



HAL
open science

**Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé :
des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et
diffuser l'intervention – Guide IVRISS
d'accompagnement méthodologique**

Corinne Grenier, Gérard Coruble, Thémis Apostolidis, Alexandre Daguzan,
Nicole N. Darmon, Ibrahim Rym, Yannick Jaffre, Dimitrios Lampropoulos,
Zeina Manzour, Sebastien Passel, et al.

► **To cite this version:**

Corinne Grenier (Dir.). Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention – Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique. 2017. hal-01713713

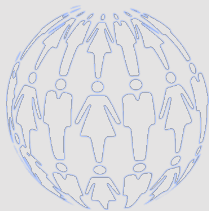
HAL Id: hal-01713713

<https://hal.science/hal-01713713v1>

Submitted on 9 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention – Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique



Coordonné par Corinne GRENIER



Présentation de l'équipe de recherche



Chapitre 1 – Objectifs du guide – Pérenniser et diffuser une IVRISS p.7

› **Section 1.1** – Un enjeu majeur des politiques publiques : la réduction des inégalités sociales de santé p.8

› **Section 1.2** – Présentation du guide p.17



Chapitre 2 – Intervenir et réduire les ISS – Notion d'IVRISS p.20

› **Section 2.1** – IVRISS – une démarche collective d'intervention p.21

› **Section 2.2** – L'intersectorialité au cœur d'une démarche collective particulière p.22

› **Section 2.3** – Le soutien méthodologique par la recherche interventionnelle p.34

› **Section 2.4** – Evaluer l'IVRISS p.38



Chapitre 3 – Expérimenter une IVRISS p.43

› **Section 3.1** – La notion d'expérimentation p.44

› **Section 3.2** – Définir le périmètre de l'expérimentation p.45

› **Section 3.3** – La durée de l'expérimentation p.54

› **Section 3.4** – Le pilotage de l'expérimentation p.56

› **Section 3.5** – La communication p.69

› **Section 3.6** – L'évaluation de l'expérimentation p.74

› **Section 3.7** – Expérimenter dans le cadre d'une recherche interventionnelle p.75



Chapitre 4 – Pérenniser une IVRISS p.76

› **Section 4.1** – Qu'entendre par pérennisation ? p.77

› **Section 4.2** – Des outils pour soutenir la pérennisation p.78

› **Section 4.3** – Quoi pérenniser (périmètre de la pérennisation) ? p.80

› **Section 4.4** – Préparer la pérennisation p.86

› **Section 4.5** – Les modalités organisationnelles de la pérennisation p.88

› **Section 4.6** – Des relais pour pérenniser p.91

› **Section 4.7** – Des modalités financières de la pérennisation p.92

› **Section 4.8** – L'évaluation de la pérennisation p.94



Chapitre 5 – Diffuser une IVRISS

p.96

- › **Section 5.1** – Qu'entendre par diffusion ? p.97
- › **Section 5.2** – Des outils pour soutenir la diffusion p.99
- › **Section 5.3** – Quoi diffuser ? (périmètre de la diffusion) p.100
- › **Section 5.4** – Mettre en forme et faire circuler des informations pour soutenir la diffusion p.103
- › **Section 5.5** – Les modalités organisationnelles de la diffusion p.107
- › **Section 5.6** – Trois « figures » pour soutenir la diffusion p.109
- › **Section 5.7** – L'évaluation de la recherche p.111



Chapitre 6 – Conclusion – l'IVRISS : un espace de concepts et de principes d'action pour agir collectivement et transformer l'environnement de santé

p.115

- › L'IVRISS : un « espace de concepts et de principes d'action pour agir sur l'environnement de santé
- › Les leviers organisationnels et managériaux d'un espace de concepts et principes d'action pour agir



Annexe 1 – Liste des abréviations

p.121



Annexe 2 – Liste des tableaux, schémas et exemples

p.122



Annexe 3 – Références bibliographiques

p.125

- › **Articles et ouvrages académiques**
- › **Rapports, études, guides et articles divers**



Annexe 4 – Présentation de la méthodologie d'élaboration du guide

p.130



Présentation de l'équipe rédactionnelle

Coordination

Le présent guide est coordonné par **Corinne Grenier**.

Professeur senior, HDR, Doctorat, sciences de gestion (Université de Paris-Dauphine) à KEDGE Business School. Coordinatrice scientifique du centre d'expertise « Santé, Innovation, Bien-Etre et Politiques publiques », et de l'Executive MS MSAS (Management des Structures d'Action sociale et de Santé). Consultante – chercheur auprès de réseaux gérontologiques et réseaux de santé, opérateurs de services à domicile et d'établissements médico-sociaux et sanitaires ; conduite d'évaluation interne et externe ; structures / espaces d'innovations. Domaines d'enseignement, recherche et intervention : innovation, espace favorable aux innovations, stratégie, analyse des pratiques professionnelles, gouvernance, coordination.

Equipe d'appui à la rédaction du guide

❖ **CORUBLE Gérard**

Médecin de santé publique, dr Gérard Coruble a été responsable de la mission Recherche et Développement en Santé Publique au sein de l'ARS PACA jusqu'à fin 2016, et initiateur des appels à projets Actions Innovantes au sein de l'ARS (et précédemment au sein de la MRS PACA). Ces appels à soutiennent financièrement des projets qui visent à identifier et modéliser des pratiques innovantes dans le champ de la prévention/promotion de la santé ou de l'organisation du système de santé, pour répondre plus efficacement aux besoins des populations qui sont le plus sujet à subir des inégalités de santé. Ils promeuvent également l'approche par la recherche-intervention.

❖ **APOSTOLIDIS Thémis**

Professeur en psychologie sociale de la santé, le prof. Themis Apostolidis est rattaché au laboratoire de Psychologie Sociale (EA 849, INSERM UMR 912), d'Aix Marseille Université, dont il est directeur. Ses travaux de recherche portent sur : l'approche des représentations sociales en psychologie de la santé (perception des risques et modèles culturels; relations interpersonnelles et climats sociaux; variables de personnalité et contexte social; croyances dans le domaine de la santé; ...) ; les outils méthodologiques pour analyser les représentations sociales (articulation des procédures qualitatives et expérimentales; triangulation et études de terrain; analyse des médias; ...)

❖ **DAGUZAN Alexandre**

Psychologue social de la santé, Service d'Evaluation Médicale, Pôle de Santé Publique - Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et doctorant en Psychologie sociale, LPS (EA 849), Aix-Marseille Université. Les axes de ses projets de recherche sont issus et dans la continuité des activités réalisées au sein de son service hospitalier. Il a depuis 2007 activement contribué à plusieurs projets dans les domaines de l'évaluation de dispositifs de réduction des inégalités sociales de santé, de prise en charge de la précarité, et de promotion de la santé. Il assure par ailleurs, au sein du Service d'Evaluation Médicale, une mission transversale de soutien au développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Il permet en outre de répondre à un besoin spécifique des équipes concernant le développement des compétences psycho-sociales au sein de leurs programmes.

❖ **DARMON Nicole**

Nicole Darmon est Directrice de Recherche à l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA). Au sein de l'Unité pluridisciplinaire MOISA, à Montpellier, sa discipline principale est la nutrition, avec un double background en sciences des aliments et en épidémiologie nutritionnelle. A travers ses recherches, elle souhaite encourager la sécurisation nutritionnelle de populations vulnérables dans le cadre d'une alimentation plus durable. Elle aborde cette question en étudiant les conditions de la compatibilité entre les différentes dimensions - nutritionnelle, environnementale, économique et socio-culturelle - de l'alimentation durable. Pour traduire les recommandations (nutritionnelles, toxicologiques, environnementales, ...) en pratiques alimentaires plus durables, elle développe des approches de nutrition quantitative (modélisation de rations, profilage nutritionnel des aliments...), qu'elle combine à des recherches interventionnelles (comme le programme Opticourses).

❖ **IBRAHIM Rym**

Doctorante en sciences de gestion (anciennement assistante de recherche à KEDGE Business School) - rattachée au CERGAM (Centre d'Etudes et de Recherches en Gestion d'Aix-Marseille) et à l'IMPGT (Institut de Management Public et Gouvernance Territoriale). Ingénieure en Biotechnologies. Domaines de recherche : stratégie et gouvernance des organisations publiques et privées, entrepreneuriat, innovation, design thinking. Domaines d'enseignement : méthodologie de la recherche, design et organisations en santé.

❖ **JAFFRE Yannick**

Professeur en anthropologie de la santé, le prof. Yannick Jaffré, ancien maître de conférences à la Faculté de médecine du Mali, est Directeur de recherche au CNRS, à l'UMI 3189. Ses travaux portent globalement sur les relations entre anthropologie et santé publique et plus précisément sur l'analyse des systèmes de santé, les identités des professionnels de santé ainsi que sur les déterminants sociaux des états de santé (mortalité maternelle, malnutrition, santé psychologique). Ses principaux domaines de recherche sont aux frontières entre l'anthropologie et la santé publique (mortalité maternelle, dysfonctionnement des services de santé, pathologies infectieuses) et en anthropologie comparative. Il est co-responsable avec le Pr Lançon et le Pr Naudin (Chaire de Psychiatrie) de la définition et la direction de l'enseignement du DU National conférant l'autorisation à exercer la psychothérapie.

❖ **LAMPROPOULOS Dimitrios**

Chercheur au sein du laboratoire de psychologie sociale d'Aix-Marseille Université, ses travaux portent en particulier sur les stigmatisations des personnes atteintes de troubles en santé mentale (schizophrénie). Il analyse comment ces préjugés négatifs se construisent, et comment ils impactent les personnes atteintes de schizophrénie.

❖ **MANSOUR Zeina**

Directrice du comité régional d'éducation pour la santé de Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), elle est également conseiller et formateur en méthodologie et évaluation. Ses récentes publications portent sur la méthodologie et l'évaluation des actions et des programmes de santé publique, la participation aux dépistages organisés, la place du médecin traitant dans les programmes d'éducation thérapeutique etc. Elle a été à l'initiative de la création d'une base de données des actions et des acteurs : OSCARS santé. Vice-présidente du Haut Conseil de la santé publique.

❖ **PASSEL Sébastien**

Sébastien Passel a mené ses travaux doctoraux en Géographie et Aménagement du territoire au sein de l'UMR ESPACE de Nice, de l'université de Nice Côte d'Azur. Il a étudié le déploiement et les bénéfices attendus du projet MOUV (Marche Optimale dans l'Urbain Vert). Il a publié en 2017 aux éditions Iste l'ouvrage « Actions collaboratives pour la santé des habitants ». Adoptant une approche populationnelle, il propose une nouvelle culture de la gouvernance rassemblant des acteurs issus de multiples secteurs qui osent et coopèrent ensemble afin de promouvoir cette vision de la santé publique. L'ouvrage propose ainsi des outils et méthodes visant à formaliser l'expertise d'usage et le vécu des habitants en termes d'amélioration du bien-être et du cadre de vie.

Au travers du triptyque « santé, social, spatial », de nouvelles formes de participation et d'initiative citoyenne comme le projet MOUV à Nice sont exposées.

❖ **PEREZ Sandra**

Maître de Conférence en Géographie de la Santé à l'Université de Nice Sophia Antipolis, UMR 7300 ESPACE, spécialiste en santé environnementale, travaille sur les espaces pathogènes, c'est-à-dire le potentiel de l'Espace à agir sur la santé des individus, participe ou coordonne de nombreux axes de recherche sur ces sujets, reviewer de plusieurs revues spécialisées. Encadre des doctorants, forme des étudiants sur ces questions, intervient plus spécifiquement dans le Master AIR (Atmosphère, Interactions, Risques) de l'Université de Nice, et plus généralement à tous les niveaux du cursus de Géographie. HDR en préparation.

❖ **SAMBUC Roland**

Président de la SFES de 2011 à 2012, Roland Sambuc est Docteur en Médecine et en Sciences Economiques, PUPH depuis 1988, Responsable du master de Santé Publique de l'université de la Méditerranée (Aix-Marseille Université). Il est Chef du Service de Santé Publique et Information Médicale de l'hôpital de La Conception (AP-HM) et a été Directeur de l'unité de recherche universitaire « Evaluation Hospitalière. Mesure de la Santé Perçue » (EA 3279) à la Faculté de Médecine de Marseille de 2000 à 2008.

Parmi ses fonctions et responsabilité on retiendra au niveau national sa participation depuis 1995 au Haut Comité de la Santé Publique, successivement Rapporteur Général puis Vice-Président. Il a été également conseiller auprès de Philippe Douste-Blazy puis de Xavier Bertrand au Ministère de la Santé, Président de la Commission « Evaluation Stratégie et Prospective » du Haut Conseil de la Santé Publique depuis 2007 et Membre de la Commission Evaluation Economique et Santé Publique de la Haute Autorité de Santé à partir de 2008. Depuis mai 2010, il préside la Société Française d'Economie de la Santé.



CHAPITRE 1

Objectifs du guide – Pérenniser et diffuser une IVRISS

Le présent guide vise à apporter une réponse au constat largement partagé : un nombre encore trop important d'Interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé (IVRISS) peinent à se pérenniser dans le temps ou à être déployées sur d'autres territoires après une première période d'expérimentation.

Dans ce contexte, le guide a pour objectif de soutenir les acteurs désireux de pérenniser et de diffuser une Intervention Visant la Réduction des Inégalités Sociales (et environnementales) de Santé (IVRISS) au-delà de son expérimentation. Il propose des recommandations pour construire, animer et piloter des dynamiques collectives et collaboratives favorables à l'expérimentation, pérennisation et diffusion de ces IVRISS.

L'objet du guide n'est pas l'évaluation des impacts d'une intervention sur les ISS (EIS). Son objet est le soutien de la dynamique collective nécessaire à l'expérimentation, la pérennisation ou la diffusion d'une IVRISS.

Dans ce chapitre 1 nous présentons les notions d'ISS et d'interventions visant la réduction de ces ISS.

L'IVRISS est considérée comme une innovation, collaborative et institutionnelle et nous confronte à trois paradoxes. Pour lever ces paradoxes, nous proposerons au fil de ce guide un ensemble de recommandations et d'exemples pour expérimenter, pérenniser et diffuser une IVRISS.

Ces recommandations seront mises en perspective dans le chapitre conclusif, à travers la notion d' « espace de concepts et de principes d'action » qui désigne un arrangement organisationnel investi et partagé par une variété d'acteurs et d'organisations désireux d'agir pour transformer (innover) un environnement de santé (ou milieu de santé). Nous présentons alors les spécificités (ou leviers organisationnels et managériaux) qui permettent à des groupes ou des réseaux de partenaires de former un espace qui les « protège » des routines habituelles pour pouvoir imaginer expérimenter et déployer de la nouveauté.



SECTION 1.1 : Un enjeu majeur des politiques publiques : la réduction des inégalités sociales de santé

Promouvoir et agir pour une meilleure santé des individus et de la population (approche individuelle et collective) requièrent non pas uniquement de soigner mais également d'intervenir sur un ensemble de déterminants sociaux et environnementaux. Chaque individu n'est pas en situation égale face à la santé qui est « déterminée » par un ensemble de facteurs inégalement répartis aux sein des populations selon la situation sociale et les milieux de vie (privée et professionnelle) des personnes, créant ainsi potentiellement des inégalités sociales de santé.

On estime que « la part attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux pèserait pour plus de 80% dans la constitution des inégalités de santé ». Viser à réduire les ISS constitue donc un enjeu majeur pour tous les acteurs publics, privés, associatifs, opérateurs, collectivités territoriales et agences régionales de santé.

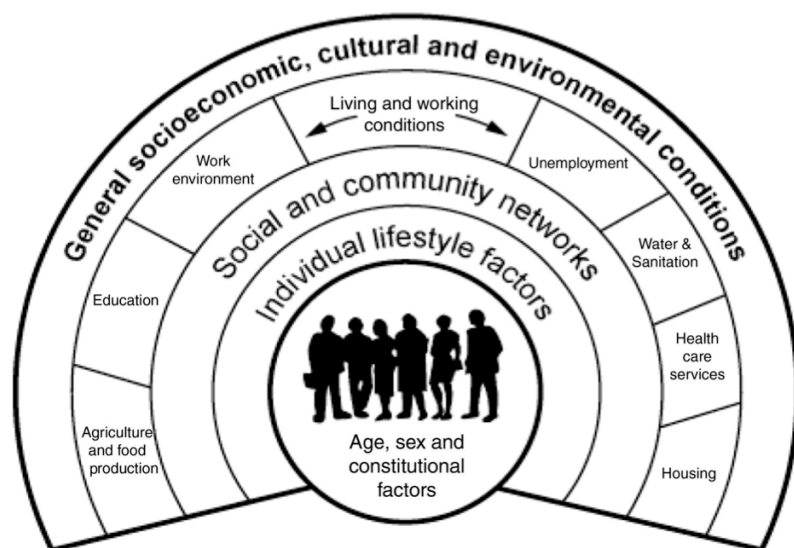
Notion d'ISS et de déterminants de la santé

Notion d'ISS

Selon Guichard et Potvin, (INPES, 2010), et repris dans le rapport de l'IGAS (mai 2011), les ISS sont définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Ces ISS sont générées par un ensemble de déterminants sociaux, culturels, économiques, environnementaux... auxquels un individu ou une population est exposée, de par son comportement ou sa situation. Disant cela, les ISS sont évitables en agissant sur les déterminants et sur la relation qu'entretient un individu ou une population avec ces déterminants.

Notion de déterminants à la santé

Dahlgren et Whitehead (1991) distinguent trois grandes catégories de déterminants qui ont un impact sur la santé :



1° catégorie (au centre du schéma) : les caractéristiques individuelles, telles que l'âge, le sexe et les facteurs physiques qui déterminent la santé, ainsi que les comportements et modes de vie tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires, etc.

2° catégorie : des déterminants formés par les interactions sociales et les interactions avec la communauté au sein de laquelle l'individu évolue. Le fait que quelqu'un soit ou non en mesure de conserver sa santé est également déterminé par les conditions de vie et de travail, qui incluent notamment l'accès à des biens et des services importants (tels que les soins de santé).

3° catégorie : des déterminants relatifs aux conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales plus générales, et qui se manifestent par exemple par des normes et valeurs vis-à-vis de l'alimentation. Plus généralement, ils concernent la manière de se préoccuper ou non de sa santé, ou encore, la manière dont une société ou un groupe social se préoccupe de la santé de certaines catégories de population.

Ces catégories ne sont bien évidemment pas étanches mais au contraire en interdépendance, amplifiant (ou diminuant aussi) les effets des déterminants sur la santé d'un individu ou d'une population. Ainsi par ex., la situation socioéconomique d'une personne (3° catégorie) peut isoler un individu de réseaux sociaux (2° catégorie) qui auraient pourtant permis d'accéder à de l'information sur la santé. Plus généralement, en se combinant, ces déterminants ont un impact sur les ISS selon 5 mécanismes (Whitehead and Dahlgren, 2006) :

- Différence de pouvoir et de ressources dont on dispose pour vivre en bonne santé, incluant également l'éducation et la formation, qui donnent une certaine habileté à comprendre par ex. des messages de prévention ou des consignes de comportements plus sains ;
- Différence de niveaux d'exposition aux risques pour la santé (par ex. un habitat insalubre, un environnement immédiat hautement pollué). On fait entrer dans ce mécanisme les ISS territoriales de santé en termes de difficultés spécifiques d'accès aux soins pour des raisons géographiques (éloignement des lieux de soin) ou liées à la densité médicale (temps long pour obtenir une consultation) ;
- Effet cumulatif, quand le même niveau d'exposition génère un impact différent, quand on observe très souvent une accumulation sur un même territoire d'un ensemble de déterminants défavorables à la santé qui se renforcent mutuellement (habitat insalubre, transport inexistant, population pauvre, absence d'espaces de loisirs et de rencontres...) ;
- Impact sur le parcours de vie, quand de mauvaises conditions amoindrissent dès le plus jeune âge les états de bonne santé, et créent des effets cumulatifs négatifs pour les nombreuses années suivantes ; ces effets pouvant être transmis entre générations (des parents aux enfants...) ;
- Différence d'effets sociaux et économiques de la maladie, provoquant par ex. des renoncements aux soins.

Enfin nombre d'auteurs (repris par le Haut Conseil de la SP, rapport 2009 : les ISS : sortir de la fatalité) : postulent que les ISS ne sont pas seulement dues à un comportement individuel, mais sont socialement construites et dépendent de conditions sociales et environnementales.

L'intervention visant la réduction des ISS (IVRISS) : présentation générale

L'IVRISS : au cœur des enjeux de la promotion et de prévention de la santé

Définissons l'IVRISS comme « toute action qui vise à modifier la distribution des risques à la santé en ciblant les conditions sociales, économiques et environnementales qui la façonnent » (Potvin, 2010, rapport INPESS).

Aux fondements de l'IVRISS trouve-t-on :

1. Les principes généraux de la promotion de la santé telle que définie par l'OMS :
« Un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé » (OMS, 1999)
2. L'action sur les déterminants à la santé, en agissant par différents leviers tels que : l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'amélioration de l'environnement de vie (lutte contre la pollution, contre le saturnisme...), l'amélioration de l'accès à des biens et des services (accès aux centres de soins, de dépistage ou d'information, à des logements salubres, à l'éducation et à l'emploi...)...

L'intervention peut avoir une visée universelle ou sélective (souvent qualifiée de *populationnelle*), définissant la cible, et auprès de qui les effets de l'intervention sont escomptés :

- Intervention universelle et proportionnée : la cible visée est l'ensemble de la population, sans distinction ; quand par exemple, l'action pour une meilleure hygiène bucco-dentaire ou un meilleur comportement alimentaire s'adresse à tout le monde sans distinction d'âge, de sexe, de catégorie sociale, de situation

familiale... Cependant il est désormais recommandé d'agir selon le principe de l'universalisme proportionné : *« Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné »* (Marmot, 2010). Il s'agit donc de proportionner, parfait également d'adapter le contenu de l'intervention, aux caractéristiques de ces tranches de la population les plus défavorisées.

A défaut, l'intervention universelle produit toujours des effets plus importants chez les tranches de population déjà favorisées (accessibilité plus facile, compréhension de la communication, connaissance même de l'intervention en raison d'un capital relationnel plus riche...), aggravant ainsi les ISS.

Encadré 1.1 – Le dispositif « M'T Dents » : une intervention déclinée selon le principe de l'universalisme proportionné

L'Assurance Maladie développe depuis janvier 2007 la campagne nationale « M'T Dents » pour favoriser le contact précoce et régulier avec un chirurgien-dentiste à des âges clés de l'enfance et de l'adolescence. Tous les enfants reçoivent, au cours du mois précédant leur date d'anniversaire, un courrier les invitant à bénéficier d'un examen bucco-dentaire (EBD), sans avance de frais et intégralement pris en charge financièrement par l'Assurance Maladie.

Ce dispositif national de prévention individuelle a été renforcé suivant des critères d'inégalités sociales et territoriales pour cibler les familles les plus éloignées du système de santé (IGAS, 2011). Une sensibilisation collective et des modalités de relance et de suivi individuelles pour le recours à l'EBD et aux soins consécutifs éventuels sont en effet mis en place ans les classes de cours préparatoire (CP) de certaines écoles en zones défavorisées. Le programme est donc modulé en fonction d'un gradient social, il s'inscrit ainsi dans une approche d'universalisme proportionnée : il a été pensé pour toucher tous les enfants ayant besoin de soins tout au long de la hiérarchie sociale, et non seulement ceux situés en zone défavorisée (Tardivo, Daguzan, Peyrot, Gentile & Sambuc, 2016).

- Intervention ciblée (ou populationnelle) : quant au contraire ces actions s'adressent à une catégorie spécifiquement désignée de la population : les lycéens, les jeunes enfants en école maternelle, les personnes âgées vivant à domicile, les femmes isolées, les familles aux revenus modestes....
- L'intervention peut enfin s'adresser à une « cible-relais », qui la médiatise et qui permet de mieux atteindre la cible finale de l'IVRISS : quand, par exemple, des actions visant le comportement alimentaire des jeunes enfants sont également déployées auprès des pères et des mères qui pourront avoir une influence sur le comportement de leurs enfants.

L'IVRISS : une action intersectorielle pour agir sur la santé

L'IVRISS a ainsi pour visée d'agir sur les déterminants de la santé pour modifier favorablement et durablement le comportement des bénéficiaires / de la population (habitudes de vie, telles que le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique...), ainsi que les politiques sociales, économiques, environnementales et sanitaires (système d'aide social, marché de l'emploi, système de soins ...).

Ces changements concernent donc aussi les différents acteurs de la société civile, des secteurs publics et privés, ainsi que les différents niveaux de gouvernance et de services au niveau national, régional et local (Marmot et al., 2011) (acteurs professionnels, établissements et dispositifs, associations, collectivités territoriales, autres pouvoirs publics...).

L'IVRISS est par nature intersectorielle : « l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus » (rapport IGAS, 2011). Elle est donc une démarche collective entre intervenants et partenaires de ces nombreux secteurs d'intervention.

L'IVRISS : quatre niveaux d'action

Pour résumer ce qui précède, nous faisons appel aux travaux de Whitehead (2007) qui proposent une typologie des principales catégories d'actions pour agir contre les ISS, élaborée à partir des stratégies d'action en promotion de la santé :

1. Renforcer les aptitudes individuelles des plus défavorisés (empowerment, habiletés sociales et relationnelles...);
2. Renforcer les communautés (cohésion sociale et soutien social) les plus défavorisées ;
3. Créer des milieux favorables et, en particulier, améliorer les conditions de vie et de travail (accès au logement digne, hygiène, facteurs psycho-sociaux et sécurité au travail, accès à des services sociaux et de santé) ;
4. Élaborer une politique publique s'attaquant en amont aux déterminants macro-économiques, culturels, environnementaux, c'est-à-dire ceux qui agissent sur les conditions de vie et qui façonnent les comportements (ex. : programme environnementaux, politiques de redistribution des richesses, etc.) (extrait de Karrer et Jaeger, 2016, p.12)

Ces catégories d'action sont donc quatre niveaux d'intervention, mais aussi quatre niveaux que les acteurs peuvent vouloir viser pour pérenniser et diffuser leurs actions, et soutenir des changements profonds et durables chez l'individu (aptitude, empowerment), groupes ou communautés, environnement et politique publique (santé, urbanisme, logement, emploi...).

En particulier, cet ancrage dans la politique publique peut se repérer au niveau local, régional ou national. C'est en quelque sorte une manière complémentaire à considérer la « fabrication de la politique publique », quand des données probantes et une volonté politique produisent de nouveaux cadres réglementaires :

Cette action politique ne vise pas uniquement la reconnaissance d'un problème de santé mais aussi la manière à considérer ce problème. Face à cette invisibilité d'un problème ou encore à son inscription dans un paradigme trop strictement médical (« la maladie »), les acteurs d'une IVRISS souhaitent transformer la manière dont la société appréhende la santé :

Exemple 1.1 – L'IVRISS : une action intersectorielle pour agir sur la politique publique

L'Atelier santé ville de Clichy-sous-Bois a monté, en partenariat avec le Comité départemental olympique et sportif de Seine-Saint-Denis et la Mutualité française d'Ile-de-France, un projet global de promotion de l'activité physique des jeunes de 6 à 16 ans. S'appuyant sur une approche socio-écologique, le projet est parvenu à augmenter l'activité physique des jeunes et sensibiliser le service Urbanisme aux déplacements actifs.

