

Un programme de recherche interventionnelle (AAPRISS) visant à réduire les inégalités sociales de santé : méthodes et validation

Mélanie Villeval, M.Sc.^{1,2}, Elsa Bidault, M.Sc.^{1,2}, Emilie Gaborit, M.Sc.^{2,3}, Pascale Grosclaude, M.D., Ph.D.^{1,2,4}, Nadine Haschar-Noé, Ph.D.^{2,3}, Thierry Lang, M.D., Ph.D.^{1,2,5}, Pour le groupe AAPRISS*

RÉSUMÉ

OBJECTIF : Le programme de recherche interventionnelle AAPRISS (Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) vise à modifier des projets de prévention pour améliorer leur prise en compte des inégalités de santé. L'objectif est d'apprécier sa faisabilité et son acceptabilité du point de vue des porteurs de projet impliqués et de présenter ses outils et éléments potentiellement transférables.

PARTICIPANTS : Cinq projets de prévention du cancer axés sur la nutrition ont été inclus dans le programme AAPRISS : deux projets conduits à l'école, un projet de santé communautaire mené dans un quartier défavorisé et deux programmes d'éducation thérapeutique hospitaliers. Pour chacun, un groupe de travail a été créé, rassemblant les porteurs de projet et leur équipe, ainsi que des chercheurs de différentes disciplines.

LIEU : Il s'agit de projets actuellement en cours en région Midi-Pyrénées (France).

INTERVENTION : AAPRISS repose sur l'échange de connaissances entre porteurs de projets et chercheurs et la co-construction de l'analyse, des réorientations et de l'évaluation des projets de prévention inclus dans le programme. La validation du programme et l'analyse de sa faisabilité du point de vue des porteurs de projet reposent sur un questionnaire et des présentations réalisées lors d'un colloque ayant eu lieu en mai 2014 à Toulouse.

RÉSULTATS : Douze fonctions clés du programme ont été décrites. Elles se sont avérées faisables et acceptables et des modifications concrètes des projets vers une meilleure prise en compte des ISS ont été réalisées dans la plupart des projets. La co-construction entre les parties-prenantes soulève de nombreux enjeux et difficultés qui ont pu être surmontés par l'instauration de liens de confiance entre porteurs de projet et chercheurs.

CONCLUSION : La complexité des déterminants conduisant aux ISS plaide pour des programmes qui revisitent les projets existants plutôt qu'une nouvelle intervention visant à les réduire.

MOTS CLÉS : recherche interventionnelle; inégalités sociales de santé; échange de connaissances; interdisciplinarité; intersectorialité

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Can J Public Health 2015;106(6):e434–e441
doi: 10.17269/CJPH.106.4955

Plusieurs constats justifient aujourd'hui la nécessité de développer des programmes de recherche interventionnelle en santé des populations¹ visant à lutter contre les Inégalités Sociales de Santé (ISS), dont le niveau est particulièrement élevé en France². Si leur réduction y est aujourd'hui reconnue comme un enjeu de santé publique majeur, inscrit notamment dans la Stratégie Nationale de Santé³, les politiques sanitaires restent centrées sur le système de soins, sa qualité et son accessibilité. Si la prévention se développe en complément, elle reste focalisée sur les « déterminants proximaux » (modification de comportements dits « individuels »). Or, il s'agit de s'interroger sur la part de responsabilité collective dans ces comportements, sous peine de rester en échec face à l'augmentation des ISS⁴. Cela renvoie aux « déterminants fondamentaux » des inégalités de santé : inégalités de revenus, de logement, d'éducation, entre autres. Les mécanismes de construction des inégalités se nichent dans tous ces déterminants, et s'accumulent dès les premières années de la vie⁵. Les interventions de prévention elles-mêmes, si elles ne prennent pas en compte l'objectif de réduction des ISS, peuvent contribuer à les aggraver⁶.

Associer chercheurs et porteurs de projet pour lutter contre les ISS

Les travaux en épidémiologie sociale permettent aujourd'hui de mieux comprendre comment les inégalités de santé se construisent et s'enchaînent tout au long de la vie⁷. Cependant,

Affiliations des auteurs

1. UMR 1027 Inserm – Université Toulouse III, Toulouse, France
2. Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), Toulouse, France
3. Laboratoire Prissmh-SOI, Université Toulouse III, Toulouse, France
4. Institut Claudius Regaud, Toulouse, France
5. CHU de Toulouse, Toulouse, France

***Groupe AAPRISS (Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) :** F. Alias, B. Almudever, J.C. Basson, L. Birelichie, E. Breton, A. Bulle, F. Cayla, C. Delpierre, P. Ducourneau, B. Gandouet, J.P. Génolini, T. Ginsbourger, M. Kelly-Irving, A. Lacouture, A. Guichard, P. Manuello, C. Martin, A. Mayere, M.T. Munoz-Sastre, I. Poirot-Mazeres, M. Servat, F. Sicot, F. Sordes-Ader, I. Theis

Correspondance : Mme Mélanie Villeval, UMR 1027 – Equipe 5, Faculté de Médecine, 37, allées Jules Guesde, 31 073 Toulouse, Tél : ☎(+ 33)5-61-14-59-56, Courriel : melanie.villeval@inserm.fr

Remerciements : Un soutien financier a été apporté par l'Institut National du Cancer (INCA N° 2011-009), l'Agence Nationale de la Recherche (ANR- 11-INEG -0003 "EVALISS"), l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées pour le programme AAPRISS et par la Fondation ARC pour la doctorante M. Villeval (Dossier n°DOC20140601025). Nous remercions également les membres du conseil scientifique du programme AAPRISS, pour leurs précieux conseils et commentaires.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

l'absence de connaissances scientifiques solides sur les moyens d'agir sur les déterminants de ces inégalités limite le passage à l'intervention. De leur côté, les porteurs de projet et décideurs n'ont que très peu accès aux données issues de la recherche sur lesquelles fonder leurs programmes ou politiques publiques⁸. Les acteurs de terrain en prévention et promotion de la santé mettent en place de nombreuses interventions locales, mais qui restent souvent peu décrites, peu évaluées et peu transférées. Traditionnellement en France, les chercheurs, décideurs et acteurs de santé publique cultivent peu de liens.

