (Dake, 1991), telles l'acceptabilité de nouvelles technologies, le jugement moral, le souci de l'environnement et celui des générations à venir.

La difficulté majeure est de définir la place à accorder aux perceptions dans le processus d'analyse du risque et dans les décisions. Faut-il utiliser cette connaissance sur les perceptions, par ailleurs volatile, pour les modifier (objectif auquel correspond le développement du champ de la communication sur le risque) ou, au contraire, l'intégrer dans les décisions publiques, selon le modèle de démocratie sanitaire ? Autrement dit, face à une hypothèse de risque fortement perçu par une grande partie du public (cas des OGM), les choix de gestion retenus peuvent relever de deux logiques différentes, scientifique ou politique. La question dès lors ne se limite plus à l'appréciation du risque (y a-t-il un risque pour la santé ? de quelle magnitude ? à quel niveau d'exposition ?), mais s'étend à

celle de l'acceptabilité sociale à courir ce risque, en fait à accepter l'incertitude qui devient synonyme de « risque ».

3 | Paradoxes révélés par l'approche perceptive du risque

La fréquente critique adressée au risque perçu est de manquer d'objectivité, parfois par manque de connaissances pourtant disponibles, souvent par excès de crédulité envers des informations infondées. Or, la plupart des travaux publiés sur le risque perçu indiquent deux tendances lourdes qui remettent en cause la relation linéaire entre connaissance et perception du risque. La première établit que la connaissance dont font état les « profanes », en réponse aux questions visant à en déterminer le niveau, est une variable faiblement déterminante du risque perçu. Autrement dit, le niveau de connaissance s'avère faiblement corrélé à l'intensité du risque perçu : ainsi, les « experts » ne perçoivent pas les risques de façon radicalement différente des « profanes » (Rowe et Wright, 2001). La seconde est qu'en matière de classement de différents risques (échelle de risques), le risque objectif (l'estimation de l'incidence de l'effet adverse) apparaît comme l'une des principales variables qui détermine la notation et donc le rang (von Winterfeldt *et al.*, 1981) : ainsi, la plupart des échelles de risques utilisées sur un public profane indiquent que les risques connus à forte incidence (tabagisme, sida, alcoolisme, accidents de la route, etc.) sont régulièrement en tête de classement. Apparemment paradoxaux, voire contradictoires, ces résultats fournissent un éclairage sur la complexité de l'économie du risque perçu.

Le premier se justifie par la nature du risque perçu qui ne se réduit pas à une estimation du risque, à l'instar de l'approche épidémiologique, mais qui mobilise un jugement construit sur de multiples considérations et surtout sur des sentiments ou des émotions. La connaissance sur un risque par le profane (en termes de juste estimation du risque et des facteurs de risque) ne détermine pas son évaluation, c'est-à-dire la production d'un jugement sur son caractère acceptable. Le second permet de rendre compte que même l'énoncé d'une estimation « correcte » sur un risque ne détermine pas pour autant les comportements adéquats que sa prise en compte impliquerait. Il est trivial d'observer des personnes qui font état d'une bonne connaissance d'un risque estimé faible ou nul et qui le jugent inacceptable (OGM, nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ) ou produits chimiques dans l'alimentation) et s'en inquiètent fortement ; comme il est fréquent de rencontrer des personnes qui savent que le tabac multiplie les risques de maladies pulmonaires et cardio-vasculaires et s'y exposent durablement (de même pour le risque d'infection par le VIH et les rapports sexuels non protégés). Un tel constat souligne, si besoin était, la distance qui sépare la connaissance de l'action. Ainsi, nous avons pu observer qu'un

risque peut être perçu (estimé et jugé) comme insignifiant et déboucher néanmoins sur des comportements de protection injustifiés au regard de son inconsistance énoncée (Setbon *et al.*, 2002). D'autres variables déterminantes s'avèrent nécessaires à prendre en compte. En bref, l'importance accordée à certaines variables qualitatives singularise le risque perçu et le distingue du risque estimé par l'épidémiologie.