L'action a été rendue possible grâce à un partenariat solide entre la Ville, le CODES 93 et la Mutualité Française. Elle s'est appuyée sur une étude évaluée et validée ICAPS (Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarisation) développée par l'union régionale de la Mutualité Française de Picardie (financé par appel à projet de l'INPES 2011).

Pour le coordinateur de l'ASV, la promotion de l'activité physique et sportive s'inscrit doucement mais durablement dans la ville.

Cette action politique ne vise pas uniquement la reconnaissance d'un problème de santé mais aussi la manière à considérer ce problème. Face à cette invisibilité d'un problème ou encore à son inscription dans un paradigme trop strictement médical (« la maladie »), les acteurs d'une IVRISS souhaitent transformer la manière dont la société appréhende la santé :

Encadré 1.2 – L'IVRISS : une action politique pour faire évoluer la question de la santé

Entre l'absence d'intérêt pour le problème de l'intoxication au plomb de l'enfant et la reconnaissance du saturnisme comme un problème de santé publique qui nécessite une action intersectorielle, un long cheminement aura été porté par des chercheurs et les acteurs de terrain :

- La reconnaissance du saturnisme comme maladie mais provenant d'un désordre d'origine social (précarité et mal-logement) ;
- La reconnaissance que toute intervention de prévention devait se faire à l'intersection entre, au moins les acteurs de santé et les acteurs du logement.

Olivier Bernard (ONG Médecins du Monde) ou Denis Fassin parlent alors de « biopouvoir », quand « soigner le corps » sort du strict domaine de la médecine pour interpeller d'autres acteurs publics : « le corps souffrant deviendrait le lieu de reconnaissance suprême de l'individu dans la cité et le biologique, le soubassement du politique » (Fassin, 2005).

Ainsi une réalité sociale (le mal-logement), l'intoxication au plomb et ses conséquences sur l'enfant, seront devenus un problème de santé publique et donc un fait politique.

Source : *intervention d'Olivier Bernard, compte-rendu du séminaire régional Mission recherche et développement en santé publique, Novembre 2012*

L'intervention au profit des personnes atteintes du SIDA a connu elle aussi une évolution profonde. Aux premières actions très médicales qui visaient le sevrage, la recherche et les professionnels ont apporté un nouveau paradigme : agir pour réduire les risques de contamination. Ainsi, Etienne Zurbach déclarait : « La question des addictions et la politique de réduction des risques (RDR) ont marqué un changement vers plus de pragmatisme et une diversification des approches. Cela a permis également d'interroger l'état de la société dans ce qu'elle est capable d'accepter. Les difficultés actuelles sont d'ordre idéologique » (2012, même source, *séminaire novembre*).

Intervenir pour réduire les ISS : un enjeu pas si évident pour les politiques publiques !

Ainsi, par exemple, l'ARS PACA a créé au sein de la Direction Santé Publique et Environnementale (DSPE) une mission « Recherche et Développement en Santé Publique » dont l'axe majeur de travail est la réduction des ISS. Elle a, à ce jour, financé quelques XX expérimentations. A l'instar des autres ARS, elle a positionné la réduction des ISS comme une des priorités majeures de son Projet Régional de Santé. D'autres acteurs publics jouent également un rôle important dans la poursuite de cet objectif, tels que par ex. les villes (à travers notamment les Ateliers Santé Ville), les conseils départementaux, les conseils régionaux (à travers par ex. les actions de formation / information d'éducation à la santé...) sans oublier naturellement le vaste milieu associatif.

L'arsenal réglementaire français, permet de dater la prise en compte formelle des problématiques d'ISS et d'évaluer la volonté de donner les moyens d'agir pour les réduire. La grande loi de juillet 1998 de lutte contre les exclusions formule notamment l'obligation faite aux DRASS et DDASS d'élaborer et de mettre en œuvre dans l'ensemble du territoire français des Plans Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Cette loi trouve place dans la mouvance ouverte par la loi de 1997 dite « Pacte de relance pour la ville » et se poursuivant par la loi relative à la solidarité urbaine et au renouvellement urbain (2000). Citons aussi la loi dite Borloo de 2003 ou encore la loi dite pour l'égalité des chances (2006) qui visait plus particulièrement les inégalités spatiales. Si ces lois contribuent à s'orienter vers plus de justice sociale et d'équité, et à promouvoir la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Préambule à la Constitution de l'OMS, 1946), elles n'ont pas été construites dans une stratégie globale et interministérielle de réduction des ISS.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique introduit explicitement la réduction des inégalités de santé « par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire » en visant en particulier « les groupes les plus vulnérables ». Parmi les cent objectifs de santé publique retenus, deux objectifs concernaient ainsi plus spécifiquement la question des inégalités en visant la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est légèrement au-dessus du seuil ouvrant droit à la CMUC, et par la réduction des écarts d'espérance de vie. En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) met en place les Agences Régionales de Santé (ARS) chargées notamment de définir de nouveaux territoires de santé afin d'améliorer la répartition de l'offre de soins en matière d'accès aux soins et de contribuer ainsi à réduire les inégalités territoriales de santé. Le Projet Régional de Santé (PRS) exprime la politique de santé d'une région ; il constitue la feuille de route pour l'ensemble des professionnels de santé et de la prévention, gestionnaires d'établissement et de dispositifs d'intervention et de coordination. Le PRS se traduit dans différents programmes et schémas dont le schéma régional de prévention. D'autres programmes d'actions thématiques, ainsi que les programmes territoriaux de santé, poursuivaient (ou pouvaient poursuivre) une visée de réduction des ISS. Ces schémas et plans d'action des ARS permettent potentiellement d'agir sur les déterminants fondamentaux et proximaux de la santé tels que l'accès aux droits, la lutte contre l'habitat insalubre, ou les actions visant la petite enfance ; ils posent également la nécessité d'agir de manière intersectorielle (Coruble, Sauze & Riff, 2014).

Avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, les ARS devront élaborer un second PRS qui se compose, notamment du Schéma régional de Santé (SRS), document unique établi pour 5 ans. Il déterminera, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs concernent notamment la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, et le renforcement de l'organisation des ressources en parcours de santé.

Bien plus en amont, dès 1945, le système d'assurance maladie s'est construit sur une philosophie redistributive puis s'est élargi progressivement pour permettre aujourd'hui à 92% des coûts de santé d'être remboursés (seuls les Pays-Bas font légèrement mieux parmi les pays de l'OCDE avec 94%) ce qui en fait un des systèmes les plus complets dans la prise en charge des dépenses de santé (Nay et al., 2016). Les mécanismes de redistribution visent à la fois les personnes les plus exposées aux problèmes de santé, qui bénéficient d'une couverture de 100% lorsqu'elles sont atteintes de maladies chroniques, et les personnes aux revenus les plus bas avec des remboursements des régimes obligatoires plus élevés. Le système d'assurance maladie a été renforcé au début des années 2000 par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Il contribue ainsi à plus d'équité sociale dans l'accès et la continuité des soins.

Ces efforts pour permettre à chaque individu d'accéder à une couverture de bonne qualité pour favoriser un accès équitable aux soins ne permettent cependant pas de supprimer toutes les inégalités sociales de santé. Les disparités en termes de revenus sont notamment souvent considérées comme le premier facteur expliquant les ISS (entre 25% et 40% en Europe, Couffinal et al., 2005). Dans une étude chez les personnes âgées de 50 ans et plus en France, il a été constaté que les 50 % les plus riches ont un recours près de deux fois plus fréquent aux médecins spécialistes que les 25 % les plus pauvres (Jusot, 2013). De la même façon, il a été constaté que l'impact du niveau d'éducation sur le recours aux soins de spécialistes est plus important en France que dans la plupart des autres pays européens étudiés (Or, Jusot & Yilmaz, 2009). Si les personnes les plus éduquées ont en moyenne des revenus plus élevés, elles ont également une meilleure capacité à utiliser le système de soins, à avoir une attitude plus proactive dans la recherche et le suivi des soins, et sont a priori moins confrontées à des situations de vie instables et incertaines qui entravent l'accès aux droits et aux soins (Fieulaine, 2007). La distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, les conditions de vie dans l'enfance, l'accès à l'emploi, l'exposition aux risques environnementaux constituent en effet des processus sociaux généralement inégalement répartis dans la société qui agissent en amont et indépendamment du système de santé. Les préoccupations pour agir sur ces causes profondes des inégalités sociales de santé sont récentes en France bien que ce soit le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes (Cambois & Jusot, 2007).

La loi de lutte contre les exclusions de 1998 et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique se sont en effet essentiellement centrées sur l'égalité d'accès aux soins et sur les groupes sociaux ou territoires défavorisés. Si elles ont potentiellement contribué à réduire l'impact de la position sociale sur la santé, elles ne ciblaient pas les causes « fondamentales » des ISS, c'est-à-dire la distribution équitable des ressources financières, éducatives et sociales au sein d'un pays qui détermine la capacité des individus à améliorer leur santé et à limiter le risque de maladie (Couffinal et al., 2005a).

Le rapport Fair Society Healthy Lives - Une société juste, une vie saine (Marmot & Bell, 2012), qui poursuit les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH) de l'OMS, cible six domaines d'action prioritaires pour agir sur les facteurs nuisibles ou favorables à la santé tout au long de la vie des individus : la petite enfance, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'adéquation de la protection sociale et des revenus, les lieux de vie et collectivités, les stratégies de prévention de la maladie. Différentes politiques publiques sont donc concernées pour viser une amélioration générale de la santé d'un pays. Au début des années 2000, le Royaume-Uni et la Suède, en s'appuyant sur de nombreux travaux et consultations, ont élaboré des plans d'action transversaux et interministériels qui visent à agir en amont des inégalités sociales de santé : programmes de soutien à la petite enfance, de rénovation urbaine, le développement d'environnement de travail ou d'habitat sains et d'espaces verts, des services de soins davantage orientés sur la prévention et la promotion de santé dans les pratiques professionnelles soignantes quotidiennes (Couffinal et al., 2005b).

Ce cadre stratégique d'action suppose des espaces de coopération multisectorielle multiples pour encourager les acteurs issus de différents milieux et institutions au niveau national mais aussi régional et local à agir sur les déterminants sociaux de la santé qui contribueront dans le même temps à la réalisation d'autres objectifs institutionnels et sectoriels (Whitehead, Poval & Loring, 2014). Au niveau local, les efforts sont à déployés pour renforcer l'incitation des citoyens et des différents acteurs à participer à la prise de décisions, et à mieux définir les problèmes et les solutions possibles sur la base de données objectivées ou évaluées, et partagées. La définition des programmes territoriaux de santé (PTS) ou la signature des contrats locaux de santé ont par exemple été mis en œuvre ces dernières années entre l'ARS Paca et ses partenaires institutionnels ou associatifs à l'échelle des territoires pour développer des actions intersectorielles (Coruble, Sauze & Riff, 2014).

C'est dans ce contexte qu'il a été promu en 1999 un dispositif d'action publique en France dont l'objet est précisément de lutter contre les ISS à l'échelle des territoires prioritaires de la politique de la Ville : les Ateliers Santé Ville, portés par une initiative conjointe du ministère de la santé et des affaires sociales et de la délégation interministérielle à la ville (DIV) (voir Bertolotto F. & Joubert M. (2004).

L'objectif visait à répondre aux problématiques spécifiques de santé des habitants résidant en zones urbaines sensibles (ZUS) par une approche globale, de proximité et en coordination avec les acteurs et les actions de santé sur les quartiers. 139 communes disposaient d'un ASV en 2005, ils couvrent aujourd'hui près de 270 sites sur l'ensemble du territoire national. Les ASV constituent une démarche et un cadre structurant reposant sur un diagnostic territorial partagé des besoins de santé et l'élaboration et la mise en œuvre d'une programmation locale de santé. Ils visent à mobiliser l'ensemble des acteurs et ressources d'un territoire, et à développer de nouvelles formes de coopération (HCSP, 2013). En 2012, un référentiel national des ASV est formalisé : « L'ASV constitue une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. (...) L'originalité des ASV tient en grande partie dans leur capacité à assurer la transversalité et à promouvoir des actions de santé intersectorielles liées aux autres thématiques des CUCS » (Rapport, secrétariat général du comité interministériel des villes, 2012).

Le Haut Conseil de la santé publique recommandait néanmoins en 2013 le développement et le renforcement de la démarche et du dispositif ASV dans leur positionnement au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville : contrats locaux de santé institués par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 (Gali, 2014), volets santé des contrats pour la politique de la ville, projets régionaux de santé des ARS, politiques de rénovation urbaine. La mise à disposition pérenne des moyens nécessaires à la fonction de coordination d'un ASV, l'ancrage politique et la reconnaissance que peuvent leur accorder les municipalités apparaissent également nécessaires pour légitimer cette démarche locale de réduction des inégalités sociales de santé (Richard, 2007).

Une nouvelle avancée est attendue avec la création de l'Agence Française de Santé Publique qui place au cœur de ses enjeux la lutte contre les ISS, encourageant les politiques publiques, les acteurs de terrain et la sphère académique à soutenir toute intervention et toute recherche pour accroître les connaissances et les expériences (Bourdillon, 2015).

Malgré des actions multiples et des progrès indéniables dans la prise de conscience qu'un Etat ne peut être socialement juste ou faire unité sans une population en bonne santé, force est de constater combien les ISS continuent à se creuser. Du fait d'une dégradation générale de la situation économique en France, d'un faible soutien au monde associatif présent dans les quartiers auprès de la population, et du faible nombre de signaux pouvant encourager la recherche académique à se saisir de la question des ISS. L'on pâtit également du fait que la réduction des ISS a, pendant longtemps, constitué un objectif peu clair, sous-doté en moyens spécifiques d'actions, et cela pour différentes raisons (rapport IGAS, 2011 ; Rapport INPES, 2010) :

- La complexité de la réalité des ISS, dont le périmètre est mal appréhendé, et qui se forgent à l'intersection de nombreux déterminants (sociaux, culturels, environnementaux...);
- Une politique ou des interventions / initiatives qui dépassent largement le périmètre de compétence du seul Ministère de la Santé, rendant dès lors peu lisible l'identification des acteurs publics (mais aussi privés et associatifs) à mobiliser pour encourager l'action en faveur de la réduction des ISS ;
- Des connaissances encore parcellaires, souvent peu accessibles et compréhensibles quand elles sont produites dans une sphère scientifique fermée, ou parcellaires faute de soutien et de reconnaissance des démarches de recherche interventionnelle, faute également d'évaluation des interventions et, plus largement, des politiques publiques ;
- Une appréhension de la Santé qui reste encore largement marquée par le Soins et non par la Promotion et l'Éducation à la Santé ;
- La difficulté à appréhender l'individu comme un acteur majeur de sa propre santé et à le doter de réelles habiletés à agir (capacité d'agir, ou empowerment) ;

➔ Pourquoi la pérennisation et la diffusion d'une IVRISS posent problème

Tous les facteurs que nous venons d'énumérer se conjuguent pour expliquer combien, malgré de nombreuses initiatives locales, expérimentations et incitations des pouvoirs publics (notamment par des plans de santé publique), celles-ci peinent à se pérenniser dans le temps ou à se diffuser sur d'autres territoires.

Définissons ci brièvement ces deux termes. La pérennisation est la poursuite dans le temps de l'engagement des parties prenantes pour mettre en œuvre l'intervention. La diffusion (ou encore transférabilité) consiste à redéployer une intervention sur d'autres territoires et éventuellement d'autres types de publics que celui sur lequel elle aura été initialement expérimentée.

Pérenniser et diffuser une IVRISS poursuivent un même enjeu : transformer durablement le comportement des individus vis-à-vis de leur santé, les conditions environnementales et sociales et les modes de travail et d'intervention (davantage collaboratifs et intersectoriels) des acteurs professionnels, des structures et autres organisations de manière à promouvoir la bonne santé sur les territoires.

Dans le cadre de ce guide, nous étudions la question de la pérennisation et de la diffusion d'une IVRISS qui aura été au préalable expérimentée ou qui aura fait l'objet d'un premier déploiement. Un tel contexte constitue bien souvent un moment privilégié en raison de :

- Une mobilisation d'un groupe d'acteurs volontaires (qui auront répondu à un appel à projet, rédigé une demande de subvention ou élaboré un plan original d'intervention, ou qui auront décidé de travailler ensemble) ;
- De ressources exceptionnelles (moyens financiers apportés par l'appel à projet, ou ressources que certaines structures décident d'allouer à l'expérimentation, un temps en ressources humaines spécifiquement dévolu à l'intervention, voire même des ressources humaines recrutées spécifiquement pour mener l'intervention) ;
- Plus généralement des efforts exceptionnels (communication, présence sur le terrain...) par ces acteurs largement mobilisés ;
- Parfois l'appui d'une équipe de recherche (agissant dans une logique de recherche interventionnelle ou selon une approche de recherche évaluative) aidera les acteurs de terrain à concevoir une intervention d'autant plus pertinente qu'ils auront connaissance des derniers travaux sur les ISS et sur l'action visant à les réduire. Ils pourront ainsi prendre du recul sur ce qui se passe au jour le jour, modéliser leurs manières de faire et capitaliser sur ce qu'ils auront appris de cette expérimentation.

Dans le cadre de ce Guide, nous nous intéressons en particulier aux IVRISS soutenues, voire initiées par des équipes de recherche qui déploient la méthodologie de la recherche intervention.

Pourtant de nombreuses raisons expliquent que la pérennisation et la diffusion ne sont pas des processus faciles :

- La complexité à déployer une IVRISS fait que l'expérimentation présente souvent un certain nombre d'écueils méthodologiques, qui affaiblissent la pérennisation et la diffusion. Ces difficultés ne signifient pas nécessairement l'arrêt de l'expérimentation ou la non-atteinte des résultats escomptés. Elles peuvent engendrer des efforts plus importants, un accroissement des coûts ou du temps nécessaire pour atteindre les objectifs visés, un découragement de certaines parties prenantes. D'autre part la complexité d'une IVRISS entraîne souvent la survenance de faits inattendus et d'imprévus qui obligent les acteurs à « bricoler » pour trouver une solution ou à prendre des décisions qui peuvent, parfois, affaiblir les objectifs visés.

Ainsi, un premier ensemble de difficultés à pérenniser ou diffuser une IVRISS trouve ses racines dans la manière dont l'expérimentation aura été conduite, les difficultés rencontrées et les solutions plus ou moins opérantes qui auront été apportées.

C'est donc l'objet du chapitre 3 que de répondre à la question suivante : « *Comment l'action est-elle mise en place et fonctionne-t-elle pour lui permettre de produire des effets ?* » (Expérimentation).

- Les conditions favorables que constitue, cependant, une expérimentation, ne sont pas toujours pérennes dans le temps :
 - Fin d'un budget spécifiquement dédié et obtenu en réponse à un appel d'offres ou une demande de subvention ;
 - Départ de certains acteurs, et notamment qu'une équipe de recherche qui avait participé à (voire initié) l'intervention ;
 - Démobilisation possible de certains acteurs, face à la complexité à piloter une démarche collective et intersectorielle, ou face au faible temps et moyens que peuvent lui apporter les organisations dans lesquelles ils travaillent...
- La pérennisation n'est jamais une continuation à l'identique de ce qui aura été expérimenté ; les trois raisons évoquées ci-dessus obligent à redéfinir (même marginalement) le design de l'intervention ; à l'inverse, on observe très souvent que la dynamique partenariale nouée au moment de l'expérimentation incite les acteurs à vouloir enrichir l'intervention par des actions complémentaires (et par ex. : activités nouvelles renforçant l'objectif général, élargissement de la population ciblée, mobilisation de nouveaux acteurs, élargissement du territoire de déploiement...)

C'est l'objet du chapitre 4 que de répondre à la question suivante : « *Quels sont les mécanismes et leviers (ressources, mobilisation, reconnaissance d'enjeu de santé, données probantes...) qui encouragent la poursuite de l'intervention ?* » (Pérennisation).

- Enfin, la diffusion est la rencontre entre une IVRISS et un nouveau territoire qui présente très souvent des caractéristiques différentes de celui sur lequel l'intervention avait été expérimentée, ainsi que des raisons à l'intervention pas tout à fait similaires (et des résultats observés qui ont des chances d'être différents).

C'est l'objet du chapitre 5 que de répondre à la question suivante : « *Quels sont les mécanismes et leviers qui sont communs à différents contextes, et ceux spécifiques à chaque contexte ?* » (Diffusion).

- Finalement, ce processus qu'est l'IVRISS, qui se déroule (idéalement) dans le temps entre expérimentation, pérennisation et diffusion repose sur la dynamique d'une action collective qui parvient à réunir les principaux acteurs autour de la volonté de collaborer (sur un temps long) pour transformer localement mais aussi au niveau de politiques publiques et d'arrangements institutionnels les conditions d'une « bonne santé » pour tous. Cela requière quelques spécificités d'animation, de pilotage et de gouvernance.

C'est l'objet du chapitre conclusif que d'apporter *un regard de synthèse sur les caractéristiques d'une dynamique collaborative à former un « espace » favorable à l'expérimentation, pérennisation et la diffusion d'IVRISS.*



SECTION 1.2 : Présentation du guide

Objet et visées du guide

Le Guide ne concerne pas l'évaluation d'une intervention visant à réduire les ISS et à modifier comportement et attitude face à sa santé (i.e. les ISS ont-elles été réduites ?). Il ne constitue pas non plus un manuel de gestion d'un projet visant la réduction des ISS. Il ne constitue pas non plus un guide pour initier une première expérimentation, en donnant des conseils pour répondre à des appels à projets.

Le Guide apporte un ensemble de recommandations et d'exemples à une question générale « toute simple » : « comment se mobiliser et agir ensemble pour expérimenter, pérenniser ou diffuser une IVRISS ? » :

Le guide a pour objet de soutenir les acteurs désireux de pérenniser et diffuser une IVRISS au-delà de son expérimentation. Il propose des recommandations pour construire, animer et piloter des dynamiques collaboratives et intersectorielles favorables aux IVRISS.

Cette facette managériale (et politique) des IVRISS, et de la capacité à les promouvoir, fait l'objet de quelques récents travaux, qui sont mobilisés au fil des chapitres (par ex. Potvin et al., 2010, Rapport INPES, grille ASTAIRE). En complément de cette documentation existante, **le guide apporte un regard supplémentaire en s'inspirant de la littérature et des pratiques relatives à l'innovation dite collaborative et institutionnelle et relatives aux dynamiques collectives entre parties prenantes** (collectivités, associations, établissements, professionnels de santé et de l'intervention sociale, dispositifs de coordination, Education Nationale...).

L'IVRISS est ici considérée comme :

- **Une innovation qui vise à imaginer**, concevoir, expérimenter puis déployer et généraliser quelque chose de nouveau.

Encourager et déployer une innovation requièrent de lever le paradoxe suivant : comment mobiliser et faire travailler ensemble des acteurs pour explorer la nouveauté alors leur quotidien de travail et leur environnement managérial et décisionnel sont faits de routines, de procédures, de règles et de contraintes qui les placent dans une logique à continuer à exploiter ce qu'ils font ?

- **Une innovation collaborative** qui permet d'embrasser les questions de dynamique partenariale dans un contexte d'intersectorialité, à savoir les questions à mobiliser et faire travailler ensemble une variété d'acteurs appartenant à de multiples champs d'interventions, parce que la variété des compétences, des expertises et des métiers est entendue comme une richesse pour innover.

Encourager et déployer une innovation collaborative suppose de lever le paradoxe suivant : comment mobiliser et faire travailler ensemble une variété d'acteurs, en s'appuyant sur la richesse de leur diversité, alors que cette même diversité crée des difficultés à se comprendre et à s'entendre ?

- **Une innovation institutionnelle** qui vise à transformer les « institutions », à savoir des normes, valeurs, règles, modes de pensée et formes d'organisation (de l'action collective) qui sont stables et fortement ancrées, considérées comme acquises et peu remises en cause.

Encourager et déployer une innovation institutionnelle suppose alors de lever le paradoxe suivant : comment des acteurs, encadrés dans un environnement fortement institutionnalisé (comme celui de la santé) peuvent-ils remettre en cause des institutions pour innover ?

C'est à nouveau la littérature sur l'innovation que nous mobilisons pour élaborer les réponses à ces trois paradoxes (à savoir les recommandations proposées dans ce guide). L'élaboration de ces recommandations repose sur le principe suivant : « pour innover dans les services [i.e. intervenir pour réduire les ISS], il faut innover dans la gouvernance de la démarche collective qui porte l'innovation » (Moore et Hartley, 2008).

L'IVRISS n'est donc pas uniquement un ensemble d'acteurs, d'activités, d'outils, de procédures et de modes à s'organiser. Elle est « quelque chose » tangible, symbolique et politique qui, lorsque qu'ils y participent, les acteurs se sentent protégés des pressions et routines institutionnelles mais toujours en lien avec leur environnement de travail pour le transformer.

Nous désignons ce « quelque chose » par le terme d'espace. Nous verrons dans ce guide que la pérennisation ou la diffusion d'une IVRISS se font par la mise en place de groupes, d'équipes, de dispositifs, de séminaires... créés spécifiquement ou préexistants. Mais ces groupes, équipes, dispositifs, séminaires... ne seront véritablement propices à soutenir l'expérimentation, la pérennisation ou la diffusion d'une IVRISS que s'ils ont les caractéristiques particulières d'un espace. Ces caractéristiques sont relatives à la manière dont ces espaces sont construits (design), animés (management) et pilotés (gouvernance).

Plan du guide

Le guide est organisé autour de 5 chapitres. Après ce chapitre 1 introductif :

- **Le chapitre 2 présente la notion d'IVRISS**

Nous considérons que l'IVRISS est une démarche collective spécifique, qui découle des caractéristiques particulières liées à son objet (intervenir sur les déterminants à la santé), sa visée finale (mettre en capacité les bénéficiaires de modifier durablement leur comportement vis-à-vis de leur santé), une visée intermédiaire (mettre en capacité les acteurs à mieux appréhender la problématique de réduction des ISS et à modifier certaines pratiques et compétences pour y répondre), une dynamique partenariale intersectorielle. Ce sont ces caractéristiques qui expliquent que l'expérimentation d'une IVRISS (chapitre 3), sa pérennisation (chapitre 4) ou sa diffusion (chapitre 5) rencontrent des difficultés complexes par rapport à d'autres interventions en santé.

- **Le chapitre 3 est consacré à l'expérimentation de l'IVRISS**

Il expose ce que nous entendons par expérimentation, et en particulier dans le cadre d'une recherche interventionnelle. Il décline les principales difficultés rencontrées par les acteurs lors de l'expérimentation d'une IVRISS.

Cette entrée par les difficultés ne doit pas décourager le lecteur ! Mais plutôt l'amener à accepter qu'elles peuvent « naturellement » survenir dès lors qu'on agit sur des problématiques complexes, et selon des modes d'intervention peu familiers (collectifs et intersectoriels). Celles que nous avons repérées doivent aussi amener le lecteur à les anticiper dès lors qu'il s'engagera dans une IVRISS, et à mieux les gérer. Il s'agit donc de mettre l'accent sur les principales difficultés qui affaiblissent sa pérennisation ou sa diffusion si elles ne sont pas corrigées.

- **Le chapitre 4 s'intéresse à la question de la pérennisation d'une IVRISS**

Il présente tout d'abord les différents modes d'organisation de la pérennisation d'une IVRISS. Des recommandations managériales pour pérenniser une IVRISS seront proposées.