La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) consiste en l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions visant à impacter la santé des populations¹. S'inspirant de la « recherche-action » et de la « recherche partenariale », elle permet de créer des partenariats intersectoriels, les chercheurs s'associant à des porteurs de projet et des metteurs en œuvre d'interventions locales⁸. Il s'agit, à travers de tels dispositifs, d'« apprendre en faisant et de faire en apprenant »⁹.

Alimentée par les recherches dans différents domaines (épidémiologie sociale, sciences politiques, sociologie, évaluation des programmes, notamment), l'objectif de la RISP est de produire un « corpus de connaissances » transposables sur la façon dont les interventions fonctionnent et leur efficacité⁸.

Élaborer un corpus de connaissances sur les interventions à même de réduire les ISS

Cet objectif soulève le problème de l'évaluation des interventions en santé des populations, en particulier au regard de leur impact sur les ISS. Les essais contrôlés randomisés, considérés comme méthodes de référence en santé, permettant d'établir un lien causal entre une intervention et ses effets¹⁰, s'avèrent particulièrement inadaptés dans les conditions réelles de vie des populations¹¹. Les enjeux évaluatifs dans ce domaine concernent donc en grande partie l'identification de processus efficaces en matière de réduction des ISS, défiant la complexité de ces interventions en « vie réelle ».

En outre, si l'on souhaite transférer dans d'autres contextes des interventions jugées efficaces, il s'agit d'en identifier plus précisément les éléments essentiels¹². Hawe et coll. proposent une évaluation expérimentale alternative en santé communautaire où l'« essence » d'une intervention – ses « fonctions clés » – est standardisée, tandis que son implémentation à travers des activités concrètes – sa forme – est différenciée pour s'adapter au maximum au contexte dans lequel elle évolue¹³. Ainsi, l'hypothèse peut être faite que pour transférer dans un autre contexte une intervention menée en « vie réelle », il est nécessaire de définir ses fonctions clés, qui seront ainsi évaluées et pourront, si jugées efficaces, être implémentées sous une forme différente dans ce nouveau contexte¹⁴.

OBJECTIFS

À travers la description du méta-programme de recherche interventionnelle AAPRISS (« Apprendre et Agir pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé »), conduit en Midi-Pyrénées de 2011 à 2015, l'objectif est de présenter les outils développés en soulignant les éléments potentiellement transférables de ce programme, ainsi que sa faisabilité et son acceptabilité du point

de vue des porteurs de projet impliqués dans le programme. La validité de ces outils est également évaluée à travers les modifications effectives des projets de prévention inclus dans ce méta-programme, allant vers une meilleure prise en compte de l'objectif de réduction des ISS.

MÉTHODES

Le programme AAPRISS

Description du programme

Le protocole du programme AAPRISS a été décrit en détail⁹. Il s'agit d'un programme « ombrelle » visant à analyser, modifier et évaluer des projets de prévention du cancer afin qu'ils prennent mieux en compte l'objectif de réduction des ISS. Sa gouvernance repose sur un comité de pilotage rassemblant des représentants d'institutions de différents secteurs (Mairie de Toulouse, CHU de Toulouse, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse, entre autres) et les chercheurs investigateurs principaux du programme (épidémiologistes et sociologues).

Des groupes de travail sont créés pour chacun des projets inclus. Ils rassemblent les porteurs de projet et leur équipe et, selon les projets, des chercheurs en sociologie, psycho-sociologie, sciences politiques, épidémiologie, et santé publique (appartenant tous à des équipes de recherche rassemblées au sein de l'IFERISS [Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société]), ainsi que la chef de projet AAPRISS. Les réunions des groupes de travail ont lieu une fois tous les trimestres en moyenne. Dans les groupes de travail, l'analyse des projets, alimentée par les études de terrains (ou empiriques), permet l'élaboration de « constats partagés » sur leurs impacts potentiels positifs et négatifs sur les ISS. Des réorientations concrètes de ces projets sont ensuite co-construites afin d'améliorer ces impacts. Elles sont discutées, accompagnées, et des indicateurs permettant de les évaluer sont co-construits.

De façon complémentaire, des échanges sont impulsés concernant la perception des ISS, la façon dont elles se construisent, et la causalité du problème que le projet cible. Une réflexion est également engagée sur les éléments potentiellement transférables des projets, à partir d'une description distinguant les fonctions clés, l'implémentation, le contexte.

Thématique du programme

Le thème retenu pour sélectionner les projets inclus est la modification des consommations alimentaires et des pratiques d'activité physique visant à prévenir les cancers. Le rôle de la nutrition comme facteur de protection ou de risque des cancers est de mieux en mieux identifié¹⁵. Ces déterminants sont en outre considérés comme des comportements sociaux, dépendant de l'individu mais aussi des possibilités de choix offertes par son environnement social, économique et culturel, et donc socialement différenciées.

Cinq projets de prévention existants en Midi-Pyrénées ont été inclus dans le programme AAPRISS et sont aujourd'hui à différents stades d'analyse :

- Projet « Ciné-Ma-Santé » porté par l'Atelier Santé Ville (ASV) des quartiers Nord de Toulouse

VALIDATION DU PROGRAMME AAPRISS

- Projet « Quatre repas par jour » en école primaire porté par la Mairie de Toulouse et la Direction académique des services de l'éducation nationale de Haute-Garonne (DASEN 31)
- Projet « Bien manger et bouger dès l'école maternelle ! » porté par le service prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute-Garonne (CPAM 31)
- Programme d'Education Thérapeutique à destination des patients obèses engagés dans une démarche de chirurgie bariatrique, porté par l'Unité de nutrition de l'hôpital Larrey (CHU de Toulouse)
- Programme d'Education Thérapeutique à destination des patients diabétiques de type 2, porté par le service de diabétologie de l'hôpital Rangueil (CHU de Toulouse)

Il s'agit ici d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de ce programme.

