

**Étude exploratoire des mécanismes
de l'efficacité des interventions visant
à réduire les inégalités sociales de santé.**

Étude pilote dans trois régions françaises

RAPPORT FINAL

Anne GUICHARD
Valéry RIDDE

Mars 2009

INTRODUCTION GENERALE

L'engagement de l'INPES sur le thème des inégalités sociales de santé s'inscrit dans le cadre de la nouvelle loi relative à la politique de santé publique de 2004. Il s'agit d'une problématique prioritaire pour l'institut en charge par ailleurs de contribuer au développement des actions de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire et à l'optimisation des pratiques (démarche qualité) et des actions.

Or, s'il existe une littérature abondante pour décrire les inégalités dans de nombreux pays, y compris en France (Leclerc, Fassin et al. 2000; Kaminski, Lang et al. 2008), on dispose de peu de résultats probants dans le contexte national concernant les mesures permettant d'infléchir cette tendance (Judge, Platt et al. 2005; Mackenbach, Judge et al. 2007; Ridde and Guichard 2008). Cet état des connaissances de l'efficacité des interventions contraste avec le foisonnement des interventions entreprises localement auprès des publics en situation de précarité et se donnant explicitement pour objectifs de résorber ces écarts sans pour autant en mesurer les effets (positifs ou négatifs). Compte tenu des effets différentiels suscités par les actions de prévention et d'éducation pour la santé parmi les différents groupes socio-économiques (Whitehead 1995), il importe de réfléchir et de garantir des interventions qui ne soient pas des vecteurs d'aggravation des disparités, notamment en s'assurant que les mesures prises ont bien eu les effets escomptés, en particulier parmi les groupes sociaux les plus désavantagés.

Dans le cadre du développement de cet axe, l'INPES (la direction du développement, de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, en particulier) s'est donné pour objectif d'étudier la faisabilité de développer une base de données (BDD) nationale des « Bonnes pratiques 1 » issues des interventions locales menées notamment dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et remplissant un certain nombre de critères de qualité et d'efficacité au regard de la problématique des inégalités sociales de santé (voir projet de la base de données). Ce projet est conduit en partenariat avec la DGS, les DRASS de 3 régions pilotes², et des experts du domaine. Les trois régions pilotes ont été choisies sur la base de leur expérience du projet européen « Closing the gap » (volet des Bonnes Pratiques, cf infra), et de leur avancement dans l'évaluation des pratiques de prévention et d'éducation pour la santé. À cette étape exploratoire, il nous a semblé intéressant de travailler avec des régions contrastées en termes de taille du territoire et de capacité d'observation des possibilités et des modalités d'organisation de chacune de ces régions pour repérer et analyser ces « Bonnes Pratiques ».

Ce projet de recherche s'inscrit dans la continuité de la participation de l'institut au projet européen '*Comblant le fossé (Closing the gap) : stratégies d'action pour la lutte contre les inégalités de santé en Europe*' co-financé par la Commission Européenne en 2003 et dont l'objectif est de développer une base de connaissances relatives aux stratégies et aux actions de promotion de la santé contribuant à résorber les écarts de santé. Un des volets du projet

¹ Dans le cadre du projet, nous appelons « bonnes pratiques » toute action mettant en œuvre une méthodologie ou un traitement spécifique jugé optimal eu égard aux résultats obtenus vs attendus. Ce terme suscite un intérêt particulier dans le domaine de la santé car il laisse ouverte la voie à l'innovation ou à la révision de l'action en question si nécessaire. En outre dans le domaine des politiques de santé, il existe un intérêt tout particulier à échanger les meilleures pratiques, car à l'inverse des entreprises commerciales, il n'existe pas d'intérêts concurrentiels poussant à les garder secrètes.

² Pour des raisons éthiques elles ne seront pas nommées dans ce rapport.

consistait à élaborer un répertoire européen des « Bonnes Pratiques » au moyen d'une grille de sélection de projets (voir section 1 du présent rapport).

Dans ce contexte, et partant de l'expérience acquise au sein du programme européen, l'étude proposée ici en partenariat avec l'Université de Montréal, vise à analyser les pratiques repérées comme des « modèles pour l'action » à partir d'un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions dans le champ de la promotion de la santé. Ce modèle a été élaboré à l'occasion d'une recherche sur l'efficacité en Promotion de la santé entreprise par le Consortium Canadien pour la Recherche en Promotion de la Santé (Hills, O'Neill et al. 2004) pour le compte de Santé Canada. Le chercheur de l'Université de Montréal qui a collaboré avec l'institut a participé à cette recherche.

Le présent rapport de recherche est constitué de trois sections que le lecteur pourra lire de manière indépendante, même si elles sont évidemment inter-reliées. Dans la **première section**, nous précisons l'ensemble de la démarche méthodologique qui a conduit à la réalisation de la recherche. Il s'agit notamment de préciser le processus qui a conduit à la production d'une grille d'analyse des interventions qui a par la suite été appliquée selon une approche d'évaluation particulière, soit l'évaluation dite réaliste (Pawson and Tilley 1997). Cette grille nous semble particulièrement utile pour les intervenants qui souhaitent s'interroger sur la contribution de leurs interventions de promotion de la santé à lutter contre les inégalités sociales de santé. Dans la **deuxième section** du présent rapport, le lecteur trouvera la description des différentes interventions analysées lors de cette recherche ainsi que des principaux résultats exploratoires auxquels nous sommes arrivés. Cette section montre notamment que l'usage de la démarche méthodologique proposée est pertinente, certes exigeante et disposant de certaines limites comme toute méthode, mais il nous a semblé avoir montré que l'application de l'approche réaliste était à poursuivre. Enfin, dans la **troisième section**, nous présentons une étude plus sociologique de la mise en œuvre des interventions en montrant notamment combien l'analyse qualitative du jeu des acteurs et de leur mobilisation est complémentaire d'une recherche utilisant une grille délimitant la collecte des données.

Pour revenir à l'objectif exploratoire et méthodologique de la présente recherche, la lecture de ce rapport est encourageante car elle montre que la méthode que nous avons testée est applicable dans le contexte français. Tel que projeté dans le cadre de la convention passée avec le Centre de Recherche du CHU de Montréal, l'INPES dispose aujourd'hui d'un outil original et spécifique d'analyse des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé. Il reste maintenant à tester cet outil à une échelle plus importante afin d'en renforcer la validité externe.

SECTION 1

UNE GRILLE D'ANALYSE DES ACTIONS POUR LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

UNE GRILLE D'ANALYSE DES ACTIONS POUR LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Anne Guichard et Valéry Ridde

Introduction

« *L'intervention que nous mettons en œuvre a-t-elle des chances de réduire les inégalités sociales de santé ?* ». Voici la question que se posent de plus en plus d'intervenants de santé publique en France. Mais pour répondre à cette interrogation, force est de constater que les acteurs de terrain se trouvent partiellement démunis, tant les conseils pratiques pour agir contre les inégalités sociales de santé (ISS) sont aussi rares que les chercheurs éprouvent des difficultés à les prodiguer (Ridde and Guichard 2008). Ainsi, l'objectif de ce chapitre est de proposer une grille d'analyse permettant de fournir des pistes de réponses à la question posée par ces intervenants. Il s'agira également de présenter la réflexion méthodologique qui a sous-tendu le processus d'élaboration de cette grille qui s'est largement inspiré de la démarche d'évaluation réaliste décrite dans le chapitre précédent. Mais autant le dire tout de suite, nous ne proposerons pas de réponse toute faite pour réduire les ISS. Le but est plus modeste et consiste à partager le produit d'une recherche qui visait à tester une approche méthodologique pour analyser les mécanismes de l'efficacité des interventions de promotion de la santé dans la réduction des ISS. Le produit de ce travail comprend une grille qui pourrait permettre aux acteurs de terrain, selon une démarche d'analyse réflexive, de porter un regard nouveau sur leurs interventions afin de comprendre dans quelles mesures elles disposent du potentiel pour réduire les ISS. Commençons par expliciter la démarche qui a permis la production de cet outil.

L'intégration de trois outils d'analyse

Notre démarche a d'abord consisté à étudier trois instruments existants pour l'analyse des projets de promotion de la santé au regard des ISS.

La grille de sélection des « bonnes pratiques » selon le projet « Closing the gap »

Le projet européen « *Closing the gap : stratégies d'action pour la lutte contre les inégalités de santé en Europe³* » a permis de constituer une base de données européenne de bonnes pratiques pour lutter contre les ISS. La sélection des projets s'est faite à partir d'une grille élaborée en collaboration avec les représentants institutionnels des pays partenaires et des experts européens dans le domaine. Elle est composée de onze critères de qualité :

- participation du public,
- accessibilité de l'action
- approche par lieux (*settings*)
- diagnostic des besoins
- pouvoir d'agir
- partenariats
- évaluation
- pérennisation
- cout-efficacité
- utilisation d'intermédiaires
- démarche qualité

³ Voir le nouveau projet : <http://www.health-inequalities.eu/>

Sa structure finale reflète la volonté de s'adapter à la diversité des pratiques des pays partenaires, d'où sa simplification. L'action analysée devait se montrer exemplaire sur au moins 1 des 11 critères listés pour être qualifiée de « Bonne Pratique ».

Ce dispositif qui se fonde sur une démarche qualité plutôt que sur des éléments de performance a tout de suite suscité l'enthousiasme des partenaires du projet, d'autant qu'il amorçait une démarche très attendue de mutualisation des connaissances et des expériences, directement utilisables par les promoteurs d'actions.

Les limites de cet outil sont notamment que les critères sont trop peu discriminants et la liste à remplir trop restrictive. Il est en effet possible d'émettre quelques réserves méthodologiques sur le fait de faire reposer le jugement qualitatif sur la présence d'un seul critère. La grille ne permet pas non plus, ou très difficilement, pour les projets analysés de justifier de l'atteinte d'effet (efficacité). À l'exception d'un critère (accessibilité de l'action aux publics), la problématique spécifique des ISS n'est pas prise en compte. De surcroît, compte tenu de l'importance des spécificités des contextes d'actions (nationaux, locaux), ce dispositif peine aussi à dégager les éléments de contexte dans lequel les actions sont mises en œuvre. Il ne permet pas non plus de comprendre les processus d'intervention qui se sont montrés favorables ou non à l'atteinte des objectifs.

Preffi 2.0

Preffi⁴ est un outil d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé couramment utilisé aux Pays-Bas. Il peut être utilisé à la fois pour la gestion de projet ou l'évaluation de programmes et ainsi contribuer à améliorer la qualité des projets (Molleman, Ploeg et al. 2006).

L'outil s'appuie sur l'idée qu'il existe une interaction permanente entre, d'une part, l'analyse, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'un projet et, d'autre part, les ressources humaines, organisationnelles et financières. Les différentes phases d'un projet se voient ainsi reliées dans une dynamique cyclique et systémique. L'outil peut donc être mobilisé à n'importe quel stade d'un projet. Il se présente sous la forme d'un questionnaire qui reprend les différentes phases d'une démarche de projet et les ressources qui s'y rattachent. Ces données sont réparties en huit catégories :

- analyse du problème
- déterminants du problème
- groupes cibles
- objectifs
- conception de l'intervention
- mise en œuvre
- évaluation
- ressources et faisabilité

Ces différentes phases se décomposent en un grand nombre d'indicateurs auxquels on donne une appréciation (faible, moyen et fort).

⁴ <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=preffi/preffi2.htm>

Ex : *Catégorie* : Mise en œuvre

- *Indicateur* : Mode de mise en oeuvre : descendant et/ou ascendant
- *Questions* :
 - Le mode de mise en oeuvre, soit toutes les activités nécessaires pour mener bien une nouvelle intervention, résulte-t-il d'un choix explicite?
 - Les intermédiaires ont-ils la possibilité d'adapter l'intervention à leur propre situation ?
 - Si les intermédiaires ont la possibilité d'adapter l'intervention, les éléments incontournables sont-ils identifiables ?

L'originalité de la démarche Preffi réside dans l'attribution d'un niveau de preuve (1 à 5) pour chaque indicateur allant de méthodes dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée à des situations où les indicateurs se basent plutôt sur l'expérience des professionnels.

L'intérêt de Preffi est de proposer une méthode très structurée pour soutenir la planification et la gestion de projet. Il peut servir à la fois de guide d'aide à l'action et participer à améliorer la qualité des projets ou soutenir une démarche d'auto-évaluation. Compte tenu des objectifs poursuivis, Preffi présente les limites de tout questionnaire quantitatif, c'est-à-dire qu'il ne permet pas d'accéder aux dimensions qualitatives des projets, à la compréhension de la dynamique des processus et du contexte par exemple. L'instrument n'a pas intégré d'indicateurs plus spécifiques relatifs aux ISS. En outre, le questionnaire est long (une trentaine de pages), peu adapté aux actions ponctuelles de petite envergure, qui sont majoritaires dans le champ des ISS en France (Evalua 2005).

Le Consortium Canadien de Recherche en Promotion de la Santé

À la demande du ministère de la Santé canadien, des chercheurs membres du Consortium Canadien pour la Recherche en Promotion de la Santé ont développé une idée originale pour l'évaluation de l'efficacité des interventions (Hills, O'Neill et al. 2004; Hills, Carroll et al. 2004). Face aux différents modèles d'évaluation de l'efficacité et des processus, l'approche ici suggérée est plus sensible à l'environnement et s'attarde sur la relation indissociable qui existe entre le contexte, les processus et les effets des actions (voir chapitre de Blaise et al. et (Pawson and Tilley 1997)). Il s'agit finalement moins de décrire des « Bonnes Pratiques » que des « Meilleures Pratiques » compte tenu du contexte dans lesquelles elles sont mises en œuvre (Patton 2001). Le cœur de l'analyse repose sur le concept de « mécanisme » qui a été explicité dans le chapitre précédent.

À la suite d'un travail théorique et d'une étude exploratoire des écrits scientifiques portant sur l'évaluation d'interventions en promotion de la santé, des mécanismes particuliers *a priori* efficaces ont été repérés (Tableau 1). Mais les chercheurs ne se sont penchés que sur trois des composantes de l'efficacité des interventions : i) planification concertée ; ii) organisation et action communautaire ; iii) changements individuels, communautaire et systémiques. De plus, il ne s'agit que de mécanismes « candidats » car la démarche canadienne s'est arrêtée à ces propositions théoriques sur la base des écrits scientifiques.

Tableau 1 : mécanismes candidats de l'efficacité en promotion de la santé

Planification concertée	Organisation et action communautaires	Changements systémiques et communautaires
• Implication de tous les partenaires clés	• Occasions de formation, d'apprentissage	• Impact sur les normes communautaires
• Participation signifiante	• Leadership partagé	• Attraction de nouveaux partenaires
• Valorisation des différents types d'apports et de savoirs	• Engagement constant des partenaires	• Publicisation des succès
• Une vision commune (une analyse commune du contexte)	• Réflexion critique continue sur les processus et les résultats des actions	• Capacité à convaincre les décideurs de l'importance des succès
• Mise en place de processus réflexifs et de dialogue critique	• Mobilisation de ressources	• Développement/adoption/adaptation de stratégies d'échange de savoirs
• Négociation des relations de pouvoir dans la prise de décisions	• Suivi systématique et ajustements aux besoins	• Adoption/adaptation du projet par un plus large ensemble de partenaires
• Responsabilité et imputabilité partagées	• Réflexion critique pour adapter les plans à la réalité	• Changement de modèle de pratique professionnelle
• Planification de l'action	• Impact sur l'amélioration individuelle de l'éveil, des connaissances et des comportements de santé	
• Stratégie d'évaluation participative		

La force de cette grille est que son approche est fondée sur la prise en compte du contexte et de ses relations avec les « mécanismes » (processus) plutôt que la focalisation sur les étapes de projet. Nous savons en effet que les processus ne sont jamais aussi linéaires et monolithiques (Lemieux 2002) que les manuels de gestion de projets le laisse à penser. De plus, la grille prend en compte le pouvoir d'agir (*empowerment*), une dimension essentielle de la réduction des ISS (Wallerstein 2006). Toutefois, une des limites majeures de cet outil est qu'il n'a pas été créé spécifiquement pour analyser les projets qui visent la réduction des ISS. Les mécanismes mis au jour ne concernent donc pas spécifiquement la réduction des ISS mais les projets de promotion de la santé en général. De plus, l'outil et ses mécanismes ne reposent que sur l'étude partielle d'écrits scientifiques et, à notre connaissance, aucune utilisation ou validation empirique n'a eu lieu.

Synthèse

Ainsi, l'analyse détaillée de ces trois outils a mis au jour leurs forces et leurs faiblesses (Tableau 2) et justifié leur intégration et leur adaptation pour la création d'un outil spécifique que nous avons testé auprès de plusieurs interventions dans trois régions françaises (Bretagne, Limousin, Rhône-Alpes).