- **Le chapitre 5 est consacré à la question de la diffusion d'une IVRISS**

Il est organisé selon la même logique et la même visée que le précédent. Des recommandations managériales pour diffuser une IVRISS seront proposées.

- **En guise de conclusion**, le dernier chapitre 6 propose d'organiser les principales recommandations et exemples qui auront été présentés, au travers la notion d'« espace de concepts et de principes d'action ». Un tel espace désigne un arrangement organisationnel investi et partagé par une variété d'acteurs et d'organisations désireux d'agir pour transformer (innover) un environnement de santé (ou milieu de santé). Nous présentons alors les spécificités (ou leviers organisationnels et managériaux) qui permettent à des groupes ou des réseaux de partenaires de former un espace qui les « protège » des routines habituelles pour pouvoir imaginer expérimenter et déployer de la nouveauté.

Cette approche organisationnelle en terme d'espace doit amener le lecteur à pouvoir imaginer, concevoir, animer et piloter les groupes, commissions, dispositifs, séminaires... de telle sorte qu'ils soient des espaces favorables à l'expérimentation, la pérennisation et la diffusion d'une IVRISS. Ces espaces portent un double objectif :

1. Favoriser la dynamique collective pour expérimenter, pérenniser ou diffuser ;
2. Être des espaces de capitalisation des pratiques, expériences, alimentées par des échanges et par des démarches d'évaluation.

Comment lire le guide ?

Le guide propose, à partir de l'état des connaissances académiques, d'expériences et de témoignages d'acteurs (voir annexe 4. Présentation de la méthodologie d'élaboration du guide) un ensemble de recommandations que tout lecteur devra considérer comme un support de discussion pour en faire sens et apprécier comment générer un espace favorable à la pérennisation et à la diffusion d'une IVRISS. Le guide n'est donc pas un manuel ; il doit susciter la réflexion et l'apprentissage à partir d'exemples et de situations types.

Il répond aux recommandations du rapport de l'IGAS 2011 :

- Soutenir la diffusion d'interventions de réduction des ISS ;
- Améliorer le transfert de connaissances et d'expériences entre les chercheurs et les acteurs, organisations et institutions désireux de déployer sur leur propre territoire des interventions visant la réduction des ISS ;
- Pour ce faire, développer une méthodologie de soutien et un langage commun pour sensibiliser les responsables et les acteurs de terrain à la nécessité de tenir compte des ISS dans les actions qu'ils mènent, et pour leur proposer des recommandations qui leur permettront de s'approprier et de déployer des interventions ayant déjà fait la preuve de leur faisabilité dans un contexte donné et de leur intérêt en vue de la réduction des ISS.

Le public visé par le guide

Le guide est en particulier destiné à :

- Les acteurs professionnels et intervenants qui mettent en œuvre, pilotent ou participent à une IVRISS ;
- Les associations de citoyens, usagers ou patients, toute autre forme de collectifs... qui de même mettent en œuvre, pilotent ou participent à une IVRISS ;
- Les chercheurs de nombreuses disciplines (santé publique, médecine, sciences du management, sociologie, anthropologie, économie de la santé...) qui accompagnent les acteurs de terrains dans leurs démarches ou qui souhaitent initier avec ces derniers une telle intervention ;
- Les responsables de services, structures, collectivités ou dispositifs... engagés dans une intervention ; les élus de ces organismes divers sont également une cible de ce guide ;
- Enfin, et de manière non limitative, les experts ou consultants qui interviennent pour soutenir ces acteurs ou pour évaluer de telles interventions.

Cette liste non exhaustive ne vise pas uniquement les acteurs du champ de la santé, mais également tous ceux qui interviennent dans d'autres champs de la politique publique, dont on aura compris combien leur intervention ou leur décision ont un impact sur les déterminants à la santé : Logement, Urbanisme, Education, Justice, Sport, Culture, etc....



CHAPITRE 2

Intervenir pour réduire les ISS Notion d'IVRISS

L'intervention visant à réduire les inégalités sociales de santé (IVRISS) est une démarche partenariale dont les particularités découlent : de son objet (intervenir sur les déterminants de la santé), de sa visée (modifier durablement le comportement des bénéficiaires et agir sur ces déterminants de la santé) et du large spectre d'acteurs mobilisés, très souvent en dehors du champ de l'action sanitaire, médico-sociale et de la santé publique.

Ces particularités expliquent qu'une première expérimentation rencontre souvent des difficultés, et que les démarches visant à la pérenniser dans le temps mais aussi à la transférer (ou diffuser) sur d'autres territoires en sont d'autant plus des processus délicats.

Ce chapitre 2 présente la notion d'IVRISS ainsi que ses caractéristiques avant d'exposer les particularités de son expérimentation (*chapitre 3*), ainsi que les points d'attention pour sa pérennisation (*chapitre 4*) et sa diffusion (*chapitre 5*).

Nous proposons une première définition générale de l'IVRISS.

Encadré 2.1 – Définition d'une IVRISS

L'IVRISS est une démarche collective, intersectorielle et territorialisée (i.e. contextualisée), plus ou moins formalisée, qui réunit un ensemble d'acteurs sur un temps plus ou moins long, en vue de la poursuite d'objectifs visant la réduction d'ISS, par la réalisation d'actions et l'élaboration d'outils et de protocoles auxquels participent, selon des degrés d'implication variés, une variété de parties prenantes (structures et acteurs professionnels, agences publiques ou parapubliques, collectivités territoriales, bénéficiaires de l'intervention...).

Nous présentons les particularités de l'IVRISS en quatre temps :

- Une démarche collective d'intervention,
- Une démarche intersectorielle pour réduire des ISS,
- La recherche interventionnelle comme démarche de soutien à l'IVRISS,
- L'évaluation de l'IVRISS.



SECTION 2.1 : L'IVRISS - Une démarche collective d'intervention

L'IVRISS présente avant tout les caractéristiques d'une démarche collective d'intervention au profit et avec les usagers de services et missions publics :

- Le portage est mené selon des modalités variées. Dans son rapport, la SFSP (2014) notait que les IVRISS étaient portées par des associations spécialisées en santé publique (dans 37,5% des cas), par des collectivités territoriales (27,5%), des services de l'Etat (22,5%), ou encore par des réseaux de santé, des établissements médicaux, l'assurance maladie... Dans 50% des cas, les interventions sont portées par des organisations uniques. Dans les autres cas, le co-portage associe souvent une structure hors champ de la santé, en raison notamment de la nature intersectorielle de l'intervention.

- Le pilotage est assuré par différents comités ou groupes, qui interviennent à trois niveaux de responsabilité :



1. Un niveau opérationnel qui réunit tous les acteurs dits « de terrain » ou « de proximité » et qui interviennent auprès des bénéficiaires pour mettre en œuvre concrètement l'intervention (niveau qu'on peut par ex. appeler « clinique » quand l'intervention a pour objet principal le soin à des personnes dépendantes ou fragilisées) ;



2. Un niveau fonctionnel à travers des commissions ou groupes de travail en charge du suivi opérationnel du déroulement de l'intervention, de l'élaboration (ou de leur validation) des outils, procédures, harmonisation des pratiques, du suivi budgétaire, du recrutement de nouveaux intervenants, de l'organisation de formation, de l'élaboration des plans de communication (sans que cette liste soit limitative) ;



3. Un niveau stratégique (parfois appelé également politique ou institutionnel), qui réunit les acteurs en position de décision au sein d'un comité généralement appelé « comité de pilotage », et ayant la responsabilité de définir (ou valider) les objectifs de l'intervention, de rechercher des financements et d'asseoir la légitimité dans un paysage institutionnel et politique.

- Elle aura fait l'objet d'un « projet » qui aura posé les problèmes auxquels elle entend répondre. Ce projet est souvent élaboré à partir d'un diagnostic (souvent mené selon la méthodologie du « diagnostic partagé »). Ce projet peut être à l'initiative propre des acteurs ou en réponse à un appel à projet (plus ou moins précis et contraignant) de la part d'une autorité publique (une ARS, un Conseil Départemental, une Ville), d'une agence ou structure assimilée, de dispositifs d'intervention (un centre social, un ASV...), ou de la part d'organisations diverses (une Mutuelle, un opérateur de services technologiques...) ou encore de la part d'associations d'usagers ou de malades... ;
- Il est indispensable d'évaluer l'intervention, quant à l'atteinte des objectifs initialement fixés et quant à la manière dont le déroulé de l'intervention aura permis cette atteinte des objectifs ;
- L'intervention ainsi requière la conception d'outils et de protocoles pour déployer l'intervention au concret que des outils et protocoles de type tableaux de bord de suivi des activités et du budget, compte-rendus de réunions, démarche et dispositif d'évaluation, modes d'animation des commissions, groupes de travail et comité de pilotage... ;
- Elle bénéficie assez souvent de ressources dédiées (humaines, financières, parfois immobilières), soit mises à disposition par les parties prenantes, soit financées sur fonds extérieurs ;
- Elle s'ancre dans des valeurs, normes, manières de penser (identité et représentation) et manières de faire (pratiques) qui façonnent la manière dont les acteurs vont prendre place dans l'intervention et la manière dont l'intervention sera articulée avec les activités courantes des organisations et autres structures auxquelles ces acteurs appartiennent.



SECTION 2.2 : L'IVRISS - L'intersectorialité au cœur d'une démarche collective particulière

Interrogeant des acteurs impliqués dans des IVRISS en région PACA (), ceux-ci ont cité 6 raisons à participer à une IVRISS.

Un objectif principal : agir sur les déterminants de la santé

Nous renvoyons au chapitre 1 introductif pour une présentation des déterminants à la santé. Nous retenons deux principales caractéristiques :



1. C'est un faisceau de déterminants qui impactent la plus ou moins bonne santé des individus ou d'une population ;



2. Leur variété (déterminants sociaux, culturels, économiques, géographiques et territoriaux, configuration de l'environnement physique constitué par exemple de services de transports, de centres sportifs ou culturels, de centres scolaires de proximité...) impose une démarche intersectorielle mobilisant des acteurs intervenant dans différents domaines de l'action publique (éducation, justice, sport, culture, logement, urbanisme...) aux côtés des acteurs de la santé.

Exemple 2.1 – L'intervention 4S dans le quartier saint Roch de Nice

Sur la base de connaissances scientifiques et de l'expérience de nombreux professionnels réunis au sein de l'EPSP (Espace Partagé de Santé Publique), ce dernier a élaboré une intervention originale pour restaurer ou maintenir en bonne santé les personnes âgées vivant à domicile : le coaching collectif de groupes de « marcheurs » pour développer leur capital relationnel, cognitif et physique. Mais fallait-il pouvoir offrir à des personnes et à leur coach un environnement urbain propice à la marche. S'est alors engagé un travail important avec les acteurs en charge de l'urbanisme et de la rénovation urbaine, pour aménager un parcours de marche, avec les personnes âgées elles-mêmes qui ont donné leur avis sur l'emplacement du parcours et avec des associations et commerçants du quartier pour qu'ils déploient sur ce parcours des activités pour l'animer et donner ainsi envie aux personnes âgées, en dehors des séances de coaching, de continuer à avoir envie de sortir de chez elles, de marcher et de d'entretenir des relations sociales.

Agir sur ces déterminants requière parfois de mobiliser les acteurs de l'« Offre » de services et ceux, les bénéficiaires, de la « Demande » de ces services.

Exemple 2.2 – OptiCourses : agir sur l’offre alimentaire et agir sur la demande (envie de bien se nourrir) pour favoriser une bonne alimentation à petit prix

Une analyse de la relation entre la qualité nutritionnelle de l’alimentation et son coût et des contraintes budgétaires qui pèsent sur les choix alimentaires, une analyse des comportements alimentaires des populations défavorisées en France, et une large revue de littérature ont conduit des scientifiques et professionnels affiliés au laboratoire NORT de l’université d’Aix-Marseille (AMU) () à poser l’hypothèse que « les choix alimentaires défavorables à la santé observés dans les populations pauvres sont dus, au moins en partie, à des contraintes économiques » et à concevoir un indicateur du rapport Qualité Nutritionnelle / Prix des aliments (QNP).

Il a alors élaboré une intervention originale en agissant sur l’« offre » et la « demande » dans différentes structures des quartiers Nord de Marseille :

- Quant à l’offre : tester l’impact sur les achats d’une intervention visant à rendre disponibles, visibles et attractifs des aliments de bon rapport QNP dans des magasins de proximité ;
- Quant à la demande : modifier les représentations et les croyances de personnes désireuses de participer à des ateliers collectifs sur alimentation et budget, en partant de leurs achats réels, notamment leurs tickets de courses.

Si l’on peut considérer que certains déterminants sont plus structurants ou impactants que d’autres, les travaux ont encore du mal à apporter des réponses faisant consensus sur les « proportions » ou impact relatif de chaque déterminant sur l’état de santé d’un individu ou d’une population. Par contre, il est acquis que la persistance de certains déterminants limitent considérablement tout effet de certaines actions en faveur de la santé.

Dit autrement la santé passe souvent au second plan face à des préoccupations de chômage ou de pauvreté. C’est souvent une difficulté importante que rencontrent les acteurs sur le terrain : comment parler de bonne santé quand l’urgent est ailleurs (trouver un logement, trouver un emploi...). Nous verrons dans le *chapitre 3* différentes stratégies mises en œuvre par ces derniers :



1. Stratégies communicationnelles auprès de la population ;



2. Stratégies portant sur le contenu même de l’intervention, qui tient compte de la situation de précarité ou de dépendance des populations, ou encore qui embrassent ces déterminants structurants (*voir exemple ci-dessous*).

Exemple 2.3 - Un chez soi d’abord pour mieux parler santé !

Le plan national expérimental également appelé « Housing First » part du principe que, pour aller mieux, il faut a minima un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité, à savoir un vrai logement et pas seulement un hébergement, voire des hébergements d’urgence, des structures temporaires d’accueil, etc... vers lesquels sont adressés des publics pauvres, fragilisés, souvent hors emploi, connaissant des problèmes psychiatriques, et générant des ruptures de parcours, et donc une impossibilité à prendre en charge dans la durée. L’intervention s’appuie sur un réseau de travailleurs sociaux et de professionnels du soin pour remettre en capacité ces personnes à penser leur santé tout en leur attribuant un logement, grâce à des partenariats avec des gestionnaires d’habitations (extrait d’entretien avec Pascale Estecahandy, in revue *La Santé en Action*, 2016).

Trois échelles d'impact (ou plus-value) d'une IVRISS

Il est habituel de distinguer une IVRISS selon trois échelles d'impact ; étant entendu qu'une même IVRISS peut viser 1, 2 ou les trois impacts ci-dessous :

- **Impact (ou plus-value) pour la population visée** : en visant à promouvoir une meilleure santé, en recherchant leur participation à toutes les phases de l'intervention, ainsi qu'en les rendant acteur de leur santé. Nous développons ci-après les différents points.

Le Guide « Capitalisation des démarches ASV » (2016) recense les bonnes pratiques suivantes pour atteindre cet impact envers la population (un certain nombre de ces points seront évoqués également dans la suite de ce chapitre) :

1. Des actions axes sur la promotion de la santé et le bien-être et non pas uniquement sur le dépistage, la prévention des troubles et le traitement de pathologies ;
2. Une stratégie « d'aller vers » (par exemple, apporter des informations sur l'accès aux soins dans le cadre de la distribution d'aide alimentaire) ; sortir des lieux institutionnels dédiés et mobiliser des acteurs et dispositifs au plus proche de la population ;
3. Une approche globale des difficultés rencontrées par les familles ;
4. Une approche bienveillante : prise en compte des cultures et valorisation de chacun ;
5. Le ciblage 'un territoire géographique et non individuel ; cela favoriser le travail partenarial, diminue le risque de stigmatisation ;
6. Une participation active des personnes ;
7. Un accompagnement soutenu et régulier des personnes ;
8. Une formation des acteurs sociaux et des bénévoles les plus proches des publics les plus vulnérables ;
9. Un portage politique fort.

- **Impact (ou plus-value) pour les professionnels** : en visant à constituer un réseau d'acteurs (décloisonnement) et à faire acquérir de nouvelles compétences, manières de pensée et d'agir.

Le Guide « Capitalisation des démarches ASV » (2016) recense les bonnes pratiques suivantes pour atteindre cet impact envers la population (de même, un certain nombre de ces points seront évoqués également dans la suite de ce chapitre) :

1. Une bonne connaissance des acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs... et une disponibilité du coordinateur ou pilote de l'intervention pour fixer un objectif commun ;
2. Une sensibilisation à la promotion de la santé et aux questions relatives sur les déterminants à la santé de l'ensemble des acteurs (y compris l'hôpital) ;
3. La définition d'une culture commune entre structure de santé et acteurs sociaux ;
4. Des formations proposées qui sont adaptées aux besoins des professionnels comme outil de mobilisation et d'implication des acteurs.

- **Impact (ou plus-value) pour les politiques publiques** : en visant la mise en œuvre effective de politiques publiques et à une meilleure coordination entre différentes politiques.

De même, le Guide recense les bonnes pratiques suivantes :

1. Un portage politique affirmé ;
2. Une structure de coordination identifiée sur le territoire de proximité ;
3. Une connaissance fine du territoire et de ses acteurs afin d'assurer un maillage fort et une implication de tous les champs professionnels ;
4. Un soutien financier ou technique des institutions ;
5. Un pilotage intersectoriel ;
6. Un investissement des partenaires dans les différents comités et groupes de travail.

Nous rajoutons un autre impact essentiel : celui d'alerter des acteurs institutionnels sur des problématiques de santé non encore reconnues, encore invisibles, ou pour lesquelles ces acteurs n'engagent pas encore de moyens pour soutenir toute intervention.

Cette fonction d'alerte porte sur :

1. Une problématique de santé elle-même ;
2. Une attention sur une catégorie de population particulière, ou sur un territoire particulier ;
3. De nouveaux modes d'intervention.

L'enjeu est de pouvoir faire rentrer « dans le droit commun » ou les outils habituels de l'action publique (politique, schéma, plan régional de santé, etc...) cette nouvelle problématique de santé.

Un principe moteur : l'empowerment des bénéficiaires pour co-agir sur les déterminants de la santé

La notion d'IVRISS est étroitement liée au paradigme de la Promotion de la santé, faisant sien un de ses principes centraux : modifier l'impact de déterminants sur la santé des individus ou d'une population repose sur une participation active des usagers, ce que traduit le terme d'empowerment.

Il est indispensable que les usagers soient encouragés et soient soutenus pour être à même de faire des choix quant à leur santé et leur comportement vis-à-vis de leur santé ; et l'empowerment considère que :

- Une forte mobilisation des usagers est essentielle, pour que ces derniers puissent s'approprier les messages délivrés ou suivre les activités mises en place ;
- Une association des usagers à la conception, au suivi du déroulement et à l'évaluation d'une intervention.

Cet empowerment est individuel et collectif, une intervention promouvant bien souvent ces deux formes :

1. **Empowerment individuel** : qui repose sur le renforcement des capacités des individus qui vise l'amélioration des connaissances, l'estime de soi, l'acquisition de compétences pratiques et de comportements nouveaux ;

Exemple 2.4 : L'empowerment individuel – Exemple des jardins associatifs aux pieds des immeubles dans un quartier défavorisé : une manière de repenser ses pratiques alimentaires (Marseille)

Recherche JASSUR (Jardins Associatifs Urbains et villes durables), menée sur Marseille par Consalès JN (Telemme, AMU), Scheromm P., Martin P., Marchand P. et Darmon N. (INRA, laboratoire NORT)

Dans des quartiers défavorisés, l'accès à un jardin potager associatif pourrait modifier favorablement les pratiques alimentaires des jardiniers et de leurs foyers, en augmentant notamment leur consommation de fruits et légumes. Une enquête pluridisciplinaire, convoquant l'agronomie, la nutrition et la sociologie, a été menée auprès de 21 femmes ayant accès à une parcelle dans des jardins associatifs implantés en pied d'immeubles HLM dans les quartiers Nord de Marseille, qui comptent parmi les plus défavorisés de France. Les pratiques de jardinage et les perceptions des jardinières concernant leur production et leur alimentation, ont été analysées, et leurs approvisionnements alimentaires ont été analysés sur le plan nutritionnel et économique et comparés à ceux de femmes de profil socio-économique similaire vivant dans les mêmes quartiers mais n'ayant pas accès à un jardin.

Les résultats montrent que les jardinières n'ont pas pour objectif de produire en quantité. Elles attachent en revanche une grande importance à la diversité et à la qualité des légumes qu'elles produisent. Cette notion de qualité s'étend également aux dimensions sociale, culturelle et symbolique. Le travail au jardin est récompensé par le goût et les saveurs des productions potagères, liées aux souvenirs de leur enfance. Ces productions sont aussi source de qualité de vie : les échanges au jardin se multiplient, créateurs de lien social entre les jardinières. La fierté et l'estime de soi s'expriment autour de la production, de l'activité culinaire, du partage et des dons (« *Tu es fière, tu te dis ça c'est moi ! Une satisfaction ! Le plaisir de manger des légumes sains du jardin !* »). Les résultats montrent que jardinières adoptent des pratiques de jardinage sans pesticides et achètent plus de fruits et légumes que des femmes des mêmes quartiers et de même condition sociale. Aussi faibles que soient les quantités de produits potagers récoltées par les femmes dans ces jardins associatifs, notre étude suggère qu'y avoir accès pourrait entrouvrir, pour les populations vivant en quartier d'habitat social, une fenêtre de réflexion sur l'alimentation, capable de stimuler l'adoption de comportements d'achat alimentaire plus en accord avec les préconisations de santé publique.

Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet de recherche JASSUR (Jardins Associatifs Urbains et villes durables : pratiques, fonctions et risques financé par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR-12-VBDU-0011) par des scientifiques de l'UMR NORT et de l'UMR Telemme

2. Empowerment collectif (ou renforcement des capacités populationnelles) : qui vise à renforcer la cohésion et les relations sociales au sein d'un groupe, pour lutter contre l'isolement, développer des solidarités, et permettre ainsi une meilleure circulation de l'information et de nouvelles pratiques en matière de santé ;

Exemple 2.5 – Ateliers sociolinguistiques pour s'approprier la question de la santé au-delà de la barrière de la langue

L'atelier Santé Ville de la ville de La Verrière a initié une démarche originale pour encourager les habitants à donner leur avis sur l'environnement et leurs représentations de l'impact de l'environnement sur leur santé. L'ASV a mis en place des ateliers de parole appelés sociolinguistiques auprès de groupes restreints (*focus group*) et a développé un outil particulier de photo-expression pour leur permettre de rendre compte de leur avis sans être pénalisés par la barrière de la langue. Une quarantaine de concepts à photographier ont été listés ensemble, et les participants ont proposé la façon de les illustrer : pour le bruit, un chantier de travaux public ; pour la pollution, un pot d'échappement... pour la solidarité, quelqu'un qui aide une personne âgée à traverser la rue, etc ; puis ils ont parcouru le quartier avec le photographe pour photographier celui-ci puis l'illustrer par ces concepts mis en forme.... Lors de l'atelier, ces personnes ont ainsi pu enrichir leurs connaissances et leur vocabulaire courant liés à la santé ; il a surtout permis d'aborder la question de la santé globale et de faire réaliser que prendre en main sa santé, ce n'est pas seulement aller chez le médecin et consommer des médicaments (extrait d'un entretien avec Barbara Perelman, in revue *La Santé en Action*, 2016)

Un objectif complémentaire : mieux intégrer les questions liées aux ISS au sein des organisations et autres parties prenantes professionnelles et associatives

Les acteurs que nous avons rencontrés expriment clairement que leur engagement dans une IVRISS a pour objectif complémentaire que leur organisation, collectivité, agence ou associations respectives intègrent davantage et durablement les problématiques de santé et de réduction des ISS dans leurs activités courantes ou dans la définition de leurs missions. Leur propre participation à une intervention est ainsi vécue comme une occasion de provoquer des changements dans leur organisation, supposant de nouvelles manières plus collaboratives et intersectorielles de travail, une pratique de l'évaluation plus systématique, des démarches davantage coproduites avec la population, ou encore des collaborations plus régulières avec la sphère académique pour accéder à une connaissance scientifique sur les ISS, les IVRISS, leur mode de pilotage et d'évaluation. Ainsi ont-ils exprimé de nombreux motifs qui les ont amenés à participer à une IVRISS :

1. **Mission et compétences de l'organisation** : quand l'intervention fait sens avec sa mission et ses activités ; quand les acteurs souhaitent saisir cette opportunité pour provoquer des changements au sein de leur organisation à considérer les problématiques de santé et d'ISS. Dans cette veine, est-il également évoqué le souhait d'enrichir les compétences et fonctions de certaines catégories d'intervenants professionnels, et en particulier celles des travailleurs sociaux qui interviennent dans des dispositifs comme les ASV ou en établissements médico-sociaux ;
2. **Population visée** : quand l'intervention se déploie auprès d'une population ou catégorie d'utilisateurs auprès desquels la structure intervient déjà ; la participation à l'IVRISS lui permet d'étoffer ses propres activités, de perpétuer d'une autre manière ses relations (et sa proximité) avec cette population, ou encore d'enrichir sa connaissance sur les besoins et la situation de cette cible ;

Exemple 2.6 – Proposer de nouvelles activités auprès de ses bénéficiaires

Une association qui propose des ateliers de cuisine souhaite déployer la méthode des ateliers collectifs Opticourses et notamment en utilisant les approvisionnements alimentaires et les « tickets de caisse » comme porte d'entrée en vue pour renforcer leur compétence à se procurer une alimentation équilibrée malgré les fortes contraintes budgétaires auxquelles ces personnes sont soumises (voir encadré 2.2)

3. **Territoire de l'intervention** : quand l'intervention prend place sur un territoire sur lequel la structure est déjà présente ; l'IVRISS offre ainsi une nouvelle opportunité pour accroître sa présence, sa légitimité à intervenir et être mieux identifiée par la population ;
4. **Diagnostic local** : quand l'intervention est justifiée par des besoins et des problématiques qu'un diagnostic local aura mis en évidence ; la pertinence du diagnostic ainsi que sa légitimité à mobiliser les acteurs durant l'intervention seront d'autant plus forts qu'il aura été co-construit avec l'ensemble (ou les principales) parties prenantes, sans oublier d'y associer la population, à travers par ex. des associations les représentant (voir ci-après : *une action de proximité*)

Exemple 2.7 – S'appuyer sur un diagnostic local pour promouvoir le bien-être psychique du jeune enfant

L'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers a construit un programme global de promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) sur deux quartiers prioritaires de la ville. Pour l'ASV, l'enjeu a été de définir un programme adapté au territoire et non pas de greffer une méthode !

A partir de 2002, les partenaires de l'ASV ont réalisé un diagnostic partagé « en marchant » : inventaire des ressources locales et mise en place d'un réseau des partenaires.

Ce diagnostic a été enrichi d'une revue de littérature internationale, avec le soutien de la Fondation de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) pour la santé publique.