4 | Approches du risque perçu

Deux grands courants se partagent l'approche du risque perçu. Ils correspondent à deux conceptions des processus par lesquels se construisent les perceptions : le courant individualiste appuyé sur l'approche psychologique et le courant socioculturel élaboré sur la base de théories culturelles et sociétales.

Le premier actuellement dominant, l'approche psychométrique, s'est construit sur la base d'enquêtes empiriques à partir desquelles a été progressivement élaboré un cadre théorique capable de rendre compte des déterminants de la perception du risque. Les échelles de risques représentent l'outil méthodologique de prédilection de cette approche. Elles permettent de faire représenter par les individus sur une échelle graduée (en général de 0 à 20) leur niveau d'estimation d'un nombre important de risques de toute nature. Ainsi, il a été montré que les risques sont d'autant plus redoutés et l'objet de demande de régulation qu'ils sont effrayants, nouveaux et exposants de larges populations (Fischhoff *et al.*, 1978). En fait, ces variables en recouvrent de multiples qui sont corrélées : effrayant = conséquence catastrophiques et/ou fatales et échappant au contrôle des individus ; nouveau = inconnu (de la science), inobservables et aux effets adverses retardés. Ainsi, se retrouvent fréquemment en tête de classement par le public, aux États-Unis l'énergie nucléaire, ou en France les produits chimiques dans l'alimentation et les OGM. La source du risque, à savoir l'activité ou le produit qui est perçu comme à l'origine du risque, vient compléter en la complexifiant la grille explicative du jugement subjectif porté sur les risques. Le caractère immoral ou non naturel d'une activité, tel le risque de vMCJ lié à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) en est l'archétype via la dénonciation conjointe de la transformation de vaches herbivores en carnivores et du profit économique à l'origine d'un tel changement (Sjöberg et Torell, 1993). Plus largement, le jugement porté sur la source du risque traduit une vision politique de la société dans laquelle le risque, avéré ou supposé, est utilisé comme levier pour en dénoncer les travers et promouvoir de nouveaux modèles sociaux (Slovic et Peters, 1998). Ici, l'expression du caractère inacceptable du risque est soudée au jugement qui qualifie d'inacceptable sa source. La demande de protection

sur ces bases devenant de fait une demande de régulation (modification, suspension, interdiction) du produit ou de l'activité-source.

Le second courant est figuré par les approches culturelles et sociétales. Elles postulent que les approches purement individuelles (psychologiques) du risque ne permettent d'expliquer qu'une part de la perception du risque et que l'appartenance des individus à des groupes sociaux spécifiques est un facteur déterminant et discriminant de la façon dont ils perçoivent les risques. La théorie culturelle développée par Mary Douglas (1990) distingue les segments de la société qui peuvent avoir une attitude prévisible vis-à-vis de la perception du risque. Très sommairement, les « égalitaires », proches des mouvements écologistes, sont en faveur du « risque zéro », alors que les individualistes sont plus enclins à adopter des comportements risqués. Une théorie intermédiaire plus récente est celle développée par Roger Kasperson (1992) sur l'amplification sociale du risque. Elle est basée sur le principe que des personnes sont des « stations d'amplification positive ou négative du risque », filtrant les signaux émis vers la société en les atténuant ou en les augmentant. Ces interactions positives ou négatives sont prévisibles, et sont la résultante de déterminants socioculturels. Cette théorie qui pourrait à l'avenir trouver des développements stochastiques ou probabilistes présente l'avantage d'unifier les précédentes approches culturelles et celles des psychologues. Néanmoins, cette théorie qui postule l'existence d'un certain nombre de paramètres souffre des difficultés à la fonder empiriquement.