Tableau 2 : forces et faiblesses des trois outils

	Forces	Faiblesses
Closing the Gap	Prise en compte des ISS Souplesse dans son utilisation	Peu adapté à l'échelle locale Faible prise en compte du contexte Pas de démarche qualité Lourdeur du dispositif d'utilisation
Preffi	Bien structuré Items avec niveaux de preuve Structuration par étapes de projet Démarche qualité Auto-évaluation	Généraliste et pas spécifique aux ISS Lourdeur du dispositif d'utilisation Faible prise en compte du contexte
Consortium canadien	Assises théoriques Structuration par composantes et mécanismes Prise en compte du contexte Modèle d'évaluation adapté à l'échelle locale	Généraliste et pas spécifique aux ISS Lourdeur du dispositif d'utilisation Très théorique Non testé empiriquement

Le développement d'une nouvelle grille pour l'INPES

Compte tenu des forces et des limites des outils existants et de notre volonté de produire une grille utile pour repérer et analyser les interventions visant la réduction des ISS, nous avons été amenés à faire preuve de créativité. Les critères que nous avons retenus sont de deux ordres, d'une part, des critères d'*efficacité* liés à toutes interventions en promotion de la santé (IUHPE 2004; McQueen and Jones 2007), et d'autre part, des critères que l'on pourrait qualifier d'*équité* car ils doivent quant à eux prendre directement en compte la réduction des ISS (Potvin, Ridde et al. 2008).

Critères d'efficacité : la méthode utilisée pour développer notre grille est partie de l'hypothèse qu'une action qui cherche à réduire les ISS doit avant toute chose remplir les critères généraux et classiques de qualité du processus d'une intervention, et notamment de celles en en promotion de la santé. Car en effet de manière implicite et ce depuis la Charte d'Ottawa, on s'entend pour accorder un objectif de réduction des ISS aux actions de promotion de la santé (Ridde 2007). L'efficacité d'une intervention doit donc être évaluée à l'aune des quatre-sous processus classiquement associés aux interventions : planification, mise en œuvre, pérennisation et évaluation (Pluye, Potvin et al. 2004; Ridde, Pluye et al. 2006). Ces éléments ont été retenus sur la base de plusieurs critères : pertinence, présence commune dans les trois outils, utilisation facilitée dans une optique d'analyse. C'est ainsi que les critères les plus pertinents des trois outils organisés autour de ces quatre éléments fondamentaux ont été retenus. Mais cela ne suffit pas pour lutter contre les ISS.

Critères d'équité : la nature même de l'objectif de réduction des ISS impose aux promoteurs de projets une adaptation des actions spécifiquement en ce sens. Le critère d'équité doit être intégré et englober l'ensemble des quatre sous-processus, tel que précisé dans le chapitre d'introduction de la section Évaluation. Par exemple, il est indispensable de se préoccuper de l'accessibilité de l'action aux publics cibles, de prendre en compte différents sous groupes de population dans la planification et l'évaluation, d'agir à de multiples niveaux et sur une myriade de déterminants sociopolitiques, etc. Cette adaptation a été rendue possible par notre expérience et notre connaissance des écrits scientifiques sur les ISS. Nous avons ajouté les mécanismes de la grille canadienne qui ne figuraient pas dans les deux autres outils, par exemple les items concernant le leadership ou la concertation, afin que l'outil intègre toutes les dimensions du modèle sous jacent de l'évaluation réaliste. L'objectif concernant le renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*) a été ajouté puisqu'il s'agit d'un résultat

intermédiaire à la réduction des ISS et d'un effet attendu des interventions de promotion de la santé (Ridde, Delormier et al. 2007).

La forme : en ce qui concerne la présentation visuelle de la nouvelle grille, et pour en faciliter son appropriation par les intervenants français familiers d'une approche par étapes de projet, il a été décidé de structurer la grille à partir de ces étapes et d'y ajouter une rubrique spécifique concernant le pouvoir d'agir pour des raisons précédemment évoquées. L'adaptation de la grille s'est enfin attachée à prendre en compte certaines spécificités du contexte français, comme par exemple la régionalisation de la santé publique et de l'éducation pour la santé (pôles de compétences), l'expertise et les ressources régionales (SREPS, pôles de compétences, ORS). Cette prise en compte a été rendue possible grâce à la participation et la validation de cet outil par les principaux partenaires de l'INPES dans les trois régions pilotes (DDRASS, DDASS, ORS, CRAES) afin de s'ajuster au plus près des besoins des acteurs.

Présentation de la grille

La grille est finalement composée de cinq rubriques (planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation et pouvoir d'agir) et de 51 critères d'analyse au total. Ces critères se présentent sous la forme de questions listant les éléments jugés importants pour mener à bien des actions dans le domaine des ISS. Pour les besoins de l'étude qui visait à explorer de façon approfondie les mécanismes de l'efficacité des actions au cours d'un entretien de recherche, il était demandé pour chacun de ces critères de poser une appréciation sur une échelle à 4 niveaux (faible, moyen, bon, excellent). Cette échelle d'appréciation (qui n'a pas été conservée dans la dernière version de la grille) n'avait pas pour objectif de juger de la performance des acteurs et encore moins de les comparer. Il s'agissait plutôt d'une appréciation pour stimuler un travail d'analyse et dégager les mécanismes recherchés dans notre étude. L'outil dispose d'une colonne permettant de décrire et documenter chacun des critères afin de lier les processus de l'action aux éléments de contexte qui avaient pu se montrer favorables (ou non) dans le déroulement de l'action. Enfin, un glossaire et un guide d'aide au remplissage de la grille ont été produits afin de faciliter l'usage de l'outil⁵.

<<< voir la grille d'analyse la fin de cette section >>>

Limites méthodologiques et cadre d'utilisation de la grille :

Pour s'analyser, mais pas pour évaluer ni contrôler

Cette grille a été développée pour être employée durant un projet de recherche⁶, mais nous croyons qu'aujourd'hui elle peut aussi être utile aux intervenants et autres acteurs de terrain. Elle s'inscrit dans une démarche qualité des actions afin d'orienter et stimuler une réflexion sur le déroulement du projet et les pratiques au regard de composantes se rapportant plus particulièrement à une problématique d'inégalités sociales de santé. Elle peut être utile aux intervenants pour planifier leurs interventions, étudier leurs pratiques ou vérifier qu'elles ont

⁵ Donner un lien internet INPES pour rendre au lecteur l'accès à ces documents (voir faisabilité)

⁶ Il faut ici préciser que cette grille était instrumentale à notre processus de recherche car nous l'avons utilisée pour repérer les interventions et surtout les configurations Mécanismes-Contexte-Effet (voir chapitre précédent). Par ce repérage, nous pouvions par la suite organiser des entretiens en profondeur avec les acteurs clés afin de disposer de données empiriques qualitatives pour mieux comprendre ces configurations et récurrences, ce qui fera l'objet d'un article scientifique dans un avenir proche.

le potentiel de réduire les ISS. Son usage doit strictement se limiter à ces modestes objectifs qui se veulent ancrés dans la perspective de professionnels réflexifs, comme il l'est de plus en plus demandé aux acteurs de santé publique et de promotion de la santé (Boutilier and Mason 2006; Calhoun, Ramiah et al. 2008).

Bien que le développement de cette grille ait emprunté à un modèle d'évaluation, il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des actions au sens d'une reddition de comptes, et il ne devrait surtout pas être compris comme un étalon des « bonnes pratiques » qui permettrait de justifier l'octroi ou l'arrêt de financement pour un domaine qui en dispose déjà de très peu. Son utilisation ne doit en aucun cas se substituer à un processus d'évaluation rigoureux qui permettrait de porter un jugement sur les interventions mises en œuvre (Ridde and Dagenais 2009). La problématique de l'évaluation a été abordée dans un chapitre précédent.

Cadre d'utilisation

Cette grille est le fruit d'un travail de recherche exploratoire. Elle a été développée pour être utilisée au cours d'un entretien en profondeur conduit par une personne expérimentée en méthodologie de projet dans le champ de la promotion de la santé et au fait des principaux enjeux de l'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé. Un usage autonome de la grille est toujours possible mais il requiert toute la vigilance des équipes concernées. En effet, et malgré une présentation qui pourrait paraître universitaire, l'usage de l'outil dans sa globalité est nécessaire et il importe de résister à toute tentation de simplification au risque de dénaturer la démarche poursuivie par l'outil.

Différentes étapes de travail sont à prévoir pour faire évoluer et affiner l'instrument, notamment par la poursuite de l'étude des mécanismes d'intervention impliqués dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, mais aussi par un travail avec les usagers de l'outil afin de développer un cadre et une méthodologie d'utilisation répondant encore mieux aux besoins des intervenants.

L'approche réaliste à l'épreuve du terrain

Au total, 13 projets ont été analysés avec la grille et une quinzaine d'entretiens approfondis ont été conduits avec différentes personnes ayant participé au processus de remplissage de la grille (porteurs de projets, membres des équipes régionales ayant mené les entrevues avec les porteurs d'actions). Ces entretiens ont porté sur l'intérêt et les limites de l'outil et plus généralement du dispositif d'entretien. Une journée de travail avec le pôle de compétence de Bretagne (responsable du projet en Bretagne) a été entièrement consacrée à l'analyse de la grille et à ses modalités d'usage. Nous en rapportons ici les principaux enseignements selon le point de vue des acteurs ayant participé au processus. On aura compris que les résultats issus de l'utilisation de la grille ne sont pas traités dans ce chapitre et qu'ils feront l'objet d'une autre publication.

- *Culture du résultat vs culture de la qualité* : l'outil tel que présenté permet de dépasser les résistances initiales à l'évaluation selon la culture des résultats et de la performance (Trosa 2003) qui est souvent comprise comme synonyme de contrôle et de sanction. En France, l'institutionnalisation de l'évaluation dans les années 1990 a fait en sorte qu'elle soit étatisée et dépendante de l'autorité gouvernementale (Thoenig 2005). Cette perception différente a été possible car il met l'accent sur la qualité de la démarche (du processus) plutôt que sur la preuve (positiviste) de son efficacité. Il s'agit d'une approche pragmatique

de l'évaluation, utile à la décision (Patton and LaBossière 2009), adaptée aux projets locaux et à la réalité des interventions en milieu complexe. L'outil permet de relativiser les attentes des financeurs qui sont souvent disproportionnées et inadaptées par rapport aux actions. Il s'agit d'un mode d'évaluation porteur de sens qui éclaire les pratiques quotidiennes et le « comment ».

- *Aller au-delà du constat de l'effet produit, en comprendre la mécanique* : en essayant de comprendre ce qui fonctionne, pourquoi, comment, pour qui et dans quelle circonstance, l'approche se démarque du modèle d'évaluation classique qui se limitera à constater l'effet produit de l'action sans en comprendre les étapes intermédiaires, sans tenter d'entrouvrir les mystères et les dédales de cette boîte noire. La grille a permis de dégager des effets de trajectoires, des jeux d'acteurs ainsi que des enjeux organisationnels dont l'intrication est souvent rendue insaisissable par les méthodes quantitatives classiques. Ces dimensions sont pourtant déterminantes des orientations des projets.
- *Instrument de réflexivité* : Conçu et utilisé initialement dans une optique de sélection de projets par des chercheurs, les répondants ont quant à eux situé l'instrument dans une véritable démarche qualité et pédagogique faisant ainsi la distinction entre démarche d'évaluation et démarche de performance. En pratique, les acteurs interrogés ont perçu l'outil comme leur ayant permis de situer le niveau de qualité de leurs projets, de réajuster leurs objectifs, de résoudre des situations problématiques, de dégager des pistes d'amélioration, de définir de nouveaux partenariats à développer (notamment par rapport à la démarche évaluative) ou simplement de se doter d'objectifs de formation. Ainsi, l'outil a été en quelque sorte approprié (voir encadré), selon une démarche réflexive assez rare en promotion de la santé (Boutilier and Mason 2006). Cette démarche nous semble d'autant plus importante à entreprendre, sans pour autant vouloir stigmatiser les promoteurs de projets, que les interventions sélectionnées pour notre étude n'avaient finalement pas pour objectif premier la réduction des ISS. Ils visaient parfois certains sous-groupes de la population sans agir sur la réduction des écarts entre les sous-groupes et le « gradient social ». Grâce à cet outil et cette recherche, chercheurs et intervenants se sont finalement rendus compte ensemble que plusieurs critères figurant dans l'outil ne pouvaient être appréciés et pris en compte, tout simplement parce que les projets n'étaient pas planifiés pour réduire les ISS. Il s'agissait en effet le plus souvent d'actions de petite envergure n'ayant pas développé de méthodologie propre à s'attaquer aux ISS et portées par des associations dont nous connaissons les difficultés structurelles et récurrentes (temps partiel et roulement des salariés, formation et professionnalisation des salariés, ressources limités et non récurrentes, etc.). Ainsi, la grille a parfois été perçue comme trop sophistiquée et faisant peu de sens pour les acteurs dont la pratique est fortement ancrée dans le vécu. Mais elle a tout de même pu servir à ces mêmes acteurs pour s'interroger sur leurs pratiques.

Conclusion

L'outil développé à partir de trois grilles existantes dans le domaine de la promotion de la santé et adapté au contexte spécifique de la réduction des inégalités sociales de santé en France pose les bases d'une analyse réflexive sur les interventions. L'outil a semblé très utile aux différents intervenants pour s'interroger sur leurs pratiques au regard des ISS. C'est dans cette optique d'analyse qu'il doit être employé car il n'a pas la prétention de servir de référentiel, mais de poser les jalons d'une démarche qualité pour agir contre les ISS. À ce jour, et même si des ajustements restent à faire, l'outil peut d'ores et déjà entrer dans le cadre

d'un processus formatif/méthodologique d'accompagnement des équipes de terrain et ainsi participer à l'explicitation et l'amélioration des connaissances et des pratiques pour agir contre les ISS. Il doit presque nécessairement s'accompagner d'entretiens et de discussions en profondeur, son remplissage étant instrumental à l'analyse réflexive. L'outil peut aussi trouver sa place dans le fonctionnement habituel des associations et être utilisé comme une ressource, à tout moment, dans une démarche de projet ou d'analyse des actions au regard des ISS, mais certaines précautions sont à prendre. Ainsi, il s'agit d'un dispositif dont l'originalité et l'intérêt réside dans sa dimension qualitative car la grille est indissociable de l'entretien en profondeur.

1. PLANIFICATION DE L'ACTION

Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte

Analyse du problème et des besoins

1. - La nature du problème des inégalités sociales de santé est décrite dans le projet (fait référence à des données épidémiologiques – entre autres – concernant la nature, la fréquence et la distribution du problème / indicateurs de prévalence, incidence)
2. Les déterminants comportementaux susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiées sont décrits
3. Les déterminants sociaux, culturels, politiques et environnementaux (ex : chômage, discriminations, criminalité...) susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiées sont décrits
4. Des déterminants différents ont été identifiés pour les différents sous-groupes cibles de la population (âge, sexe, culture, position sociale...) concernés
5. La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur des connaissances théoriques et/ou scientifiques tirées de la littérature spécialisée (étude préalable, référence à des rapports d'évaluation, analyses des besoins, études épidémiologiques, modèles théoriques explicatifs des inégalités sociales de santé, ...)
6. La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur l'avis d'experts et/ou de professionnels de la problématique
7. La description du problème des inégalités sociales de santé a pris en compte l'avis du(des) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s)
8. Le(s) groupe(s) cible(s) identifiés découle de l'examen de la situation au regard des inégalités sociales de santé (pertinence du groupe cible)
9. Les acteurs (partenaires, intervenants, public cible) impliqués dans l'action ont une vision partagée de l'analyse du contexte

Objectifs, justification et conception des actions pour réduire les inégalités sociales de santé

10. Le (s) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s) par la problématique des inégalités sociales de santé est(sont) clairement défini(s) et décrit(s) (ex : âge, sexe, formation, revenus, profession, situation professionnelle, langues écrites et parlées, zone de résidence, appartenance religieuse, , environnement culturel...)
11. L'action (ou certaines de ses modalités) vise les déterminants sociaux de la santé
12. L'action prend en compte différents niveaux d'action (individus, groupes, organisation, lieux de vie et société, politique)
13. L'action vise explicitement à réduire les inégalités sociales de santé

14. Les objectifs opérationnels sont cohérents avec l'analyse faite du problème des inégalités sociales de santé
15. Le choix de la stratégie d'action s'appuie sur des informations établies de façon rigoureuse (ex : rapports d'évaluation, articles scientifiques, revues de la littérature, méta-analyses, référentiels de bonnes pratiques) et potentiellement efficaces pour atteindre le(s) objectif(s) de l'action

Implication des partenaires et du(des) public(s) cible(s)

16. Les principaux partenaires (ex : associations, institutions, organisations, financeurs) concernés par l'action ont été impliqués au moment de la planification de l'action
17. Des partenaires possédant une expérience spécifique dans le domaine des inégalités sociales de santé ont été associés au moment de la planification de l'action
18. Le(s) groupe(s) cible(s) ont été impliqués dans la conception de l'action
19. Les intervenants ont été impliqués dans la conception de l'action
20. Les rapports de force et/ou conflits d'intérêts entre les différents partenaires intervenant dans les processus de décision ont été mis à plat et discutés

2. MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Organisation et pilotage du projet

21. Des mesures incitatives (ex : dédommagement du temps de travail, formations spécifiques, reconnaissance institutionnelle, diplômes/certificats de participation, etc) ont été déployées pour encourager les intervenants à se mobiliser
22. Des mesures incitatives (ex : formation certifiée, compensation financière, tickets restaurants, certificats de participations etc) ont été déployées pour encourager le(s) groupe(s) cible(s) à participer
23. Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et les contributions du(des) groupe(s) cible(s) ont été utilisées? (ex : comité des usagers, formations...)
24. Les rôles, tâches et responsabilités de tous les acteurs (partenaires, intervenants, et/ou public) impliqués dans l'action sont clairement définis
25. Les responsables de l'action ainsi que les intervenants sont suffisamment qualifiés pour mener les activités/tâches exigées par le projet

Leadership

26. Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'action
27. L'action tend à faire évoluer les capacités de leadership des intervenants et/ou du(des) groupe(s) cible(s)
28. Le responsable de l'action est clairement identifié
29. L'action a eu recours à une expertise régionale sur les inégalités sociales de santé

Adaptation et accessibilité de l'action au(x) public(s) cible(s)

30. Les outils/supports de communication sont adaptés aux différents sous groupes cible(s) de la population concernés par la problématique des inégalités sociales de santé
31. Les contraintes économiques pour que le(s) groupe(s) cible(s) puisse(nt) participer ont été prises en compte
32. L'accessibilité physique des actions (accès handicapé, distance) a été prise en compte
33. Les sources de stigmatisation / discrimination (sexuelles, religieuses, culturelles, socio-économiques...) ont été prises en compte

3. EVALUATION

34. Un dispositif de surveillance/suivi de la mise en œuvre de l'action menant à des ajustement du processus d'intervention a été mis en place (fournir au moins un exemple)
35. Les modalités de l'évaluation (devis, méthodes, questions, calendrier...) de l'action ont été prévues dès l'étape de planification de l'action
36. Les différents acteurs, (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) concernés par le projet ont participé à la conception du plan d'évaluation
37. Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la conception du plan d'évaluation
38. Les différents acteurs, (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) ont participé à la mise en œuvre de l'évaluation
39. Le(s) groupes(s) cible(s) a(ont) participé à la mise en œuvre de l'évaluation
40. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont été formulées de manière participative entre les « évaluateurs et les non évaluateurs » (ex : public cible, intervenants) ?
41. Les indicateurs d'effets prennent en compte les sous-groupes de la population (désagrégation des indicateurs entre riches/pauvres, hommes/femmes, urbains/ruraux, entre catégories socioprofessionnelles...)
42. L'évaluation s'interroge sur d'éventuels circonstances ou effets secondaires imprévus ou contreproductifs (ex : accroissement des inégalités sociales de santé)

43. Il existe une procédure de suivi des effets à long terme après l'achèvement de l'action permettant de connaître le maintien ou non des bénéfiques (et/ou résultats) de l'action
-

4. PERENNISATION

44. Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets à la suite de l'arrêt de l'action ont été prévues dès le début de la planification du projet
45. Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'intervention
46. Des risques organisationnels (recrutements, locaux, écriture de projets...) ont été pris en faveur des activités de l'action

5. CAPACITE/POUVOIR D'AGIR (EMPOWERMENT)

47. L'intervention vise à renforcer la capacité/pouvoir d'agir du(des) public(s) cible(s)
48. Des activités sont entreprises pour favoriser la participation du(des) public(s) cible(s) (ex : comité des usagers, formation, guide pratique de la participation, etc...)
49. Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences techniques (savoir-faire, capacités) des public(s) cible(s) et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet
50. Des activités (ex : formations, jeux de rôle, groupes de parole...) sont organisées pour développer l'estime de soi (satisfaction personnelle, fierté de participer au projet, confiance en soi) du(des) public(s) cible(s)
51. Des activités (ex : formations, jeux de rôle, discussions de groupe...) sont mises en place pour améliorer la « conscience critique » (conscientisation) (càd être capable d'identifier les causes du problème que l'on cherche à résoudre, de comprendre que les causes et les solutions du problème vécu ne relèvent pas de la seule responsabilité du public cible, etc....)

SECTION 2

L'EXPLORATION DE QUELQUES MECANISMES FAVORABLES A LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN FRANCE.

L'EXPLORATION DE QUELQUES MECANISMES FAVORABLES A LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN FRANCE.

Valéry Ridde et Anne Guichard

INTRODUCTION

Le développement des connaissances dans le domaine de la promotion de la santé a permis de montrer que la plupart des interventions qui ont réussi à améliorer la santé des populations dans leur ensemble, n'ont pas été en mesure de résorber les inégalités sociales de santé. L'exemple du tabac est flagrant de ce point de vue puisque les taux de tabagisme ont souvent baissé pour la population dans son ensemble à la suite de programmes d'intervention mais les plus pauvres fument toujours plus que les plus riches (Barbeau, Krieger et al. 2004). Or, la promotion de la santé, depuis la Charte d'Ottawa, s'est fixé l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé. Ainsi, la promotion de la santé n'est plus à la quête de sens depuis Ottawa mais plutôt à la recherche de reconnaissance et de démonstration de son efficacité (Ridde, Guichard et al. 2007). De célèbres projets (e.g. North Karelia Project) ont ainsi organisé des devis expérimentaux pour faciliter l'évaluation de leur efficacité. Dans les années 1990, des experts encourageaient la réalisation de tels devis pour disposer de données sur les interventions utiles pour réduire les inégalités sociales de santé (Mackenbach and Gunning-Schepers 1997). Mais le champ de la promotion de la santé s'est vite trouvé face au mur des données probantes, de l'« evidence-based ». Comment, en effet, faire la démonstration de l'efficacité d'interventions aussi complexes et multisectorielles que celles de promotion de la santé sans pouvoir avoir recours aux devis expérimentaux qui ne sont pas appropriés dans de tels contextes ? Incontestablement, c'est une évolution marquante de la dernière décennie (O'Neill 2003) où les acteurs sont confrontés à deux questions lancinantes : quelle est la nature des preuves et comment évaluer les interventions en promotion de la santé. C'est dans ce contexte qu'un champ de recherche s'est développé dès la fin des années 1990 afin de réfléchir à ces questions de nature épistémologique et méthodologique. Une série de travaux ont été produits par l'UIPES (IUHPE 1999), un ouvrage de référence sur l'évaluation a été publié (Rootman, Goodstadt et al. 2001), des colloques a été organisé au Québec en 2002, en France par l'INPES en 2003 (IUHPE 2004), des cadres d'analyses ont été proposés (Nutbeam 1999; Cloetta, Spencer et al. 2005) et, plus récemment, des collectifs d'auteurs se sont penchés sur la question de l'efficacité en promotion de la santé (McQueen and Jones 2007; Potvin and McQueen 2009).

Mais si cette évolution est importante, elle bute toujours sur une impasse paradigmatique : comment évaluer des interventions de promotion de la santé qui, par nature, sont globales et contextuelles, et pour lesquelles on ne peut pas contrôler les facteurs qui produisent les effets contrairement à ce qui se passe en conditions de laboratoire ? Ainsi, s'appuyant sur un développement théorique dans le champ de l'évaluation de programme (Pawson and Tilley 1997; Pawson 2006), les experts de l'évaluation en promotion de la santé se sont rendus compte de l'incapacité structurelle d'importer les méthodes des sciences positivistes pour la démonstration de l'efficacité des actions (Ridde, Delormier et al. 2007). Certains pensent que la promotion de la santé n'est fondée sur aucune épistémologie disciplinaire et qu'il est ainsi illusoire de développer des « *evidence rules* » (McQueen 2000). D'autres, cherchent à adapter les pratiques et le vocabulaire de la promotion de la santé à ceux de la biomédecine (Green

and Glasgow 2006) préférant par exemple le terme de « validité externe » à celui du « caractère transférable des conclusions ». Aussi, des chercheurs canadiens ont souhaité tester – tout comme d’autres l’ont fait dans le domaine de l’organisation des services (Blaise and Kegels 2004) – l’usage d’une approche plus réaliste de l’évaluation de programme (Hills, Carroll et al. 2004). La présente recherche réalisée dans trois régions françaises vise donc à contribuer à l’avancement des connaissances concernant la faisabilité d’utiliser une telle démarche théorique qui sera explicitée dans les prochaines lignes.

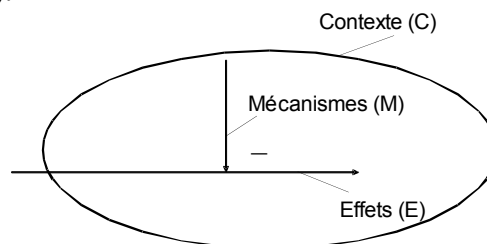
Dans cette seconde section du rapport, il s’agit essentiellement de présenter les résultats de la collecte des données qui vise à explorer quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé. Pour faciliter une lecture indépendante de cette section, nous revenons cependant sur quelques éléments théoriques et méthodologiques abordés dans la première section du rapport. Des précisions y sont en revanche fournies sur la manière dont les actions de promotion de la santé étudiées ont été sélectionnées et sur les personnes rencontrées pour documenter la mise en action des mécanismes a priori favorables à la réduction des inégalités sociales de santé.

METHODOLOGIE

La stratégie méthodologique retenue pour cette recherche exploratoire est l’étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d’analyses imbriqués (Yin 1994). Les cas sont des actions de promotion de la santé perçues par les parties prenantes de ces dernières comme pouvant agir sur les inégalités sociales de santé. Les niveaux d’analyses correspondent aux différents mécanismes que nous expliciterons dans les prochaines lignes à l’aide d’une approche théorique issue du domaine de l’évaluation de programme.

Approche théorique et perspective émiqque de la réduction des inégalités sociales de santé

La recherche est de nature exploratoire et essentiellement à finalité méthodologique car elle est comprise comme une des premières tentatives de recours (adapté) à l’approche de « l’évaluation réaliste » dans le contexte français et avec une collecte de données primaires. Cette approche évaluative développée par Pawson et Tilley (Pawson and Tilley 1997) stipule que pour rendre compte de l’efficacité d’une intervention de promotion de la santé, il faut être en mesure de relever les mécanismes causaux qui, dans un environnement donné, produisent des effets spécifiques. L’analyse de l’efficacité des interventions doit donc tenter de rendre compte de l’équation « réaliste pawsonienne » : $M + C = E$ (Pawson 2002; Pawson 2006; Blaise, Marchal et al. 2009).



On ne fera pas dans ce texte la démonstration détaillée de la pertinence scientifique de tenter d’utiliser une telle démarche méthodologique pour évaluer les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé. Cette démonstration rigoureusement établie par Pierre Blaise et ses collègues dans un autre texte (Blaise, Marchal et al. 2009). Retenons simplement, au-delà de l’impasse épistémologique des études expérimentales dans le contexte des interventions de promotion de la santé, c’est la nature même des ces actions qui exige de telles tentatives d’innovations méthodologiques. En effet, le paradigme de la recherche expérimentale postule des relations linéaires entre les causes et les effets alors que les

interventions de promotion de la santé, qui sont par essence des systèmes complexes pour parler comme Edgard Morin (Morin 2005), se déroulent dans des contextes qu'il est impossible de contrôler et qui en même temps interfèrent dans le déroulement de l'action étudiée de même que le rôle des acteurs sociaux y est primordial. Voilà pourquoi Pawson propose de rendre compte des récurrences CME et de les comparer à la théorie de l'action (logique d'intervention) telle que planifiée. Il propose que la multiplication de la mise au jour de ces récurrences et de leurs comparaisons permettra de construire des théories de moyenne portée utiles pour comprendre les mécanismes d'action d'une intervention. L'ambition dans la présente recherche ne va pas jusque là. Nous sommes restés modestes dans cette première tentative en tentant, simplement, d'identifier quelques configurations à partir d'actions sélectionnées selon des critères précis et en collaboration avec les acteurs institutionnels.

Compte tenu du caractère exploratoire de notre démarche et de l'impossibilité de disposer de données empiriques sur les effets des interventions dans leur réduction des inégalités sociales de santé, nous avons pris comme mesure d'effet la *perception de la réduction* des inégalités sociales de santé de la part des intervenants. Cette perspective émiqque des effets des interventions, pour reprendre le vocabulaire anthropologique (Olivier de Sardan 2008), constitue certes une limite scientifique au sens positiviste du terme. Mais, d'une part, nous nous inscrivons dans une perspective plutôt constructiviste où la construction du sens par les acteurs sociaux est centrale dans la production des connaissances, et d'autre part, cette étude est comprise comme une première étape pour révéler quelques mécanismes causaux. De surcroît, compte tenu du contexte de réalisation de cette étude, il n'est pas possible de faire autrement, compte tenu du faible développement en France de l'évaluation en promotion de la santé (Moatti and Arwidson 2004) et du fait qu'une grande partie des actions de santé publique en France ne dispose pas de systèmes évaluatifs permettant de vérifier leurs effets sur les inégalités sociales de santé (Ridde, Pommier et al. 2009). Ainsi, les informations collectées viseront essentiellement à explorer le couple M+C.

Un dispositif de sélection et d'analyse des interventions⁷

Les actions analysées ont été recherchées au sein des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et de tout autre dispositif dont les missions s'inscrivaient dans une problématique d'inégalités sociales de santé (ex : ASV, PASS ou équipes mobiles, Animation territoriale de santé (ATS), etc). Pour les raisons mentionnées plus haut, nous avons fait appel au point de vue des acteurs institutionnels régionaux (DDRASS ou DASS) en charge du suivi des projets pour juger du caractère exemplaire d'environ 4 actions (par région) au regard de la problématique locale des inégalités sociales de santé. Plus précisément, on leur a demandé d'identifier des actions mettant en œuvre une démarche de promotion de la santé et dont ils jugeaient la contribution efficace (exemplaire) pour réduire les inégalités sociales de santé.

Une fois sélectionnés, ces projets ont été documentés sur la base d'une grille *descriptive* remplie par les promoteurs du projet. Cette grille se présentait sous la forme d'un questionnaire composé de 38 questions, fermées pour la plupart, se rapportant aux caractéristiques de l'action (ex : résumé, objectifs, zone géographique, activités mises en place, déterminants concernés, publics bénéficiaires partenaires associés, financements reçus, composition de l'équipe impliquée dans le projet, modalités d'intervention et résultats

⁷ Nous tenons à remercier très sincèrement toutes les personnes qui ont bien voulu passer du temps et de l'énergie à participer à ce projet de recherche et notamment à sélectionner et étudier les actions concernées dans ce rapport. Pour des raisons éthiques nous ne pouvons les nommer mais elles se reconnaîtront.

observés en termes d'inégalités, etc.) et à la structure porteuse du projet (ex : coordonnées, personne responsables du projet, missions de la structure, etc.).

Les projets ont ensuite été étudiés par une équipe régionale multidisciplinaire constituée des principaux partenaires locaux concernés par la problématique (URCAM, ORS, CRES, MRIICE, associations, collectivités territoriales, représentants des usagers). À cette étape, les équipes régionales étaient invitées à sélectionner par consensus de groupe un à deux projets sur la base de leur capacité à accroître notre compréhension du phénomène étudié, suivant ainsi la démarche d'étude de cas (Stake 2000). On ne cherchait donc pas le « meilleur » projet, mais plutôt des projets d'envergure ou d'ancienneté suffisante pour que l'on puisse en dégager les éléments de contexte ou les mécanismes recherchés.

Description des actions sélectionnées

Cinq actions ont donc été sélectionnées pour la réalisation d'études de cas en profondeur. Ces actions se déroulent dans trois régions françaises différentes qui ont été choisies afin de représenter la diversité des situations régionales au moment de la collecte des données concernant les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé.

L'action 1 intervient auprès des personnes âgées et des personnes en situation d'exclusion. Elle a pour objectifs de favoriser dans un quartier une dynamique participative liée à la nutrition et à la santé en général entre les habitants et les professionnels du quartier à travers des activités d'éducation pour la santé comme la formation, l'information sur les structures médico-sociales présentes dans le quartier, des ateliers santé, ou un travail de proximité au sein du quartier. Elle anime des actions d'insertion en direction de ces publics et gère différents services à la personne tels que CHRS, Hôtel Social, Restaurant Social, Epicerie Sociale, aides à domicile, antenne CLIC). Elle est portée par un Centre Communale d'Action Sociale (CCAS) et est principalement financée par l'état (Contrat de Ville/CUCS) et l'assurance maladie.

L'action 2 intervient auprès des jeunes en vue d'une insertion par le biais d'activités favorisant leur accès aux droits et aux soins. Elle oeuvre en entretiens individuels et en modules collectifs sur des actions d'éducation pour la santé et d'accompagnement aux soins. L'action est portée par une association et est principalement financée par des subventions d'état (DRASS).

L'action 3 a pour objectif l'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale des populations démunies (SDF, demandeurs d'asile, gens du voyage, précarité) et vise une meilleure articulation des champs sanitaire, social et médico-social. Elle propose des activités d'accueil, d'orientation, et de suivi psychologiques et infirmiers individuels ainsi qu'une prise en charge globale de la personne par des activités en réseau. Elle accompagne, informe et forme les équipes professionnelles de premières lignes (sanitaires et sociales). Elle assure une interface entre les champs du sanitaire et du social. Elle est principalement financée par l'État (DRASS) et l'assurance maladie.