5. **Mode de travail** : quand l'IVRISS est perçue comme une occasion de travailler différemment : de manière plus collective et décloisonnée, avec des structures et organisations avec lesquelles ils ont pu l'occasion d'agir, en ayant l'occasion d'utiliser des outils, protocoles ou démarches souvent nouvelles (et ainsi d'accroître sa propre compétence) ; il est donc important que le mode de pilotage d'une IVRISS s'apparente à un espace de coordination clairement identifié ;

Exemple 2.8 – Vouloir travailler différemment

Sur un territoire de Marseille, de nombreux acteurs intervenaient pour le bénéfice des enfants défavorisés : le RésEPS (Réseau d'Education pour la Santé) avait mis en place depuis plusieurs années des formations autour de la souffrance psychique des jeunes, et des outils de repérage précoce des situations aiguës ; le CoDES menait en partenariat avec le CMP et l'Education Nationale des actions de remédiation cognitivo-affective et de médiation familiale d'enfants qui présentent des difficultés d'apprentissage ; des associations intervenaient auprès des mères d'enfants en difficultés, des travailleurs sociaux étaient mobilisés au travers d'un atelier santé ville et intervenaient auprès de certains ESMS et établissements sociaux.... Mais tous ensemble agissaient encore de manière peu coordonnée. C'est sous l'impulsion du laboratoire de Psychologie Sociale d'Aix-Marseille Université qu'une action a été menée visant à lutter contre la déscolarisation des enfants défavorisés et qui a permis de créer une dynamique réunissant l'ensemble de ces acteurs.

Promouvoir une meilleure santé des personnes âgées accueillies en EHPAD requière de réviser le modèle même de cette catégorie d'établissement, plus ouvert sur son quartier, intégrant des principes de bientraitance dans toutes les activités proposées, plus respectueux du rythme de vie de chaque personne... Cela suppose de modifier les représentations et les comportements des acteurs professionnels et des bénévoles qui y interviennent. L'EPSP a déployé une approche originale pour élaborer des recommandations promouvant ces principes tout en amenant ces acteurs et bénévoles à questionner leurs représentations et comportement : a) mettre en place un forum internet de discussion et de propositions d'idées ; b) organiser sur une journée des ateliers de créativité qui ont réuni un grand nombre de participants d'organisations, collectivités et associations variés.

6. **Communication** : communiquer vise à convaincre les acteurs de l'intérêt et de la légitimité d'une action. Cet « art » peut prendre différents modes :

- Quand il s'agit de démontrer qu'un problème existe et qu'il a des **conséquences sur la santé des personnes**. En effet un problème de santé ne fait pas problème ou problème de santé pour tout le monde, et cela même dans la situation où des données statistiques, des rapports... commencent à être produits ou diffusés. Les champs d'intervention de chacun, ses logiques professionnelles expliquent que, objectivement, on peut ne pas avoir accès à des sources d'information, ou que, plus subjectivement on ne les « comprend » pas. Nos logiques habituelles de travail créent ainsi des cadres (ou biais) cognitifs qui orientent notre manière de faire et de penser, et nous limitent dans l'ouverture à la nouveauté.

Encadré 2.2 – Communiquer pour rendre « visible » et « catégoriser » un problème

« En santé publique, il faut parfois, pour convaincre de l'intérêt d'un problème, que celui-ci soit présent comme un problème de santé pour tous (exemple des seringues laissées sur la voie publique) alors que ce n'est pas le cas » déclarait docteur Pierre Toubiana, en 2012, au séminaire organisé par l'ARS PACA sur les ISS. Et de poursuivre : « c'est pédagogique mais aussi démagogique... donc c'est souvent aussi une question de mise en valeur du problème. L'objectivation ne suffit pas ».

- Communiquer c'est donc **savoir trouver les mots justes, acceptables et compréhensibles** pour la population visée, ce qui suppose de proposer des terminologies différentes selon les différentes cibles visées. C'est ainsi que l'on peut s'appuyer sur des acteurs-relais, qui, au plus proches de ces populations, sauront « parler » et se faire entendre et comprendre. Il est ainsi important de savoir de développer des habiletés discursives et à être plus « audible » auprès de différents acteurs.

Exemple 2.9 – Ses slogans ou des acronymes audibles

Nous avons tous entendu les slogans des campagnes de promotion de la santé : « mangez 5 fruits et légumes par jour » ; « les vaccins c'est pas automatique »...

Pour communiquer sur le « Livret seuil » qui donne une liste des aliments en fonction de leur QNP, les partenaires d'OptiCourses ont apposé sur sa page de garde le slogan suivant : « Bon pour mon alimentation et bon pour mon porte-monnaie ».

Le slogan développé par l'intervention sur les quartiers de la Belle de Mai et de Saint Mauront est original pour communiquer sur la dimension collective de la démarche : « *La santé à Saint-Mauront Belle de Mai on s'y met tous !* ». Il fut particulièrement bien compris qu'il est issu d'une démarche participative de type « brainstorming » durant laquelle les acteurs ont été invités à élaborer ce slogan.

7. Ressources complémentaires : quand l'IVRISS permet d'accéder à des ressources complémentaires (financières, temps dégagé, nouvelle équipe, chercheurs, experts...) ; ces ressources peuvent être apportées par les partenaires à l'intervention, provenir de fonds publics de recherche nationaux (INCA, IRESP, ANR, INSERM....) ou régionaux (le programme des Actions Innovantes de l'ARS PACA), provenir de fondations ou associations (France Alzheimer, le Fonds Français Alimentation Santé -FFAS) ou encore être apportés par les appels à projets de différentes agences ou collectivités territoriales et locales.

Exemple 2.10 – La création de nouvelles fonctions

Intervenir différemment, comme c'est le cas pour mener une IVRISS, suppose, notamment, d'innover dans de nouvelles fonctions. On peut citer par exemple les différentes catégories de coordinateurs qui animent les réseaux d'intervenants sociaux et médicaux.

Une innovation en santé mentale : les médiateurs de santé pairs (MSP)

Les MSP sont d'ex-patients de la psychiatrie, en voie de rétablissement, embauchés comme médiateurs dans des services psychiatriques publics de trois régions françaises (dont la région PACA), au cours d'un programme expérimental (2012-2014). L'idée de « créer un nouveau métier hospitalier » : assurer une interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par cette personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur de santé crée du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.

Durant l'expérimentation, les médiateurs de santé pairs ont été recrutés par les établissements sanitaires et sociaux dans les trois régions participant à l'expérimentation (Nord-Pas de Calais, Ile de France, PACA).

Cette fonction s'insère dans la voie tracée par la loi du 4 mars 2002 évoquant la démocratie sanitaire et la participation du patient en tant que citoyen au système de santé. Elle est adossée aux principes de l'éducation à la santé et la prévention.

Références : Demailly L. (2014) « Les médiateurs pairs en santé mentale », La nouvelle revue du travail, consultable sur : <http://nrt.revues.org/1952> ; DOI : 10.4000/nrt.1952

Girard V., Perrot S., Musso S., Handlhuber H., Lefebvre C. et N. Payan (2010), « Quelques éléments sur le recrutement et la professionnalisation des travailleurs pairs/médiateurs en santé mentale sur le site pilote du programme Housing First (Marseille) », Pluriels, n° 85/86, 14-16

8. Visibilité et reconnaissance : quand la participation à une intervention permet d'asseoir ou d'accroître la visibilité ou sa reconnaissance de l'action de la structure qui y participe, mais aussi la visibilité ou la reconnaissance d'un acteur en particulier au sein de cette structure.

Cette question de la visibilité et de la reconnaissance doit aussi être étendue à la population accompagnée ou prise en charge. Et c'est tout l'enjeu de l'empowerment que nous avons développé précédemment.

Exemple 2.11 – Le réseau de santé communautaire : la constitution effective d'un réseau de partenaires

Entre avril 2009 et septembre 2010, le réseau a eu besoin d'un temps d'existence pour se constituer notamment par la mobilisation de personnes ressources pour répondre aux problématiques soulevées par les acteurs du territoire :

- septembre 2009 et juin 2010 : intervention sur le logement à Saint Mauront et Belle de Mai (GIP Politique de la Ville, Collectif Objectif Logement, Confédération Syndicale des Familles section Bellevue/Clovis Hugues, Urgences sanitaires de l'habitat à la Direction Territoriale de l'Agence Régionale de Santé pour les Bouches du Rhône pour le saturnisme) ;

- novembre 2009 et Mai 2010 : intervention sur les couvertures santé (CMU, CMUC, AME, notamment CPAM) ; intervention sur les cantines scolaires (Direction Générale de l'Education et de la Petite Enfance de la Mairie de Marseille) ;

- janvier et Avril 2010 : intervention sur le RSA (CAF) ;

- mars 2010 : intervention sur la parentalité (Espace Parent de la MTP Belle de Mai).

L'animation du conseil de citoyens et des ateliers citoyens a permis également aux différents acteurs (habitants, professionnels, institutionnels) d'approfondir les problématiques ciblées avec les habitants qui y participent.



Une action de proximité

L'IVRISS se caractérise toujours par une dimension territoriale, puisque c'est sur un territoire que se tissent les enchevêtrements complexes ou les effets des déterminants à la santé :

1. **Le territoire national** quand l'intervention consiste par exemple dans le déploiement de dispositifs d'aide tels que le RSA, les aides sociales...;

C'est également le cas d'interventions dont le périmètre est a priori national, mais faisant l'objet d'expérimentations sur certains territoires avant un déploiement national ;

Exemple 2.12 – Un projet national expérimenté localement

Le programme expérimental « Housing First / Chez soi d'abord » vise à favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire de personnes sans-abri atteintes de troubles psychiques sévères. C'est une des recommandations proposées par le docteur Vincent Girard, psychiatre de rue à Marseille dans le rapport qu'il a remis le 8 janvier 2010 à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, sur la santé et l'accès aux soins des personnes sans chez soi. Le programme a tout d'abord fait l'objet d'une expérimentation dans les villes de Marseille, Lille, Paris et Toulouse.

2. **Les territoires régionaux** (des ARS ou des conseils régionaux), départementaux (des conseils départementaux) ou encore des villes (territoires municipaux ou des quartiers urbains particuliers) quand (de même que précédemment) ces différentes autorités définissent une politique interventionnelle en faveur de la réduction des ISS ;
3. **Enfin des territoires de taille** variée sur lesquels des acteurs décident d'agir, soit de manière autonome, ou en s'adossant à des orientations d'action publique posées par différentes autorités publiques (ou privées) qui peuvent apporter un soutien politique, financier, voire méthodologique.

Qu'elle soit portée par des politiques publiques nationales, régionales ou locales, prescriptives (obligatoires) ou plus souvent incitatives, ou encore portée par la volonté d'acteurs désireux de répondre aux problèmes de santé des populations sur leur territoire d'action, l'IVRISS présente cette particularité d'être toujours localisée, signifiant :

1. **Une action de proximité** qui requière d'établir des relations avec la population et les acteurs du territoire sur lequel elle est déployée, et une véritable immersion dans le territoire d'intervention dans la durée ;
2. **Une action contextualisée** puisque chaque quartier, chaque ville, etc..., présente des caractéristiques spécifiques quant aux acteurs présents, aux associations et structures sur lesquelles s'appuyer et avec lesquelles l'intervention doit être menée.

L'intervention est alors élaborée à partir d'un diagnostic territorial pour mettre en évidence les problèmes de santé et leurs causes qui sont identifiées sur ce territoire.

Le diagnostic territorial de santé

Ce diagnostic présente les caractéristiques suivantes :

1. **Diagnostic local** : mené sur le périmètre de l'intervention. La collecte de données sur un périmètre plus large ou plus étroit (souvent menée pour des raisons de facilités d'accès à l'information) peut conduire à minimiser ou accroître certains phénomènes, comportements ou déterminants qui peuvent perturber l'atteinte des objectifs attendus de l'intervention ;
2. **Diagnostic (collectif et) partagé** : élaboré avec l'ensemble (ou une grande partie) des structures et de la population (ou ses représentants, parfois par le biais d'associations) qui participeront à l'intervention. Le diagnostic est partagé quand :
 - Sa construction aura réuni ces acteurs ;
 - L'accord sur celui-ci aura recueilli leur avis positif.

Elaborer un diagnostic ne consiste pas en une opération « technique » de recueil et d'analyse de données. Il s'agit de donner sens au « local » sur lequel les acteurs veulent agir : pourquoi ? Pour quoi ? Et avec qui ?

Ainsi pour Ginot et de Koninck (2010, p. 122) : « *La construction d'un diagnostic local n'est pas neutre. Les principaux déterminants de la santé, tels que l'emploi, la pauvreté, le logement, sont en général présentés comme facteurs contextuels, au mieux comme paramètres à considérer comme priorités. Par cette catégorisation, les acteurs de la promotion de la santé affaiblissent leur légitimité à agir sur les politiques publiques. Redonner aux facteurs dits contextuels leur dimension de déterminants sociaux de la santé, en identifiant les catégories sociales, les niveaux de pauvreté, d'accès à l'éducation, à l'emploi ou aux droits, les conditions de vie urbaine, de transports, comme éléments centraux du diagnostic sanitaire, ne relève pas du simple débat sémantique : c'est une des conditions pour que ces acteurs aient prise sur les politiques non sanitaires* ».

Encadré 2.3 – Le diagnostic territorial des problèmes de santé

On recommande d'élaborer un diagnostic territorial autour des items suivants :

- Caractéristiques générales de la population (densité, caractéristiques socio-économiques et démographiques...),
- Analyse des problèmes de santé
- Ressources (présence et densité des services publics, professionnels de santé, dispositifs existants, établissements et structures, associations....)
- Tissu relationnel noué entre tous ces acteurs et intervenants, connaissances interpersonnelles entre individus...

Il existe différents guides méthodologiques relatifs à la construction d'un diagnostic partagé (facilement accessible sur internet) :

- *Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé*, avril 2016, CNSA et ANCREAI ;
- *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé - pour un diagnostic partagé inscrit dans une démarche de projet*, mai 2012, FNORS
- *Initier une démarche « Atelier Santé Ville »*, ARS PACA, CODES06 et EPSP (CHU Nice)

Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance-jeunesse, Les Cahiers Pratiques d'QUAL

Dans le cadre de recherches interventionnelles, le diagnostic partagé présente deux autres caractéristiques :

1. L'équipe en charge de sa réalisation doit **inclure les chercheurs** qui mèneront cette recherche ;
2. Le diagnostic **s'appuie également sur la « littérature »**, à savoir l'ensemble du corpus scientifique qui permet de : a) observer, analyser et comprendre le « terrain » et b) faire le choix de méthodes d'intervention.

Exemple 2.13 – Le diagnostic partagé entre acteurs de terrain et acteurs de la recherche

L'intervention porte sur un programme visant le bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans). Il a été mené par l'ASV d'Aubervilliers. Développant une logique d'universalisme! Proportionné, le programme repose en particulier sur des visites à domicile.

Les acteurs ont formulé en point de départ la problématique suivante : quelle offre proposer sur un territoire présentant de forts indicateurs de vulnérabilité économique et sociale et disposant de peu de structures de petite enfance ?

Les partenaires de l'ASV ont réalisé un diagnostic partagé « en marchant » (inventaire des ressources locales et mis en place d'un réseau des partenaires) et une revue de littérature internationale qui a permis de retenir quatre approches théoriques pour cadrer le projet :

- Modèles de l'empowerment et de la participation communautaire (reconnaître l'expérience subjective des personnes comme expertes de leur propre vie) ;
- Modèle d'autosatisfaction (quand la perception des individus sur leur propre efficacité influence leur choix face aux difficultés) ;
- Approche socio-environnementale (prise en compte de l'ensemble des facteurs pouvant influencer la santé de l'enfant) ;
- Théorie de l'attachement (quand les compétences parentales d'une personne influent sur la forme d'attachement et le sentiment de sécurité que pourra acquérir l'enfant).

Voir le rapport de la plate-forme nationale de ressources des ASV « Capitalisation des démarches ASV », p. 52 et s. <https://www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/rapport-danalyse-asv>

Un agir patenarial

Le terme d'agir rend compte de la volonté des acteurs de transformer un environnement à l'encontre des normes et valeurs, et parfois d'une réglementation, qui pousse davantage à l'immobilisme qu'au changement, ou encore à l'exploitation de ce qu'on a l'habitude de faire au contraire d'une exploration de nouveaux modes de travail et de pensée.

Cet agir est stratégique car il vise à mobiliser des ressources pour l'action collective, dans une perspective de long terme (changement durable) ; il s'agit également d'un agir projectif, permis par la mise en œuvre de projets qui manifestent la créativité des acteurs. L'agir rend compte d'intentions et de buts et manifeste les possibilités d'adaptation créative, à savoir la capacité des acteurs de trouver des marges de manœuvres pour modifier un état jugé insatisfaisant (Bréchet et Desreumaux, 2007).

Encadré 2.4 – Un agir partenarial : ce qu'en disent les acteurs

L'agir partenarial nécessite tout autant qu'il se construit (dans le temps) par :

- Des objectifs et des procédures de collaboration clairement définis ;
- Des éléments d'intercompréhension (éléments de langage partagés, visions partagées d'enjeux de santé sur un territoire, visées poursuivies dans la collaboration...);
- Un enrôlement des acteurs dans l'intervention dans l'intervention ;
- Une problématisation de la situation qui justifie l'intervention ; quand par exemple une intervention visant à lutter contre la déscolarisation a consisté à « sortir » cette question du seul champ scolaire pour la problématiser autrement, à savoir en révélant sa dimension de santé publique
- Une reconnaissance et une confiance réciproque entre acteurs.

Une intervention sur un temps long

L'intervention est très généralement conçue sur une période de temps donnée, correspondant généralement au temps de financement qui aura été obtenu. Le souhait des acteurs peut être celui de pérenniser l'intervention elle-même, supposant qu'ils auront à rechercher d'autres sources de financement et des tactiques pour maintenir l'engagement de tous les acteurs ; le souhait peut être plus simplement de favoriser la pérennisation des effets de l'intervention (changement dans des modes de comportement et d'attitude vis-à-vis de sa santé), par de nouvelles actions ou seulement certaines actions élaborées dans le cadre de l'intervention.

Dans tous ces cas, un changement durable de comportement et d'attitude, mais aussi un changement durable des organisations pour appréhender différemment les questions de santé et d'inégalités sociales de santé et développer des modes de collaboration et de travail davantage collaboratifs et intersectoriels requièrent un temps long. L'enjeu est alors double : a) comment maintenir sur ce temps long une implication des acteurs et l'usage (appropriation) de certains outils et modes de travail ? b) que peut-on évaluer dès lors que les acteurs financeurs ou porteurs du projet souhaitent connaître « très rapidement » si les actions menées vont dans le sens espéré ? Nous traiterons de cette question importante de l'évaluation au fil de l'eau ci-dessous.



SECTION 2.3 : L'IVRISS - Le soutien méthodologique par la recherche interventionnelle

Rappelons que dans le cadre de ce Guide, nous nous intéressons en particulier aux IVRISS soutenues, voire initiées par des équipes de recherche qui déploient la méthodologie de la recherche intervention.

La complexité, multidimensionnelle d'une IVRISS, telle que nous venons de la décrire à travers ses différentes caractéristiques, offre un terrain propice et légitime pour déployer une démarche de recherche interventionnelle en santé publique (RISP) :

- pour la sphère académique, ce terrain est encore une « *terra incognita* » qui appelle davantage de connaissances et de compréhensions, et soulève encore de nombreuses questions de recherche ainsi que des questions sur le pilotage lui-même de l'intervention ;
- pour la sphère des acteurs professionnels, ces derniers sont désireux d'être soutenus méthodologiquement et bénéficier de la connaissance dite scientifique pour mieux comprendre et mieux agir.

La recherche interventionnelle promeut une étroite collaboration entre chercheurs et acteurs dits de terrain (professionnels et décideurs). C'est une recherche « sur » (un objet de recherche) qui interroge des pratiques, selon une démarche co-construite avec le terrain. Elle a une visée de changement, de transformation de la réalité, et permet alors de produire des connaissances autant sur l'objet mis en question que sur le processus ayant conduit à sa transformation.

Encadré 2.5 – Définition de la recherche interventionnelle en santé publique (RISP)

La RISP est un « *type de recherche [qui] associe chercheurs, acteurs et décideurs, convoque de nombreuses disciplines et articule démarche fondamentale et appliquée. En ce sens, elle est particulièrement pertinente pour prendre en compte la multiplicité des déterminants de santé dans un environnement complexe dans le sens où elle se nourrit à la fois de la rigueur scientifique de la recherche et de la complexité des conditions de « vraie vie » dans lesquelles les interventions sont expérimentées* » (Cambon et Alla, 2013).

La RISP repose sur les principes suivants :

1. Une diversité des disciplines et des cadres référentiels mobilisés : pour saisir la complexité d'une intervention dans son contexte, il importe de mobiliser différentes disciplines académiques (santé publique, sociologie, sciences de gestion, ethnographie, psychologie, psychologie sociale...) ; mais surtout, cette recherche « prend au sérieux » et intègre les pratiques et savoirs « profanes », ceux que les acteurs de terrain, les décideurs, la population (...) aura expérimenté et aura considéré comme « *marchant* » ou « *ne marchant pas* ». Ce sont donc à la fois les connaissances théoriques qui sont questionnées à l'aune du terrain pour en saisir la pertinence, que les connaissances profanes à l'aune de cadres théoriques pour induire des cadres d'analyse utiles ;
2. C'est ainsi en identifiant des solutions locales (profanes) imaginées et mises en œuvre par les acteurs de terrain « *qui semblent marcher* » que l'équipe de recherche pourra coconstruire des protocoles d'intervention originaux pour appréhender la complexité du terrain ;

Exemple 2.14 – Le programme « Bien-être pour tous à l'école »

Ce programme a été initié en 2012 sur un collège du XIX^e arr. de Paris ; il est centré sur les élèves de 6^e et la bascule que représente pour eux l'arrivée au collège en provenance du CM2. Son pilote présente ainsi les bénéfices méthodologiques de la RISP mise en place :

« Pour travailler sur le développement de l'estime de soi, le bien-être et le sentiment d'accueil, nous avons établi un diagnostic communautaire, en utilisant une approche mixte, à la fois qualitative et quantitative. Nous avons donc défini – tant à partir de la littérature que des expériences de terrain des chargés de prévention de l'Adosen Prévention Santé MGEN, des médecins et des infirmières scolaires avec lesquels nous travaillons, du personnel scolaire du collège – une stratégie d'intervention. Le diagnostic a été établi via des questionnaires mais aussi en réunissant des focus-group. Les questionnaires ont permis de valider certaines hypothèses autour du sentiment d'accueil, par quels moyens les élèves passent pour se sentir intégrés dans leur classe et dans leur collège, c'est-à-dire la connaissance des autres élèves, des enseignants, des lieux. Les focus-group ont permis d'affiner et d'envisager des pistes que les questionnaires ne nous permettaient pas d'entrevoir. Ce diagnostic communautaire a permis, au moment de la rentrée 2012/2013, de comprendre comment la rentrée se passait pour les élèves et pour les enseignants, et d'envisager alors des pistes de travail, des hypothèses pour améliorer les sentiments d'accueil, de bien-être et d'estime de soi. Ce qu'on voit ici c'est que l'approche réaliste et interventionnelle a tiré parti de la pratique et du contexte existants, en les décrivant, mais aussi et surtout, en cherchant à mettre à jour ce qui les met en mouvement, ce qui les freine, quels sont leurs mécanismes et les carburants de ceux-ci »
(Garsi, 2013, in La revue de la Santé en action, n° 245, p. 24-25)

3. Cette démarche mixte entre approche scientifique et approche profane permet de lever les critiques souvent faites à une recherche plus traditionnelle qui occulterait un terrain ou qui se contenterait de vouloir déployer un modèle théorique :
 - Ces approches sont souvent éloignées des préoccupations des acteurs de terrain ;
 - Elles informent que très rarement sur ce qui doit être fait concrètement ;
 - Elles sont souvent décontextualisées et ne semblent pas appropriées au vue de certains contextes.
4. La RISP est donc par nature une démarche collaborative entre chercheurs, acteurs de terrain et population, chacun se positionnant idéalement à égalité les uns des autres ;
5. C'est cette compréhension mutuelle et cette mutualisation des expertises variées qui permet de coconstruire un protocole d'intervention réaliste car « faisable », puisque tenant compte au mieux des intérêts, des ressources et des contraintes des différents partenaires ;
6. En particulier, la RISP s'attache à questionner le « comment mener » une intervention pour espérer qu'elle produise les effets attendus :

Encadré 2.6 – Une recherche intervention sur la lutte contre la consommation de tabac

Prenons une intervention telle qu'une taxe sur le tabac. Une RI visant à développer un corpus de connaissances sur la taxation comme outil de prévention et de changement des habitudes de consommation de tabac poursuivra un double objectif de production de connaissances : a) une connaissance sur l'efficacité d'un tel outil et b) un corpus de connaissances sur les conditions d'implantation de la taxe, ses effets variables en fonction des groupes d'individus C'est ce double corpus qui permet de mieux envisager et d'anticiper également son utilisation dans des contextes différents (diffusion) (tiré de Potvin et al., 2013).

7. Cette prise en compte de l'ensemble des connaissances positionne tant le terrain que le chercheur à égalité et dans une relation de respect mutuel. Il s'agit de rechercher une compréhension mutuelle entre tous les participants. Elle implique tant la transformation du chercheur que des acteurs de la sphère de terrain (décideurs, managers, intervenants, population...) (Ferron et al., 2013) ; ce qui suppose :
 - Un apprentissage réciproque de la collaboration durant lequel les objectifs de l'intervention et son protocole méthodologique sont co-construits, chacun pouvant être amené à modifier ses conceptions et ses intérêts propres ;
 - L'acceptation que l'intervention puisse faire l'objet de quelques modifications, quand le terrain oblige à revoir certains éléments méthodologiques du déroulement de l'intervention :
8. La RISP repose toujours sur « l'utilisation de méthodes scientifiques pour développer des connaissances sur les interventions qui visent à modifier la distribution des facteurs de risque et des déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population » (Ferron et al., 2013). Elle repose sur l'élaboration d'un questionnaire et un protocole méthodologique visant la production de connaissances qui sont pertinents dans la sphère académique et dans la sphère professionnelle. Elle repose sur une exigence de double validité : interne (robustesse scientifique) et externe (réalisme pour le terrain de déploiement, conditions de diffusion).
9. Finalement la recherche-intervention offre une approche méthodologique pertinente pour développer des connaissances réalistes et transposables à différents contextes. On dira que la RISP permet de :
 - Produire des données probantes.

Encadré 2.7 – La notion de données probantes

La notion de données probantes en promotion de la santé « correspond à l'utilisation d'informations, issues de la recherche et des revues systématiques, permettant d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces dans un contexte et une population donnée » (Smith et al., 2006).

Ainsi, « les données scientifiques peuvent éclairer mais ne remplacent jamais l'expertise » des acteurs de terrain (Sackett et al. 1996).

Le lecteur est invité à consulter le « Portail canadien des pratiques exemplaires » (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr>) s'il souhaite approfondir sa compréhension de l'utilisation des données probantes pour élaborer une intervention.

Ainsi, une démarche de « Santé Publique Fondée sur des Données Probantes (SPFDP) » est définie comme consistant à diffuser des données probantes issues de la recherche et de l'expérience dans son contexte, dont on dispose, et à utiliser ces données pour éclairer et améliorer les pratiques et les politiques de santé publique.

Produire des données probantes... qui ont les caractéristiques de connaissances actionnables.