Méthodologie de validation du programme

Cette évaluation a mobilisé différentes méthodologies :

- Un questionnaire à réponses ouvertes a été transmis aux porteurs de projet. Il a exploré plusieurs dimensions : attentes, apports et limites de leur engagement dans le programme AAPRISS; éventuelles difficultés dans la collaboration avec les chercheurs; évolutions apportées (ou envisagées suivant l'état d'avancement dans le processus) au projet; freins et leviers à ces évolutions. Neuf questionnaires ont fait l'objet de réponses, par écrit ou entretiens. Les acteurs de quatre des cinq projets inclus ont répondu, certains collectivement pour leur équipe et d'autres individuellement. Les acteurs n'ayant pas répondu ont cependant réalisé une présentation lors du colloque « AAPRISS en Actions ».
- Le colloque « AAPRISS en Actions » a eu lieu le 25 avril 2014 à Toulouse, rassemblant des représentants d'institutions ayant signé une convention pour la réduction des ISS au début du programme (Conseil Général de Haute-Garonne, Mairie de Toulouse, Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, Toulouse Métropole, entre autres) (26 personnes), les équipes des projets inclus (12 personnes), les chercheurs impliqués dans le programme (18 personnes), ainsi que des membres du conseil scientifique du programme (4 personnes). Il a permis de dresser le bilan de la phase de faisabilité du programme, en permettant aux porteurs de projet de s'exprimer sur leur participation. Il s'agissait aussi de donner aux partenaires institutionnels une vision globale du travail mené depuis 2011, et de poursuivre le plaidoyer en faveur de la réduction des ISS dans la région. Les professionnels de quatre des cinq projets inclus ont participé et présenté leurs attentes et réalisations, ainsi que les points positifs et limites de leur participation au programme. Ces présentations reprenaient les éléments explorés à l'aide du questionnaire, mais leur ont permis de développer davantage certains éléments ainsi que de croiser leur regard avec celui des chercheurs. Ces présentations et échanges ont été enregistrés.
- L'analyse des réponses aux questionnaires et les observations des chercheurs positionnés sur les différents terrains ont permis de produire une analyse transversale,

qui a également été présentée au colloque. Cela a fait émerger des thématiques communes à ces différents terrains, en termes de freins et éléments favorables à la co-construction intersectorielle. Elle a ensuite été complétée par l'analyse des présentations des porteurs de projet lors du colloque. Les évolutions apportées aux projets ont notamment été abordées lors de cette journée, et certaines ont été observées par les chercheurs et suivies grâce à un « tableau de bord » des projets inclus. L'ensemble de ces analyses a permis de recenser les résultats du programme AAPRISS en termes d'évolutions des projets inclus, ainsi que d'apprécier sa faisabilité et son acceptabilité.

RÉSULTATS

Si l'on voulait refaire AAPRISS... ailleurs

Au-delà de la description générale du programme AAPRISS et de ses objectifs, un travail sur les éléments transférables du programme a été réalisé. Nous avons identifié douze fonctions clés du programme, décrites dans le tableau 1. Nous faisons l'hypothèse que ces fonctions clés pourraient être reproduites pour d'autres projets de prévention, à condition que leur implémentation soit adaptée à ces nouveaux contextes.

Articulation des fonctions clés du programme

La figure 1 résume l'organisation et l'articulation des fonctions clés du programme AAPRISS décrites dans le tableau 1.

Réorientations et évolutions des projets impulsées par la participation au programme

L'analyse des questionnaires et communications permet de repérer les évolutions impulsées par les porteurs de projet en lien avec leur participation au programme AAPRISS (voir tableau 2). Ce tableau montre les évolutions apportées ou en cours, à différents niveaux des projets inclus. Dans un des projets, l'objectif de réduction des ISS est aujourd'hui affiché et mieux argumenté auprès de son institution. Les indicateurs de choix et stratégies d'atteinte des populations les plus éloignées de la prévention ont été retravaillés. Un autre type d'évolution porte sur la mise en œuvre des projets et soulève la difficulté de concilier l'atteinte d'objectifs « universels » et l'adaptation aux différentes populations touchées par un même projet. C'est à ce niveau que les constats et les réorientations ont semblé les plus complexes à envisager par les porteurs de projet. La question de l'évaluation a en revanche été particulièrement travaillée par certains d'entre eux, avec la création de nouveaux indicateurs, plus à même de saisir leurs pratiques et plus cohérents avec leurs objectifs. Certains partenariats autour des projets ont aussi été renforcés et formalisés grâce à la création d'outils spécifiques (charte, calendrier). Ces outils ont pu favoriser l'implémentation de l'intervention, en participant à mieux la structurer. La pérennisation des projets a été abordée au prisme de l'objectif de réduction des ISS (création de projets complémentaires, par exemple). La participation des projets à ce programme a enfin souvent permis une légitimation scientifique et une valorisation politique des projets, et parfois un renforcement de leur communication.