L'action 4 a pour objectif la prévention primaire de l'obésité dans les milieux scolaires par la mise en place d'action de prévention et de sensibilisation à l'équilibre alimentaire et la promotion de l'activité physique. Elle cible tour à tour les enfants (activités d'éducation pour la santé, sorties de classe ou des ateliers cuisine), les enseignants et les parents (sensibilisation/formations aux problèmes d'alimentation, tables rondes). L'action est portée par une association et est principalement financée par l'assurance maladie.

L'action 5 vise l'amélioration de la situation nutritionnelle des personnes en situation de précarité à travers des activités d'aide alimentaire directe (épicerie solidaire), d'éducation à la santé nutritionnelle (ex : ateliers cuisine, informations, documentation) la mise à disposition d'espace de convivialité favorisant le développement des liens sociaux (organisation d'évènements festifs, création du statut « adhérents solidaires » pour les habitants du quartier). L'action est portée par une association et est principalement financée par l'état et les collectivités territoriales (Conseil général, municipalité).

Collecte des données

La collecte des données s'est basée sur l'utilisation de trois outils particuliers.

Une grille de repérage des mécanismes potentiels de l'efficacité des actions

Dans la section 1 de ce rapport (Guichard and Ridde 2009), nous avons décrit en détail le processus ayant conduit à la production d'une grille des mécanismes potentiels de l'efficacité des actions dans le domaine de la promotion de la santé. Dans le cadre du présent article, retenons qu'une grille composée de 51 indicateurs a été construite spécifiquement pour cette recherche en adaptant trois outils existant dans le domaine de la promotion de la santé, soit i) le projet européen « Closing the gap », ii) l'outil suisse « Preffi 2.0 », iii) la grille du Consortium Canadien de Recherche en Promotion de la Santé (Hills, Carroll et al. 2004; Molleman, Ploeg et al. 2006). Ces 51 critères se présentent sous la forme de questions listant les éléments jugés importants pour mener à bien des actions dans le domaine des inégalités sociales de santé. Ils sont regroupés en cinq rubriques : planification, mise en œuvre, évaluation, pérennité, pouvoir d'agir (*empowerment*). Les détails concernant les critères sont précisés dans la section 1 de ce rapport. Compte tenu du thème de la recherche qui est centré sur la réduction des inégalités sociales de santé, nous avons ajouté aux critères d'efficacité habituellement présent dans ces outils, des critères d'équité rarement pris en compte habituellement (Potvin, Ridde et al. 2008). Chacun de ces critères peut être jugé sur une échelle à quatre niveaux (faible, moyen, bon, excellent). Ce score (qui n'apparaît plus dans la dernière version de l'outil) n'a pas pour objectif de juger de la performance des acteurs ou de mesurer le degré d'atteinte de critères et encore moins de les comparer. Il s'agit plutôt d'une appréciation pour stimuler un travail d'analyse réalisée à l'aide d'entrevues en profondeur décrites plus bas. L'outil dispose d'une colonne permettant de décrire et documenter chacun des critères afin de lier les processus de l'action aux éléments de contexte qui peuvent se montrer favorables (ou non) dans le déroulement de l'action. Nous retrouvons ici la perspective théorique de « l'évaluation réaliste » présentée précédemment.

Des entretiens en profondeur

Plusieurs entretiens en profondeur ont été réalisés auprès des personnes clés afin d'explorer les mécanismes de l'efficacité et leur lien avec le contexte, de rendre compte de la perception des acteurs de la capacité de leur action à réduire les inégalités sociales de santé et enfin d'entendre leur point de vue sur l'utilisation de la démarche méthodologique (les grilles) entreprise dans cette recherche. À notre connaissance, il s'agit d'une des rares tentatives ayant recours à l'approche réaliste au moyen de données empiriques primaires. Nous avons utilisé un échantillon raisonné. Le nombre et le choix des personnes interrogées ont été effectués en fonction des moyens disponibles pour cette recherche et de la capacité des acteurs à fournir des informations pertinentes sur les objets étudiés (Patton 2002). Pour disposer d'une certaine diversité de points de vue et d'un certain niveau de triangulation des informations, la répartition des personnes rencontrées a été effectuée selon la typologie dite du triangle de la

décision (Monnier 1992) : i) les *actants*, soit les intervenants participants à la mise en œuvre de l'action ; ii) les *réactants*, soit les bénéficiaires de l'action ; iii) les *légitimants*, soit les responsables politiques concernés par l'action. Le nombre de personnes rencontrées par action figure dans le tableau suivant.

	Action 1	Action 2	Action 3	Action 4	Action 5
Actants	3	4	3	3	4
Réactants	5	2	*	**	1
Légitimants	3	3	2	4	4
Total	11	9	5	7	9

* Aucune entrevue possible compte tenu du public, i.e. *patients psychiatriques et **enfants

De la documentation concernant les actions

Enfin, la documentation des différentes actions ainsi que celle des politiques de santé publique des régions où se déroulent ces interventions ont été analysées.

Analyse des données

Toutes les entrevues ont été réalisées par des sociologues ou anthropologues expérimentés⁸. La majeure partie des entrevues a été effectuée en face à face (la plupart du temps dans les lieux où se déroule l'action étudiée), quelques unes au téléphone. Toutes les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites intégralement dans un logiciel de traitement de texte. Chaque action a donné lieu à une monographie réalisée par les personnes ayant effectué les entrevues et les visites de terrain. Sur la base de ces monographies et des *verbatim* des entretiens, deux analyses transversales ont été produites par un des sociologues au moyen d'une analyse de contenu (Paillé and Mucchielli 2003), l'une concernant les mécanismes d'efficacité à proprement parler et l'autre, sur des aspects d'ordre plus sociologiques puisque nous nous sommes rendus compte que ces derniers étaient importants mais ne figuraient pas assez dans la réflexion sur l'efficacité. Ce dernier aspect est abordé dans la section 3 du présent rapport. L'objet de cette section est centré sur les mécanismes de l'efficacité.

RESULTATS

Le contexte des actions

Les cinq actions se déroulent dans des contextes sociaux et institutionnels relativement hétérogènes et dont les caractéristiques influent assurément sur l'émergence, la formulation et la mise en œuvre des interventions. La description succincte de ces contextes émane de nos visites sur le terrain et de la présentation qu'en ont fait les acteurs rencontrés lors des entrevues.

L'action 1 se déroule dans un quartier d'une zone urbaine sensible, selon les qualifications administratives. La majorité des habitants sont des locataires sociaux (70%) de la ville, ils sont deux fois plus nombreux à percevoir des aides sociales et trois fois plus à disposer de la couverture maladie universelle que le reste des habitants de la ville. L'action est portée par le centre communal d'action sociale de la ville. L'action est née à la suite d'une crise interne au sein du centre où l'impulsion d'un nouveau directeur a permis sa mise en place. De nombreux partenaires institutionnels sont impliqués et l'action, si elle répond bien à des besoins *a priori* connus, elle n'émane « *absolument pas d'une demande des habitants* » précisent les personnes qui l'ont sélectionnée pour cette recherche.

⁸ Nous remercions pour leur participation à ce projet de recherche : Ivan Sainsaulieu, Christine Rolland, Gaëlle Rougier, ainsi que Sara Bensaude de Castro de Freire pour son soutien technique.

L'action 2 est située dans une ville, capitale régionale d'une région très rurale où la distance physique et sociale avec la campagne est relativement forte. Les difficultés inhérentes à la vie en milieu rural pour les jeunes participent à l'exode de ces derniers et leur arrivée en ville. Évidemment, l'insertion est difficile, « *y a rien à faire ici* » nous a dit un jeune homme, et ces jeunes se retrouvent souvent livrés à eux mêmes. Ils sont « *isolés* » dit une responsable de l'organisation en se référant à leur isolement social. L'action est mise en œuvre par une mission locale (ML) dont la mission première est centrée sur l'insertion professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans et donc loin du domaine de la santé. D'un « point santé » dès 1993 au sein d'une institution où les jeunes de la ML rencontraient des professionnels de la santé, le projet s'est transformé au fur et à mesure des années. Aujourd'hui, l'action est insérée dans la ML, organisée par une infirmière dont le poste a pu être plus ou moins pérennisé. Elle joue un rôle d'intermédiaire et tente d'orienter les jeunes dans le dédale de l'administration socio-sanitaire tout en faisant attention aux prérogatives des autres intervenants, notamment sociaux.

L'action 3 s'organise dans un contexte social d'une grande ville régionale où l'exclusion de populations très spécifiques existe mais est difficilement appréhendées. De plus, il est aussi délicat d'atteindre ce public particulier (Sans domicile fixe, migrants, gens du voyage) auprès duquel les responsables de l'action tentent d'agir. La publication d'un rapport sur la vulnérabilité comme catégorie d'action publique (Strohl-Lazarus en 1995) et l'adoption de la loi contre l'exclusion en 1998 ont été des facteurs contextuels favorables à l'action. De plus, le contexte de l'action est relativement d'ordre clinique puisque le projet a émergé dans le cadre d'un projet d'établissement hospitalier. De surcroît, si l'idée du projet émane d'une demande de travailleurs sociaux, la présence de quelques médecins hospitaliers convaincus du bien-fondé d'un projet favorable à la réduction des inégalités d'accès aux soins a été fort utile. Le fait d'avoir dans le passé déjà vécu l'importance de projet alliant le social et le médical dans le cadre de la lutte contre le VIH a certainement aussi participé à cette volonté d'intervenir dans le domaine psychiatrique.

Les actions 4 et 5 se déroulent dans un même contexte, une grande métropole où il semble que la politique de santé publique régionale soit originale, selon ses responsables, car elle n'est pas organisée en fonction de pathologies mais de thèmes transversaux. De plus, l'un de ces thèmes est la réduction des inégalités sociales de santé, notamment à travers l'accès aux soins et à la prévention des publics en difficultés. L'action 4 est moins située dans des quartiers particuliers que centrée sur des structures spécifiques, les écoles primaires. L'association qui porte ce projet est spécialiste dans le domaine de la prévention et de la nutrition mais pas uniquement pour les enfants, public cible de cette action. Mais cette dernière reste l'intervention phare. L'enthousiasme des enseignants à l'égard d'une activité similaire a incité les responsables à développer l'action 4. Le projet a démarré dans quelques écoles d'un quartier en 2006 puis a été étendu dans d'autres quartiers par la suite, en s'appuyant sur des personnes relais, notamment des infirmières scolaires. Les quartiers ciblés sont considérés comme des quartiers en grandes difficultés. Enfants et parents sont les cibles de l'action mais il semble plus difficile de mobiliser les derniers, les premiers participants évidemment durant le temps scolaire consacré à l'action. Le contexte social de l'action 5 est celui d'un quartier central d'une grande ville qui est en pleine rénovation et gentrification. Malgré tout, les populations précaires restent présentes et le besoin de les aider à s'en sortir a fait naître un projet organisé par une association créée en 2001. Cette association est née de la volonté d'une jeune personne, ayant dans le passé bénéficiée d'un projet semblable et s'étant engagée dans l'action humanitaire depuis quelques années. Cependant, elle a voulu rompre avec l'assistanat et la stigmatisation des distributions alimentaires et doter l'association de mission visant la réinsertion sociale. Le contexte de l'action 5 est donc imprégné de désir de renforcer du pouvoir d'agir des bénéficiaires, en faisant en sorte qu'ils soient aussi acteurs du

changement, qu'ils adhèrent à l'association, qu'ils travaillent et participent aux activités. Un espace de socialisation est créé de manière à favoriser la « *mixité sociale* » dit la responsable.

Perspective émiqque de la réduction des inégalités sociales de santé

Puisque la présente recherche ne pouvait s'appuyer sur des preuves de l'atteinte (voire de la tentative) de réduction des inégalités sociales de santé par les responsables des actions concernées, nous avons décidé de partir du point de vue des acteurs. Autrement dit, comment les parties prenantes des actions perçoivent-elles que ces dernières sont en mesure de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé ?

Les personnes rencontrées dans le cadre de l'**action 1** précisent d'emblée que l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé n'est pas explicite : « *En quoi on veut réduire inégalités : il n'est pas inscrit, il est implicite, obligatoire. Accès aux droits sociaux élargis, accès aux soins [...]. C'est un objectif transversal. Après le résultat, je sais pas, j'espère. Un gars dit qu'il fait attention à son alimentation* ». Une triple difficulté peut expliquer, selon les responsables sanitaires de la région, les défis de rendre explicite un tel objectif. D'abord, lutter contre les inégalités sociales de santé apparaît encore comme peu opérationnel et trop « *intellectuel* ». Ensuite, cette lutte n'est pas fondamentalement envisagée car les décideurs préfèrent « *la focalisation [...] sur des publics d'exclus* ». Enfin, agir pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé nécessite une action soutenue, des financements récurrents et un ancrage dans les politiques régionales, or : « *Là où le bât blesse, c'est sur le fait que dans le PRSP on n'ait pas intégré systématiquement une dimension inégalités sociales de santé* ».

Au sein de l'**action 2**, l'intervention concernant les inégalités sociales de santé est enchâssée dans le Plan régional de santé publique qui s'est doté d'un objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins et notamment d'un axe sur la santé des personnes en situation de précarité. Ainsi, l'action ne vise pas directement les inégalités sociales de santé mais indirectement, elle cherche à améliorer l'accès aux soins et aux droits d'une population vulnérable qui souhaiterait une meilleure insertion professionnelle et sociale. L'originalité de l'approche, selon sa responsable, est que des professionnels du secteur de la santé, du psychologique et du social sont « *maintenant devenus des agents à part entière de la mission locale* ».

Si la réduction des inégalités sociales de santé est bien ancrée et théorisées selon les responsables régionaux de la santé où est située l'**action 3**⁹, son opérationnalisation et son intégration au sein des acteurs de terrain est plus vague. L'aspect relativement clinique et centré sur des individus de cette action participe certainement à cette difficulté. Les intervenants se sont moins donnés la mission de réduire les inégalités sociales de santé que de « *dédramatiser ce rapport à la psychiatrie* » et d'informer les partenaires sociaux sur les problèmes de santé mentale. Même si ce n'est pas explicitement dit par les acteurs qui ne manipulent peut être pas tous les concepts de la promotion de la santé, leur contribution à la lutte contre les inégalités sociales de santé est certainement plus comprise dans le processus de mise en œuvre que les effets attendus. Ils veulent replacer les personnes au cœur du processus, renforcer leur pouvoir d'agir et accroître leur participation, tout en étant précautionneux, « *sans les pister, les persécuter, ça c'est toute la difficulté du réseau où la personne devient comme dans une toile d'araignée, objet du réseau et non plus sujet, où elle est ficelée* », dit un des responsables de l'action. Leur contribution à la réduction des

⁹ D'un autre côté, le fardeau de la réduction des ISS semble parfois peser lourd pour certaines de ces personnes qui pensent que « *mon intime conviction c'est que aujourd'hui le langage sur les inégalités sociales de santé...je crois qu'on en demande trop à la promotion de la santé à ce niveau là. C'est-à-dire que je suis persuadé qu'une politique économique aurait plus d'impact.* »

inégalités sociales de santé se situe aussi, selon eux, dans le combat contre les représentations sociales erronées concernant la santé mentale.

Sans utiliser le vocabulaire des experts en promotion de la santé et leur « *setting approach* », l'approche par milieu est, selon les actants et les légitimants de l'**action 4** propice à réduire les inégalités sociales de santé. Plutôt que de cibler l'action sur des individus (des enfants en l'occurrence) et de risquer une quelconque stigmatisation, les intervenants pensent que cibler des écoles et au sein de quartiers défavorisés est plus efficace. De plus, le projet dispose de ce potentiel « *parce que territoire « Zone d'Education prioritaire », travailler l'estime de soi, travailler avec d'autres cultures, être là ou d'autres ne sont pas parce que c'est pas un territoire facile, alors peut-être, à certains égards, on peut contribuer à la réduction des inégalités* ». L'autre aspect positif selon les personnes rencontrées est que l'action proposée dans les écoles ne requière aucune dépense de la part des écoles. Aussi, la rareté de ressources de ces écoles n'entre-t-elle pas en ligne de compte pour la mise en œuvre de l'action, cette dernière étant financée par un autre canal.

Les acteurs concernés par l'**action 5** se sont très peu étendus sur la question de la réduction des inégalités sociales de santé. Pour eux, l'un des facteurs de leur intervention qui contribue à cet objectif est d'organiser des modalités d'action qui permettent une certaine « mixité » sociale. Le fait de prévoir un statut « d'adhérent solidaire » où la cotisation est plus élevée et de permettre à ces adhérents de participer à la vie de l'association en la présence de personnes qu'ils ne croisent habituellement pas souvent dans leur vie, est source de contribution à la réduction des inégalités sociales de santé. La création de ce type d'espace de sociabilité donne l'occasion aux personnes en difficulté de puiser des ressources pour se mobiliser.

Usage de la grille d'analyse pour repérer les mécanismes

L'usage exploratoire de la grille d'analyse doit nous permettre de repérer certains mécanismes utiles à la réduction des inégalités sociales de santé. Mais ce n'est pas un outil magique et son usage, testé pour la première fois dans le cadre de la présente recherche, doit aussi être analysé. Nous avons donc interrogé les personnes concernées sur la manière dont ils ont perçu son utilisation.