Encadré 2..8 – La notion de connaissances actionnables

Cette terminologie récuse l'opposition entre sciences et faits (Argyris, 1995) et propose une nouvelle approche de la connaissance, non plus comme un ensemble de théories que des individus doivent appliquer, mais un ensemble de connaissances, pratiques, valeurs que des acteurs produisent et reproduisent dans l'action et « pour l'action [...] destinées à être mobilisées par des praticiens de la stratégie et [qui] ont donc une certaine prétention à l'utilité » (Avenier et Schmitt, 2005, p. 2). La connaissance actionnable a trois caractéristiques :

1. La connaissance actionnable est collective et processuelle car elle est faite et refaite dans l'action collective, à travers les interactions et les discussions entre le chercheur et le praticien, ou entre les acteurs de terrain. Ces discussions intègrent notamment les représentations, les expériences, des valeurs, qui dépendent des finalités de l'action ; elles tiennent compte ainsi des conditions réelles du terrain, sociales, économiques....., des modes de vie des populations.
2. La connaissance actionnable est une connaissance (action) intelligente car formée intentionnellement et réflexivement dans et par l'action. Elle est élaborée pour aider les acteurs à penser et agir stratégiquement. Elle est ainsi une connaissance singulière, et non pas un « prêt-à-agir » ;
3. La connaissance actionnable est une pratique située, contextualisée et relationnelle.

Ces caractéristiques ont une incidence évidente sur la pérennisation dans le temps ou plus largement sur toute forme de diffusion (dans le temps et dans l'espace) de ce qui aura été élaboré et acquis comme connaissances, pratiques et expériences durant une recherche interventionnelle. La connaissance actionnable ne doit plus se penser en termes de transfert de savoirs figés et strictement formalisés, mais selon un processus de transposition intelligente et réflexive de pratiques permettant de reconstruire dans des situations nouvelles des savoirs à partir de connaissances, expériences, et analyses élaborées par ailleurs.



SECTION 2.4 : Evaluer l'IVRISS

L'évaluation est centrale tout au long de ce guide, qu'elle soit menée au moment de l'expérimentation d'une intervention, de sa pérennisation ou lors de sa diffusion. Dès lors, nous présentons dans cette section finale les éléments essentiels pour comprendre la démarche évaluative d'une intervention.

L'évaluation n'est pas une sanction. C'est un exercice réflexif pour comprendre, apprendre et améliorer l'intervention et la manière dont elle aura été conduite. Cet exercice réflexif suppose donc de définir précisément ce sur quoi on veut progresser.

On doit considérer que la pratique évaluative se développe de plus en plus en France, et notamment sous l'impulsion de :

L'expérimentation portée par la recherche interventionnelle ;

- Les attentes des financeurs ;
- La forte injonction des politiques publiques à évaluer les actions menées pour les décliner sur les territoires ;
- La formation des différents intervenants qui accorde bien davantage à cette question ;
- La production de nombreux rapports et autres documentations méthodologiques pour mener une évaluation ;
- Et finalement une « culture de l'évaluation » qui se développe.

Elle renvoie très généralement à deux questions essentielles : pourquoi mener une IVRISS ? comment se déroule dans le temps une IVRISS ? Ce que nous appelons les deux grands domaines d'évaluation d'une IVRISS :

- L'évaluation des effets de l'intervention sur la santé des populations visées ;
- L'évaluation relative à la dynamique d'action collective qui permet de la mener, également appelée évaluation de processus.

Ces deux domaines sont pris en compte dans ce qui est appelé l'évaluation d'impacts sur la santé (EIS), même si parfois, et à tort, l'évaluation de la dynamique collective est minorée.

L'évaluation d'impacts sur la santé d'une IVRISS

Selon l'INPES (2015), l'évaluation d'impacts sur la santé (EIS) est « une démarche qui permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les éléments d'une politique ou d'un projet qui pourraient avoir des effets sur la santé de la population et sur la distribution de ces effets au sein des différents groupes qui la compose » (p. 3).

Selon l'UIPES (), l'objectif d'une EIS est de :

- Fournir des données utiles aux décideurs désireux d'établir des politiques fondées sur des données factuelles ;
- Favoriser la collaboration intersectorielle ;
- Améliorer la transparence du processus décisionnel ;
- Soutenir la participation citoyenne dans le processus d'élaboration des politiques publiques ;
- Améliorer la santé de la population et réduire les inégalités de santé ;
- Contribuer aux efforts des décideurs en matière de développement durable.

Les critères d'évaluation

Ces objectifs permettent d'identifier les domaines de l'EIS, en renforçant ici le critère relatif à la dynamique collective (ou partenariale) :

- L'atteinte des objectifs en matière de bonne santé de la population visée ou de l'acquisition de nouvelles compétences pour mieux maîtriser sa santé ;
- La dynamique partenariale de l'intervention :
 - Compréhension mutuelle et partage des visées de l'action ;
 - Clarification des instances et dispositifs de gouvernance et de pilotage ;
 - Identification des processus de décision ou de concertation ;
 - Appréciation de l'existence d'un leadership partagé et collaboratif (au sens où nous le définirons à la section 3.4) ;
 - Appréciation du bon déroulement de l'intervention (durée, coût, incidents relationnels...) ;
 - Acquisition de nouvelles pratiques professionnelles ;
 - Appropriation des outils et protocoles nécessaires à la conduite de l'intervention.
- L'empowerment de la population ;
- Une légitimité renforcée ou la valorisation de certaines professions ;
- Une meilleure reconnaissance de la problématique de santé par les différents partenaires et les décideurs.

Les documents suivants proposent une liste de critères évaluatifs :

- Barthélémy L., Bodard J., Feroldi J. (dir.) (2014), Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action, coll. Santé en action
- Guichard A. et Ridde V. (2010), « Grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé », in Guichard A. et Ridde V., Réduire les inégalités sociales en santé, p. 297-312, Guide INPES

La grille promue est composée de 5 rubriques :

- Planification (analyse du problème et des besoins / objectifs, justification et conception des actions / implication des partenaires et du public concerné) ;
- Mise en oeuvre (organisation et pilotage du projet, leadership, adaptation et accessibilité de l'action aux publics concernés) ;
- Evaluation ;
- Pérennisation ;
- Pouvoir d'agir.

Les étapes d'une démarche d'EIS

5 étapes structurent cette démarche évaluative :

- 1° étape** - La sélection : décider du moment opportun de mener une EIS ; identifier clairement les éléments de l'intervention qui pourraient avoir un effet sur la santé ;
- 2° étape** - Le cadrage : définir le périmètre et la méthode (sur quoi, avec qui, comment, quand) ;
- 3° étape** - L'analyse : mener une analyse de la littérature, consulter des experts et la population concernée, mener l'investigation et l'analyse ;
- 4° étape** - Les recommandations : rédiger le rapport avec résultats de l'analyse et élaborer des recommandations pour réduire les impacts négatifs potentiels et/ou maximiser les effets positifs ;
- 5° étape** - Suivi et évaluation : opérer un retour sur la démarche EIS pour améliorer le projet (en vue par ex. de sa pérennisation ou de sa diffusion) ; mener un suivi des impacts réels du projet ; mener un suivi de la mise en œuvre des recommandations.

Pour plus d'informations, nous renvoyons le lecteur à quelques guides et parutions :

- Guide de l'INPES 2015 : L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables ;
- Diallo T. (2010), Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse, Plateforme Suisse sur l'Évaluation d'Impact sur la Santé.
- La plate-forme AAPRISS (Lang et al, 2016) qui offre « une expertise et un support en méthodes épidémiologiques, cliniques ou de sciences humaines et sociales dans le domaine des ISS. Elle s'appuie sur les compétences et l'expérience interdisciplinaire de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS) », selon le site d'AAPRISS (<http://www.iferiss.org/index.php/fr/aapriiss>)

Le principe de l'évaluation réaliste

Les promoteurs en santé publique (INPES par ex.) prônent le développement de l'évaluation réaliste. Celle-ci est définie comme :

Encadré 2.9 – La notion d'évaluation réaliste

L'évaluation réaliste est un « type d'évaluation fondée sur la théorie et qui suppose que les programmes et interventions soient effectifs à travers des mécanismes déclenchés par les actions de l'intervention ou du programme et leurs interactions avec les éléments du contexte de mise en œuvre de l'intervention. Ces évaluations cherchent à répondre à la question : comment l'action produit-elle des effets, pour qui et dans quelles circonstances ? »

(in guide de l'INPES 2010, p. 251)

Dit autrement, « il s'agit de décrire le mécanisme actionné par l'intervention, pour produire ses effets observés, dans un contexte donné » (Blaise et al., 2010, p. 293).

La RISIP intègre les éléments de contextes et la dynamique des acteurs pour comprendre pourquoi, comment et pour qui une intervention produit les effets observés. Et c'est parce que cette évaluation prend en compte l'ensemble de ces éléments (contexte, acteurs, éléments constitutifs de l'intervention) qu'il est possible de mieux envisager les conditions de sa pérennité et de sa diffusion, en permettant d'identifier ce qui doit changer et ce qui reste identique dès lors que l'on veut projeter l'IVRISS dans le temps et dans l'espace respectivement.

Exemple 2.15 – « Bien-être à l'école » : une RISIP comme une démarche structurée reposant sur une évaluation « réaliste »

Initié en 2012, « Bien-être pour tous à l'école ! », est un programme de promotion de la santé, du sentiment d'accueil et du bien-être dans un collège de Paris (XIXe arrondissement) ; le programme est centré sur les élèves de 6e et la bascule que représente pour eux l'arrivée au collège en provenance du CM2. L'équipe de recherche travaille avec les élèves, l'équipe enseignante, les adultes du collège et les parents. Un comité technique a été créé pour réunir ces acteurs et qui joue un double rôle :

- a) fournir un appui méthodologique et opérationnel sur le terrain ;
- b) conduire l'évaluation : à chacune des étapes du projet, des indicateurs de suivi ont été mis en place et l'évaluation est menée selon le principe de l'évaluation dite réaliste : il ne s'agit pas seulement de se demander seulement si le projet fonctionne, mais pour qui, pour quoi, dans quel contexte et comment il fonctionne.

(Garsi, 2013, in La revue de la Santé en action, n° 245, p. 24)

Quelques principes généraux d'une démarche évaluative

Nous concluons cette section sur l'évaluation en énumérant les principes généraux qui doivent guider une démarche évaluative. Ces principes s'appliquent à tout moment de la vie d'une IVRISS, à savoir lors de son expérimentation, de la pérennisation ou quand elle est transférée (diffusée) sur d'autres territoires :

1. Créer un climat de confiance auprès des intervenants, population, partenaires en faveur de l'évaluation, en exposant clairement les objectifs de celle-ci, la démarche qui sera conduite et les « efforts » que devront fournir certains d'entre eux (temps, compétences...);
2. Mener une démarche d'évaluation de manière collective et partagée, de manière à tenir compte des différents points de vue, avis et expertises quant à :
 - Formuler les critères évaluatifs ;
 - Définir les modalités de collecte et d'analyse des données ;
 - Apprécier si les objectifs ont bien été atteints ;
 - Définir les actions (éventuellement correctrices) pour poursuivre l'intervention (si la poursuite s'avère opportune) ;
3. Ainsi, concevoir ensemble les critères d'évaluation ; faute de cette façon de faire, les critères peuvent apparaître éloignés des préoccupations ou intérêts de certaines parties prenantes, et finalement ne rendre compte essentiellement du seul point de vue du porteur de l'IVRISS, voire du point de vue du financeur ou de celui qui aura autorisé l'intervention ;
4. Constituer un comité de pilotage de la démarche évaluative ;
5. Mener une évaluation non pas uniquement en fin de période mais tout au long du déroulement de l'action, limitant le repérage et la correction au plus tôt de quelques déviations, empêchant l'identification de faits émergents, ou la mise en évidence et la mise en forme de résultats intermédiaires qui, pourtant, peuvent légitimer l'intervention et maintenir la mobilisation des acteurs ;
6. Evaluer autant l'objet même de l'intervention (la visée de réduction des ISS ou des changements de comportements et d'attitude envers sa santé), et évaluer la manière dont la démarche partenariale et collaborative aura été conduite (les deux domaines de l'évaluation). Ainsi, « la fin » dépend largement de la manière d'aller vers cette fin !
7. Formuler des recommandations réalistes et pratiques pour les intervenants, partenaires, populations et décideurs, fondées sur des preuves ;
8. Identifier les moyens par lesquels les recommandations pourront être mises en œuvre.

Pour conclure

L'IVRISS est une démarche structurée et structurante qui requiert d'embrasser de manière ordonnée, collective, participative et évaluative un ensemble d'étapes importantes.

Le schéma ci-dessous rend compte des démarches des ASV telles qu'elles ont été formalisées par retour d'expérience par la plate-forme ressources des ASV. Ce schéma est générique et peut ne pas couvrir les spécificités de chaque intervention. Il offre cependant une approche large des éléments essentiels qui la constitue.

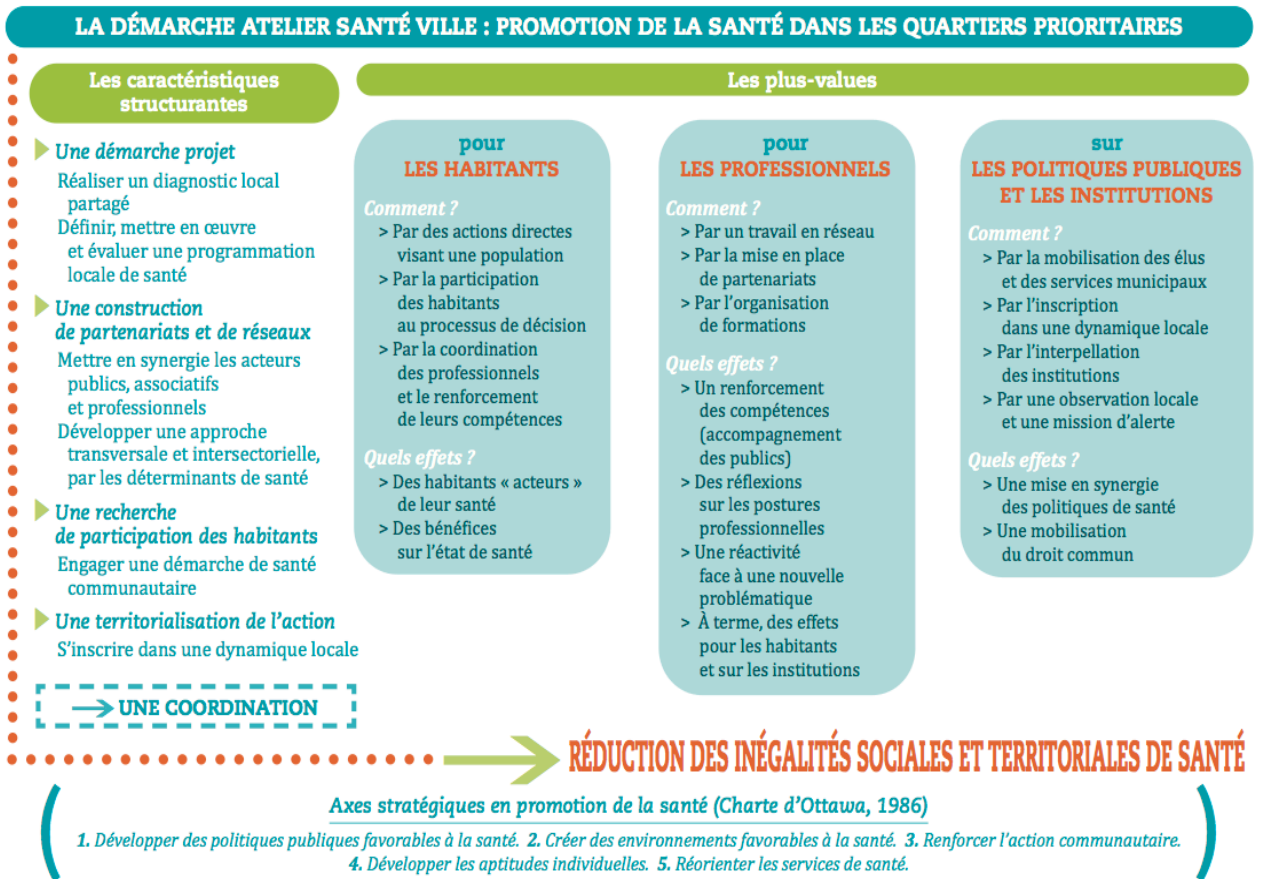


Schéma 2.1 – La démarche type des Ateliers Santé Ville



CHAPITRE 3 Expérimenter une IVRISS

L'objectif du chapitre 3 se structure autour des principaux éléments constitutifs d'une expérimentation (et après avoir défini ce que nous entendons par expérimentation) : le périmètre de l'expérimentation (l'objectif et les déterminants visés, la population cible et le territoire), la durée de l'expérimentation, le pilotage de l'intervention et la mobilisation des parties prenantes, la communication et l'évaluation.

L'accent sera mis sur les difficultés rencontrées lors d'une expérimentation, considérant que ces difficultés affaiblissent la pérennisation et la diffusion d'une innovation.

Cette entrée par les difficultés ne doit pas décourager le lecteur ! Mais plutôt l'amener à accepter qu'elles peuvent « naturellement » survenir dès lors qu'on agit sur des problématiques complexes, et selon des modes d'intervention peu familiers (collectifs et intersectoriels, et en lien avec des équipes de recherche dans le cadre d'une recherche-interventionnelle). Celles que nous avons repérées doivent aussi amener le lecteur à les anticiper dès lors qu'il s'engagera dans une IVRISS, et à mieux les gérer.



SECTION 3.1 : Notion d'expérimentation

Dans une acceptation classique (dite déterministe), expérimenter signifie tester des hypothèses (ou relations causales) entre plusieurs variables indépendantes (les causes) et une variable dépendante (l'effet). Ce test est mené à partir de données collectées sur un échantillon spécifiquement identifié, et en maîtrisant autant que possible le contexte dans lequel se déroule l'expérimentation (afin de ne pas créer de « bruits », ou perturbations qui modifieraient les résultats sans lien avec les hypothèses posées). Les connaissances scientifiques (et essentiellement elles seules) permettent de bâtir les hypothèses et d'élaborer le protocole d'expérimentation.

L'issue est la validité ou la réfutation des hypothèses, permettant de générer une avancée dans la connaissance d'un phénomène, et partant de stabiliser, d'ajuster ou d'enrichir un protocole d'intervention. Dans cette approche classique, on laisse peu de liberté au terrain, à savoir que la population doit se comporter (quand elle est observée ou interviewée) comme le protocole l'aura défini. Tout phénomène émergent n'est généralement pas pris en compte. Si d'aventure le protocole élaboré au préalable ne « fonctionne » pas sur le terrain (difficulté d'accès à la population, non acceptabilité de l'utilisation d'un dispositif, par ex.), il convient de le clore (en somme d'en accepter son échec) et d'élaborer un autre protocole d'expérimentation. Pour éviter ces écueils, mais aussi pour enrichir les hypothèses, on adopte une démarche plus modérée, en menant par exemple une démarche exploratoire au préalable (pour valider et stabiliser le protocole de test) ou en acceptant, sous certaines conditions bien contrôlées, de faire varier ce protocole durant l'expérimentation.

Selon une autre approche, que l'on peut qualifier d'interprétativisme, voire de constructiviste, l'expérimentation consiste davantage à co-construire une compréhension d'un phénomène dans un contexte donné et auprès d'une population également définie au préalable, avec pour visée de transformer la réalité initiale et d'accompagner le changement vers cette transformation.

La connaissance scientifique permet également d'élaborer des hypothèses mais également ce qui est appelé des questions de recherche, plus ouvertes à ce qui va être observé sur le terrain. En effet, le chercheur (ou tout autre membre de l'équipe d'expérimentation) s'enrichit de connaissances « profanes » et de tout autre fait qu'il n'avait initialement imaginé trouver sur son terrain ou devoir prendre en compte dans sa volonté de comprendre un phénomène. De même, la population est active : elle participe souvent à l'élaboration de la démarche d'expérimentation, elle dit et fait au-delà de ce qu'un protocole strict le lui demanderait ; bref elle émet des hypothèses au sens générique du terme.

L'issue de cette démarche est également la production d'une connaissance scientifiquement validée, sur l'objet d'investigation lui-même, et sur les processus permettant de transformer la réalité, de porter un changement.

Telle que nous l'avons définie précédemment (voir section 2.3), la recherche-intervention au sens où nous l'entendons dans ce guide, s'ancre naturellement davantage dans une perspective constructiviste, parfois déterministe modérée. Car elle vise avant tout une action délibérée de transformation de la réalité ; elle poursuit ainsi un double objectif : transformer la réalité et produire de la connaissance concernant ces transformations. Par ailleurs, en associant fortement ou de manière plus modérée la population à l'expérimentation, elle augmente d'autant plus l'acceptation sociale de la démarche d'action mise en expérimentation.



SECTION 3.2 : Définir le périmètre de l'expérimentation

Le périmètre de l'expérimentation est défini par :

- L'identification des déterminants sur lesquels agir ;
- La cible (population) visée et à mobiliser (dans une logique d'empowerment) ;
- Le territoire de l'expérimentation.

Quelles visées ? Agir sur les déterminants de santé

Si agir sur les déterminants de santé constitue l'objectif premier des acteurs désireux d'expérimenter une IVRISS, force est de constater qu'ils se heurtent rapidement à trois difficultés :

1° difficulté : que sait-on réellement ?

Certes, la littérature scientifique est abondante sur les déterminants de santé. Cependant :

- Certains déterminants ou certains domaines sont encore peu étudiés par la communauté scientifique, telles que la santé mentale (Greacen, 2013) ;
- À l'inverse, d'autres déterminants ont été largement étudiés, mais les résultats peuvent apparaître peu cohérents, voire contradictoires ;
- Les résultats semblent peu probants ou leur domaine de validité externe étroit ;
- Ces résultats sont encore largement publiés dans des revues académiques qui sont peu lues par les acteurs de terrain, ou dispersés dans de nombreuses bases de données, rapports, etc..., rendant la recherche de l'information compliquée.

2° difficulté : face à des problèmes ; sur quoi agir ?

Cette difficulté retrace la démarche pragmatique des acteurs de terrains : ils partent de constats empiriques de difficultés de santé de leur population ; mais passer du constat à l'action requière de poser la question complexe suivante : quels déterminants expliquent ces constats ?

3° difficulté : un ensemble complexe de déterminants ?

Tant la littérature scientifique que l'expérience pratique des acteurs mettent en évidence qu'un déterminant ne peut que très rarement être isolé dans ses effets. C'est un ensemble complexe de déterminants qui forment un impact sur un état de santé d'une population sur un territoire. Ce qui peut légitimement conduire à un certain découragement...

Face à ces trois difficultés majeures, nous attirons l'attention sur les points suivants.

Travailler avec la sphère académique ... et parcourir les colloques !

Lever la première difficulté justifie pleinement de s'engager dans une démarche de recherche interventionnelle, telle que nous l'avons présentée précédemment. C'est ce dialogue entre chercheurs et praticiens « profanes » autour de préoccupations et questionnements communs qui permettront d'opérer des « traductions » entre sphère académique et sphère professionnelle.

Il existe enfin de très nombreuses occasions de colloques, séminaires, débats... où chacun de ces deux mondes fait un pas vers l'autre, se côtoient et échangent leurs travaux et leurs expériences. Il existe tout autant de très nombreuses revues qui font dialoguer ces différents acteurs. A bien sélectionner certes... mais les journées passées en colloques ou en lecture ne sont jamais un temps perdu !

Encadré 3.1 – Exemples de revues et autres espaces d'échanges

Quelques revues généralistes

- Revue de la Santé en Action
- Revue de Santé Publique
- Revue d'Economie Publique
- Questions de Santé Publique
- Revue Française de Gestion
- Politiques et Management Public

Quelques revues spécialisées

- Information Diététique
- Questions d'économie de la santé
- Sciences sociales et santé

Quelques exemples de colloques

- Les journées de l'ACFAS
- Les journées et séminaires de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville
- Les séminaires et congrès de la Société Française de Santé publique
- Les congrès de L'Association des Epidémiologistes de Langue Française

Quelques sites offrant des ressources méthodologiques ou d'information

- Les CODES : www.codesxy.fr (xy représentant les numéros de départements d'implantation de chaque CODES)
- Le CRES PACA (www.cres-paca.org)
- L'EPSP des Alpes-Maritimes (www.epsp06.fr) (voir également chapitre 5, section 5.4)
- OSCARS (www.oscarsante.org) (voir également chapitre 5, section 5.4)

Utiliser des outils d'aide pour savoir sur quoi agir

Pour lever la seconde difficulté, on peut s'appuyer sur les nombreuses grilles et schémas qui permettent d'identifier les déterminants sur lesquels on veut agir. Ceux-ci se basent sur les grandes catégories de déterminants que nous avons présentés au chapitre 1, et qui ont trait à : les caractéristiques individuelles, les déterminants formés par les interactions sociales qu'un individu ou une population entretient avec son environnement et enfin les déterminants relatifs aux conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales plus générales, et qui se manifestent par exemple par des normes et valeurs vis-à-vis de comportements quotidiens (s'alimenter, se soigner, boire ou fumer, se faire dépister...).

En particulier, « l'outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention » a été développé par Promotion Santé Suisse en collaboration avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne.

Ce modèle permet d'évaluer les résultats obtenus par des projets de promotion de la santé et de prévention. Il peut servir de manière plus générale à faire l'analyse d'une situation, à planifier une intervention et à évaluer un projet. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités de prévention et de promotion de la santé et d'autre part avec des problèmes de santé. Il permet de déceler les interactions et l'impact des projets et des programmes.

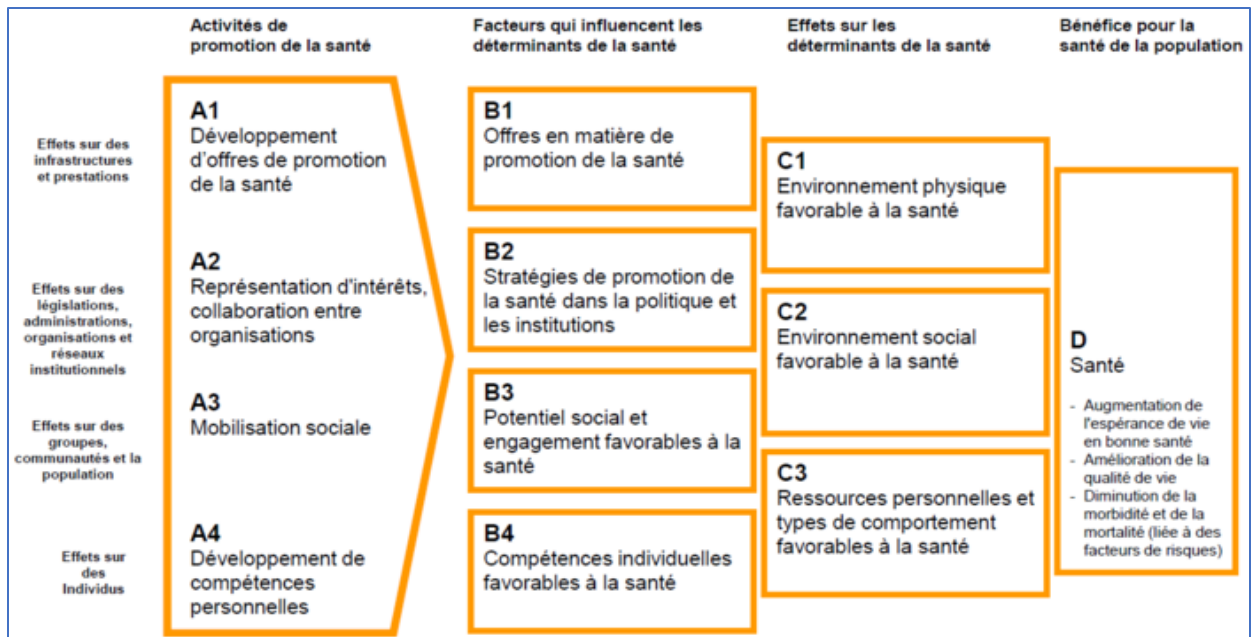


Schéma 3.1 – L'outil de catégorisation des résultats (Promotion Santé Suisse)

Des exemples d'utilisation de cette grille pour catégoriser une intervention et ses effets sont donnés dans le Guide de *Capitalisation des Démarches des Ateliers Santé Ville* (réalisé par la plate-forme ressources ASV).