5 | Perception et gestion du risque de maladie infectieuse

Les maladies infectieuses transmissibles dont l'infection à VIH et les hépatites virales représentent actuellement la face la plus visible, figurent un modèle relativement original du rapport complexe et souvent ambivalent entre perception et gestion du risque. La perception du risque exerce des effets contradictoires sur la gestion selon que celle-ci relève soit des comportements individuels, soit de l'action publique. Cette complexification est due à la multiplicité des voies de transmission de l'agent infectieux qui fait peser la responsabilité de sa gestion soit sur l'individu, soit sur la collectivité ; certaines voies relèvent directement de la maîtrise des individus comme les relations sexuelles et l'injection de produits psychoactifs, d'autres sont du ressort des pouvoirs publics comme les produits sanguins et les greffes. Aussi, si la perception du risque a pour objet la maladie infectieuse (sida, hépatite ou encore vMCJ), plusieurs perceptions coexistent, ainsi que différentes formes de gestion en fonction de la source potentielle de transmission, à travers les variables qualitatives qui les singularisent. **Autrement dit, à partir d'une perception du risque de transmission d'un agent infectieux, dont le degré est sous la dépendance de multiples déterminants, les modalités de gestion différeront en rapport avec ses cibles et les objectifs visés.**

Ainsi, la prévention appliquée à certains produits/activités, autrement dit la sécurité sanitaire, se différencie doublement de celle propre à la démarche de santé publique centrée sur les comportements des individus : d'une part, elle ne vise pas une population identifiée par son exposition ou sa vulnérabilité, mais porte sur la source supposée du risque en se concevant comme globale et universelle ; d'autre part, elle s'appuie sur des mesures radicales visant un objectif de suppression du risque, voire son éradication. Ses formes d'action privilégiées sont l'interdiction, la suspension, l'autorisation de mise sur le marché ; autrement dit, sa radicalité s'exerce à travers la régulation de l'usage des produits. Avec parfois des conséquences paradoxales comme dans le cas de la suspension en milieu scolaire de la vaccination contre l'hépatite B, risque bien connu, justifiée par la perception d'induire des scléroses en plaques, risque lui non observé sur le plan épidémiologique. Le cas du risque de vMCJ indique également combien la gestion publique est dépendante des perceptions, quoiqu'il en soit par ailleurs de l'importance du risque : la capacité des individus à modifier leurs comportements de consommation de viande bovine en fonction de leurs perceptions a contraint les pouvoirs publics à une surenchère de mesures protectrices, justifiée moins par ses impacts sanitaires que par l'impératif d'en réduire les conséquences économiques sur la filière bovine. Le problème est différent quand le risque et sa gestion relèvent uniquement ou quasi exclusivement des comportements individuels.

L'histoire contemporaine du sida ainsi que des hépatites B et C montre une relation paradoxale entre perception et gestion individuelle du risque impliquant des changements de comportement. Une perception adéquate du risque d'être contaminé par le VIH, VHB et VHC, qui suppose une bonne connaissance des facteurs de risque, est à la fois nécessaire pour se protéger et insuffisante pour réduire durablement le risque de se contaminer. Ce phénomène de dissonance entre perception et gestion (on sait ce qu'il faut faire pour se protéger, mais les comportements à risque perdurent) s'explique en grande partie par l'existence de bénéfices perçus liés aux pratiques à risque : la gestion individuelle du risque d'être contaminé par un agent comme le VIH a un coût qui pèse exclusivement sur le sujet (le changement impliquant de sacrifier des bénéfices), alors que le coût de la gestion publique pèse sur la collectivité.

Enfin, les rapports entre perception et gestion individuelle du risque infectieux inclinent à relativiser, comme pour la plupart des risques, l'impact de la connaissance sur les comportements à risque. Ni l'absence de controverse sur les facteurs de risque, ni la diffusion massive des connaissances en direction du public n'ont permis de réduire de façon significative l'incidence du sida. À l'inverse, la stratégie de réduction des risques, inaugurée au début des années 1990 en direction des usagers de drogues paraît mieux adaptée à la nature ambivalente de certains comportements à risque/bénéfice : il ne s'agit plus de renoncer au bénéfice ou d'en modifier la nature par un changement radical

de comportement, mais de le rendre compatible avec des pratiques plus protectrices (accès à des seringues stériles pour les usagers de drogue par voie intraveineuse). La diminution de l'incidence de l'hépatite C chez les usagers de drogues semble confirmer la pertinence opérationnelle de cette approche.