Tableau 1. Fonctions clés du programme AAPRISS

| Fonction clé (FC) | | Description/justification de la fonction clé |
|-------------------|--|---|
| FC 1 | Mise en place d'un pilotage général intersectoriel et interdisciplinaire | Intervenir pour réduire les ISS, qui sont le fruit de multiples déterminants, nécessite de rassembler des acteurs de différents secteurs (recherche, politique, système de santé, entre autres). L'implication du monde politique et institutionnel dans le programme a aussi un rôle de plaidoyer, dans le sens où cela permet de les sensibiliser à l'impact potentiel de leurs décisions sur les ISS. |
| FC 2 | Intervention sur des projets de prévention en cours | Il s'agit de mettre en place un « programme-ombrelle », dans lequel sont inclus plusieurs projets de prévention déjà existants, plutôt que de créer un nouveau programme de réduction des ISS. |
| FC 3 | Pour chaque projet inclus, mise en place d'un groupe de travail, réunissant porteurs de projet et leur équipe, chercheurs de différentes disciplines, et équipe de « courtage de connaissances » | Le principe central est la co-construction. Il s'agit de rassembler autour d'une même table porteurs et metteurs en œuvre des projets de prévention, chercheurs de différentes disciplines, et l'équipe AAPRISS. L'équipe AAPRISS a un rôle de « courtage de connaissances », permettant de faciliter les échanges et traductions entre ces acteurs. |
| FC 4 | Même place et valeur accordée à la parole de chacune des parties-prenantes au sein des groupes de travail | Chacun fait bénéficier le groupe de son expertise selon ses compétences, expériences et niveaux d'action. Chaque « source » d'apprentissage est légitime, et leur est accordée la même valeur par principe. De même, l'absence de différence de légitimité scientifique entre les disciplines de recherche est un principe de fonctionnement. |
| FC 5 | Réflexion commune autour du schéma de causalité à l'origine du problème de santé – et des ISS – que visent les projets inclus | Il s'agit de se questionner ensemble sur la façon dont se construisent les problèmes de santé, et les ISS qui y sont liées, que le projet cherche à réduire. Les porteurs de projet sont impliqués dans une réflexion sur les déterminants sociaux de la santé, qui dépassent les comportements individuels et s'enchaînent tout au long de la vie. |
| FC 6 | Co-construction de l'analyse des impacts potentiels des projets inclus sur les inégalités sociales de santé (réduction, non réduction, ou aggravation) | La réflexion et les échanges sur la façon dont le projet peut influencer les ISS est une dimension centrale du programme. L'objectif est de se questionner sur les différents niveaux et processus par lesquels le projet risque de ne pas diminuer les ISS, voire même les renforcer. Il est aussi important de souligner lorsque certains aspects du projet à l'inverse, ont un impact positif sur la réduction des ISS. |
| FC 7 | Impulsion d'échanges et de débats visant à déboucher sur des « constats partagés », sur les impacts possibles des projets sur l'équité en santé et les possibilités de réorientation des projets pour en améliorer les impacts positifs et en réduire les impacts négatifs | Les réunions du groupe de travail sont conçues comme un espace d'échanges et de négociations sur des constats. Après plusieurs réunions du groupe de travail, un document de « constats partagés » est adopté collectivement. Il s'agit d'un tableau, situant le rôle de chacun selon trois catégories : les « constats » quant aux impacts potentiels du projet sur les ISS, les « apports de connaissances à partir des recherches menées sur le terrain », et les « objectifs du groupe de travail » en termes de réorientations possibles au regard de ces constats. Ce document est censé faire consensus au sein du groupe. Ces constats partagés vont permettre, dans un deuxième temps, de servir de support à la création d'indicateurs d'évaluation des réorientations réalisées. |
| FC 8 | Co-construction d'une description fine des projets, visant à en distinguer les éléments transférables (leurs fonctions clés) et les éléments liés à leur implémentation dans des contextes particuliers (leur forme) | Les projets sont souvent davantage décrits en termes d'objectifs très larges et d'activités très contextualisées, que du point de vue des logiques qui sous-tendent ces activités. Il s'agit donc de travailler à une description co-construite des projets, permettant d'en distinguer les éléments potentiellement transférables (les fonctions clés), et l'implémentation dans un contexte particulier, à l'aide d'un schéma. Ces fonctions clés ainsi décrites, à partir de l'expérience des porteurs de projet et des travaux des chercheurs, sont aussi une base à la réflexion sur l'évaluation. |
| FC 9 | Réalisation d'études sur le terrain, qualitatives et quantitatives, visant à nourrir les réflexions du groupe de travail | Certains chercheurs membres du groupe de travail mènent des recherches sur le terrain, dont les résultats viennent nourrir les réflexions et les échanges dans le groupe. Sur chaque terrain, sont associés recueils de données qualitatives et quantitatives. |
| FC 10 | Co-construction d'indicateurs de suivi et d'évaluation des réorientations apportées au projet | Suite aux constats partagés, et aux réflexions menées en groupe de travail, les porteurs de projets vont pouvoir réorienter et faire évoluer leur projet. En cohérence avec l'ensemble de la démarche, l'évaluation de ces évolutions des projets est co-construite par les parties-prenantes. Il s'agit d'une forme d'évaluation formative, pouvant s'appuyer sur des indicateurs quantitatifs comme qualitatifs. |
| FC 11 | Mise en place d'un suivi scientifique interdisciplinaire permettant de prendre du recul sur la recherche interventionnelle et de suivre les évolutions des projets inclus | Les évolutions apportées à chaque projet, ainsi que les freins et éléments favorables à la co-construction dans les différents groupes de travail, sont suivis grâce à la création d'un « tableau de bord » des projets inclus. L'objectif est aussi de prendre un certain recul scientifique par rapport à la recherche interventionnelle en cours en rassemblant tous les trimestres l'ensemble des chercheurs positionnés sur les terrains et dans les groupes de travail. Cela permet de formuler et d'explorer des questions de recherche qui émergent au fil de la recherche interventionnelle. Ces réunions sont retranscrites et font l'objet de synthèses thématiques. |
| FC 12 | Construction d'un glossaire permettant de soutenir les échanges entre disciplines et le « courtage de connaissances » | Certaines difficultés inhérentes au travail interdisciplinaire peuvent émerger au cours du programme, notamment des incompréhensions liées à certaines notions dont le sens diffère selon les chercheurs. Après avoir repéré ces « mots-pièges », la construction d'un glossaire, visant non pas à en choisir « la » bonne définition, mais à expliciter les différentes notions qu'ils peuvent recouvrir pour faciliter les échanges entre chercheurs de différentes disciplines ¹⁶ . |