Les résultats attendus des interventions en prévention et promotion de la santé sont classés en quatre catégories :

1. Amélioration de la santé de la population,
2. Modification des déterminants de la santé,
3. Modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé,
4. Une colonne supplémentaire décrit les catégories d'activités de promotion de la santé.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux : projets, programmes, institutions, stratégies nationales, régionales ou locales. A tous ces niveaux, le modèle peut être utilisé aux phases d'analyse de situation, d'élaboration des objectifs et stratégies, de pilotage et d'évaluation d'un projet. Il peut servir à en démontrer l'impact et donc à légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics.

L'outil de catégorisation des résultats peut être utilisé non seulement par le responsable du projet ou l'évaluateur mais aussi servir de support à la discussion sur le projet, dans le cadre d'une séance de travail de l'équipe projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet...

Enfin, d'avis de ses promoteurs, le modèle de catégorisation des résultats ne prouve toute son utilité que lorsqu'il est utilisé pour soutenir les efforts de réflexion communs d'une équipe. Ce processus participatif permet de définir les besoins communs et de formuler des objectifs de promotion de la santé et de prévention visés par tous.

En janvier 2007, l'INPES a réalisé une version adaptée pour la France du guide de catégorisation des résultats en collaboration avec un groupe de professionnels de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Agir de manière multisectorielle par un ensemble d'actions

Des programmes ambitieux sont conçus comme un ensemble articulé et interdépendant de différentes actions qui visent de manière concomitante plusieurs déterminants. De cette manière, il s'agit de transformer un environnement complexe, en multipliant les interventions, et donc les acteurs et usagers mobilisés.

Exemple 3.1 – Le programme « La santé à St Mauront Belle-de-Mai : On s’y met tous ! » sur Marseille

Une vaste dynamique d'interventions a été menée à partir de 2008 dans les quartiers très précarisés de Saint-Mauront et Belle de Mai à Marseille (le taux de personnes à bas revenus était de 51% en 2011 et 37,4% bénéficiaient de la CMUC). Le programme combinait une démarche ascendante, en amorçant par plusieurs actions une démarche communautaire associant habitants, professionnels et institutions, et une démarche descendante par la planification en amont d'actions de santé publique. Il offrait ainsi un cadre dynamique et participatif pour améliorer la santé et la qualité de vie des familles tout en mettant en place dans le même temps des actions déjà définies qui agissent visait à agir sur différents déterminants de santé. Ces actions étaient menées dans trois domaines :

1. La restauration des liens sociaux et familiaux (en agissant sur les compétences psychosociales de l'enfant et les compétences parentales des adultes) ;
2. L'accès aux droits (en agissant sur la simplification de l'accès à la CMU complémentaire) ;
3. Le dépistage et la continuité des soins (en proposant des bilans de santé à 4 et 6 ans, des actions de dépistage et de soins bucco-dentaires, et en luttant contre le saturnisme infantile).

L'ensemble de ce dispositif était coordonné à trois niveaux :

- Un comité de pilotage institutionnel annuel avec participation de représentants des habitants.
- Une équipe projet, regroupant en particulier les techniciens des institutions partenaires.
- Un réseau de santé communautaire associant acteurs de terrain et représentants des habitants en lien avec l'Atelier Santé Ville Marseille Centre

C'est enfin souvent au fil de l'eau, durant le déroulé de l'expérimentation, que les acteurs peuvent faire remonter du terrain des problèmes non identifiés initialement, ou qu'ils pensaient mineurs. Deux stratégies d'adaptation sont envisageables (non exclusives) :

1° stratégie adaptative : modifier le protocole d'expérimentation pour intégrer ces problèmes ; ce qui induit alors d'intégrer de nouveaux partenaires ;

2° stratégie adaptative : se rapprocher d'autres structures qui peuvent agir sur ces problèmes (solution évoquée ci-dessus).

Quelles cibles de l'IVRISS ?

La cible d'une IVRISS est celle dont on attend directement la modification de comportements et d'attitudes vis-à-vis de sa santé. Cette cible se définit selon les variables descriptives suivantes :

1. L'unité visée : pouvant être un individu (enfant, adolescent, adulte, personne âgée, femme enceinte, personne atteinte d'un diabète...) ou pouvant être un « groupe » quand l'intervention vise à agir sur ce groupe (l'enfant et ses parents, la famille, l'enfant et son éducateur...) ;
2. La catégorie socioéconomique ou socioprofessionnelle de la population ;
3. L'âge ou tranche d'âge de la population ;
4. La localisation (ou encore le territoire sur laquelle elle vit, travaille ou bénéficie de services, telle qu'une formation, qui sont pris en compte dans l'intervention) ; nous développerons cette question du territoire ci-dessous.

Agir pour et avec la cible d'une IVRISS soulève la question suivante : comment atteindre la population ?

Comment atteindre la population ? L'entrée sur « le terrain de l'expérimentation »

Une première difficulté tient au fait de vouloir agir en faveur d'une population pour qui, pour des raisons économiques ou sociales, la santé n'est pas sa préoccupation première. Les intervenants en expriment toujours une certaine gêne :

- Risque d'intrusion ;
- Risque de stigmatisation.



Exemple 3.2 - Difficulté à entrer en contact avec la population

En 2001, une intervention visant à encourager le dépistage du cancer chez la femme défavorisée en Lorraine a rencontré quelques difficultés à entrer en relation avec ces femmes qui :

- Avaient souvent une faible image de soi, et ne se sentaient pas concernées par une démarche qui cherchait au contraire à prendre soin d'elle ou qui de fait leur portait intérêt ;
- Étaient en insécurité relationnelle et économique, ayant alors la difficulté à envisager le temps futur, et donc à prendre au sérieux la question de la prévention ;
- Avaient intériorisé l'idée qu'elles ne correspondaient à aucune des catégories de l'organisation sociétale, pour qui les notions de prévention et de dépistage avaient été pensées.

(extrait de Cambon et al., 2007)



Cette gêne peut-être d'autant plus forte quand des intervenants disent « avoir débarqué » sans réellement connaître cette population et ne pas être connus d'elle.

D'autres raisons peuvent compliquer l'accès et donc la participation de la population à l'intervention, et nous énumérons celles qui sont le plus souvent citées par les intervenants :

- La difficulté de compréhension due à des problèmes de langue (quand la population parle peu ou mal, voire pas du tout, le français) ou des problèmes de langage (quand les termes ou les arguments utilisés par les intervenants ne sont pas sens pour la population) ;
- Quand le rythme ou le lieu de vie de la population rendent délicats le déploiement de l'intervention dans la vie au quotidien de celle-ci ;
- Quand l'intervention elle-même a été peu ou de manière non appropriée promue et expliquée à la population ;
- Quand durant l'expérimentation, des individus qui composent la cible peuvent être amenés à déménager, à changer de lieu de travail ou de scolarisation... ; ou quand certains perdent des droits sociaux, faisant qu'ils peuvent ne plus être repérés par les services ou structures en charge de les inclure dans l'expérimentation ;

Or l'entrée sur le terrain tout autant que la capacité à toucher et à intégrer la population dans le déroulé (tel que prévu) de l'expérimentation sont essentielles : elle permet de faire valoir l'intérêt de la démarche et d'accroître la mobilisation de la population.

Il existe différentes manières de sécuriser l'entrée sur le terrain de l'expérimentation et la participation de la population à celle-ci :

- 1. En s'appuyant sur des associations et autres structures qui ont l'habitude de travailler ou de prendre en charge la population visée.** Un message et des arguments appropriés pour ces associations et structures doivent alors être élaborés : ce sont elles que les porteurs de l'expérimentation doivent (aussi) convaincre de l'intérêt de l'expérimentation ; et à ces associations ou autres structures de se les approprier pour les traduire dans des termes, des mots, des arguments.... qui feront sens pour la population. Ces acteurs ont également une connaissance des modes et lieux de vie de la population ; ils pourront aider à évaluer la faisabilité du protocole d'intervention qui aura été imaginé par l'équipe ;

Encadré 3.2. L'entrée sur le terrain : L'initialisation de la démarche communautaire au sein du programme « La santé à Saint Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! »

La mise en œuvre opérationnelle du programme a débuté par une phase d'immersion dans les deux quartiers avec l'organisation dès 2008 d'assemblées plénières par l'association Université du Citoyen (43 à 78 personnes dont deux tiers d'habitants en moyenne) constituant les premiers points de rencontre entre habitants, acteurs du quartiers, professionnels intervenants sur le secteur et représentants d'institutions. L'approche de la démarche citoyenne et communautaire permettait aux habitants d'évoluer d'une dynamique de revendication vers une dynamique de proposition et de participation. Les multiples instances de problématisation et de co-construction ont favorisé une dynamique relationnelle favorable au développement des connaissances des acteurs sur la santé des habitants, ses déterminants, et les pratiques pour l'améliorer. Entre avril 2009 et septembre 2010, 10 réunions du réseau se sont déroulées avec 22 participants en moyenne dont 45% de représentants d'institutions (soit 10 participants en moyenne), 41% de représentants d'association œuvrant sur Saint Mauront Belle de Mai (9 participants en moyenne), et 14% d'habitants du territoire participant au Conseil de citoyens (3 participants en moyenne). Les principales problématiques repérées étaient notamment le morcellement des actions visant la santé de l'enfant (promotion de la santé, prévention et prise en charge), le manque de lisibilité et connaissances sur l'ensemble des actions existantes sur un même territoire, les freins et difficultés en matière d'accès aux soins et à la prévention.

Un travail préalable au démarrage de l'expérimentation est donc nécessaire pour identifier ces acteurs qui pourront faciliter l'entrée sur le terrain. Ce travail peut prendre un certain temps, qui ne doit jamais être négligé. S'il démarre trop tard, c'est autant de semaines, voire de mois (parfois financés) qui sont « confisqués » au détriment de l'expérimentation elle-même.

Par ailleurs, durant la période de construction du protocole d'expérimentation, il est important de s'assurer que ces acteurs pressentis pour identifier et mobiliser la population sont bien à même de jouer ce rôle. C'est malheureusement souvent quand l'intervention aura démarré que la difficulté à toucher la cible par l'intermédiaire d'un partenaire est constatée dans les faits. Les raisons peuvent être multiples :

- Manque de reconnaissance ou de connaissance de ces structures par la population ;
- Horaires d'ouverture ne convenant pas au rythme de vie de la population ;
- Organisation du travail ne convenant pas au déroulé de l'intervention (voir ci-dessous deux exemples, encadré 3.2).

Exemple 3.3 - Quand toucher la cible s'avère plus difficile que prévu !

Dans l'expérimentation d'OptiCourses, l'équipe de recherche pensait s'appuyer sur l'hôpital Nord de Marseille, non seulement situé sur le territoire de l'intervention, mais ayant mis en place des consultations Obésité. Pourtant le mode d'organisation de ce service ne convenait pas au rythme prévu de l'expérimentation ; le faible temps disponible des professionnels de santé, le manque d'envie des patients de fréquenter l'hôpital pour une raison autre que strictement médicale ont été autant d'obstacles expliquant que l'expérimentation n'ait pas pu s'ancrer dans ce contexte hospitalier.

Dans le cadre du programme « La santé à Saint Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! », une action visait à optimiser les préconisations de soins demandées par les médecins lors des bilans PMI 3/4 ans et santé scolaire 5/6 ans en particulier par l'expérimentation d'une fonction de médiation dans un centre social afin de pouvoir repérer et comprendre les obstacles de prise en charge des enfants et de permettre aux familles l'accès aux droits et aux soins. Pour chaque fiche d'orientation transmise par la santé scolaire, la médiatrice appelait la famille pour le suivi de l'orientation, proposait un rendez-vous si la famille rencontre des difficultés pour l'accès aux spécialistes ou aux droits de santé. Ces activités de médiation se sont révélaient lourdes et faisaient doublon avec le travail des secrétaires médicales avec qui il est apparu la difficulté de déterminer "qui fait quoi". L'accompagnement des familles a finalement été essentiellement par téléphone avec des difficultés à pouvoir effectivement joindre plus d'un tiers d'entre elles. Un nombre restreint de parents ont pu être reçus en entretien d'accompagnement par la médiatrice santé.

Un dialogue doit être engagé de telle sorte à lister les raisons pouvant limiter l'action de ces structures et trouver ensemble des solutions alternatives. Ce sont autant d'éléments à prendre en compte dans la réalisation du diagnostic local de santé (voir plus loin).

2. En s'appuyant sur des acteurs-relais. Ces acteurs-relais sont ici entendus comme des individus issus de la population visée par l'intervention (ou par extension des parents quand celle-ci concerne des enfants), et qui jouent un rôle particulier, comme par exemple :

- Parler de l'expérimentation dans une langue et/ou un langage compréhensible pour la population,
- Animer (ou coanimer) des ateliers ;
- Plus généralement participer à la co-construction de l'intervention (voir ci-dessous).

Exemple 3.4 - Parmi la population : s'appuyer sur des acteurs-relais

Nous poursuivons l'exemple donné plus haut d'une campagne de dépistage du cancer du sein chez les femmes défavorisées en Lorraine (voir encadré 3.3). Des femmes ont participé avec le CODES, le CRES et une équipe de recherche à la définition des priorités de communication, la construction de l'action collective de communication et au protocole d'évaluation. Durant les ateliers, ces femmes relais avaient la responsabilité de l'animation secondée par un gynécologue et un médecin.

Pour élaborer les messages de communication, ces femmes-relais ont animé des séances durant lesquelles des techniques originales permettaient d'accéder aux représentations et aux identités de la population, en évitant la barrière de la langue et de la dévalorisation, telles que : la technique de la phot-langage, des jeux de rôle et de mise en situation....

(extrait de Cambon et al., 2007)

Cette façon de faire sur le principe de l'éducation par les pairs.

Exemple 3.5 - La notion d'éducation par les pairs : Opticourses

Durant l'expérimentation Opticourses, L'échange de trucs et astuces a été cité à plusieurs reprises par les participants comme un point fort des ateliers Opticourses. Constituer des groupes uniquement de personnes avec des difficultés financières facilite la prise de parole. Les participants apprécient que les ateliers tiennent compte des réalités des uns et des autres, notamment de leurs difficultés financières. Ils ont tous le sentiment de partager les mêmes types de difficultés. Cette valorisation du savoir profane facilite les échanges et génère un climat de confiance.

Source : évaluation qualitative des ateliers Opticourses par Célia Chischportich

Comment atteindre la population : mobiliser la population par une démarche de coconstruction de l'intervention

Associer au plus tôt la population à l'intervention permet de renforcer son intérêt pour celle-ci et de mieux à même de suivre le protocole mis en place (participation aux activités) ainsi que de participer aux différentes démarches d'évaluation (remplir des questionnaires, répondre à des entretiens...).

Cette association au plus tôt doit idéalement démarrer dès la conception du protocole d'intervention et l'élaboration du diagnostic local de santé, selon une logique de co-construction de l'expérimentation avec la population.

Exemple 3.6 - Une démarche ascendante et descendante à la Belle de Mai Saint Mauront

Une des originalités de l'intervention a été de combiner une démarche ascendante, en amorçant par plusieurs actions une démarche communautaire associant habitants, professionnels et institutions, et une démarche descendante par la planification en amont d'actions de santé publique. La conjugaison de ces deux logiques est préconisée dans les démarches territoriales de santé (Basset, 2008).

La mise en oeuvre opérationnelle de la démarche ascendante a débuté en juin 2008 par une phase d'immersion dans les deux quartiers et par l'organisation de quatre assemblées plénières (43 à 78 personnes dont deux tiers d'habitants en moyenne) qui ont été les premiers points de rencontre entre habitants, acteurs du quartiers, professionnels intervenants sur le secteur et représentants d'institutions.

Plusieurs habitants particulièrement motivés ayant participé aux assemblées plénières ont accepté de constituer un conseil de citoyens (16 réunions réalisées entre juillet 2009 et décembre 2011) pour « apporter leur connaissance du quartier et exprimer leurs besoins », et pour « faire remonter leurs constats et leurs propositions concernant la santé des enfants et des familles »

La démarche ascendante s'est poursuivie par la mise en oeuvre d'un réseau de santé communautaire composé des acteurs des quartiers et des institutions engagées dans le projet (dix-huit réunions de réseau de santé communautaire entre janvier 2009 et décembre 2011 avec 23 participants en moyenne par rencontre). A chaque réunion, l'ensemble des partenaires du réseau décidaient des thèmes à aborder (cadre de vie et logement, relations entre les familles et l'école, accès aux droits et aux soins, santé mentale notamment) où des personnes ressources étaient invitées à intervenir pour partager leur expertise sur le domaine ciblé (Caisse Primaire d'Assurance Maladie et Caisse d'Allocations familiales des Bouches-du-Rhône, Groupement d'Intérêt Public (GIP) pour la Gestion de la Politique de la Ville par exemple). Ces temps d'analyse collective ont permis d'aboutir à un réel diagnostic communautaire sur les constats, propositions, et moyens d'agir sur plusieurs problématiques particulièrement prégnantes pour les habitants (gratuité pour l'accès à la cantine scolaire et relations école-familles notamment) et de renforcer la mise en lien des différents interlocuteurs.

(« La santé à Saint-Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! », programme expérimental de promotion de la santé dans deux quartiers. A.Daguzan et al. (2015) - Séminaire d'échanges entre acteurs « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/Atelier4_%20StMaurontBelleDeMai_Marseille.pdf)

Sur quel territoire mener l'expérimentation ?

Il existe toujours une tension entre :

1. Un territoire étroit pour agir au plus près de la population et de ses préoccupations quotidiennes de santé ;
2. Un territoire élargi pour toucher une population plus large et, par ex., augmenter la validité interne et externe de la recherche, mais aussi poursuivre un objectif de « justice sociale » en incluant un maximum d'individus dans l'expérimentation.

Ainsi, plus le périmètre territorial de l'intervention est de faible taille, plus on peut espérer agir au plus près des habitants, des associations et des différents dispositifs, organismes (etc...) qui existent. L'objet de l'intervention sera très proche de leurs préoccupations quotidiennes et son acceptabilité sera renforcée. Cette proximité peut faciliter la pérennisation (voir *chap. 4*). Par contre ce choix étroit d'un périmètre d'intervention pose quelques problèmes :

- Plus l'action est locale, moins elle parviendrait à avoir un impact sur les grands déterminants de la santé, tels que le contexte socioéconomique, la pollution ou encore les politiques publiques ;
- Plus l'action est locale, plus elle est fortement contextualisée rendant potentiellement sa diffusion plus délicate.

Le choix du périmètre est souvent dicté par diverses raisons :

- Facilité d'accès à la population,
- Connaissance du territoire et de ses acteurs,
- Faisabilité de l'intervention, au regard des moyens (humains, financiers) dont disposent les porteurs....

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Différentes stratégies sont envisageables pour répondre à la tension entre étroitesse du territoire / élargissement du territoire :

- L'expérimentation peut être menée en deux temps : une première phase sur un périmètre étroit pour stabiliser l'expérimentation sur un territoire facile d'accès, une seconde phase sur un périmètre élargi ;
- L'expérimentation peut être déployée simultanément sur plusieurs territoires.

2. Le choix du périmètre territorial requiert de se poser les questions suivantes :

- Sur quels déterminants voulons-nous agir (en priorité) ?
- Quels sont les points de difficultés anticipés ? Si par ex. le point de difficulté est celui de la mobilisation de la population, on pourra privilégier un territoire étroit, permettant d'entretenir des relations fréquentes et intenses avec la population ; si le point de difficulté est celui du « volume » de la population qu'on peut espérer inclure dans l'expérimentation, on pourra au contraire privilégier un territoire plus large.



SECTION 3.3 : La durée de l'expérimentation

La durée de l'expérimentation joue de quatre manières :

1. Elle doit couvrir le temps nécessaire pour observer (et évaluer) les effets attendus sur une population quant à son comportement ou attitude vis-à-vis de sa santé ; modifier quelques attitudes ou comportements nécessite un temps long, surtout si l'on veut, au-delà de quelques effets rapidement observables (nombre de participation à des ateliers d'ETP par exemple) espérer une continuité dans le temps des effets de l'intervention (continuer au-delà de celle-ci à observer la participation à ces ateliers) ;
2. Elle doit être suffisamment longue pour mobiliser des acteurs qui, à l'inverse, tendent d'autant moins à s'impliquer et à modifier leur manière de faire et de penser si le temps de l'expérimentation est court ;
3. Un temps toujours long est nécessaire pour que ces acteurs s'approprient l'intervention, ses outils et actions et les intègrent dans l'agencement quotidien de leur travail ;

Encadré 3.3 - La notion d'appropriation

L'appropriation est une démarche individuelle ou collective par laquelle les acteurs font leurs de nouveaux outils, modes et structure de travail (de Vaujany et al., 2005 ; Proulx, 2005). Elle requiert plus ou moins une modification de comportements (ce que l'on fait et comment on le fait), une modification cognitive (connaissances à acquérir) et identitaire (qui je suis pour agir ainsi).

Elle porte sur :

- Le Quoi (outil, démarche, etc...),
- Le Pourquoi faire (que veut-on changer ?)
- Le Comment faire avec (mise en œuvre concrète et maîtrise technique et cognitive).

4. Enfin, quand l'expérimentation est menée selon une démarche de recherche intervention, les exigences scientifiques de validité déterminent également la durée d'une action.

Mais la définition de la durée au regard de ces quatre exigences est bien théorique ou idéale !... quand différentes raisons vont contraindre le temps nécessaire (par exemple) :

- La durée d'un financement obtenu ;
- Et en particulier la durée de de financement d'une équipe recherche, très généralement de trois ans ;
- La durée ou le rythme de vie du terrain ; ainsi, par exemple, une intervention auprès d'enfants en milieu scolaires, doit tenir compte de la durée de l'année scolaire et des rythmes scolaires (vacances, organisation de la semaine scolaire...) ; cette contrainte et aussi celle que connaissent les acteurs quand ils interviennent avec des organismes tels que les centraux sociaux qui fonctionnent aussi selon un rythme scolaire.

La durée théorique d'une expérimentation est rarement la durée effective ; et on oublie trop souvent d'estimer le temps « perdu » :

- À identifier et mobiliser des partenaires ou la population (voir plus haut) ;
- À prendre en compte les contraintes d'agenda des acteurs, qui retardent d'autant la bonne organisation des temps de réunions et de rencontres qui ponctuent le déroulement de l'expérimentation, et qui peuvent donner un sentiment « de traîner en longueur inutilement » ;
- À estimer le temps nécessaire à la préparation de la mise en œuvre concrète, et par exemple : constitution de groupes d'individus qui vont participer aux actions, formation à l'utilisation de certains outils, préparation et diffusion de supports de communication, obtention de certaines autorisations administratives...

Enfin, la durée de l'expérimentation doit inclure le temps de l'évaluation, à savoir le temps à collecter, analyser, mettre en forme et élaborer des recommandations ou des retours d'expériences. Or ce temps n'est pas

négligeable et peut obliger bien souvent à « stopper » l'expérimentation 3 à 5 mois avant sa fin officielle, pour mener cette évaluation.

On observe parfois que celle-ci est menée après la fin de l'expérimentation. Cela présente l'avantage de ne pas empiéter sur l'intervention elle-même ; mais des inconvénients existent, comme par exemple :

- Difficulté possible à mobiliser les acteurs et la population pour des entretiens ou la passation de questionnaire ;
- Impossibilité à mener des observations in situ ;
- Manque de ressources financières si le budget aura été épuisé par l'intervention elle-même.

Différentes stratégies peuvent être envisagées pour lever les difficultés sur la durée de l'expérimentation que nous venons de mettre en lumière.

Nous attirons ainsi l'attention sur les points suivants qui reposent sur un même principe : plus le protocole de l'expérimentation aura été co-construit et affiné avant le démarrage effectif de l'expérimentation, plus le temps effectif de celle-ci sera maximal :

1. Commencer à consulter les futurs partenaires et la population avant le démarrage effectif de l'expérimentation ;
2. Prendre le temps d'élaborer un diagnostic partagé qui, au-delà de son utilité informative, est un outil privilégié de construction de sens partagé et de volonté de faire ensemble ;

Exemple 3.7 - La mobilisation des partenaires pour préparer la mise en œuvre du programme « La santé à Saint-Mauront Belle de Mai on s'y met tous ! » (Marseille)

Dès la phase de rédaction du projet, l'équipe de pilotage souhaitait conjuguer une double démarche descendante et ascendante en amorçant par plusieurs actions une démarche communautaire associant habitants, professionnels et institutions, et une démarche descendante par la planification en amont d'actions de santé publique. Cela supposait de mobiliser au plus tôt les institutions et les acteurs de terrain.

Des fiches actions spécifiques ont ainsi été rédigées par les institutions ou associations initialement mobilisées pour formaliser les actions nécessaires. Ces partenaires du projet se sont investis de façon très importante dans la construction de l'ensemble de la démarche lui donnant ainsi toute sa dimension intersectorielle. Ces fiches ont été discutées lors des premières réunions de l'équipe projet réunissant l'ensemble des partenaires, ce qui a permis de planifier en amont (démarche descendante) l'intervention sur les déterminants de santé ciblés par le projet. Enfin, le projet pouvait s'appuyer sur les éléments de diagnostic et la dynamique partenariale existante au sein de l'Atelier Santé Ville.

L'expérience du programme a ainsi notamment montré l'intérêt d'instaurer une convention cadre pour ancrer l'intersectorialité d'emblée et la nécessité d'une immersion initiale dans les quartiers pour enclencher la démarche participative avec les habitants, acteurs locaux, et institutions signataires.

Coruble, G., Carbonnel, L., & Clément, L. (2008). Programme expérimental de promotion de la santé des enfants et des familles démunies. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 56(6), S383-S384.

3. Solliciter un budget ou des ressources humaines dédiées à la préparation du démarrage de l'expérimentation ;

Encadré 3.4. Solliciter des budgets pour coconstruire le protocole d'expérimentation

Des agences de recherches, telles que l'IRESP ou l'InCA, proposent de financer des recherches à hauteur d'environ 50.000 euros dans le but de constituer une équipe de recherche interventionnelle, de mobiliser les acteurs de terrain et la population et de bâtir une revue de littérature... afin de finaliser un protocole d'expérimentation qui pourra faire l'objet de demandes ultérieures de financement.

Ainsi, c'est après deux études pilotes financées dans le cadre des actions innovantes de l'ARS-PACA, l'une sur la demande alimentaire, l'autre sur l'offre, que l'équipe Opticourses a pu construire un projet suffisamment convaincant et crédible pour être financé par l'InCA.