La réaction des personnes ayant utilisé la grille d'analyse ne diffère que peu d'une région à une autre. Aussi, nous les regroupons dans les lignes suivantes. L'outil a été perçu utile pour certaines personnes qui ont pu également employer son usage dans une perspective réflexive. « *nous avons aussi le nez dans le guidon où nous n'avons pas le temps et nous n'étions pas forcément sollicités non plus pour structurer nos propos, structurer notre intervention et réfléchir. Je trouve que ça arrive à un très bon moment* » disent les responsables d'une action. Aussi, discuter autour de cette grille fut un moment propice à la réflexivité, à s'interroger sur le fondement et la mise en œuvre de son action, à « *échanger sur les difficultés* » dit une autre personne. Il s'agit donc là de la grande force de cet outil. Évidemment, les acteurs ont aussi mis au jour quelques limites qui doivent être comprises, avons-nous retenu, non pas comme des éléments invalidant la démarche mais comme autant de garde-fous à son usage. Dans le contexte français où la culture de l'évaluation n'est pas encore très étendue, ou alors selon une perspective très administrative et de type reddition de compte, des craintes ont été émises sur l'usage éventuellement abusif de l'outil. Il ne faudra pas la percevoir comme un système de contrôle permettant de donner des mauvais ou des bons points à des actions. En effet, les personnes rencontrées ont bien voulu noter certaines carences à cet égard. D'abord, « *on reste très modestes* » et les actions étudiées dans cette recherche exploratoire ne visent certainement pas l'atteinte de buts liés au changement social radical. L'outil doit donc aussi être employé avec précaution et ne doit certainement pas devenir un étalon où les résultats pourraient être généralisés. Certains affirment en effet que « *seuls des universitaires pourraient avoir excellent dans tous ses items* ». Ensuite, certains s'inquiètent de l'incapacité de tels outils à

rendre compte de la dynamique du terrain, du jeu des acteurs, de « l’humain », et finalement de tout ce que ne peut pas dévoiler une telle analyse :

« Sur la dernière grille, il y avait un certain nombre d’indicateurs auxquels on n’avait pas pensé. En même temps, elle est un peu trop rationnelle, il ne faut pas perdre de vue que les habiletés relationnelles extrêmement importantes n’apparaissent pas. On a contribué à mettre en lien les acteurs, mettre en valeur leur savoir, cette dimension relationnelle ressurgit. (...) Le plus dur c’est de faire lever la pâte. Et cela n’apparaît pas ».

Enfin, tel que nous l’avions prévu dans le processus de recherche, les acteurs confirment que la grille ne peut être utilisée seule. Le soutien technique d’une personne avertie paraît nécessaire, à tout le moins dans un premier temps. La présence d’un glossaire précisant les définitions des termes employés ne suffit pas, il faut « *une traductrice* » tel que cela a été le cas dans une région.

Exploration de quelques mécanismes de l’efficacité selon les acteurs :

C’est sur la base de ce repérage de quelques mécanismes de l’efficacité à l’aide de cet outil que des entretiens en profondeur ont été réalisés auprès des principales parties prenantes des actions sélectionnées. Il s’agit donc d’aller au-delà du simple repérage des mécanismes potentiels pour tenter d’en comprendre le fonctionnement. Évidemment, il eut été impossible d’approfondir la compréhension de tous les mécanismes de toutes les actions compte tenu du temps et des moyens disponibles. Aussi, dans le cadre de cette recherche exploratoire avons-nous focalisé les entretiens sur les mécanismes repérés lors de l’étape précédente comme ayant été jugés par les parties prenantes comme étant les plus (ou les moins) propices à l’efficacité des actions. Il ne s’agit donc pas d’une analyse exhaustive des mécanismes.

Le contexte de **l’action 1** est enchâssé dans un système institutionnel classique pour la France, soit complexe et relativement rigide. Aussi, cela joue-t-il sur la manière de mettre en œuvre les projets car « *les freins institutionnels, c’est très insidieux* » dit une des personnes responsables de l’action. Mais il ne faudrait pas voir cette rigidité comme insurmontable et sclérosante. Les intervenants sont largement imprégnés de cette situation et s’organisent pour s’adapter afin de faire en sorte que la temporalité des acteurs « d’en bas » puissent quelque peu s’accorder à celle de ceux « d’en haut » pour la réussite de l’action (voir section 3). Ainsi, la dynamique locale tente de s’ajuster à celle des institutions d’un niveau plus élevé et parfois cela peut faire en sorte qu’au bout du compte ces dernières se rallient : « *On a avancé malgré les contraintes, avec deux bouts de ficelles* ». Face à la multitude d’institutions que ce type d’action doit mobiliser, les difficultés de communication et de coordination peuvent évidemment parfois être des « fardeaux » importants avec ses conséquences pour les populations. Une opératrice d’une association concernée précise en effet que « *les habitants sont très sensibles à ces incohérences institutionnelles* ». L’apprentissage est parfois long, les temporalités hétérogènes et les incompréhensions partagées :

« Faut faire comprendre aux politiques la dimension relationnelle, d’apprentissage, de lever d’obstacles, il ne suffit pas de créer un centre d’examen ».

On est donc au cœur d’un mécanisme global de **l’adaptation des démarches, des rythmes et des relations en fonction du contexte institutionnel**. Les anglo-saxons évoqueraient là aussi la stratégie des petits pas « *On part des habitants locaux d’un quartier avec une sensibilisation qui s’affirme au fur et à mesure pour faire tâche d’huile dans leur environnement.* » affirme un responsable régional. Un projet trop bien planifié ne pourrait peut être pas réussir. Il faut qu’il se construise aussi au fur et à mesure, qu’il **laisse de la place à l’adaptation et l’improvisation**, que les relations hiérarchiques tombent et que des « *espaces conviviaux* », dit-on, émergent.

Cette stratégie d'action est assurément liée au contexte particulier car il faut prendre en compte la myriade d'institutions impliquées, les exigences bureaucratiques et surtout la nature de l'action qui intègre des activités de l'ordre du social et du médical. Aussi, il semble qu'un autre mécanisme ait été emprunté pour la mise en œuvre de l'action, soit la **création d'alliances**. Il faut rechercher des partenaires, disposer de « relais », « d'alliés », et créer des alliances favorables au projet.

Encore une fois, le mécanisme central retrouvé dans **l'action 2** résulte du besoin, voire de la nécessité, **d'adapter les modalités d'intervention** au contexte de l'institution qui la déploie. Dans le cas de cette action, nous avons affaire à une organisation dont le mandat central est la réinsertion professionnelle, loin donc de la santé. Le public cible, les jeunes en recherche d'insertion professionnelle (et sociale), pourrait trouver curieux que des activités uniquement centrées sur la santé soit directement abordée dans ce contexte institutionnel. Aussi, les intervenants utilisent-ils les activités sur l'emploi comme « porte d'entrée » disent-ils : « *en fait c'est dans le cadre du suivi des jeunes par rapport à leurs projets professionnels. Ils ont différents ateliers, dans ces ateliers il y aurait cette information santé* ». Mais cette approche semble, aux yeux des responsables, « *très exceptionnel* » pour ce type d'organisations. La stratégie du cheval de Troie permet donc d'aborder des sujets pour lesquels les jeunes n'étaient pas forcément initialement venus.

« cela me permet d'intervenir sous différents thèmes et c'est le groupe qui va amener le thème. La dernière fois, par exemple, à l'atelier, c'était que des jeunes filles, habituellement c'est bien mélangé au niveau de la vie professionnelle mais là y'a que des jeunes filles, on n'a pu rebondir sur la contraception et du coup, je suis repartie sur une information collective sur la contraception »

Cette citation de l'intervenante permet d'illustrer notre propos, mais ajoute aussi une information concernant les démarches d'interventions. En effet, la manière dont l'action est menée semble montrer que l'intervention cherche à **respecter le public cible, à le mettre au cœur de la démarche**, ne pas le brusquer et le rendre en quelque sorte acteur du changement. Des exemples sont fournis par les responsables, notamment lorsqu'ils ont organisé des soirées « Slam » où des jeunes parfois illettrés ont bien voulu prendre la parole en public, sur une scène et ainsi reprendre, dans une certaine mesure, confiance en eux. Cet exemple permet aussi de mettre en exergue une autre difficulté de l'action, soit l'intervention individuelle ou collective. Les intervenants profitent des regroupements collectifs pour aborder certains sujets de santé qui seront, c'est le but ultime, approfondis lors d'entretiens individuels à la demande des jeunes. Ces réunions servent de « *porte d'entrée pour les entretiens individuels* » dit l'intervenante. Ce mécanisme d'intervention paraît adapté et efficace selon elle. Cependant, il se heurte à une administration et des politiques qui désirent « *que je touche un maximum dans le domaine collectif, un maximum de jeunes [...] ça fait partie des demandes de la structure et des demandes aussi par rapport aux subventions, tout ça, mais moi je...* ». Deux logiques différentes s'opposent, d'un côté l'accompagnement individualisé et de l'autre l'action collective.

En lien avec la première donnée concernant cette action, l'autre mécanisme important de cette action est le recours à une **démarche interdisciplinaire**, ou « *multi-professionnelle* » pour reprendre les mots de la principale animatrice. Le fait qu'une professionnelle de la santé agisse de concert avec des experts de l'insertion professionnelle participe à la réussite du projet et son adhésion par les jeunes. Mais cette force peut aussi constituer une de ses faiblesses, notamment financière. En effet, nous avons affaire à un projet relativement novateur, non seulement à propos de l'institution porteuse mais aussi certainement dans son assemblage du social, médical et professionnel. Aussi, cette dilution des centres d'intérêts peut être préjudiciable au financement de l'action, les organismes de financement étant toujours spécialisés et peu/pas interdisciplinaires. Cela est d'autant plus important que cette

action peine depuis des années à assurer la continuité de son activité, faute de financement récurrent ou de ressources humaines stables.

Les caractéristiques de **l'action 3** sont assez particulières car elle émane d'un milieu hospitalier et s'aventure dans une intervention de nature plus sociale. Évidemment, la culture hospitalière et celle de ses professionnels est loin des actions à caractère social. Nombre de personnes se sont donc demandées si l'action 3 était pertinente, pour de multiples raisons toutes aussi valables les unes que les autres nous disent les porteurs de l'action. Aussi, pour que cette dernière voit le jour et se **mette en place graduellement**, il a fallu « *agir avec discrétion* ».

« J'ai beaucoup réfléchi dans l'après coup, cette impression d'être presque un enfant caché, un enfant illégitime, et puis, un enfant qui naît malgré tout, mais qui doit rester discret. Pour survivre ou pour vivre, il comprend, il intègre la nécessité, pas de raser les murs, mais de, en tout cas, de discrétion. »

L'action n'allait pas totalement à l'encontre de la mission hospitalière puisqu'elle a finalement eu lieu et qu'elle perdure depuis longtemps, mais il fallu user de ce **mécanisme de la discrétion** pour pouvoir exister et donc agir. Cela était d'autant plus utile que l'action est à l'interface entre le social et le sanitaire, comme souvent d'ailleurs dans les cas étudiés dans la présente recherche.

Mais pour pouvoir intervenir et atteindre le public cible, notamment les personnes sans domicile fixe, il a fallu « *sortir comme ça des murs* » se souvient un psychologue, et **faire preuve d'innovation**. En fait, l'action sort des murs hospitaliers mais aussi des cloisons disciplinaires en s'émancipant de la rigidité de l'administration hospitalière tout en organisant un partenariat serré avec des travailleurs sociaux. Encore une fois, le mécanisme qui consent une large place au **partenariat et aux alliances** a été mis en branle. Mais cela n'est pas toujours évident car, pour rester dans les métaphores architecturales, les murs des territoires d'intervention des partenaires ne sont pas toujours étanches.

« Mais même dans le réseau, la difficulté c'est que le réseau, le partenariat, on se rend compte à un moment, il y a de la territorialité qui fonctionne, il y a des conflits de territoire, vraiment aussi d'une manière inconsciente. Si on entre dans des conflits de territoire, il y a à un moment quelque chose du partenariat qui coince, ou du réseau, ou en tout cas, on est dans une illusion de travailler ensemble ».

Dans son ensemble, cette action a réussi à gagner graduellement sa place et à rester relativement souple pour s'adapter aux difficultés du terrain.

L'action 4 qui concerne l'alimentation des jeunes enfants scolarisés a pris soin de cibler des quartiers et des écoles dans leur globalité sans prendre le risque de stigmatiser certains enfants en particulier. Cette **approche par milieu** est en effet une stratégie qui réduit les risques néfastes de toutes interventions trop ciblées sur des publics particuliers. Cela est d'autant plus vrai que les promoteurs ont décidé de ne pas non plus user d'une diététique normative, faisant en sorte de concilier plaisir et équilibre nutritionnel « *nous n'avons pas de norme du bien mangé* » dit l'intervenante. C'est donc une double prudence dans l'approche qui a été employée, tant du côté du public que de l'objet visé par le changement de comportement. Ensuite, le fait d'avoir **agi par étapes**, graduellement d'une école à une autre, d'un quartier à un autre, a certainement été un mécanisme favorable à l'adaptation et la réussite du projet. Dans le même ordre d'idées, l'action a été organisée par modules (passant du « savoir faire » au « savoir être »), faisant en sorte qu'elle peut être mise en œuvre par étapes mais aussi par des personnes différentes une fois que ces dernières ont réussi à se l'approprier. Par exemple, « *ici, on engage l'infirmière scolaire dans l'intervention* », dit l'animatrice du projet, cela permet de faire en sorte que cette personne s'approprie par la suite le projet et assure une certaine continuité de l'action. Ajoutons qu'un dernier mécanisme particulier a été mis au jour

par l'analyse, soit un certain degré de **participation des différentes parties prenantes** de l'action. Les enfants sont souvent acteurs des activités, les enseignants ont été impliqués car l'action devient souvent un projet d'école et enfin les parents participent à certains moments plus conviviaux rassemblant enfants et parents. Malheureusement, cette dernière activité ne semble pas avoir pris suffisamment en compte le contexte et la vie des parents car, phénomène assez classique en promotion de la santé, le public n'est finalement pas « *ceux qui en ont le plus besoin* ». Même si l'action se déroule dans des quartiers relativement défavorisés, il reste à vérifier que les enfants qui adoptent des comportements alimentaires « sains » sont issus des familles dont les besoins sont les plus importants. Terminons concernant l'action 4 en précisant que c'est la seule des cinq actions à avoir mis en place un **processus évaluatif**. Certes, le plan d'évaluation et la méthodologie ne répondaient pas véritablement aux canons de la discipline, mais c'est un mécanisme indispensable à l'amélioration des interventions et cette tentative doit être soulignée.

Si l'**action 5** est d'abord centrée sur l'accès à l'alimentation, elle n'en fait pas une entrée obligatoire et vise plutôt **l'individu dans sa globalité** dans une perspective de réinsertion sociale. Par exemple, une conseillère conjugale est aussi présente de temps à autre de manière à répondre à d'autres besoins qu'alimentaire. Ainsi « *on s'adapte en fonction de la personne qu'on a en face de nous* » dit une intervenante. Le minimum est évidemment « *qu'elle puisse manger, qu'elle fasse manger ses enfants* » mais cela n'est pas le seul but. L'intervention qui ne cherche pas à stigmatiser, qui respecte l'Autre, qui **vise le renforcement du pouvoir d'agir** de la personne et l'estime de soi, sont autant de manière d'agir au cœur de l'action 5. Le fait que la promotrice principale de l'association ait un vécu personnel du recours à des structures semblables avant de décider de construire le présent projet participe assurément de cette volonté d'agir différemment. Le second mécanisme adapté au contexte semble être la manière d'approcher les personnes qui se rendent dans l'association, la façon de les aborder et de leur parler. **La convivialité et le caractère informel** surtout sont au cœur de l'intervention individuelle. On constate une tentative d'individualisation de l'action et cela se déroule souvent, nous a-t-on dit, autour d'un café : « *d'arriver ici de pas déjà avoir un accueil très institutionnel avec, ça m'a fait beaucoup de bien et puis ça passe par un café et puis c'est plus convivial, c'est plus tranquille. Ça m'a fait beaucoup de bien* » raconte une bénéficiaire de l'action 5. La **mixité sociale** revendiquée les promoteurs de l'action, tel que précisé plus haut, paraît aussi selon eux un des mécanismes favorable à l'efficacité de l'action. Favoriser les rencontres entre personnes de milieu (relativement) différents favoriser les échanges et la reconstruction personnelle.

DISCUSSION

Il faut ici rappeler que cette recherche est exploratoire et de nature largement méthodologique. Nous cherchions dans un premier temps à vérifier la pertinence de la grille mis en place (voir Section 1) et testée de manière empirique pour la première fois. Dans un second temps, nous voulions comprendre si cette grille et le repérage de quelques mécanismes pouvaient être utiles pour explorer avec plus de profondeur, lors d'entretiens et à l'aide de l'approche réaliste en évaluation, le couple « mécanisme-contexte » dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Des limites de l'étude

Cette étude était exploratoire, aussi, le nombre d'entrevues est resté relativement limité compte tenu de l'objectif à atteindre et des moyens dont nous disposions. Nous n'avons donc pas la prétention de disposer de l'ensemble des connaissances concernant les actions analysées. Ensuite, seuls quelques mécanismes ont été discutés un peu plus en profondeur que

les autres, mettant ainsi certainement de côté d'autres mécanismes utiles à regarder de plus près. Enfin, la limite la plus importante assurément a été de partir de la perspective émiqque de la réduction des inégalités sociales de santé et non de mesure plus « objective » de la réduction d'écart de santé entre sous-groupes de la population.