Ces réorientations ont été menées dans quatre des cinq projets inclus. L'un des projets n'a en effet pas suivi le processus AAPRISS jusqu'à son terme. Sur ce projet, il a été difficile de mettre en place des groupes de travail qui ont souvent rassemblé peu de membres de l'équipe des porteurs de projets. Des incompréhensions entre certains chercheurs et porteurs autour

des objectifs du programme ont aussi émergé, et un consensus sur des « constats partagés » n'a pu être trouvé. Cependant, un nouveau projet a été engagé avec ces acteurs, visant à étudier de manière plus vaste son accessibilité au niveau régional. De manière plus générale, au-delà de ces réorientations concrètes, la participation au processus AAPRISS a permis d'introduire une

Articulation des fonctions clés du programme de recherche interventionnelle AAPRISS

- FC1: Pilotage général du programme interdisciplinaire et intersectoriel
- FC2: Projets de prévention en cours

Pour chaque projet inclus dans AAPRISS :

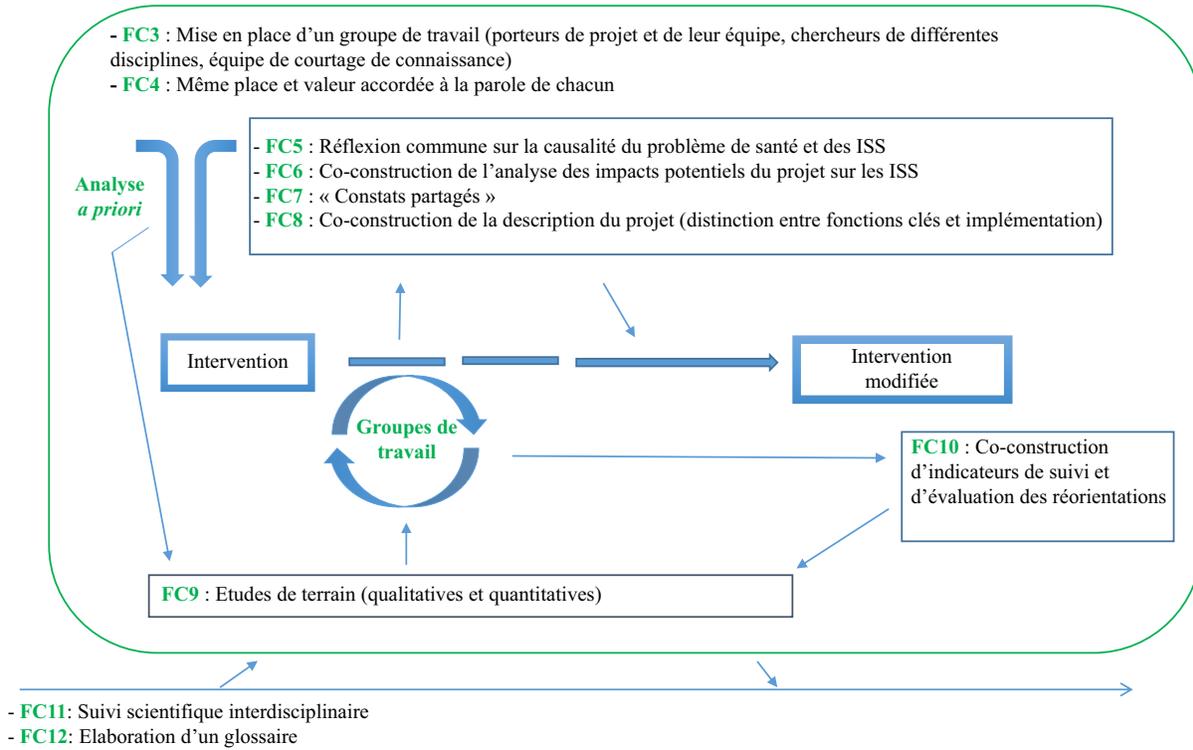


Figure 1. Articulation des fonctions clés du programme AAPRISS

réflexion sur les ISS chez les porteurs de projet, et sur la façon dont leurs décisions peuvent les impacter, de façon positive ou négative.

Acceptabilité et faisabilité du programme du point de vue des porteurs de projet

Quatre thématiques transversales permettant de repérer les freins et les éléments favorables à la co-construction entre porteurs de projet et chercheurs (« contraintes et « pesanteurs » institutionnelles », « sens de l'engagement dans le programme AAPRISS », « formes de participation des acteurs », « interdisciplinarité ») ont émergé de l'analyse (voir tableau 3). Les porteurs de projet ont soulevé certaines difficultés relatives d'une part à leurs propres contraintes institutionnelles, et d'autre part à la rencontre entre les mondes de l'action et de la recherche, aux langages, temporalités et modes de fonctionnement différents. Ils ont évoqué leur incompréhension initiale des objectifs et du processus du programme, qui s'est en partie construit « en marchant ». De plus, la lecture critique du projet qu'implique l'entrée dans le processus AAPRISS a été vécue plus difficilement par certains porteurs de projets, qui doivent parfois justifier de leur existence au sein même de leur institution.

La majorité des porteurs de projet et de leur équipe relatent cependant l'instauration progressive d'un langage commun et de liens de confiance avec les chercheurs. Pour certains, la participation au programme a agi comme un « effet miroir », permettant de renforcer leur réflexivité sur leur intervention.