SECTION 3.4 : Le pilotage de l'expérimentation

Nous avons exposé dans le chapitre 2 que le pilotage de l'expérimentation présente, avant toute chose, les principales caractéristiques du pilotage d'une action collective :

Encadré 3.5 - Les caractéristiques de l'expérimentation comme action collective
(extrait du chapitre 2, section 2-1)

- Menée selon des modalités organisationnelles variées ;
- Soutenue par des comités ou groupes qui très souvent interviennent à trois niveaux de responsabilité (opérationnel, fonctionnel et stratégique, ou politique),
- Élaboré au regard d'un projet qui aura posé les problèmes auxquels elle entend apporter une réponse,
- Devant être évaluée,
- Requérant la conception d'outils, de protocoles, d'activités... pour déployer l'intervention, et des outils de suivi de l'intervention (et de son budget),
- Bénéficiant bien souvent de ressources dédiées,
- Et s'ancrant dans ou au regard de valeurs, normes, manière de pensée et de faire qui façonnent la manière dont les acteurs vont prendre place dans l'intervention et la manière dont l'intervention sera articulée avec les activités courantes des organisations et autres structures auxquels ils appartiennent.

Mais ces caractéristiques générales prennent une dimension particulière dans le cas d'une IVRISS, en raison de sa nature intersectorielle et de l'incertitude et changements provoqués par le fait de participer à une expérimentation. Nous développons les points suivants qui sont très souvent cause de difficultés :

- Identifier les parties prenantes à l'expérimentation
- Mobiliser les parties prenantes (ou la question de la motivation à participer)
- Soutenir une dynamique par un leadership collectif
- Choisir des modalités organisationnelles appropriées

➔ Identifier les parties prenantes à l'expérimentation

Une première difficulté est relative à l'identification des parties intervenant dans d'autres champs (Logement, Education, Justice, Sport, Culture...) pourtant requis de par la nature intersectorielle de l'IVRISS. Cette difficulté découle largement du cloisonnement institutionnel qui caractérise le système français de l'action publique. Elle est renforcée par le fait que, sur un territoire donné, il existe très peu de cartographie (ou du moins une cartographie accessible ou compréhensible) des organisations, structures ou associations selon leur périmètre et leur compétence d'intervention.

Dans bien des cas, bien entendu, les parties avec qui agir auront été identifiées. Mais une seconde difficulté est qu'il s'agit souvent d'une identification que nous qualifions de formelle, au sens que c'est l'entité juridique qui aura été repérée. L'identification des acteurs se complique :

- Difficulté à identifier les individus qui devront être sollicités et mobilisés, sur le plan opérationnel (ceux qui vont concrètement participer au déploiement de l'intervention) et sur le plan décisionnel (ceux qui ont le pouvoir de déclencher la participation d'un de leurs salariés ou de débloquer un budget...);
- Difficulté à identifier ceux qui, au sein de cette structure, ont un réel pouvoir d'influence, et vont influencer sur la pérennité de la participation de cette structure tout au long du déploiement de l'intervention ; difficulté similaire parmi l'ensemble des acteurs et organisations participant à l'action ;
- Difficultés à identifier des acteurs dits relais comme nous l'avons évoqué plus haut.

Certes ces difficultés sont moindres dès lors que des relations et des actions communes auront été dans le passé. Mais ceux que nous avons interrogés déplorent-ils le turn-over au sein des structures ou encore l'instabilité du paysage associatif (faute de soutien financier ou institutionnel) qui obligent trop souvent à devoir recréer des contacts et prendre du temps à se connaître et se comprendre.

Mobiliser les parties prenantes (ou la question de la motivation à participer)

Les difficultés suivantes sont souvent repérées :

- Les motivations de participation à une IVRISS ne sont jamais homogènes dans une même structure ; quand le porteur d'une IVRISS discute, voire conventionne, avec son représentant légal, sur la base d'intérêts bien compris, voire partagés, et d'une appréhension similaire des raisons à agir, il n'accède pas automatiquement aux motivations de ceux qui, concrètement, seront mobilisés dans l'intervention et agiront à ses côtés ; bien souvent ce porteur d'une IVRISS se trouve face à des individus qui, de bonne foi, comprennent mal pourquoi leur structure leur demande de s'impliquer ;
- Les motivations à la collaboration devraient être « travaillées » et donc éclaircies lors de la rédaction du document d'intervention (par exemple, lors de la rédaction d'une réponse à un appel à projet ou du dépôt d'une demande de subventionnement...). Or trop souvent constate-t-on que ce document qui, pourtant pose les bases de la collaboration, aura été rédigé, soit en « chambre close », entre quelques acteurs, soit dans une certaine urgence, ce qui ne permet pas de se donner le temps nécessaire pour appréhender les différentes motivations à la collaboration ;
- De manière inversée, des individus font très souvent preuve d'une forte et claire motivation à participer à une intervention. C'est souvent le cas quand des liens de confiance ou des habitudes de travail commun auront été tissés dans le passé ; mais parfois ces individus s'engagent-ils sans forcément bénéficier d'un soutien explicite de leur structure, ou sans que leur implication soit clairement reconnue et valorisée par cette dernière (y compris en termes de temps dédié) ; dans ces conditions, la volonté initiale pourtant forte peut rapidement décliner ;
- De manière plus insidieuse, « décisionnels » et « opérationnels » peuvent au sein d'une même structure partager la même motivation à vouloir participer, mais sans réellement apprécier ou anticiper la charge de travail additionnelle que cette participation occasionnera ou sans clairement dégager un temps de travail (voire un budget) spécifiquement dédié ;
- Comprendre les motivations d'un acteur c'est parfois pouvoir anticiper ses évolutions personnelles, quand l'apport de compétence qu'il pourra retirer de sa participation à l'IVRISS, l'amènera à vouloir évoluer vers d'autres postes ou d'autres structures, au détriment de son investissement dans l'intervention et de sa pérennisation ;
- Enfin les motivations sont d'autant plus délicates à appréhender quand le porteur d'une IVRISS doit collaborer avec des structures quasiment imposées de par la nature même de l'intervention (Education Nationale, Justice, par exemple).

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Une liste de questions pour favoriser la mobilisation des acteurs :

- Le temps nécessaire à identifier, convaincre, comprendre les différentes parties est-il estimé et pris en compte ? Cette démarche est-elle renouvelée à certains moments clé de l'intervention, quand certaines parties se désengagent ou doivent au contraire être intégrées ?
- Les acteurs ont-ils évalué le tissu social et relationnel, souvent informel, sur le territoire et favorisant la mobilisation des partenaires ?
- Les motifs de participation sont-ils correctement appréhendés ?
- Les acteurs sont-ils soutenus par leur organisation ? Bénéficient-ils d'un temps et de ressources dédiés ? Sont-ils reconnus dans leur implication dans l'intervention ? Comment l'espace peut les soutenir ?

2. Adapter l'intervention pour intéresser les partenaires.

L'intervention repose sur quelques qualités intrinsèques. Mais ce ne sont jamais celles-ci uniquement qui vont expliquer pourquoi des acteurs décident de s'y engager. Il faut aussi les intéresser.

Encadré 3.6 - L'intéressement et la traduction comme un art de la mobilisation

Traditionnellement, on pense qu'une innovation (ou une intervention dans le contexte de ce guide) est adoptée par les acteurs en raison de ses qualités intrinsèques. Dans le cadre d'une IVRISS, ces qualités peuvent être : la robustesse scientifique de résultats qui attestent de l'impact sur les ISS de différentes actions ; l'adossement à une politique publique (plan national d'expérimentation), la rigueur des outils et procédures de collaboration.

Or ces « qualités intrinsèques » sont très souvent celles considérées par quelques promoteurs d'une intervention, quelques chercheurs « confinés » dans leur laboratoire... Quelle que soit finalement « la qualité de ces qualités », elles ne tiennent pas compte, sur un territoire donné, des idées, valeurs, intérêts, habitudes de travail, représentations professionnelles... portées par la diversité des acteurs qu'il s'agit de réunir. Pourtant ce sont ces mêmes idées, valeurs, intérêts, habitudes et représentations qui amènent (naturellement) les acteurs à interpréter et comprendre différemment ces fameuses qualités intrinsèques. Elles ne sont donc pas évidentes et identiques pour tous !

Dès lors, le destin de l'innovation (ou d'une intervention) dépend de la participation active de tous ceux qui sont décidés à la faire avancer. Pour soutenir cette participation active : il faut intéresser les acteurs. Et pour reprendre l'expression de Akrich (et al., 1988), adopter une innovation, c'est l'adapter.

Avec le modèle de l'intéressement, on comprend qu'il faille modifier, élaborer des arguments de justification et adapter une innovation pour qu'elle rencontre ces valeurs, intérêts, habitudes et normes. Et cette adaptation résulte d'une élaboration collective, avec l'ensemble des acteurs ou au fur et à mesure que des acteurs entrent dans la discussion.

L'intervention doit donc être envisagée comme l'émergence de nouvelles pratiques de collaboration qui nécessitent des opérations d'intéressement entre différents mondes professionnels, sociaux, associatifs, publics, etc....

Selon l'approche traditionnelle, la majorité des acteurs est passive ; l'innovation est à prendre ou à délaissier, selon que les qualités intrinsèques sont reconnues par les acteurs. Selon l'approche de l'intéressement, la majorité des acteurs est active ; l'innovation est adoptée car elle est adaptée.

Source : Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour. *A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement; 2 : Le choix des porte-parole. Revue Gérer et Comprendre, 19; pp.4-17 & 14-29*

Cette opération d'intéressement permet alors de formaliser les attendus de l'intervention en tenant compte des préoccupations des acteurs et en définissant ce qui est attendu dans le cadre de l'intervention.

Exemple 3.8 - Ouvrir une MSP : un processus d'intéressements multiples

Une recherche menée par Fournier (2014) relate combien une MSP n'a pu être finalement ouverte au prix de multiples jeux d'intéressement, en dépit des qualités intrinsèques promues par ses trois promoteurs initiaux.

Ceux-ci, médecins généralistes, confrontés au défi d'assurer la prise en charge de maladies chroniques, le souci d'agir sur des déterminants sociaux, une densité médicale faible et un vieillissement des médecins de premiers recours, portent la volonté de dépasser le modèle curatif individuel pour s'inscrire dans un modèle de « santé publique », intégrant la prévention et la coordination des soins. Ils élaborent le projet de créer une MSP.

Ils vont progressivement enrôler une vingtaine de professionnels de santé (généralistes, infirmiers, kinés, diététiciens, podologues, dentistes...). Mais les raisons qui motivent les promoteurs, qui les ont amenés à élaborer « le projet », rencontrent vite chez ces autres acteurs des réserves, des points de vue différents sur la situation, ou des attentes multiples vis-à-vis du projet. Bref une certaine confusion....

Malgré tout, le projet se fera... au fil d'intéressements multiples qui résulteront de discussions nombreuses dont vont émerger des points de convergence qui seront peu à peu intégrés dans le projet initial ainsi transformé :

- L'intérêt pour le territoire, quand les acteurs veulent s'engager pour faire un territoire « où on est en bonne santé »,
- L'attrait pour de nouvelles pratiques pour intervenir différemment auprès de la population, telles que l'ETP,
- Rendre visible l'importance des soins primaires en se constituant en équipe.
- Et cela même si le projet aura rencontré certaines difficultés dans son avancement par manque d'intéressement d'autres acteurs :
- Sur la question immobilière : qui doit payer : des acteurs publics du soin ou d'autres acteurs publics au motif que le projet répond à d'autres missions que le soin uniquement ?
- Sur la question de la coordination ; mal définie, s'apparentant dans les faits à un poste de « super-secrétaire » que l'infirmière pressentie refuse et quitte l'aventure.

Source : Cécile Fournier, « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé* 2014/2 (Vol. 32), p. 67-95.

3. Mobiliser au bon moment

C'est l'idée de « *fenêtres d'opportunités* », ou de la mise en agenda public, développées par les politistes. Garraud (1990) définit la notion d'agenda comme « *l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous quelque forme que ce soit, de la part des autorités publiques et donc susceptibles de faire l'objet d'une ou plusieurs décisions* ». Et cette mise en agenda est une construction sociale et politique. Avant de devenir « public », un problème doit être perçu, interprété, reformulé et reconnu par une diversité d'acteurs (publics, privés, associatifs...), au regard de leurs intérêts et représentations, mais aussi en fonction des ressources disponibles permettant une mise à disposition de moyens pour agir.

L'existence d'un problème suppose :

- Un niveau de connaissance suffisant (issue du domaine scientifique, mais aussi de rapports et autres données élaborées par des acteurs aussi divers qu'associations, experts, acteurs publics locaux, médias, personnalités, ...);
- Certaines normes et contexte social favorable (par ex. le travail des enfants devient un problème quand l'éducation s'impose comme norme);
- la mobilisation d'acteurs entrepreneurs qui s'engagent les premiers dans la reconnaissance de ce problème.

Par exemple, dans *Pouvoirs contre Sida* (1993), Michel Setbon montre par exemple que les réponses gouvernementales à l'épidémie du Sida divergent selon le pays considéré (il étudie la France, la Grande-Bretagne et la Suède), notamment parce qu'elles se font selon les manières de penser et d'agir des différents acteurs. Ou encore, le droit au logement résulte de l'action militante de l'action du ministère du Logement, de celle de hauts-fonctionnaires, tout autant que celle d'associations (Droit au logement, Enfants de Don Quichotte) et de personnalités charismatiques (l'Abbé Pierre, Augustin Legrand et plus récemment d'Eric Cantonna).

C'est la métaphore de l'arène (politique) qui est alors utilisée pour signifier combien la mise en agenda est aussi une « bataille » entre acteurs pour faire avancer leurs causes et projets, selon un principe de sélection guidé par trois grands principes :

1. l'intensité du problème : par exemple un événement fort mettant en scène le problème, notamment dans les médias, et suscitant des réactions au sein de la société conduit à la cristallisation du problème ;
2. sa nouveauté : elle est moins liée au problème lui-même qu'à la façon de l'aborder, par exemple au moyen d'un progrès dans les connaissances scientifiques ou la publication de statistiques montrant l'aggravation d'un phénomène ;
3. son adéquation aux valeurs culturelles dominantes : c'est le contexte idéologique, culturel et politique propre à une époque qui favorise la publicisation d'un problème. Par exemple, pour l'IVG, c'est le contexte de l'après 68 qui apparaît déterminant avec la diffusion des valeurs telles que la libération sexuelle ou l'égalité des sexes.

Ainsi, tant le porteur d'une expérimentation, que les partenaires désireux d'agir qu'une équipe de recherche ou encore la population doivent être en alerte de faits aussi variés que :

Un appel à projet ;

- Une déclaration politique d'un élu ou d'un décideur ;
- Des manifestations ou des incidents se répétant ;
- Un projet de loi ou des débats dans les instances parlementaires nationaux, dans les cabinets ministériels, les instances régionales ou départementales, dans les ARS ;
- Quelques controverses académiques ou la parution d'un article qui apporte de nouvelles perspectives de recherche ;

.... Et dont vont se saisir « habilement » les acteurs pour porter et mettre en place plus facilement une expérimentation. Ainsi choisir le bon moment permet aussi de mobiliser des ressources existantes pour légitimer ou faciliter le déroulement de l'expérimentation.

4. Soutenir la mobilisation dans le temps

La mobilisation doit être entretenue dans le temps et cela pour différentes raisons.

Tout d'abord, c'est dans le temps que les acteurs vont élaborer les raisons de leur participation. La raison première est a priori celle de vouloir réduire les ISS. Mais avons-nous identifié précédemment (section 2.2) d'autres raisons telles que : la montée en compétences des professionnels, l'implication de la population et à capacité à « prendre en main » sa santé, ainsi que la volonté d'agir avec ou sur les politiques publiques et des acteurs publics.

Or très souvent les bénéfices attendus de l'intervention (quant à son impact sur les déterminants ou les comportements, ou quant à l'appropriation d'autres manières d'agir par exemple) ne seront observables que quelques mois à plusieurs années après le démarrage de celle-ci. Il est donc important d'élaborer, de mettre en forme et de communiquer sur des « résultats intermédiaires ».



Exemple 3.9 – Le projet 4S : une succession de petits pas avant l'ouverture du parcours de marche

C'est à l'initiative d'ateliers santé ville de Nice que l'EPSP (espace partagé de santé publique, Nice) a été invité à questionner comment inciter les personnes âgées à sortir et marcher, dans un triple but : renforcer leur capital social, relationnel et physique.

Cette initiative a pris la forme quelques années plus tard d'un parcours de marche dans le quartier Saint Roch, de coaching collectif des personnes âgées, et d'actions menées avec les commerçants et des associations pour animer ce quartier. Ce fut aussi un long processus de discussion avec les services de la Mairie pour insérer ce projet de parcours dans le projet plus global de rénovation du quartier Saint Roch.

Ce temps long aurait pu démotiver nombre de partenaires.

C'est pour éviter cet écueil que l'EPSP a décliné et a « mis en forme » un série d'actions et d'évènements pour faire avancer « pas à pas » mais sûrement le projet :

Présentation de l'objectif

Formation des groupes de travail

Présentation des résultats des groupes de travail

Schématisme du parcours de marche

Puis suivi de l'avancée des travaux par une actualisation de ce schéma, agrémenté au fur et à mesure de photos et de témoignages – actant de la volonté toujours réelle des partenaires de voir le projet mis en œuvre.



Une seconde raison est celle qui est appelée « l'intervention par la logique des petits progrès ». Avons-nous dit vouloir réduire les ISS sur un territoire relève de démarches complexes en raison de la multiplicité des déterminants, qui bien souvent interagissent et sont interdépendants, et la multiplicité des acteurs, formant un ensemble intersectoriel dense. Ainsi un objectif (diminuer la consommation d'alcool, redonner confiance et estime de soi à des personnes ayant de troubles de santé mentale...) relève bien davantage d'une succession ou d'un ensemble d'interventions spécifiques, que d'une « intervention globale » qui se relèverait vite illusoire. La population concernée tout autant que les intervenants doivent progressivement apprendre à se connaître et à appréhender l'intervention. Et finalement cette succession d'intervention permet, dans une logique d'évaluation dynamique et permanente, des adaptations éventuelles.

Encadré 3.7 - La notion des « petits pas de progrès »

Selon l'ouvrage du conseil supérieur du travail social (2014), chapitre 4 :

« C'est en effet à partir des objectifs de changement définis dans le projet commun, que les stratégies et les moyens seront établis. Ces objectifs, si modestes soient-ils, balisent le déroulement de l'intervention et sont indispensables pour ensuite mesurer le chemin parcouru lors de l'évaluation. Ils nécessitent une définition réfléchie, claire et précise. Ils doivent être opératoires c'est-à-dire, susceptibles d'orienter l'action, de la conduire vers le succès.

Définir des objectifs que l'on peut atteindre est la manière la plus sûre de conduire les personnes à faire l'expérience de la réussite. Cette « pédagogie de la réussite » n'évacue pas la nécessité d'objectifs ambitieux à moyen et long terme, au contraire, elle aplanit le chemin à parcourir par une démarche de « petits pas » rendant visibles les étapes et les objectifs intermédiaires.

Chaque pas réussi favorise le pas suivant et restaure la confiance en soi et l'espoir, facteurs essentiels de motivation et dynamisme. Le terme « stratégie » est d'origine militaire, mais par extension dans la vie moderne – notamment celle des entreprises – la stratégie est considérée comme l'art de concevoir, coordonner et diriger un ensemble d'opérations afin d'atteindre les objectifs que l'on s'est fixés ».

Enfin, une autre situation est également observée, quand la production et la communication des premiers résultats encourageants d'une expérimentation, certes soutenue publiquement, mais qui à son début peinait à mobiliser les acteurs, ont permis de faire bouger plus d'institutions et d'acteurs, créant ainsi un « effet boule de neige ».

Exemple 3.10 - Les modalités d'action renforcées du dispositif « M'T Dents » sur les quartiers Saint Mauront et Belle de Mai (Tardivo, Daguzan, Peyrot, Gentile & Sambuc, 2016)

Dans le cadre du dispositif national « M'T Dents » tous les enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans reçoivent, au cours du mois précédant leur date d'anniversaire, un courrier les invitant à bénéficier d'un examen bucco-dentaire (EBD), sans avance de frais et intégralement pris en charge financièrement par l'Assurance Maladie. De 2009 à 2012, les enfants des classes de CP des quartiers défavorisés de Saint Mauront et de la Belle de mai ont bénéficié d'une sensibilisation collective et chaque enfant ayant besoin de soins était suivi et incité à recourir au chirurgien-dentiste.

Plusieurs acteurs ont progressivement été sensibilisés ou enrôlés avec l'organisation d'une réunion d'information des chirurgiens-dentistes libéraux des deux quartiers et de ceux limitrophes, d'une rencontre avec les directeurs des sept écoles, la remise d'un dossier personnalisé aux parents lors d'une réunion qui visait à les sensibiliser aux règles d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire, et avec les relances téléphoniques ou via le carnet de correspondance des familles dont les enfants n'avaient pas bénéficié de l'EBD ou des soins consécutifs.

Le taux de recours à l'EBD était ainsi sur les trois années d'expérimentation de 39,95% en moyenne et de 44,86% en 2010-2011. Lorsqu'aucune démarche spécifique de sensibilisation et de suivi n'était réalisé en 2007-2008 sur l'ensemble du 3ème arrondissement où ces deux quartiers représentaient 59% de la population, le taux de recours à l'EBD était estimé à 17,2% (source : CPAM 13)

5. Deux formes d'engagement coopératif

Si l'action collective est une coopération, il faut rapidement récuser l'idée trop souvent admise que la collaboration doit toujours reposer sur des intérêts et des objectifs partagés. Deux formes de coopération existent : la coopération communautaire et la coopération complémentaire.



Encadré 3.8 - Deux formes de coopération : communautaire et complémentaire

- La coopération communautaire : elle se noue quand les parties prenantes adhèrent aux mêmes valeurs, éprouvent les mêmes sentiments et partagent les mêmes objectifs ; cette forme de solidarité fonde une coopération qui vise la construction, la protection et la défense d'objectifs communs ;
- La coopération complémentaire : c'est la division des tâches et des compétences qui pousse les organisations et acteurs à coopérer. L'identification des parties prenantes est portée par la recherche de ces compétences complémentaires toutes nécessaires à la réalisation de l'IVRISS. La raison peut ainsi être perçue comme davantage opportuniste ou découlant, en particulier dans le champ de la santé et de l'action sociale, du cloisonnement institutionnel et professionnel entre organisations, collectivités etc... les objectifs et intérêts sont ici davantage congruents et complémentaires que communs.

(D'après Dameron, 2004)



Une collaboration peut ainsi être communautaire dès son démarrage, ou davantage complémentaire et évoluer dans un sens plus communautaire au fur et à mesure de son déroulement dans le temps, quand progressivement les parties prenantes auront peu à peu appris les uns des autres et modifiés certaines de leurs pratiques et manières d'envisager la santé. Elle peut demeurer complémentaire, dès lors que les acteurs auront explicité leurs intérêts respectifs et seront les articuler.

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Jouer sur trois leviers qui favorisent la collaboration :
 - Clarifier autant que possible les motifs de participation à une IVRISS, de telle sorte à comprendre pourquoi et comment chaque partie désire s'intégrer dans la démarche collective ;
 - Définir des enjeux communs qui transcendent les intérêts et objectifs des parties prenantes, qui peuvent être plus ou moins partagés selon les motifs communautaires ou complémentaires de participation de chacune à l'IVRISS ;
 - S'adosser à un dispositif déjà existant qui va faciliter l'accueil du projet en raison, par exemple, de sa légitimité et de ses compétences, de sa connaissance du terrain, du réseau partenarial déjà tissé....
2. Prendre le temps de développer une compréhension mutuelle entre les acteurs, les partenaires, la population et l'équipe de recherche. C'est dans le temps que nous apprenons à nous connaître, à nous comprendre et à se faire confiance.
3. Savoir identifier et mobiliser des relations préexistantes à l'expérimentation. Très souvent, il existe une « histoire d'intervention et de collaboration » sur le territoire qui est visé par l'intervention. Or cela est parfois ignoré de certains acteurs, parfois mal mis en valeur et ne constitue donc pas ce qui est appelé une « ressource relationnelle » et qui pourrait utilement être mobilisé (voir également la section sur le diagnostic partagé).

Un leadership collectif pour soutenir le déroulement

Le leadership est une forme particulière d'influence qui permet à un groupe d'atteindre les résultats qu'il s'est donné. Cette forme d'influence ne s'appuie pas (uniquement) sur les ressorts habituels du pilotage d'une organisation ; elle n'est ni hiérarchique ni obligatoirement formelle (par conventionnement et répartition des rôles et compétences). Elle découle davantage :

- Des compétences particulières (relationnelles, argumentatives et de conviction) de celui qui l'incarne,
- D'une motivation dont il fait preuve pour surmonter les difficultés,
- D'une légitimité que lui reconnaissent les partenaires avec qui l'action est menée.

Le leadership se caractérise par quatre formes possibles d'influence et une pluralité d'acteurs qui l'incarnent.

Les quatre formes d'influence d'un leadership

Quatre formes décrivent le « pour quoi faire » et le « comment faire » pour exercer une influence sur un groupe.

Encadré 3.9 - Les quatre formes d'influence du leadership

Le leadership ; pour quoi faire ?

1. Le leadership transformationnel
 - Promeut le changement
 - A la capacité de justifier et de légitimer le changement au regard de besoins d'ordre supérieur, qui conviennent à l'ensemble des parties prenantes, au-delà de la variété de leurs propres intérêts et motivations à participation à une action collective
2. Le leadership transactionnel
 - S'attache à renforcer la cohésion d'un groupe, malgré la variété de leurs intérêts et motivations, mais aussi la variété de leur manière de travailler et d'envisager les ISS et les interventions visant à les réduire

Le leadership : comment faire ?

3. Le leadership directif
 - En orientant l'action par le biais de directives ou de recommandations fortes
4. Le leadership d'empowerment
 - En encourageant les acteurs à dépasser leurs habitudes de travail, à ne pas considérer les contraintes qui pèsent sur l'action et à se saisir de toute opportunité d'action.

(D'après Pearce, 2004)

Ce sont bien ces quatre formes d'influence qui sont nécessaires pour accompagner un groupe d'acteurs fortement variés (car intersectoriel) et agissant dans un contexte d'expérimentation (et donc d'incertitude relationnelle et cognitive).

On peut souvent observer que ces quatre formes d'influence ne sont pas l'apanage et la compétence d'un seul leader, mais d'un ensemble d'acteurs qui, de concert, vont agir pour soutenir la mobilisation collective et faire valoir et communiquer sur l'action qui est conduite ; ce qui est développé ci-dessous.

La pluralité des acteurs qui incarnent le leadership (leadership collaboratif)

Déployer une IVRISS requiert de collaborer, de motiver et de justifier l'intervention auprès d'une grande variété de catégories d'acteurs : la population cible, des organisations privées ou publiques, agences publiques, collectivités territoriales ou associations qui mettent en œuvre directement l'intervention, financeurs, tout autant qu'un ensemble disparate d'acteurs ou de structures qui édictent des règles que l'intervention suppose de modifier.

Influencer ces différentes parties ne repose pas sur les mêmes compétences et sources de légitimité.