Des actions sélectionnées et du contexte national

La nature des actions sélectionnées dans le contexte français s'ajoute aux limites méthodologiques précédemment décrites. En effet, les actions analysées avec la grille sont majoritairement des actions associatives ciblées sur des publics précis mais pas véritablement des projets structurés selon une démarche de promotion la santé PS (démarche participative, mise en place de partenariats, renforcement du pouvoir d'agir, approche intersectorielle, etc....) (Rootman, Goodstadt et al. 2001). Ce qui n'est pas étonnant puisque des observateurs ont déjà montré combien la promotion de la santé dispose de la portion congrue des financements publics vis-à-vis du système de soins en France (Moatti and Arwidson 2004). La mise en œuvre de ces actions reflète un certain nombre de difficultés bien connues des associations de loi 1901 (bénévolat, temps partiel de salariés, roulement du personnel, soucis budgétaires, difficultés à professionnaliser les salariés, etc.). Après cette phase pilote, il serait intéressant d'élargir l'usage de la grille à d'autres type d'actions et de structures porteuses de projets en présentant des expériences institutionnelles ou inter-institutionnelles comme par exemple les Ateliers santé ville qui travaillent explicitement sur les inégalités sociales de santé avec une méthodologie développée en ce sens.

Il faut aussi ajouter que notre étude montre que les actions sélectionnées n'ont jamais comme objectif premier la lutte contre les inégalités sociales de santé, ce dernier est peut être parfois utilisé pour trouver les ressources nécessaires au maintien des activités de ces organisations dont les financements restent souvent précaires. En ce sens, on comprend mieux pourquoi l'entrée par les inégalités ne permet pas vraiment de définir des modalités d'action dans ce but, de cibler des sous groupes de population et d'en faire un objet d'évaluation. On ne trouve que rarement dans les projets une problématique locale, régionale ou même nationale liée aux déterminants sociaux de la santé, mais plutôt une orientation portant sur un unique déterminant de santé dont le rôle dans la problématique des inégalités sociales de santé a été démontré (ex : nutrition). Il s'agit la plupart du temps d'actions isolées et disposant de faible budget qui ne sont pas rattachées à un plan d'ensemble. La question du bas niveau des minima sociaux est en filigrane de toutes les actions qui offrent une gamme d'interventions (insertion, logement, lien social...) et qui, de fait, travaillent sur la dimension transversale des inégalités sociales de santé. Ainsi plusieurs actions ont pour objectif explicite de « sortir des personnes de l'assistanat ».

Des mécanismes propres à la réduction des inégalités sociales de santé ?

Il n'est évidemment pas question dans le présent article d'affirmer que nous avons dégagés des mécanismes efficaces propres à la réduction des inégalités sociales de santé. Au mieux, nous en avons repéré quelques-uns dont le potentiel paraît intéressant à étudier. Au (moins) pire, il ne s'agit pas de mécanismes spécifiques à la réduction des inégalités sociales de santé mais généraux à toutes interventions de promotion de la santé qui vise à être efficace. Autrement dit, si le caractère équitable des mécanismes mis au jour est loin d'être certain, et mérite assurément la mise en place de recherches d'envergures, leur caractère efficace est plus probable. User d'une approche par étape, ne pas stigmatiser les bénéficiaires d'une intervention, agir de manière individualisée et en prenant en compte la globalité des besoins des personnes, œuvrer selon une démarche relativement participative... sont autant de mécanismes habituellement reconnus comme devant être employés dans le domaine de la

promotion de la santé. Ces mécanismes ont été, dans les 5 actions étudiées, adaptés de temps à autre aux contextes spécifiques, mais ils sont globalement génériques en promotion de la santé.

Du rôle des acteurs sociaux

Ce qui est particulièrement intéressant avec la technique d'entrevues en profondeur réalisées dans ces études de cas est que le rôle des acteurs sociaux a été mis en exergue la plupart du temps. Contrairement à une certaine croyance d'une organisation administrative française jacobine et relativement sclérosante, nous avons relevé combien certaines personnes pouvaient avoir un rôle déterminant dans l'émergence (action 3 ou 4) ou la mise en œuvre (action 2) des actions. Les politologues qualifieraient ces personnages d'entrepreneurs politiques (Kingdon 1995), on les qualifierait plutôt d'entrepreneurs sociaux au sein de programmes de promotion de la santé (de Leeuw 1999). Les caractéristiques individuelles et la mobilisation des ressources (pas uniquement financières) de certaines personnes font parfois la différence pour la réussite de l'organisation d'une action. En outre, le rôle du porteur de projet et son rapport à l'action paraissent essentiels à prendre en compte. On trouve, d'un côté, les porteurs qui ont un rapport personnalisé (voir un vécu) de la problématique des inégalités sociales de santé, de la pauvreté et, de l'autre, des porteurs ancrés sur une compétence professionnelle. Ce rapport à « l'objet » est d'autant plus important qu'il semble structurer des méthodologies de développement différentes des actions. Tout comme nous le précisons dans la section 3, les marges de manœuvres, pour reprendre un vocabulaire connu des interactionnistes (Strauss 1992; Olivier de Sardan 2008), sont parfaitement présentes et largement utilisées par les acteurs. Aussi, l'approche par les acteurs, leurs représentations, leurs stratégies permet de faire contrepoids aux études, « souvent ennuyeuses » (p.73) selon Fassin (2006), des politiques publiques, qui font fi des croyances et des intérêts des acteurs. Ajoutons enfin que l'on voit également combien l'organisation de réseaux d'acteurs et de mise en place d'alliance stratégique permet de faire face à des contextes que ne sont parfois pas toujours propices aux activités de promotion de la santé.

Perspectives méthodologiques

Cette recherche exploratoire est également riche d'enseignements d'un point de vue méthodologique.

D'abord, il a été possible de développer une grille d'analyse des actions visant la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit d'une première tentative en France sur la base de l'amalgame et de l'adaptation de trois outils disponibles. Cette grille a été adaptée au contexte français, aux actions de promotion de la santé et celles qui visent la réduction des inégalités sociales de santé. La majorité des personnes qui l'ont utilisée l'ont trouvée intéressante, utile et adaptée. Certes, elle ne doit pas être employée seule et doit obligatoirement s'accompagner de discussions en profondeur et certainement en la présence d'experts du domaine de la promotion de la santé pour renforcer son efficacité. De plus, il faut mettre en garde ses utilisateurs sur le fait qu'il ne s'agisse absolument pas d'un outil d'évaluation, de mesure ou encore d'un étalon. L'outil doit essentiellement servir de guide, de grille d'analyse (Guichard and Ridde 2009) dans une perspective que Patton nommerait « d'évaluation développementale » (Ridde, Baril et al. 2006; Patton 2008) afin de donner les moyens aux responsables des actions d'en améliorer le contenu s'ils veulent être tout aussi équitables qu'efficaces.

Ensuite, cette grille a permis de repérer certains mécanismes qui, selon les acteurs interrogés, semblaient plus propices à la réduction des inégalités sociales de santé. Comme toute entreprise de sélection, l'efficacité du ciblage pour prendre le vocabulaire des politiques publiques, n'est certainement pas parfait. Quelques pans de l'efficacité des actions ont certainement été mis de côté. La dynamique des acteurs et le caractère évolutif de certaines mobilisations ne peuvent être facilement repérés à l'aide d'une telle approche méthodologique. Nous avons cependant essayé d'en relever certains moments et d'en présenter quelques résultats (voir aussi Section 3). Si la centration et la délimitation des objets de recherche (Huberman and Miles 1991) fait partie des critères de qualité de certaines recherches, elles ne doivent pas non plus constituer des ornières pour les chercheurs. Aussi, les entrevues en profondeur avec les promoteurs des actions servent-elles à mieux comprendre le lien entre les mécanismes et le contexte mais aussi à discuter d'éventuels éléments oubliés dans les grilles.

Enfin, nous croyons avoir compris par l'intermédiaire de cette recherche exploratoire que l'utilisation de la démarche proposée par Pawson (Pawson 2006), non pas tel qu'il le suggère sur des données secondaires, mais tel que nous l'avons fait à l'aide de données primaires, est possible. Certes, le défi est important, mais *a priori* surmontable. Le couple M+C a été exploré dans cette recherche au moyen de l'étude de cinq actions, mais simplement pour quelques couples et quelques mécanismes. L'utilisation de la grille a permis de repérer quelques mécanismes dont le lien avec le contexte et la dynamique interne a été par la suite exploré au moyen d'entrevues individuelles en profondeur. Cette approche paraît donc de l'ordre du faisable et permet de disposer de données originales et utiles pour appréhender l'efficacité des actions. Cependant, il faudrait étudier plus en profondeur et d'une manière plus exhaustive tous les mécanismes en jeu de plusieurs actions afin de tenter de relever certaines récurrences et de passer, tel que Pawson le propose, à des théories de moyenne portée, ou théories intermédiaires (Blaise, Marchal et al. 2009). Nous en sommes loin, mais nous croyons qu'il fallait passer par cette étude exploratoire avec de s'engager dans une aventure plus complexe. Ensuite, il conviendrait évidemment de trouver un moyen de disposer du E de la famille M+C=E, où le E concernerait les effets pour la réduction des inégalités sociales de santé. Puisque de telles évaluations sont rares, il tenter d'appliquer cette démarche dans des projets de recherche où les interventions ont été spécifiquement mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

CONCLUSION

Comprendre en quoi les interventions de promotion de la santé permettent de réduire les inégalités sociales de santé est un défi majeur. D'abord, il faut que de telles actions soient mises en place, ce qui nécessite une mobilisation croissante ainsi que l'organisation concomitante et indispensable d'un système de suivi permettant de vérifier que les différences de santé entre les groupes sociaux s'amenuisent. Une fois cette mobilisation activée et la démonstration faite, il serait nécessaire d'inciter à l'évaluation des processus afin de mieux comprendre ce qui fonctionne, dans quel contexte et selon quelles modalités. La présente recherche a permis de montrer que l'usage adapté de la démarche théorique de l'évaluation est de l'ordre du faisable. Nous disposons maintenant d'une grille d'analyse et d'une méthodologie qu'il faudra assurément appliquer à une plus large échelle pour produire des connaissances utiles aux intervenants qui souhaitent s'engager dans la réduction des inégalités sociales de santé à partir des leçons apprises des projets efficaces... et équitables.

SECTION 3

LA MOBILISATION DES ACTEURS AU SEIN DES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE VISANT LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

LA MOBILISATION DES ACTEURS AU SEIN DES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE VISANT LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Ivan Sainsaulieu¹⁰, Anne Guichard et Valéry Ridde

Introduction

La réduction des inégalités sociales de santé est une gageure dont les attendus globaux ont déjà été mis en évidence (Fassin, 2008) : un tel projet ne saurait se limiter aux activités de soin, prévention et promotion de la santé mais devrait intégrer tous les facteurs sociaux d'inégalité de santé (logement, éducation, revenus...). Il semble néanmoins que cette globalité n'ait été amputée par les pouvoirs publics, à l'occasion d'un vote à l'Assemblée Nationale qui s'est essentiellement centré sur la question de l'accès aux systèmes de soins. De même, au niveau international, la Charte d'Ottawa n'apparaît pas comme un cadre très directif (Ridde, Guichard, Houétto, 2007) et l'on déplore un certain immobilisme voire un retard en la matière, au Québec, au Canada et en France (Ridde, 2004a, 2004b ; Moatti, Arwidson, 2004), tandis que les options stratégiques font l'objet de controverses, comme en Grande-Bretagne (Graham, 2004).

Il semble en revanche possible de mettre en exergue la dimension globale du problème sur un plan local. C'est un principe de justification de l'action publique — contrairement aux politiques publiques — que d'être moins segmentée et plus transversale (Lascoumes, Le Gallès, 2006) et il en va de même dans l'action publique de santé (Flajolet, 2008). Il s'agit moins de refuser la spécificité de santé que de lui adjoindre une dimension sociale en la reliant aux inégalités sociales pour éviter un type d'action isolé du contexte et élargir la cible au rapport social qui l'enserme. C'est comme si l'objet social refusait le particularisme et revendiquait la première place, en santé comme ailleurs. Il s'agit presque davantage d'agir en milieu défavorisé que de promouvoir la santé, comme cela a été noté antérieurement et comme on le verra dans l'examen des pratiques.

Une analyse sociologique de la mobilisation des acteurs sociaux

L'analyse sociologique entreprise dans la présente section cherche à montrer l'importance de la micro mobilisation comme contributrice de l'efficacité des interventions de promotion de la santé. Ainsi, nous en proposons une analyse détaillée en ayant recours aux données empiriques collectées auprès des principales parties prenantes des projets. Nous ne reviendrons pas dans cette section 3 sur les détails méthodologiques qui ont été largement abordés lors des deux précédentes sections.

L'hypothèse d'interprétation des résultats est celle du rôle de micro mobilisations pour la réduction des inégalités de santé. Si des temporalités de l'action publique sont codifiées dans la grille de l'évaluation réaliste, il n'en va pas de même pour la logique de déploiement des actions de mobilisation de proximité, dont la compréhension nous semble ajouter une dimension heuristique à celles de l'évaluation réaliste.

¹⁰ Ivan Sainsaulieu est sociologue, chercheur au *Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique* (CNRS-CNAM). Email : ivan.sainsaulieu@lise.cnrs.fr.

L'intérêt de la notion de « mobilisation » pour comprendre l'efficacité des interventions indique que l'on n'a pas seulement affaire à des individus rationnels au but clairement délimité, tel l'archer visant une cible. Il s'agit d'un ensemble d'interactions et d'interdépendances qui concernent un milieu et une localité socialement définis. Faire bouger les lignes dans un lieu et un milieu défavorisés suppose de mettre en branle toute une dynamique collective. C'est précisément le succès de cette dynamique qui a été couronné par la présélection des actions et qui fait l'objet de l'analyse présente, au travers du dégagement progressif des caractères de l'action menée.

Des blocages institutionnels classiques en partie surmontés

A l'issue d'un premier terrain, la notion de blocage institutionnel était apparue fortement. Nous avons noté en effet, en amont de l'action (acteurs institutionnels en région), la confrontation entre une tendance à la convergence des acteurs et une contre tendance au marquage des différences.

D'un côté donc, une forte *tendance consensuelle*, positive et négative. En positif, on trouve le partage de convictions, un *référentiel partagé* une croyance dans la santé communautaire et donc dans l'action collective de proximité (« de terrain »). La preuve de la présence de ce référent, c'est que plus on s'élève dans la hiérarchie des acteurs en présence, plus il est fortement et explicitement articulé dans le discours. Il en découle dans une certaine mesure un *cercle vertueux de la collaboration*, qui repose sur la synergie des efforts en aval (du fait d'affinités électives entre certains acteurs) et leur légitimation en amont. La synergie joue non seulement dans la construction mais aussi dans la pérennité de l'action (soutien moral qui évite la défection).

Nous avons aussi relevé, à l'opposé, des *réactions de démarquage*, autour d'une distance à maintenir ou à réduire, selon le point de vue de l'acteur. Les rivalités interinstitutionnelles ou tensions bureaucratiques sont activées par le jeu de « l'évaluateur évalué ». Elles sont manifestes au niveau des référentiels, l'ancien registre de politique sociale ciblée contre l'exclusion interférant avec la nouvelle action publique plus globale et plus interactive. Ensuite et surtout, on retrouve le poids bureaucratique des structures au travers de la lutte entre les acteurs institutionnels. Véritable *path dependence*, le mille-feuille administratif à la française nourrit un jeu de pouvoirs classique réactivé par les « zones d'incertitude » du moment, dans le cadre de la coordination des niveaux diversifiés d'un Etat décentralisé via ses services déconcentrés (DRASS, DDASS, CCASS), ses agences (INPES) ou des collectivités territoriales avec leurs appendices (CCASS, CAS)... Cette situation entraîne un entrecroisement de logiques et d'intérêts aggravé par l'incertitude de la répartition des tâches, de la permanence et du rôle des personnes en place (rotation des postes, multiplicité des missions) et de l'avenir de certains échelons (on parle de fusion entre les DRASS et les DDASS, au détriment de ces dernières). On voit donc comment la question du sujet et de l'objet de l'évaluation peut réveiller des susceptibilités.

Aux conflits bureaucratiques s'ajoutait une *différenciation socioculturelle* entre la base et le sommet : tensions entre professions et titres sociaux (noblesse du métier médical, disqualification du travail social), tensions entre population et administration, à laquelle les professionnels sont parfois assimilés. Si la nouvelle action publique consiste à en tenir compte, voire à privilégier le point de vue d'en bas, elle contribue également à faire apparaître la barrière sociale qui était sous-jacente. Ainsi, un *quidam* peut en remontrer à un expert ou à un responsable ordinairement protégé, quelque peu traumatisé par cette expérience. Dans

l'autre sens, la logique d'accessibilité pour les habitants les frustre car toutes les dispositions ne sont pas prises pour qu'ils bénéficient effectivement du service offert (transports pour aller à l'épicerie solidaire, diffusion de l'information, etc.). Il y a donc un choc culturel potentiel, induit par la recherche d'une double acculturation, du bas vers le haut et du haut vers le bas.