6 | La recherche : état et besoins

Le développement de la recherche sur le risque perçu apparaît dans cette perspective comme une exigence à la fois scientifique et opérationnelle. La connaissance du risque perçu, élément essentiel de l'analyse du risque, implique l'identification de sa distribution en fonction des groupes sociodémographiques, de ses facteurs déterminants, ainsi que des relations entre les jugements et les comportements. Le moins que l'on puisse dire est qu'il existe un déséquilibre important entre la production de recherches au niveau international, pléthorique, et l'état de développement de la recherche en France, insignifiante. La question importante est à la fois « Pourquoi faut-il développer la recherche sur la perception du risque ? » et « Comment y parvenir ? ».

La raison principale en est que le risque perçu joue un rôle déterminant sur la gestion publique des risques, mais cela alors que l'on ne dispose pas d'une connaissance objective de ses principales dimensions. Il existe au moins deux grandes catégories de risques pour lesquelles le risque perçu s'avère central dans la gestion du risque, malgré l'ignorance qui l'entoure. L'une d'elles regroupe les risques pour lesquels la connaissance épidémiologique s'avère soit trop incertaine, soit largement insuffisante, à l'image du vaccin contre l'hépatite B soupçonné d'être la cause de scléroses en plaques. Face à ce type de risque, les pouvoirs publics sont portés à utiliser le principe de précaution en validant, sans identification préalable, l'importance du risque perçu et de la demande sociale de protection. L'autre catégorie rassemble les risques dont la perception entraîne des conséquences sociales et surtout économiques importantes, quelle que soit l'importance du risque, objectivé ou non : l'ESB et le risque de vMCJ n'est qu'un cas extrême d'un phénomène qui touche en premier lieu l'ensemble du secteur alimentaire. Ce qui caractérise ces risques est le fait que les consommateurs qui se considèrent exposés détiennent par leurs modifications de comportement un pouvoir autonome de gestion du risque qu'ils utilisent conformément à leurs perceptions. Dès lors, les pouvoirs publics sont poussés à considérer le risque perçu comme le risque réel et à faire de sa réduction l'objectif prioritaire de sa gestion, sans en connaître le degré ni les ressorts.

Face à ces besoins, on peut constater que les recherches publiées sur la perception du risque sont essentiellement anglo-saxonnes ainsi que les revues qui

lui sont dédiées. Une telle situation condamne les chercheurs français, essentiellement en sciences sociales, soit dans la plupart des cas à désertier ce champ, soit pour les rares chercheurs convaincus de son intérêt à publier en langue anglaise, au prix de contraintes supplémentaires peu valorisantes. Or, en dépit de la nature universelle de la plupart des risques (infectieux), les contextes nationaux, les caractéristiques sociocomportementales des populations concernées et les choix de la gestion publique déterminent les perceptions et les comportements qui les prolongent. En conséquence, il est à la fois important de développer des recherches nationales et de les inscrire dans le cadre théorique et méthodologique international le plus fécond. C'est à ces conditions qu'il sera possible de développer des approches comparatives, seules en mesure de faire émerger les variables nationales spécifiques à côté des variables universelles. Un gros effort d'orientation de la recherche française est nécessaire et il est urgent de l'organiser.

Conclusion

La perception du risque est l'élément central à travers lequel s'expriment tant les demandes sociales de protection face au risque que les comportements préventifs individuels. La meilleure définition actuelle du risque perçu est qu'il se présente sous la forme d'un jugement intuitif sur le risque dans lequel se mêlangent une estimation quant à son ampleur et des sentiments qu'il suscite. Que ces émotions ne soient pas fidèlement liées au risque observable n'est ni une raison d'en dénoncer l'irrationalité, ni moins encore d'en sous-estimer les conséquences sur sa gestion. Trop longtemps, le débat s'est focalisé sur sa distorsion en regard du risque observé ou du danger et en conséquence sur son caractère légitime. C'est un fait humain et social, et à ce titre il doit être étudié scientifiquement au lieu d'être évoqué, comme c'est trop souvent le cas, pour être dénigré.