DISCUSSION

La co-construction, une dimension essentielle du programme AAPRISS

La co-construction interdisciplinaire et intersectorielle à l'œuvre dans cette recherche interventionnelle s'est traduite par des modifications effectives des projets allant vers une meilleure prise en compte des ISS dans la majorité des terrains. Malgré les freins identifiés, cette démarche s'est révélée faisable et acceptable, la co-construction s'étant structurée et renforcée au cours du temps. Le programme AAPRISS s'est lui-même transformé : certains outils ont été abandonnés, d'autres ont été modifiés ou créés, traduisant les dynamiques à l'œuvre et les controverses qui l'ont animé. Les travaux sur les recherches partenariales ont montré que la co-construction, lorsque appréhendée comme un processus de « traduction »¹⁷, s'opère et se renforce à travers différentes « épreuves ». Au cours de ces étapes, les acteurs développent une problématisation commune où s'affirment leurs identités, valeurs et expertises; négocient et affirment leurs intérêts; définissent et stabilisent leurs rôles dans la résolution du problème; et se mobilisent pour conduire des actions coordonnées¹⁸⁻²⁰. Telle qu'opérée au cours du programme, la co-construction a en effet conduit non pas à un effacement des identités, mais davantage à une affirmation des rôles et intérêts de chacun. Par exemple, dans l'un des groupes de travail, les controverses ayant émergé autour de l'évaluation ont

Tableau 2. Modifications apportées aux projets inclus au cours du processus AAPRISS

| Niveau du projet | Types de modifications/évolution des projets réalisés, ou en cours | Projet A | Projet B | Projet C | Projet D |
|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|
| Objectif du projet | Inscription de l'objectif de réduction des ISS de manière explicite dans les objectifs du projet institutionnel | x | | | |
| Accessibilité du projet | Modification des critères de choix des populations visées par le projet Modification de la place d'un projet par rapport au parcours du patient | x | | | |
| Mise en œuvre du projet | Évolution de la manière de proposer l'entrée dans le projet au patient Évolutions des outils utilisés au sein du projet | | x | | |
| Évaluation du projet | Formalisation et explicitation de processus auparavant implicites dans le projet Réappropriation de la notion d'évaluation | | | x | |
| Ancrage du projet | Création d'indicateurs mieux adaptés à l'évaluation du projet Renforcement des liens/structuration de la mobilisation d'un réseau de partenaires | x | | x | |
| Pérennité du projet | Renforcement de la participation et de la prise en compte des populations au sein du projet Établissement d'une charte permettant de formaliser le partenariat/expliciter le projet | | x | x | x |
| | Création d'un projet complémentaire/extension du projet Publicisation, communication autour du projet | x | x | | x |

permis de renforcer et de revendiquer une certaine conception de l'intervention communautaire, et une façon de fonctionner basée sur le partenariat, la négociation et la co-construction.

Les consensus ainsi construits sont fondés en partie sur une « instrumentalisation réciproque » des acteurs²¹ (par exemple, la publicisation et la labellisation de certains projets ont été favorisées par la participation à cette recherche, ces mêmes actions constituant des « terrains » permettant aux chercheurs de développer et d'explorer des hypothèses de recherche). Cette instrumentalisation n'est pas à considérer comme un échec des relations entre recherche et action, mais comme constitutive d'une « médiation contributive critique »²² entre ces mondes.

À travers la co-construction de l'analyse des interventions de santé publique, s'est réalisé un véritable « échange de connaissances »²³ entre savoirs académiques et savoirs professionnels et expérientiels, sans établissement de hiérarchie entre ces savoirs²⁴. C'est cet échange qui a permis la production simultanée de nouvelles connaissances sur les interventions de santé publique telles que menées par les acteurs de terrain; et de modifications effectives de celles-ci.

La co-construction n'implique pas seulement le rassemblement de différents acteurs, mais nécessite un « niveau important de coopération entre partenaires dans le processus même de production des connaissances »¹⁸. Les processus de médiation

Tableau 3. Freins et éléments favorisant la co-construction chercheurs/porteurs de projet dans le cadre du programme AAPRISS, identifiés à partir des réponses au questionnaire et des présentations des porteurs de projet

| Thématiques | Freins | Éléments favorisants |
|---|---|--|
| Contraintes et « pesanteurs » institutionnelles | Difficultés organisationnelles (emplois du temps chargés, personnes différentes selon les réunions des groupes de travail, notamment) Accès difficile aux données individuelles | Données institutionnelles collectées dans le cadre de l'activité ordinaire pouvant être traitées secondairement par les chercheurs |
| Sens de l'engagement dans AAPRISS | Cahier des charges « strict » limitant les marges de manœuvre en termes de modification des projets Incompréhension initiale de la logique et des objectifs du programme, qui s'est lui-même formalisé « en marchant » Peur d'une « mise en danger » du projet par la lecture critique qu'implique la participation à AAPRISS | Retours réguliers de l'avancée des recherches aux porteurs de projets Intérêt des porteurs de projets pour les résultats des études qualitatives et quantitatives menées sur leur terrain. Ces incompréhensions initiales ont permis de faire évoluer le processus général et de gagner en clarté en termes d'objectifs et de démarche Cette lecture critique permet en retour de renforcer la réflexivité des porteurs de projet, et une légitimation scientifique et politique des projets (au sein de leur institution comme en dehors) et leur valorisation |
| Formes de participation des acteurs | Crainte liée à la perception parfois négative du mot « évaluation » et à une potentielle « mise en doute » des compétences des porteurs de projet Intérêts spécifiques des porteurs de projet en partie différents de ceux des chercheurs Présence irrégulière et/ou imposée aux groupes de travail par la hiérarchie ou l'institution Réduction des ISS non prioritaires – relation porteurs-chercheur perçue au départ comme asymétrique Sentiment d'asymétrie des rapports entre porteurs de projet et chercheurs, et de « fossé » entre la recherche et l'action (notamment parce qu'ils n'emploient pas le même langage et s'inscrivent dans des temporalités différentes) Modes de justification, attitude « défensive » des porteurs de projets | Réflexion autour de l'évaluation, instauration de relations de confiance au cours du temps (importance de la durée et de la continuité du projet) Instrumentalisation réciproque acceptée permettant la co-construction Continuité des groupes de travail et de leur accompagnement Certains porteurs de projet étaient déjà des « militants » de la réduction des inégalités sociales Symétrisation des rapports grâce à l'instauration de relation de confiance au fil du temps |
| Interdisciplinarité | Diversité des questionnements comme élément de perturbation/confusion des interactions entre porteurs de projet et chercheurs | Position d'accompagnement et non surplombante de la part des chercheurs Mise à distance des enjeux individuels et professionnels par les chercheurs et les porteurs de projet permettant d'adopter une posture réflexive et de remise en question Ressource pour comprendre le programme à partir de différentes focales |