Au terme d'un tour d'horizon des situations locales, l'interprétation en termes de blocage institutionnel a été nuancée et détaillée analytiquement. *Primo*, en termes de contexte institutionnel, la *volonté politique des municipalités* (contre les inégalités) joue un rôle majeur d'impulsion dans les actions entreprises, malgré des conflits d'intérêt entre action sociale et intérêts électoraux. Le contexte institutionnel se différencie également dans le temps : la question se pose des *moments du soutien institutionnel*, qui peut se limiter à l'impulsion de départ. Nous verrons comment formaliser davantage les moments clés du soutien à la mobilisation. Par ailleurs, la *distance base sommet* n'est pas toujours forte. A D¹¹, l'équipe régionale est si restreinte que les acteurs (« actants » et « légitimants ») ont un rapport de proximité quasi fusionnel, ce qui ne favorise pas nécessairement la clarification des objectifs. A C, l'expérience pédagogique a convaincu largement les divers acteurs en présence, horizontaux et verticaux. A Z, l'équipe mobile est seule à agir sur son créneau, elle s'est émancipée de contraintes bureaucratiques hospitalières.

Enfin, il convient d'évoquer les *risques professionnels du choc culturel* : le dernier cas de R montre que les tensions horizontales ne concernent pas que les rivalités entre administrations mais sont également professionnelles, entre le social et le sanitaire, dont l'articulation ne va pas toujours de soi. La perception du social pose le problème plus large des représentations, à la fois de la population (préjugés ordinaires) et des professionnels du social eux-mêmes, en prise avec les aspects trop « psychos » ou « trop sociaux ». Ce trop-plein est en effet multirisques : le risque de sortir du champ de ses compétences techniques ; de sortir de la déontologie de la profession qui vise à l'autonomisation des sujets fragiles et non à l'assistance sociale ; de se voir enfin déçue de sa condition sociale, entraîné symboliquement vers le bas.

Une mobilisation qui a ses rythmes propres

A ces traits structurants du contexte institutionnel et social, de sa mise en branle autour des tenants et aboutissants de l'action, on peut ajouter un autre aspect distinct qui est celui de la temporalité propre à la mobilisation. Au lieu d'une impulsion planifiée par en haut et mise en oeuvre par en bas, on a le sentiment d'une forte dépendance à la situation locale, aux ressources disponibles dans la société civile et à une *alchimie de la mobilisation qui émerge* plutôt qu'elle ne suit un plan préétabli.

L'existence de *ressources individuelles et collectives préalables* en constitue une première condition spécifique : non seulement les acteurs pionniers ont l'expérience dans le domaine spécifique de promotion de la santé en milieu populaire (précédents d'actions de promotion de la santé réussies), mais des ressources locales sont « dormantes », des usagers sont prêts à réagir à l'action en cours du fait d'une mémoire locale associative.

Il se dégage également l'importance du moment conjoncturel, de la *crise locale* dans le centre social. Menacé de disparition, il renaît peu à peu sous l'impulsion de la nouvelle directrice et dans le cadre de l'action menée. La vie du centre est donc un enjeu important de l'action elle-même et la crise favorise une mobilisation des énergies. Il suit de ce qui précède une

¹¹ Ces initiales ne correspondent pas au nom du site. Pour des raisons éthiques, elles ont été changées.

temporalité *dialectique* de l'action : on passe par des étapes de sommeil, de crise, de réactivité, d'adaptation, d'instauration d'un climat, de montée et de retombée, particulièrement caractéristiques de la prise de conscience et de la cristallisation d'un collectif.

Autre aspect structurant, *le rôle du lien social*, de la confiance, de l'interconnaissance, dans le dégagement d'un collectif participatif. Les membres du collectif d'utilisateurs indiquent clairement qu'ils se retrouvent pour être ensemble. Ce sont donc les aspects de la santé qui jouent un rôle dans la mobilisation pour la santé. Ainsi, là encore, le moyen (se rassembler) est un carburant permanent et constitue donc aussi une finalité de l'action.

Enfin, *le rôle des individualités* ou du leadership apparaît nettement. L'initiative, le charisme et l'expertise des pionniers trouvent des relais dans des « leaders d'opinion » qui jouent un rôle de cimentation du groupe via des aptitudes relationnelles d'aide, d'écoute, de conseil aux personnes les plus défavorisées. Ces *leaders* sont aussi des stratèges qui poursuivent un but professionnel et sont dans une carrière du social à définir (en tous cas ouverte). Une autre caractéristique du leadership, c'est qu'il est sans doute le plus « apprenant » des participants, le plus réflexif sur l'action menée, capable d'augmenter son réseau et son rayon d'action. Ce qui n'empêche le collectif d'exercer une fonction plus discrète mais importante de veille sur l'expérience en cours.

Au fond, analyser la *temporalité propre à la pratique* permet d'englober le contexte et l'action entreprise, à condition de ne pas les disjoindre, en considérant la dynamique de l'action *indépendamment de l'intervention institutionnelle* – comme frein ou comme soutien – et les blocages de l'action comme *purement institutionnels*. Des blocages bureaucratiques perdurent, mais ils prennent des formes moins épurées du fait de la décentralisation et de la déconcentration des services (avec notamment le nouveau rôle des municipalités) et de l'interférence avec d'autres problèmes (inégalités et représentations sociales des inégalités, chevauchements et risques professionnels).

Des mécanismes induits par la temporalité de l'action

Dans cette dernière partie, nous nous proposons de saisir les éléments constitutifs de la temporalité de l'action, tels qu'ils nous sont apparus au travers de l'enquête. Nous allons d'abord rassembler les différents éléments empiriques dans une perspective de synthèse sur l'action et les acteurs, avant d'envisager les moments constitutifs, objectifs et intersubjectifs.

Résumé synchronique de l'action RISS et de son type d'acteurs

Au fil des entretiens, nous avons vu émerger les caractères objectifs de l'action de référence. Malgré les fêtes régionales de l'action publique décentralisée et déconcentrée, malgré un référentiel d'action largement partagée par les acteurs, il s'agit d'une action non planifiée, d'un processus émergent. Emprunte d'une histoire locale, elle suit une temporalité mouvementée, avec des temps forts de crise initiale puis d'un événement fondateur. Ces actions sont réticulaires et non rectilignes, elles ont des racines multiples, tel un rhizome deleuzien¹², de même qu'elles sont fortement enclines à se publiciser, comme corollaire de leur réussite. Elles ont donc un caractère tactile, sont porteuses d'un tissu social riche à analyser et comportent une grande fragilité, avec le risque que l'absence de programmation ne débouche sur

¹² Dans le domaine de la Promotion de la santé, d'autres auteurs ont également emprunté cette métaphore (voir Dupéré, S., Ridde V. et al 2007 ; Kickbush, I., 2007).

l'improvisation la plus confuse, ou que l'on reste dans l'a peu près et l'instabilité permanente au lieu de trouver une certaine pérennisation. Il s'agit d'un processus éminemment interactif où les acteurs sont déterminants et doivent répondre à certains critères pour réussir.

Ils ne peuvent être particulièrement démunis, au contraire. Ils doivent pouvoir faire face aux risques de disqualification sociale, de manque de professionnalisation par absence de stabilité de la fonction, voire de déprofessionnalisation par glissement vers le bénévolat, par errance en dehors de la déontologie professionnelle, ou par effacement devant une autre profession du fait de chevauchements entre les intervenants (médicaux, sociaux, hospitaliers, psychologiques, politiques). Les « actants », tout comme les « réactants », doivent bénéficier de certains capitaux culturels et sociaux pour faire face, notamment de ceux qu'on acquiert au travers d'expériences similaires et qui confèrent un recul historique. En plus d'être « historiques », ces acteurs doivent être « réseaux », c'est-à-dire bénéficier à la fois d'un carnet d'adresses et surtout d'une grande capacité relationnelle pour entretenir les nombreux partenariats informels qui entourent voir constituent l'action. Ils doivent être innovants pour retrouver des solutions face aux derniers problèmes rencontrés.

Perspective diachronique

On ne saurait être fidèle (méthodologiquement) au caractère mouvant de notre objet si l'on ne tentait de rendre compte sur un plan diachronique de son « épaisseur temporelle ».

Le rôle de soutien matériel, logistique et symbolique revient d'abord aux « légitimants » (et aux « partenaires externes », appelés ainsi du fait de l'élasticité de cette catégorie, qui n'est pas toujours incluse dans le jeu et demeure extensible). Sur les « actants » repose l'effort de construction proprement dit, avec les compétences spécifiques (notamment l'expérience de ce genre d'action), l'effort prolongé, la capacité d'improvisation et d'adaptation aux besoins et aux réactions du public visé. Enfin, le rôle des usagers-réactants est peut-être le plus intéressant à interroger dans la temporalité, étant données les étapes de leur montée en puissance : de l'état virtuel (ancré dans une culture locale) à celui de potentiel actif, voire de nouvel acteur (*cf infra*).

Cela dit, la mise en perspective des rôles dans le déroulement de l'action met aussi en évidence les changements dans l'intervention de chacun. Ainsi, il y a des moments clefs du soutien matériel et logistique, tandis que la valorisation symbolique apparaît comme indispensable pour que l'expérience sociale soit pleinement reconnue. Tout un travail est nécessaire pour rendre visible et attractive une expérience qui a marché aux yeux des participants mais qui n'a pas encore de valeur objective. Par exemple, on sent combien la venue de l'INPES est un gage de reconnaissance auprès des acteurs présents ou virtuels.

De même, l'actant suit une logique propre. Si l'effort au départ pour « ramer à contre courant » semble un temps fort de la naissance du projet innovant, on doit insister sur les transformations du rôle pour passer à l'étape de la publicisation, permettre la reproduction et peser sur la transformation institutionnelle (avec des propositions). Le rythme d'enchaînement des étapes peut varier : il est lent à J, très rapide à P, où l'événement réussi intervient très tôt et inspire l'enthousiasme des enseignants présents, qui veulent l'étendre à leur école. La question de la duplication et de l'élargissement suit rapidement, d'où la mise au point de modules adaptables.

Encouragement et soutien des instances « légitimantes » directement concernées (supérieurs hiérarchiques) comptent autant que d'éviter de mettre des « bâtons dans les roues » et de décourager ainsi les efforts entrepris. A terme s'opère un passage du flambeau de l'innovation aux légitimants qui doivent être en mesure de servir de caisse de résonance et trouver les voies de la réforme, tandis que les réactants peuvent devenir de nouveaux actants dans cette transformation systémique (par exemple les bénévoles des épiceries solidaires de J et de P).

Les usagers réactants suivent avant cela eux aussi une mutation de leur rôle, de la passivité à l'activité, en passant par deux stades de ce que l'on résume parfois par *empowerment* et qui recoupe deux étapes à différencier : celles de la *prise de confiance* et de la *prise de conscience*, de la participation qui renforce l'estime de soi à la réalisation de soi par la prise d'initiative, favorisée par un certain effacement des actants, qui délèguent un peu de leur rôle après avoir transmis leurs compétences. Ce processus paraît indispensable pour arriver à la mutation suggérée en de nouveaux actants, via la valorisation symbolique des instances légitimantes. Une grande attention des actants et légitimants est en effet nécessaire pour que des personnes particulièrement démunies puissent vaincre les obstacles socioculturels placés sur leur route.

Enfin, les partenaires potentiels peuvent s'agréger au fil du procès s'ils savent repérer les actions émergentes et s'y associer pour les amplifier en apportant au fur et à mesure les soutiens adéquats à la demande en situation.

Au total, on arrive ainsi à mieux appréhender une difficulté non négligeable de la réussite du projet. Il ne suffit pas en effet que l'on s'accorde au départ sur un plan et un *référentiel commun* d'une « action globale » qui semble inclure *a priori* l'importance du terrain, des synergies et de la collaboration. Ces dernières requièrent une *pratique spécifique*, un suivi consistant en une écoute permanente et des interventions variées adéquates aux moments de la montée en puissance du projet. Ainsi l'évaluation demande-t-elle en particulier des dispositions solides des actants (bien disposés, sécurisés, compétents), un ancrage avec le public réactant (consultation), pour ne pas proposer de normes trop abstraites, une exigence de cumul des expériences locales par les légitimants afin de ne pas répéter les actions isolément les unes des autres, et enfin une intervention de partenaires spécialisés.

Toutes ces étapes passent par un travail tantôt individuel (ou interindividuel, en binôme) tantôt collectif, au double sens d'implication d'un groupe mobilisé et de partenariat élargi. Les moments de l'implication individuelle et collective se présentent souvent en raison inverse l'un de l'autre, à l'exception de l'étape (rare) de la transformation institutionnelle et dans une moindre mesure de l'évaluation, où convergent les efforts individuels et collectifs. Il faut également ajouter que l'effort individuel est plus constant que l'effort collectif, sauf au moment de la structuration d'un collectif que les acteurs nomment « captif » et qui est, précisément, permanent¹³.

Le sentier jacobin de la mobilisation

Dans le contexte des pratiques françaises le caractère qualitatif de la présente recherche est particulièrement bienvenu, car on est moins sur un cadre systémique que sur des actions dont la dynamique obéit à des particularités locales microsociologiques, malgré certaines

¹³ A titre illustratif, voir le tableau 1 à la fin de cette section.

dispositions cognitives communes et le rôle non négligeable de l'impulsion locale institutionnelle (comme celle de politiques municipales). Face à des blocages inhibant les professionnels ou limitant les mécanismes d'amplification, il faut que l'action (émergente plus que programmée) emporte l'adhésion par ses vertus propres. D'où, nous semble-t-il, l'intérêt d'une focalisation sur la mobilisation locale, dont on a vu chemin faisant comment elle conditionne les résultats, même si elle reste largement invisible.

Si un cadrage est affirmé par les acteurs « légitimants » en région, la cohérence de la démarche mise en œuvre contraste cependant avec la pratique, plus chaotique, très inégale et très locale. Ici, les mécanismes relevés sont proches des « bonnes pratiques » de mise en œuvre planifiée d'une action de promotion de la santé : rôle du leaderships individuel, mobilisations locales, synergies interindividuelles, réflexions autocritiques, logiques partenariales sporadiques, fortes oscillations temporelles et instabilité des moyens. L'évaluation comme démarche systématique relève pour ces raisons de la quadrature du cercle. Elle suppose une intégration des niveaux d'acteurs contredite par une différenciation spatiale (hiérarchique, bureaucratique) et temporelle, si l'on tient compte des dissonances rythmiques entre l'action publique et les mobilisations.

L'évaluation permet de souligner le processus mobilisateur qui peut sans doute être mieux conscientisé par les différents acteurs. Nous avons donc tenté d'en dégager les mécanismes en ajoutant l'étude de leur temporalité de façon à mieux saisir comment les institutionnels « légitimants » peuvent porter secours au mieux à l'action projet (ou dynamique projet) qui se déroule sous leurs yeux. Ils en semblent parfois demandeurs, mais entendent souvent rester dans un registre technique, avec un cadre horaire, juridique, technique donné.

On ne peut considérer l'évaluation (et *a fortiori* le développement) des actions sociales de santé que comme une question technique. Il faut les resituer en permanence dans un combat pour renverser les valeurs, pour évaluer les évaluateurs ou réévaluer les évaluations sociales ordinaires. D'où l'importance de l'analyse de la dynamique éthique et agonistique, du procès difficile de l'action avec ses obstacles nombreux et ses rares succès, les épreuves durement ressenties tout au long de l'action et qui ne se résument pas à des figures de style. La notion d'engagement est particulièrement bien adaptée à ces personnes qui réussissent à faire vivre des actions en jouant avec les limites et les frontières, quitte à agir aussi dans le hors-cadre. L'engagement est synonyme de persévérance, socle d'une technique « connexionniste » pour entrer en relation, faire des liens, faire et donner confiance, savoir communiquer, discuter librement, être capable de s'ajuster aux autres et aux situations. Même si le modèle est sujet à manipulation idéologique, « il faut » savoir s'engager, être capable d'enthousiasme, adaptable, flexible, polyvalent, employable, autonome, prendre des risques... (Boltanski, Chiapello, 1999).

A ce type d'acteur correspond un type d'action. Il se dégage de ces éléments que le modèle français de réduction des inégalités n'est pas si technocratique et centraliste qu'on pourrait le croire *a priori*, par opposition au modèle participatif de l'*empowerment* (Ridde, 2007). Si un plan régional est arrêté en amont, les conditions de sa mise en œuvre et de son efficacité relèvent en effet d'une mobilisation locale. Cette nécessité de mobilisation par en bas fait même partie intégrante du discours de l'action publique, référentiel « terrain » connu et partagé, sans pour autant faire disparaître tout écart entre l'amont et l'aval sur la connaissance profane des tenants et des aboutissants de cet engagement en pratique. L'amont garde une approche plus technicienne à défaut d'être technocratique, tandis qu'en aval, au travers de l'évocation des obstacles, des efforts et de l'inventivité, soufflent les vents du combat.