La recherche sur la perception du risque apparaît dans cette perspective un enjeu stratégique d'autant plus urgent à relever que le retard accumulé en France depuis trois décennies nous isole tout en nous rendant dépendant des travaux réalisés dans d'autres pays. L'enjeu du développement de ce champ de recherche est double, national et international. Au plan national deux objectifs génériques lui sont assignés : d'une part, identifier ses déterminants afin d'en prédire les évolutions dans la population, d'autre part rendre compte des relations entre risque perçu et gestion du risque, tant à l'échelle comportementale qu'en termes d'action publique. Sur le plan international, l'ambition raisonnable est de prendre place dans un débat scientifique dont la richesse et l'intérêt ne fait plus aucun doute (Kahneman, 2002). De plus, la nécessité d'intégrer le risque perçu dans le processus d'analyse du risque suppose des liens étroits

entre épidémiologistes et chercheurs en sciences sociales, qui gagneraient à avoir mutuellement un regard sur les connaissances produites dans chacun des deux champs. Cela permettrait de substituer à une approche intuitive, dont se contentent trop souvent les gestionnaires, une approche rationnelle et robuste du risque perçu.

Références bibliographiques

- Abenhaim L. (1999). Nouveaux enjeux de santé publique : en revenir au paradigme du risque. *Revue française des affaires sociales*, **1** : 31-44.
- Dake K. (1991). Orienting dispositions in the perception of risk : an analysis of contemporary worldviews and cultural biases. *Journal of cross-cultural psychology*, **22** : 61-82.
- Douglas M., Wildavsky A. (1982). *Risk and culture : an essay of the selection of the technical and environmental dangers*. University of California Press, Berkeley.
- Fischhoff B. et al. (1978). How Safe is Safe Enough ? A Psychometric Study of Attitudes Towards Technological Risks and Benefits. *Policy Sciences*, **9** : 127-152.
- Freudenbourg WR. (1988). Perceived risk, real risk : social science and the art of probabilistic assessment. *Science*, **242** : 44-49.
- Kahneman D. Prix Nobel d'économie 2002, « Maps of Bounded Rationality : a Perspective on Intuitive Judgment and Choice ». Prize Lecture, December 8, 2002.
- Kasperson RE. (1996). Social Amplification and Attenuation of Risk. *The Annals of American Academy*, **545** : 96-105.
- Loewenstein GF., Weber EU., Hsee CK., Welch E. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, **127** : 267-86.
- Pidgeon NF. et al. (1992). Risk Perception. In : *Risk Analysis, Perception and Management : Report of a Royal Society Group*. London, the Royal Society.
- Rowe G., Wright G. (2001). Differences in Expert and Lay Judgments of Risk : Myth or Reality ? *Risk Analysis*, **21** (2) : 341-356.
- Samet JM., Schnatter R., Gibb H. (1998). Epidemiology and risk assessment. *American Journal of epidemiology*, **148** : 929-936.
- Setbon M. (1996). Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique. *Revue française des affaires sociales*, **2** : 11-28.

- Setbon M., Lukasiewicz E., Fischler C., Flahault A. (2002). French GPs didn't fear the millenium bug. *Journal of Risk Research*, **5** (3) : 191-194.
- Setbon M., Raude J., Fischler C., Flahault A. (2005). Risk Perception of the « mad-cow disease » in France. Determinants and consequences. *Risk analysis*, **25** (4) : 813-826.
- Sjöberg L., Torell G. (1993). The Development of Risk Acceptance and Moral Valuation. *Scandinavian Journal of Psychology*, **34** : 223-236.
- Slovic P., Peters E. (1998). The importance of worldviews in risk perception. *Risk Decision and Policy*, **3** (2) : 165-170.
- Thompson Paul B. (1990). Risk Objectivism and Risk Subjectivism : When are Risks Real? 1 *Risk-Issues in Health and Safety* 3.
- von Winterfeldt D., John RS., Borchering K. (1981). Cognitive Components of Risk Ratings. *Risk Analysis*, **1** : 277-287.