s'avèrent alors essentiels pour créer des liens entre les acteurs, faciliter la création d'un langage commun et gérer les tensions et conflits²⁵. L'équipe AAPRISS a ainsi assuré un rôle de « courtage de connaissances », valorisant les compétences de chacun et favorisant les interactions et la communication²⁵. Trois types de pratiques ont caractérisé les processus de traduction en jeu dans la médiation¹⁹, permettant une co-construction effective dans la plupart des terrains et groupes de travail : « Cognitives » (questionnement commun autour de la problématique des ISS et de la nécessité de recourir à des formes alternatives d'évaluation des interventions complexes, notamment); « Stratégiques », recouvrant les activités et outils utilisés pour maintenir la participation et l'intérêt chez les parties-prenantes (groupes de travail trimestriels, constats partagés, création d'outils); et « Logistiques » (ensemble des activités de coordination et d'organisation ayant permis au processus AAPRISS de se dérouler).

Limites

La validation du programme a été réalisée sur un petit nombre de terrains, mais d'une grande diversité en termes de contexte, population, objectifs, et prise en compte ou non des ISS dans les objectifs initiaux. Cette validation repose sur des données recueillies à partir des questionnaires et des discours des porteurs de projets lors d'un colloque organisé par l'équipe AAPRISS. Les freins à la coopération avec les chercheurs ont toutefois été abordés de manière transparente.

Selon les projets, les avancées n'ont pas été linéaires et l'un des terrains a quitté le programme AAPRISS en cours. Au-delà des difficultés liées à la « lecture critique » qu'implique cette démarche, très différente des recherches cliniques habituelles, certains constats relatifs aux ISS font émerger des problématiques qui peuvent sembler dépasser le domaine d'action ou la marge de manœuvre des professionnels.

Toute intervention de promotion de la santé peut être considérée comme un « événement dans un système », s'inscrivant dans l'histoire de ce système, modifiant les relations entre acteurs, et déplaçant ou créant de nouvelles activités²⁶. Le programme AAPRISS a davantage interagi avec les projets fonctionnant eux-mêmes dans la co-construction. Il s'est implémenté plus difficilement sur les terrains marqués par une institution et une organisation hiérarchique fortes, où les porteurs de projet sont davantage familiers aux procédures de recherches clairement établies. C'est pourtant entre les acteurs du programme AAPRISS et ceux du projet le moins « hiérarchisé » que les relations ont été les plus difficiles au départ, ces derniers craignant, en entrant dans un dispositif de recherche où la question évaluative est centrale, d'être contraints de se plier à un processus d'évaluation rigide, décidé à l'avance par les chercheurs. La compréhension et les liens de confiance mutuels entre les acteurs ont demandé du temps pour s'instaurer.

Apports

Au cours du programme, se sont révélées faisables et acceptables des modifications de projets de prévention existants, mais aussi une véritable implication des acteurs dans une réflexion théorique sur l'enchaînement et l'accumulation des causes conduisant aux ISS⁷, les fonctions clés qu'ils manipulent²⁶, et les

« maillons » qu'elles ciblent sur cette chaîne de causalité. La réflexion sur la transférabilité et la description des fonctions clés des projets a permis de distinguer leurs éléments potentiellement transférables et ceux qui sont intimement liés aux contextes d'implémentation. Il s'agit d'un pré requis à une évaluation adaptée de ces projets. Les interventions de santé publique sont en général peu décrites, ce qui nuit à la compréhension de leur fonctionnement et à leur reproductibilité^{27,28}. Il importe donc de décrire davantage les aspects théoriques des interventions, leur implémentation et leurs interactions avec le contexte²⁹. Le programme AAPRISS a lui aussi été analysé de cette manière, permettant d'identifier douze fonctions clés, pouvant potentiellement être transférées dans de nouveaux contextes, et implémentées de façon adaptée à ce que pourraient être ces contextes. Des recherches supplémentaires mériteraient d'être menées afin d'observer l'implémentation de ces mêmes fonctions clés dans différents contextes, en lien avec leurs effets.

La démarche AAPRISS montre en effet qu'il est possible d'associer porteurs de projet et chercheurs pour introduire une meilleure prise en compte de l'objectif de réduction des ISS dans les projets. Elle participe au développement du champ de la recherche interventionnelle en France, d'un point de vue théorique et pratique, et se pérennise aujourd'hui sous la forme d'une « plateforme AAPRISS ». La multiplicité des déterminants en jeu et la complexité de la genèse des inégalités plaident pour des interventions permettant de revisiter l'ensemble des programmes influençant la santé des populations, en lien étroit avec les acteurs de terrain, plutôt que de bâtir un programme de plus pour réduire les ISS.