En ce qui concerne les actions étudiées ici, la participation de la population reste une gageure, un déficit et une expérience rare et momentanée, de l'ordre du « groupe en fusion » sartrien. La santé communautaire est l'approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes (Tessier, 2004). Mais la plupart des « communautés » (familles, classe d'une école, communauté homosexuelle) ne sont que potentielles (Baumann, M, 2001). Le groupe ne devient communauté que dans certaines circonstances où vont se resserrer les liens. La conscience commune apparaît plus forte à certains moments, devant par exemple la nécessité de lutter contre un problème de santé. En fait, deux définitions de la communauté se mélangent : la communauté d'intérêts de groupes potentiellement soudés (quartiers, villages) ; la communauté permanente, où les liens sont naturellement forts car constants, comme le sentiment d'appartenance (certaines familles, groupes d'adolescents, milieux minoritaires et soudés). La communauté au travail peut également nouer des liens quasi permanents, dans la mesure où le contexte très coopératif de l'activité n'est pas trop bouleversé, comme dans un bloc opératoire ou un service de réanimation (Sainsaulieu, 2007).

Le constat du collectif est toutefois rare en santé. Assez peu d'actions dites communautaires impliquent véritablement les personnes (Baumann, 2001). La raison invoquée en était la non prise en considération du savoir profane, des représentations culturelles non scientifiques, gage pourtant de l'acceptabilité des actions de santé. La création de liens sociaux de type communautaires, c'est-à-dire la constitution de groupes qui deviennent des proches à l'occasion de sorties ou de groupes de travail, sont un des piliers de l'action de prévention, comme le montrent les exemples de l'association des alcooliques anonymes ou de la mise en place de structures d'aide psychologique aux jeunes en difficulté (Francequin, G. *et al*, in Bouquet, B., 2005). Dans le même ordre d'idée, les organisations de l'économie solidaire sont parfois créatrices de liens locaux, comme dans l'exemple des systèmes d'échanges locaux (Dacheux, Laville, 2004), que nous retrouvons ici dans le cas des épiceries solidaires. D'aucuns ont d'ailleurs mis en exergue la revalorisation des contextes locaux comme résultat dialectique de la mondialisation des pratiques de santé (Gobatto, 2003), même si là non plus l'effectivité des pratiques collectives, *a fortiori* communautaires, ne doit pas être surestimée (Hours, 2001). Où que l'on regarde, la densité communautaire des pratiques semble relever de l'exception ou de l'occasion, même si leur impact peut être important.

En somme, la participation collective entre comme une composante de la réussite de l'action menée, reposant sur une action ou une interaction individuelle permanente (*cf. tableau*). L'action reste cadrée par des individus phares émanant des institutions ou disposant de capitaux importants. On retrouve ici le modèle jacobin dans sa phase active, par en bas : une avant-garde renforce son pouvoir du fait de la mobilisation populaire. Même si l'avant-garde ne veut pas le pouvoir, en s'efforçant par exemple de transmettre son expérience avec des modules à dupliquer, elle joue un rôle pilier dans de nombreux domaines, comme dans le nouveau syndicalisme (Sainsaulieu, 2008).

Ceci limite également le processus *d'empowerment*. L'autonomisation des individus est également une composante de la réussite. Elle est une préoccupation majeure des acteurs, contre le modèle l'assistance sociale, réputé passif. Les enfants et les chômeurs apprennent (P), les personnes retraitées trouvent un lien social (J), les SDF ou les jeunes un accès aux soins (V, D). En même temps, il semble que l'accompagnement individuel soit très présent dans la dimension de l'insertion, souvent parallèle à la promotion de la santé. Nous avons décrit plus haut deux degrés d'autonomisation (réconfort individuel et capacité de projet). Le

problème de l'*empowerment* tient peut-être dans son caractère trop général : où commence et où finit l'*empowerment* ?

La présence de phénomènes sporadiques de participation permet en tout cas de limiter ou d'amender le modèle technocratique. Il se passe et se dit autre chose que ce modèle d'ailleurs réputé illégitime. Au-delà du discours, les pratiques sont certes limitées, d'autant qu'il s'agit d'actions choisies au regard de critères relevant du champ de la promotion de la santé, moins axé sur la performance au sens bureaucratique du terme.

Conclusion

Ces pratiques nous semblent intéressantes néanmoins en ce qu'elles soulignent, d'une part, le rôle de la *mobilisation* par définition spatio-temporelle, contextuelle et conjoncturelle, d'autre part, le rôle de *leadership innovant* dans le succès des expériences menées dans le cadre hexagonal. L'actualité du modèle jacobin français consisterait donc *dans sa vertu éducative plus que directive*, prêt à laisser émerger de nouveaux acteurs entrepreneurs, capables de trouver les synergies et les initiatives pour associer la population locale. Il resterait à conscientiser cette voie, c'est-à-dire à lever les obstacles (rivalités bureaucratiques, manque de perception des étapes et de la nature changeante des soutiens nécessaires, moyens mis à disposition, logique politique de l'urgence et de l'affichage) pour soulager les efforts des pionniers et rendre ainsi le travail institutionnel adéquat au sentier historique, celui d'un jacobinisme renouvelé par son ancrage dans l'action collective.

Tableau 1 : La dynamique de la mobilisation locale

MOMENTS/ TYPES ACTEURS	ACTANTS	RE- ACTANTS	LEGITI- MANTS	PARTENA- RIAT NOUVEAU	ACTEUR INDIVI- DUEL	ACTEUR COLLECTIF
DISPO- ITIONS	Antécédents historiques	Culture locale	Plan en amont	Officiel	Fort	Faible
CRISE LOCALE	Résistance, initiative	Eclatement, atomisation	Feeling	Officieux	Fort	Faible
CHEMINE- MENT	Endurance, Improvisa- tion	Inertie collec sursauts individuels	Soutien politique	Disponibilité	Fort	Faible
EVENEMEN T REUSSI	Audace, écoute	Enthousiasme partagé	Soutien financier	Capacité repérage	Fort	Fort
STRUCTU- RATION GROUPE PORTEUR	Ecoute, Délégation, Vigilance, apports et transferts de compétences	Dynamique d'éveil, de sociabilité et confiance	Soutien financier	Soutien symbolique	Moyen	Fort
PUBLICI- SATION	Prise de conscience, changement rôle	Bouche-à- oreille, acteurs relais	Valorisation symbolique	Soutien logistique	Fort	Faible
ESSAIMAG E MIMETI QUE	Rôle facilitant	Innovation	Valorisation symbolique	Rôle informel, adaptabilité, réorientation	Fort	Moyen
TRANSFOR MATION INSTITUTI ONNELLE	Rôle proposition	Nouveaux actants, réalisation de soi	Innovation, réformes	Implication, innovation	Fort	Fort
EVALUA- TION	Bonne volonté, compétence et stabilité de la profession	Consultation	Mutualisation, recensement des actions	Soutien logistique spécialisé (INPES, ORS...)	Fort	Moyen

RÉFÉRENCES

- Barbeau, E. M., N. Krieger, et al. (2004). "Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000." *American Journal of Public Health and the Nations Health* 94(2): 269-278.
- Baumann, M, Cannet, D., Châlons S., 2001, Santé communautaire et action humanitaire, ENSP, R.
- Blaise, P. and G. Kegels (2004). "A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models." *International Journal of Health Planning and Management* 19: 337-364.
- Blaise, P., B. Marchal, et al. (2009). *Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. Inégalités sociales de santé. Guide d'aide à l'action (en cours de production)*. L. Potvin. Paris, INPES.
- Boltanski, L., Chiapello, E., 1999, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard.
- Bouquet, B., dir., 2005, *La prévention, concepts, politiques, pratiques en débat*, L'Harmattan.
- Boutilier, M. and R. Mason (2006). *Le praticien réflexif en promotion de la santé : de la réflexion à la réflexivité. Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives Critiques*. M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson and I. Rootman. Saint-Foy, Les presses de l'Université Laval.
- Calhoun, J. G., K. Ramiah, et al. (2008). "Development of a core competency model for the master of public health degree." *Am J Public Health* 98(9): 1598-607.
- Castells, M., 1996, *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture*, Vol. I. Cambridge, MA; Oxford, UK: Blackwell.
- Cloetta, B., B. Spencer, et al. (2005). "Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé." *Promot Educ* 12(2): 88-93.
- Dacheux, E., Laville, J-L., dir., 2004, « Economie solidaire et démocratie », dossier, Hermès, n°36.
- de Leeuw, E. (1999). "Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health." *Health Promotion International* 14(3): 261-269.
- Dupéré, S., V. Ridde, et al. (2007). *Conclusion: the rhizome and the tree. Health Promotion in Canada: Critical perspectives*. M. O'Neill, A. Pederson, I. Rootman and D. S. Toronto, Canadian Scholars Press
- Evalua (2005). *Évaluation nationale du lancement des PRAPS de deuxième génération (2003-2006), Rapport DGS, Juin 2005*. Paris.
- Fassin, D. (2006). *Quand les corps de souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris, La Découverte.
- Fassin, D. 1996, *L'espace politique de la santé*, PUF.
- Fassin, D., 2008, *Faire de la santé publique*, EHESP.
- Flajolet, A., 2008, *Peut-on réduire les disparités de santé ?*, La documentation française.
- Francequin, G., Sainsaulieu, L., Tyrode A., 2005, « Prévention et villes », in Bouquet, B., dir., 2005, *La prévention, concepts, politiques, pratiques en débat*, L'Harmattan.
- Gobatto, I., dir., 2003, *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Karthala-MSHA.
- Graham, H., 2004, « Social Determinants and Their Unequal Distribution : Clarifying Policy Understandings», *The Milbank Quarterly*, 82 (1), 101-124.
- Green, L. W. and R. E. Glasgow (2006). "Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology." *Eval Health Prof* 29(1): 126-53.
- Guichard, A. and V. Ridde (2009). *Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Inégalités sociales de santé. Guide d'aide à l'action (en cours de production)*. L. Potvin. Paris, INPES.
- Hills, M. D., S. Carroll, et al. (2004). "Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents." *Promotion & Education Spec* no 1: 17-21, 49.
- Hills, M., M. O'Neill, et al. (2004). *Efficacité des interventions communautaires visant à promouvoir la santé : un instrument d'évaluation. Rapport de recherche présenté à Santé Canada par le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé*: 223.
- Hours, B., dir., 2001, *Systèmes et politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie*, Karthala.
- Huberman, A. M. and M. B. Miles (1991). *Analyse des données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, De Boeck Université.
- IUHPE, Ed. (1999). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe. Part Two*. Brussels - Luxembourg, ECSC-EC-EAEC.
- IUHPE, Ed. (2004). *Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES*. Paris, IUHPE.
- Judge, K., S. Platt, et al. (2005). *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. London, An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU: 52.
- Kaminski, M., T. Lang, et al. (2008). *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris, La Découverte.

- Kickbush, I. (2007). Health promotion: the rhizome. Health Promotion in Canada: Critical perspectives. M. O'Neill, A. Pederson, I. Rootman and D. S. Toronto, Canadian Scholars Press
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York, Harper Collins.
- Lascoumes P., Le Galès P., 2006, *Sociologie de l'action publique*, LGDJ.
- Latour, B., 1984, *Les microbes, guerre et paix*, Métailié.
- Leclerc, A., D. Fassin, et al., Eds. (2000). *Les inégalités sociales de santé*, Inserm - La découverte.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Mackenbach, J. and L. J. Gunning-Schepers (1997). "How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 51(4): 359-64.
- Mackenbach, J., K. Judge, et al. (2007). *Strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe : lessons from the Eurothine project. Tackling Health Inequalities in Europe: EUROTHINE Final Report. EUROTHINE*. Rotterdam: 587-603.
- Massé, R., 2001, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », in Hours, dir.
- McQueen, D. V. (2000). "Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé." *Ruptures* 7(1): 79-98.
- McQueen, D. V. and C. M. Jones, Eds. (2007). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York, Springer Science & Business Media.
- Moatti, J.-P. and P. Arwidson (2004). "L'évaluation sociocomportementale des interventions en éducation pour la santé: combler le retard français." *Promotion & Education Hors-Série* 1(11): 41-43.
- Moatti, J.-P., Arwidson, P., 2004, "L'évaluation socio-comportementale des interventions en éducation pour la santé : combler le retard français", *Efficacité de la promotion de la santé*, INPES-UIPES, Hors série, 1.04.
- Molleman, G. R., M. A. Ploeg, et al. (2006). "Preffi 2.0- a quality assessment tool." *Promot Educ* 13(1): 9-14.
- Monnier, E. (1992). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris, Économica.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Seuil.
- Nutbeam, D. (1999). *Health promotion effectiveness - The questions to be answered. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe. Part Two. IUHPE. Brussels - Luxembourg, ECSC-EC-EAEC: 1-11.*
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- O'Neill, M. (2003). "Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ?" *Soz Preventivmed* 48(5): 317-26.
- Paillé, P. and A. Mucchielli (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Colin.
- Patton, M. Q. (2001). "Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned." *American Journal of Evaluation* 22(3): 329-336.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*. Thousand Oaks-London-New Delhi, Sage Publications.
- Patton, M. Q. and F. LaBossière (2009). *L'évaluation axée sur l'utilisation. Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. V. Ridde and C. Dagenais. Montréal, Presses de l'Université de Montréal: 143-158.
- Pawson, R. (2002). "Evidence-based Policy: The Promise of 'Realist Synthesis'." *Evaluation* 8(3): 340-358.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based Policy. A Realist Perspective*. London, Sage Publications.
- Pawson, R. and N. Tilley (1997). *Realistic evaluation*. London ; Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Pawson, R., 2002, "Evidence-based policy: The promise of 'realist synthesis'", *Evaluation*, 8(3), 340-358.
- Pluye, P., L. Potvin, et al. (2004). "Making public health programs last: conceptualizing sustainability." *Evaluation and Program Planning* 27(2): 121-133.
- Potvin, L. and D. V. McQueen, Eds. (2009). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Values and Research.*, Springer.
- Potvin, L., V. Ridde, et al. (2008). *Évaluer l'équité en promotion de la santé. Les Inégalités sociales de santé au Québec*. K. Frohlich, M. De Koninck, P. Bernard and L. Demers. Montréal, Les Presses de l'université de Montréal: 355-378.
- Rayssiguier, Y., Jégu, J., Laforcade, M., dir., 2008, *Politiques sociales et de santé*, EHESP.
- Ridde, V. (2007). "Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ?" *Promotion & Education* XIV(2): 63-67.
- Ridde, V. and A. Guichard (2008). *Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. C. Niewiadomski and P. Aïach. Rennes, Edition EHESP: 57-80.
- Ridde, V. and C. Dagenais, Eds. (2009). *Approches et pratiques de l'évaluation de programme. Paramètres*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

- Ridde, V., 2004a, « Agir contre les inégalités sociales de santé », Canadian Journal of Public Health, vol.95, n°3.
- Ridde, V., 2004b, « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France (...) », Recherches sociographiques, XLV, 2, pp. 343-364.
- Ridde, V., A. Guichard, et al. (2007). "Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver: Action for Fair Equality of Opportunity." Promotion & Education Supplément Hors Série 2: 12-16.
- Ridde, V., F. Baril, et al. (2006). "Le Magicien du Temps : approche participative axée sur le développement d'un projet et l'utilisation des résultats d'une évaluation." Revue canadienne d'évaluation de programme 21(3): 235-255.
- Ridde, V., J. Pommier, et al. (2009). De l'évaluation des programmes à la réduction des inégalités sociales de santé. Inégalités sociales de santé. Guide d'aide à l'action (en cours de production). L. Potvin. Paris, INPES.
- Ridde, V., P. Pluye, et al. (2006). "Evaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti." Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 54(5): 421-431.
- Ridde, V., T. Delormier, et al. (2007). Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts ? Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. Volume I D. V. McQueen and C. M. Jones. New York, Springer Science & Business Media: 389-403.
- Rootman, I., M. Goodstadt, et al., Eds. (2001). Evaluation in health promotion : principes and perspectives, WHO Regional Publications. European Series, No. 92.
- Sainsaulieu, I., 2006, La communauté de soins en question, Lamarre.
- Sainsaulieu, I., 2007, L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité, Belin.
- Sainsaulieu, I., 2008, "Le syndicalisme à l'hôpital. Sociologie d'une insatisfaction", Sève, Dossier Syndicalisme et santé, n°18, SciencePo. Les Presses, pp. 83-94.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. Handbook of qualitative research. N. K. Denzin and Y. S. Lincoln. London, Sage Publications: 435-454.
- Strauss, A. L. (1992). La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Paris, L'Harmattan.
- Tessier, S., Andréys, J-B., Ribeiro, M-A., 2004, Santé publique, santé communautaire, Maloigne, France.
- Thoenig, J.-C. (2005). L'évaluation : un cycle de vie à la française. 30 ans de réforme de l'État. Expériences françaises et étrangères. Stratégies et bilans. F. Lacasse and P. E. Verrier. Paris, Dunod: 117-127.
- Trosa, S. (2003). Le guide de la gestion par programme. Vers une culture du résultat. Paris, Editions d'Organisation.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network: 37.
- Whitehead, M. (1995). Tackling inequalities : a review of policy initiatives. Tackling inequalities in health. An agenda for action. M. Benzeval, K. Judge and M. Whitehead, King's Fund: 22-52.
- Yin, R. K. (1994). Case Study Research Design and Method. London, New Delhi, Sage Publications.