RÉFÉRENCES

1. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health* 2009;100(1):18-14. PMID: 19263977.
2. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358(23):2468-81. PMID: 18525043. doi: 10.1056/NEJM sa0707519.
3. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé, feuille de route. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé 2013. Sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf> (consulté le 25 octobre 2015)
4. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2008.
5. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Eur J Epidemiol* 2013;28(9):721-34. PMID: 23887883. doi: 10.1007/s10654-013-9832-9.
6. Institut National du Cancer. *Les cancers en France en 2013*. Boulogne-Billancourt : INCa, 2014.
7. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2009;57(6):429-35. PMID: 19931993. doi: 10.1016/j.respe.2009.06.008.
8. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller JA. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *Santé En Action* 2013;425:13-15.
9. Lang T, Bidault E, Villeval M, Alias F, Gandouet B, Servat M, et al. A health equity impact assessment umbrella program (AAPRISS) to tackle social inequalities in health: Program description. *Glob Health Promot* 2015 Mar 20 [Epub ahead of print]. PMID: 25795655.
10. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337(7676):979-83. PMID: 18824488. doi: 10.1136/bmj.a1655.
11. Mackenzie M, O'Donnell C, Halliday E, Sridharan S, Platt P. Evaluating complex interventions: One size does not fit all. *BMJ* 2010;340(7743):401.
12. Potvin L, Bilodeau A, Gendron S. Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Glob Health Promot* 2008;15(Suppl. 1):17-21. doi: 10.1177/1025382308093991.

13. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: How « out of control » can a randomised controlled trial be? *BMJ* 2004;328(7455):1561–63. PMID: 15217878.
14. Villeval M, Bidault E, Shoveller J, Alias F, Basson J-C, Frasse C, et al. Enabling transferability of complex interventions: Exploring the combination of key functions and implementation-Experience from the AAPRISS program. [Soumis].
15. American Institute for Cancer Research and the World Cancer Research Fund. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. 2007. Sur Internet : http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf (consulté le 20 mai 2015).
16. Villeval M, Ginsbourger T, Bidault E, Alias F, Delpierre C, Gaborit E, et coll. L'interdisciplinarité en action: les « mots-pièges » d'une recherche interdisciplinaire. *Santé Publique* 2014;26(2):155–163. PMID: 25108956.
17. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des Coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *Année Sociol* 1986;36:169–208.
18. Audoux C, Gillet A. Recherche partenariale et co-construction de savoirs entre chercheurs et acteurs: l'épreuve de la traduction. *Rev Interv Économiques* 2011;(43). Sur Internet : <http://interventionseconomiques.revues.org/1347> (consulté le 20 mai 2015).
19. Clavier C, Sénéchal Y, Vibert S, Potvin L. A theory-based model of translation practices in public health participatory research. *Sociol Health Illn* 2011; 34(5):791–805. PMID: 21929647. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01408.x.
20. Hyppolite S-R, Potvin L. Atelier « Planification et évaluation ». Planification et évaluation des programmes de promotion de la santé des populations: des approches innovatrices au coeur du changement social. *Educ Santé* 2009;24:5:12–14.
21. Lacuisse M-E, Mayaux P-L. L'action publique et la multiplication des niveaux de gouvernement. Dans: Palier B, Sural Y, *Quand les politiques changent: Temporalités et niveaux de l'action publique*. Paris : L'Harmattan, 2010.
22. Uhalde M. L'instrumentalisation de la sociologie en situation d'intervention: analyse critique d'une notion ordinaire. *Sociol Prat* 2008;1(16):95–113.
23. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006; 26(1):13–24. PMID: 16557505.
24. Bernier J. La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation. *Glob Health Promot* 2014;21(Suppl. 1):58–63. PMID: 24737817. doi: 10.1177/1757975913514782.
25. Munerol L, Cambon L, Alla F. Le courtage en connaissances, définition et mise en oeuvre: une revue de la littérature. *Santé Publique* 2013;25(5):587–97. PMID: 24418421.
26. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol* 2009;43:267–76. PMID: 19390961. doi: 10.1007/s10464-009-9229-9.
27. Riley BL, MacDonald J, Mansi O, Kothari A, Kurtz D, vonTettenborn LI, et al. Is reporting on interventions a weak link in understanding how and why they work? A preliminary exploration using community heart health exemplars. *Implement Sci* 2008;3(1):27. PMID: 18492247. doi: 10.1186/1748-5908-3-27.
28. Michie S, Fixsen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: The need for a scientific method. *Implement Sci* 2009;4:40. doi: 10.1186/1748-5908-4-40.
29. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(2):119–27. PMID: 11812811.

Reçu : 23 décembre 2014
 Accepté : 7 août 2015

ABSTRACT

OBJECTIVE : The AAPRISS intervention-research program (Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) aims to change prevention projects to improve the extent to which they take health inequalities into account. The goal is to assess a project's feasibility and its acceptability, from the viewpoint of the sponsors of the project in question, and to present its tools and potentially-transferable elements.

PARTICIPANTS : Five cancer-prevention projects focused on nutrition have been included in the AAPRISS program: two projects conducted in school, one community-health project conducted in a disadvantaged neighbourhood and two hospital therapeutic-education programmes. For each one, a workgroup was created bringing together the project sponsors and their team as well as researchers from various disciplines.

LOCATION : The study involves projects currently underway in the Midi-Pyrénées region of France.

INTERVENTION : AAPRISS is based on the exchange of knowledge among project sponsors and researchers and the co-construction of the analysis, reorientations and the assessment of the prevention projects included in the program. The validation of the program and its feasibility from the project sponsors' point of view is based on a questionnaire and presentations carried out during a symposium that took place in May 2014 in Toulouse.

RESULTS : Twelve key program functions have been described. They have been shown to be feasible and acceptable and concrete project modifications towards a better consideration of social inequalities of health (SIH) have been realized in most of the projects. Co-construction among the stakeholders raises many issues and difficulties that could have been overcome by the establishment of a relationship of trust between project sponsors and researchers.

CONCLUSION : The complexity of the determinants leading to SIH calls for programs that revisit existing projects rather than a new intervention aimed at reducing them.

Key words: Intervention research; social inequalities in health; exchange of knowledge; interdisciplinarity; intersectorality