C'est pourquoi le leadership n'est jamais incarné par une seule personne. On parle d'un leadership qui est à la fois pluriel et collaboratif (Denis et al., 2012) quand, respectivement :

- Les influences sont distribuées au sein d'un « pool » d'acteurs qui vont, selon leurs compétences et leur légitimité, agir auprès de ces différentes catégories d'acteurs ;
- Ces influences ainsi distribuées sont coordonnées au sein de dispositifs de gouvernance spécifiques tels qu'un comité de pilotage, des groupes de travail..., évitant ainsi une dispersion des influences ou des jeux contraires d'influence.

Exemple 3.11 - Un leadership partagé pour une action de prévention en addictologie sur Antibes

Des problématiques de dépendances aux drogues sont repérées dans des quartiers d'Antibes en 2006. En 2008 débute une expérimentation (qui sera évaluée en 2014) de prévention auprès de jeunes. En sont partenaires : La Mutualité Française, le Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du CH d'Antibes, l'éducation nationale, la mission locale, des médecins libéraux, des fédérations de parents d'élèves, un chantier d'insertion, un foyer de jeunes travailleurs.

L'ASV d'Antibes s'est positionnée comme la structure de coordination territoriale pour développer les axes de travail préconisés dans le diagnostic sur les conduites à risques. Un expert en addictologie (coordinateur d'actions en santé publique salarié de la Mutualité Française) a également joué un rôle déterminant. Ainsi, cette structure et cet acteur ont formé un leadership collectif en couplant leur expertise territoriale et leur expertise thématique.

Voir : *Guide Capitalisation des Démarches des Ateliers Santé Ville*, page 104 et s.

Cette notion de leadership partagé (ou collectif) est naturellement au cœur des principes d'intervention en promotion de la santé (Ribbe et Guichard) tant ces principes promeuvent un exercice intersectoriel en faveur de la santé, entendue au sens de l'OMS. Pour autant sa mise en œuvre effective se heurte à 3 difficultés :

1. Un leadership pluriel qui en fait, faute de dispositifs effectifs de gouvernance collaborative, reste éclaté, et limite la bonne avancée ou cohérence de l'intervention ;
2. Un leadership pluriel formé de « trop de leaders », ou d'acteurs s'auto-désignant ou agissant comme si leur rôle de leadership avait été accepté par les (principaux) autres membres impliqués dans l'action ;
3. Un leadership pluriel qui peine à émerger en raison des normes ou habitudes professionnelles ou culturelles qui prévalent.

Exemple 3.12 - Un leadership partagé en butte aux résistances de cultures professionnelles

La mise en place d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire requiert de « partager le leadership », notamment entre médecins et infirmières. Or étudiant la mise en place d'une telle Maison, Fournier (2014) a observé sur son terrain combien ce partage s'est heurté à la vision des médecins qui considéraient que la légitimité (sous-entendue supérieure) de leur profession justifiait qu'ils portent seuls le projet auprès des différents interlocuteurs.

« Ainsi, ce défi culturel se heurte aux juridictions professionnelles, la tension se révélant forte entre défense d'intérêts professionnels et défense d'intérêts pratiques (interprofessionnels) »
(Fournier, 2014, p. 90).

Les modalités organisationnelles de l'expérimentation

Nous aborderons cette question importante à travers deux thèmes :

1. S'organiser pour expérimenter au regard du dilemme Exploration – Exploitation ;
2. Organiser la gouvernance collaborative du dispositif expérimental.

S'organiser pour expérimenter au regard du dilemme Exploration – Exploitation

Dans le chapitre 1, nous avons invité le lecteur à considérer l'IVRISS comme une innovation qui vise à imaginer, concevoir, expérimenter puis déployer et généraliser quelque chose de nouveau, au sein de milieux (les structures partenaires, le tissu relationnel qu'elles auront déjà tissé) où opèrent des habitudes (routines) de travail et de manières de penser les choses.

S'organiser pour déployer une IVRISS pose le dilemme suivant : isoler l'intervention du quotidien et inventer de nouvelles manières de faire et de penser (Explorer) ou introduire l'intervention dans le quotidien et s'appuyer sur les pratiques et manières de penser habituelles (Exploiter).

Encadré 3.10 - Expérimenter une IVRISS : entre Exploration et Exploitation

L'Exploration consiste à rechercher tout mode organisationnel et managérial qui valorise avant tout la nouveauté d'une IVRISS. Une structure autonome, un temps de travail clairement identifié, un lieu nouveau d'activité, l'élaboration de protocoles ou d'outils spécifiques, le recours à un vocabulaire particulier... sont autant de manières de mettre les acteurs en situation d'« Explorer », à savoir en situation d'agir et voir différemment leur environnement, pour expérimentation l'intervention. Le principe s'énonce ainsi : plus une « distance » est créée entre le quotidien et l'intervention, plus les acteurs pourront véritablement innover dans leurs pratiques. Les risques associés sont : une incertitude cognitive et relationnelle à travailler différemment, une difficulté à exprimer ce que l'on fait ou pourquoi on le fait quand on doit embrasser un nouveau vocabulaire ou de nouveaux outils, une difficulté à trouver un sens entre ses activités quotidiennes et celles requises par l'intervention, se retrouver isolé de son milieu habituel (faute de temps par ex.)....

L'Exploitation au contraire consiste à rechercher d'autres modes organisationnels et managériaux qui font « entrer » la nouveauté dans le quotidien et les habitudes. Il s'agit de rapprocher autant que possible l'intervention des pratiques habituelles pour éviter un rejet de la nouveauté (voir les risques associés ci-dessus). L'avantage est alors celui d'un recours à des ressources existantes (temps d'agent, outils, espace de travail...) qui peuvent faciliter le déploiement de l'IVRISS (en évitant des investissements lourds à inventer et imaginer). Mais l'Exploitation présente la limite majeure de dissoudre cette nouveauté par assimilation avec les routines de travail.

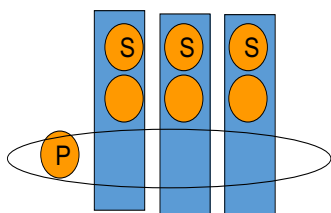
(inspiré de Chanal et Mothe, 2005)

S'organiser pour expérimenter suppose de dépasser le paradoxe suivant : comment mobiliser et faire travailler ensemble des acteurs pour Explorer la nouveauté alors que leur quotidien de travail et leur environnement managérial et décisionnel sont faits de routines, de procédures, de règles et de contraintes qui les placent dans une logique à continuer à Exploiter ce qu'ils font ?

Le schéma ci-dessous rend compte de trois configurations types pour mener une démarche collective à l'aune de ce dilemme entre Exploration et Exploitation, en considérant :

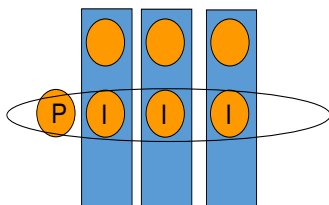
- « L'autorité » (formelle ou informelle) du « pilote » de l'intervention, pouvant être un individu ou une structure, déjà en poste ou existante, ou au contraire recruté ou constituée spécifiquement pour mener cette démarche) ;
- Le mode d'engagement des structures partenaires.

Exploiter → **Explorer**



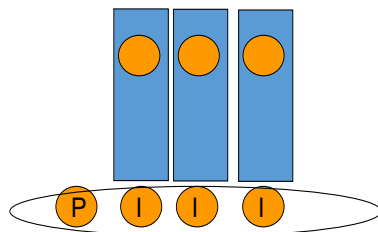
Le Pilote (P) sollicite en tant que de besoin des ressources (expertise, conseil, animation, évaluation...) auprès de structures (S) partenaires pour mener l'action collective.

Les structures interviennent à certaines étapes ou sur certaines activités, sans appréhension globale de l'action collective. Elles exploitent leurs routines.



Le Pilote (P) mobilise des intervenants dédiés (I) pour participer à l'action collective. Les intervenants sont clairement identifiés et se voient reconnaître un temps dédié à l'action collective.

Les intervenants dédiés appréhendent davantage l'action collective par leur collaboration auprès du pilote. Ils peuvent explorer certaines nouvelles manières de faire promulguées par celui-ci.



Le Pilote (P) forme avec des intervenants mis à disposition (I) une équipe-projet ou une structure autonomes pour mener l'action collective. Les intervenants sont hors de leurs structures pour participer à l'action collective.

Les intervenants mis à disposition sont placés dans un nouvel environnement de travail et peuvent ensemble avec le pilote explorer des approches innovantes.

Mode séquentiel →

Mode collaboratif

Schéma 3.2 – Trois modes de démarches collectives entre Exploiter et Explorer

Organiser la gouvernance collaborative du dispositif expérimental.

La gouvernance est l'« espace de jeu » (Moreau Defarges, 2011) entre acteurs indépendants juridiquement ou fonctionnellement, mais interdépendants dans l'action. Elle permet le pilotage du travail en réseau qui se noue entre l'ensemble des participants à une expérimentation.

D'un point de vue structurelle, la gouvernance se met en œuvre à travers des comités de pilotage, des groupes de travail, des lieux de débats et de décision et remplissant différentes fonctions (recherche documentaire, suivi de l'intervention, évaluation...). Différentes configurations sont possibles selon qui (nombre et qualité) participent à ces comités et groupes de travail.

Encadré 3.11 - Configurations de gouvernance

- Une « gouvernance partagée » quand tous les membres prennent part aux décisions et actions communes ;
- Une « organisation pilote » quand l'arrangement collaboratif est piloté par un groupe restreint d'acteurs, formant une structure plus centralisée, qui ayant suffisamment de légitimité pour décider pour tous ;
- Une « structure dédiée » qui repose sur une séparation encore plus formelle entre une structure administrative de gouvernance et les membres participant aux activités.

(D'après Provan et Kenis, 2008)

Nous observons combien la gouvernance (ou le pilotage) d'une expérimentation peut rencontrer des difficultés diverses :

- Les différents organes de pilotage sont souvent mis en place tardivement, ou leur composition tardant à être définie ; les participants à l'expérimentation éprouvent alors des difficultés à repérer qui fait quoi, qui est mandaté par qui ; tout autant qu'ils ont du mal à y trouver leur place et à saisir le rôle que l'on attend d'eux ;
- Les participants se font représenter par des salariés ou individus qui changent au fil des réunions ; ce turnover affaiblit la capacité du groupe à se constituer comme tel, à développer des habitudes à travailler en réseau, à faire émerger ce qui est couramment appelé un « jargon », à savoir une manière de parler qui convient à tous, et qui pourtant est un ciment important d'un groupe ;
- Le pilotage d'une IVRISS requiert une fonction de coordination qui reste souvent mal définie et qui est souvent attribuée à une personne « faisant office de » sans avoir été formée à cet exercice particulier ;
- L'art de piloter un projet fait souvent défaut ; et des outils aussi simples qu'un tableau de suivi des actions ou d'un budget, une planification et une répartition des tâches, voire même une liste des acteurs impliqués ne sont pas mis en place ;
- Le juste équilibre entre « trop de réunions » et « pas assez de réunions » est délicat à trouver ; dans le premier cas, on peut créer facilement un effet de lassitude, voire d'absentéisme ; dans le second cas, les acteurs se sentent écartés ou manquent d'information pour suivre l'évolution de l'expérimentation et continuer à y trouver leur place ;
- Mais cette apparente contradiction cache le fait que ces réunions, quand elles ont lieu, sont souvent peu efficaces en raison d'un ordre du jour imprécis, d'un objectif de travail mal formulé ;
- Les comptes rendus des réunions sont souvent succincts ou adressés très tardivement, ne permettent pas de garder trace du déroulement de l'intervention, des difficultés rencontrées et des solutions qui auront été élaborées au fil de l'eau, ou à l'inverse des faits qui auront permis un ancrage et une stabilisation de l'action sur son territoire. Il y a donc peu d'apprentissage et peu de mémoire du projet, obligeant à prendre du temps (qui est compté pour tous) pour rappeler ce qui a déjà été fait, ce qui reste à faire, les incidents et les événements qui ont ponctué la mise en œuvre de la démarche.

En réponse à ces difficultés, des retours d'expériences montrent que :

1. Le choix de la modalité de gouvernance (et de pilotage) dépend de la complexité de l'expérimentation et en particulier du nombre d'intervenants et de l'étendue du territoire sur lequel elle se déroule ; plus cette complexité est croissante, plus les formes dites de l'organisation pilote ou de la structure dédiée seront privilégiées ; en particulier, ces deux formes permettent plus facilement de dédier une (ou plus) personne au pilotage de l'action, qui se voit ainsi confier un mandat et des responsabilités spécifiques quant au bon déroulement de cette action ;
2. Plus l'expérimentation remet en cause les modes de travail des partenaires qui y participent, et plus cette expérimentation repose sur un travail coordonné étroit, plus on privilégiera la forme dite de la « gouvernance partagée » afin de construire une culture de la transversalité et une culture commune de travailler selon une approche décloisonnée et intersectorielle ;
3. Le choix de la modalité de gouvernance (pilotage) doit être fait au regard des compétences existantes ou à développer à manier les outils de gestion de projet ;
4. La compétence à travailler en réseau doit être développée au sein de l'ensemble des partenaires ; ce travail en réseau doit être pensé différemment selon les niveaux d'implications des acteurs (niveau opérationnel ou décisionnel par exemple) ; dans tous les cas, on peut recommander la mise en place de formations ou d'un accompagnement managérial à cette capacité à savoir travailler en réseau ;
5. Enclencher une démarche intersectorielle et participative entre les habitants d'un territoire, les professionnels, des décideurs et élus locaux nécessite un pilotage et un engagement institutionnels fort ainsi qu'une coordination de terrain, au plus près des habitants et de leur vie au quotidien ;
6. Et finalement la liste de questions suivantes doit aider à prévenir les principales difficultés de pilotage et de gouvernance :

7. Des instances de pilotage et de travail sont-elles mises en place ? Sont-elles réunies régulièrement ? Des comptes rendus sont-ils rédigés ? Sont-ils suffisamment riches pour faire mémoire ?
8. Ces instances de pilotage et de travail réunissent-ils tous les acteurs qui devraient y participer ? Ceux-ci y assistent-ils régulièrement ?
9. Leur animation permet-elle une prise de parole et une écoute de tous ?
10. Les modes de décision sont-ils clairs ? Prennent-ils en compte tous les points de vue exprimés ?



SECTION 3.5 : La communication

Communiquer est essentiel pour :

1. Faciliter la compréhension de ce qu'on veut faire et les objectifs qui sont visés : on parlera de communication « sur » l'expérimentation ;
2. Faire circuler et faire connaître ce qui est mené : on parlera de communication « pour » rendre compte de l'expérimentation.

La communication doit être un travail permanent, qui aura commencé bien avant le démarrage de l'expérimentation, durant celle-ci, mais aussi après sa fin. Cette communication permanente permet de soutenir dans le temps la mobilisation des acteurs et de la population.

La communication « sur » l'expérimentation

Communiquer est un art délicat :

- Une communication pertinente repose sur l'utilisation de mots, textes et visuels qui doivent être compréhensibles, valorisants et mobilisateurs. Or il est souvent rapporté que le terme même d'inégalités sociales de santé, trame des expérimentations promues par ce Guide, est avant tout « *un vocabulaire de décideurs et non pas d'acteurs et d'usagers* » ;
- Mais quand la communication se veut concrète et met en jeu l'objet même (dépistage, remédiation parentale, lutte contre les échecs scolaires...), elle peut rencontrer les écueils que nous avons mentionnés plus haut : stigmatiser une population, donner le sentiment que cette population n'est pas concernée par l'action proposée...;
- Enfin, la communication est difficile à être audible quand on peut avoir du mal à percevoir et comprendre l'apport d'une expérimentation. Ainsi des intervenants disent souvent : « *mais on le fait déjà* », ou encore : « *on a déjà essayé et ça ne marche pas* » ! Que cela soit vrai ou faux n'est pas l'important ; ce qui importe est de pouvoir démontrer combien l'intervention dans son ensemble permet d'agir différemment auprès d'une population, en « testant » certaines hypothèses pour lesquelles le monde académique ou le monde professionnel est encore en attente de réponses et de recommandations.

Nous proposons plusieurs stratégies pour lever ces difficultés et écueils.

Comment parler des ISS ?

Les ISS et les déterminants à la santé sont des termes techniques, peu facilement audibles. Par contre, si on ouvre ces « *boîtes noires* », on identifie différents registres qui vont intéresser plus concrètement et plus aisément les partenaires :

1. En communiquant sur les nouveaux modes de travail en réseau qui sont souhaités,
2. En communiquant sur les effets attendus,
3. En communiquant sur certains éléments originaux de l'intervention et qui vont susciter la curiosité et l'envie.

Exemple 3.13 – Quelques outils originaux qui facilitent la communication sur une IVRISS

Le cercle magique du Prodás

Le PRODAS peut se définir comme une méthodologie éducative et préventive de développement du jeune enfant, basée sur l'expression des ressentis. Il est conçu pour aider les jeunes à se comprendre et se respecter eux-mêmes pour ensuite comprendre et respecter les autres. Il vise à favoriser l'autonomisation et la responsabilisation des enfants.

La méthodologie PRODAS repose sur un outil central : le « cercle magique ». Ce cercle est un groupe de parole (souvent amorcé autour d'histoires) assorti de règles précises destinées à garantir le cadre d'une communication « idéale » et authentique. Chaque cercle s'articule autour d'un thème issu de l'un des 3 facteurs de développement humain (conscience de soi, réalisation de soi, interaction sociale). Le programme est conçu afin que chacun des facteurs soit travaillé de manière progressive. L'objectif étant qu'à la fin du programme les participants comprennent les règles d'une communication efficace, aussi bien dans le cercle que dans leur vie quotidienne.

Le cercle magique donne l'occasion aux enfants d'apprendre à exprimer leurs sentiments, à mieux se connaître, mieux s'accepter les uns les autres, et favorise la confiance en soi en offrant un espace de valorisation, où ils peuvent montrer des compétences qui ont peu l'occasion d'être mises en valeur par ailleurs.

A l'issue de l'expérimentation, a été notée dans la classe une véritable solidarité entre les enfants s'est développée. Ils coopèrent, s'entraident, se respectent et gèrent plus facilement les conflits par la parole. Pour les enseignants, le moment de cercle leur permet de voir leurs élèves différemment, d'avoir un regard positif sur les élèves par ailleurs parfois difficiles ou en échec, et de restaurer une meilleure relation pédagogique avec eux.

Voir : <http://prodas-cerclemagique.org/>

L'outil « prix seuil » d'Opticourses

L'outil « prix seuil » fixe pour un aliment le prix en dessous duquel un aliment de bonne qualité nutritionnelle devient de bon rapport qualité nutritionnel / prix. Ainsi, si le prix affiché dans le magasin (ou au marché) est en dessous du prix seuil pour un aliment donné, c'est une bonne affaire !

Un outil type porte clé a été réalisé par l'équipe qui reprend les différents prix seuils des aliments qui ont une bonne qualité nutritionnelle. Cet outil est plébiscité tant par les participants que les professionnels. Les groupes qui ont eu des versions intermédiaires souhaitent bénéficier de la nouvelle version. Les professionnels, tant des centres sociaux que du CESAM, pensent également pouvoir utiliser cet outil dans leur travail habituel auprès des publics. De nombreux participants interrogés ont gardé cet outil, certains l'ont toujours dans leur sac.

Mettre en scène par un slogan et des supports différenciés

Il s'agit ici de trouver un équilibre entre :

1. Communiquer de manière homogène pour faciliter le repérage de l'intervention sur le terrain ainsi que de créer un « espace » d'acteurs (y compris la population) ayant le sentiment de participer tous ensemble à une même démarche collective ;
2. Communiquer de manière différenciée et ciblée en fonction des intérêts et référentiels des différents acteurs.

Le slogan est un outil privilégié pour communiquer de manière homogène. Pour être efficace et faire sens, il doit :

- Être court, informatif, audible par tous ;
- Jouer sur des mots, des expressions... pour être mémorisable ;
- Être illustré par un dessin, un logo... pour renforcer sa mémorisation ;
- Avoir été élaboré de manière collective, pour s'assurer que ces différentes qualités ou caractéristiques ci-dessous « parlent » à l'ensemble des acteurs.

PRODAS : Développement Affectif et Social. C'est un programme de prévention précoce à destination des enfants (de l'âge de 4 ans jusqu'au collège). Il est conçu pour aider les jeunes à se comprendre et se respecter eux-mêmes pour ensuite comprendre et respecter les autres, mais également favoriser l'autonomisation et la responsabilisation des enfants ainsi que leur bien-être social, affectif et scolaire. Il agit de façon coordonnée sur 3 facteurs essentiels du développement humain : la conscience de soi, la réalisation de soi (et donc l'estime de soi) et l'interaction sociale. C'est un programme pédagogique qui permet un travail de long terme avec les enfants dès le plus jeune âge (4 ans) et tout au long de la scolarité. L'outil principal est le cercle magique. Le PRODAS est mis en place sur Marseille depuis 2005 par le Planning Familial 13. De 2008 à 2012, le programme a fait l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un projet de promotion de la santé sur le territoire « Saint-Mauront – Belle-de-Mai » (3e arr.).

Exemple 3.14 – Slogans ou des acronymes audibles (déjà présenté dans le chapitre 2)

Nous avons tous entendu les slogans des campagnes de promotion de la santé : « mangez 5 fruits et légumes par jours » ; « les vaccins c'est pas automatique »...

Pour communiquer sur le « Livret seuil » qui donne une liste des aliments en fonction de leur QNP, les partenaires d'OptiCourses ont apposé sur sa page de garde le slogan suivant : « « Bon pour mon alimentation et bon pour mon porte-monnaie »

Le slogan développé par l'intervention Belle de Mai – Saint Mauront est original pour communiquer sur la dimension collective de la démarche : « la santé on s'y met tous ». Il fut particulièrement bien compris qu'il est issu d'une démarche participative de type « brainstorming » durant laquelle les acteurs ont été invités à élaborer un slogan.

Le slogan sera rappelé sur tous les différents supports de communication, documents, textes... diffusés auprès de la population, des partenaires et au sein de l'équipe d'intervention.

Le slogan peut enfin être accompagné d'un logo. Le logo peut faire référence à l'intervention elle-même, et donc l'illustrer. Le logo peut aussi faire référence à un ou quelques acteurs principaux et ainsi manifester la légitimité et l'intérêt de l'expérimentation à travers la légitimité de ce / ces acteurs.

Exemple 3.15 – Des logos qui donnent à voir l'intervention

Le Logo de l'EPSP : la visualisation d'une visée et d'une approche méthodologique particulière en santé publique



La visée est annoncée : on ne promeut pas uniquement le soin, mais la santé de la population. La méthodologie est celle de la mise en réseau d'acteurs, représentée par les traits et points.

Le logo d'Opticourses : la visualisation d'une approche et d'une contrainte



La contrainte est donnée : les ressources financières des familles (le porte-monnaie) L'approche est présentée : en ayant de bonnes idées quand on fait ses courses et en étant informé (i.e. « éclairé », l'ampoule), on peut s'offrir un panier bien garni.

Le slogan fait cohérence. Il doit être complété par des supports et du texte de communication qui seront déclinés en fonction des référentiels et des intérêts des différents acteurs.

Communiquer c'est légitimer : l'art de la « théorisation »

Communiquer permet donc de faire savoir qu'une expérimentation existe. Communiquer sert également un second objectif : légitimer ce qui est entrepris.

Dans le chapitre 1, nous avons présenté l'expérimentation et plus généralement l'intervention visant la réduction des ISS comme une « innovation institutionnelle », qui vise à transformer les « institutions », à savoir des normes, valeurs, règles, modes de pensée et formes d'organisation (de l'action collective) qui sont stables et fortement ancrées, considérées comme acquises et peu remises en cause. Et nous avons noté qu'encourager et déployer une telle innovation suppose de lever le paradoxe suivant : *comment des acteurs, encastrés dans un environnement fortement institutionnalisé (comme celui de la santé) peuvent-ils remettre en cause des institutions pour innover ?*

Ce travail de légitimation se fait en « théorisant » l'expérimentation.

Encadré 3.12 – Théoriser l'expérimentation pour légitimer l'action menée

Théoriser consiste à démontrer que l'action est légitime (Munir, 2005). Cette légitimation s'opère à travers trois ressorts :

1. Mettre en évidence les raisons à intervenir. Mais tout un chacun a ses propres raisons. Par ailleurs, et d'autant plus qu'il est question d'une intervention complexe, intersectorielle, tout un chacun, perçoit différemment les raisons à agir, et cela même si des documents « officiels » (tels que des diagnostics territoriaux) auront été élaborés.

Mettre en évidence les raisons à intervenir consiste alors en un travail de « construire collectivement le problème » auquel on veut apporter une réponse ;

2. Justifier l'intervention en démontrant la plus-value et les bénéfices apportés. Ceux-ci seront « théoriques » ou tels qu'attendus au démarrage de l'intervention. Au fil du temps, à travers l'observation, la mise en forme de retour d'expérience et l'évaluation (idéalement au fil de l'eau, voir ci-dessous), des éléments réels et concrets (données probantes, preuves) serviront à justifier l'intervention ;

3. Mobiliser des alliés :

- Avec qui seront construits collectivement les raisons d'agir et la justification de la plus-value apportée ;
- Pour promouvoir l'intervention.

La manière de théoriser, à savoir de construire et justifier un problème et la nécessité d'intervenir, dépend du contexte et peut aussi évoluer dans le temps.

Exemples 3.16 – La lutte contre l'alcool au volant : une théorisation évolutive visible par l'évolution des campagnes de communication

- 1972 : le thème de l'alcool au volant fait l'objet de campagnes spécifiques et circonscrites à ce thème avec la création de la Délégation à la Sécurité routière, instance sous la tutelle du ministère de l'Intérieur.
- 1984 et s. : date de la première campagne de prévention sur le thème de l'alcool par le CFES (). Durant les années 80/90, les campagnes interpellaient tous les publics. Les messages visent à « débanaliser » le produit alcool, à « dénormaliser » sa consommation. Ils excluent les questions liées à l'insécurité routière, les conséquences sociales de l'alcool (isolement, violences...) ou la dépendance, davantage traitée par le milieu associatif.
- Années 2000 : les campagnes des années 2000 ont une approche de plus en plus ciblée, s'adressant soit aux « buveurs réguliers excessifs » (principalement des hommes de plus de 40 ans), soit aux femmes enceintes, soit aux jeunes.
- À partir de 2010 : les dispositifs de communication vont plus loin en amenant chacun à s'interroger et à évaluer sa propre consommation et en orientant vers le dispositif d'information d'aide à distance Alcool Info Service. Les leviers de communication s'appuient davantage sur la norme sociale et l'affirmation de ses propres choix face au groupe.

Ainsi, entre 1984 et 2015, la communication en matière de lutte contre l'alcool a donc logiquement évolué : du général au particulier, du discours d'alerte à la pédagogie, puis à la valorisation des dispositifs d'aide, de conseil et d'accompagnement, tout en bénéficiant des nouvelles opportunités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Voir : le récapitulatif des campagnes de lutte contre l'alcool au volant par le CFES/INPES <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/pdf/campagnes-alcool-v2.pdf>

Communiquer sur les résultats ou la démarche pour mobiliser les acteurs

Enfin la communication sur la démarche, les premiers résultats, des événements, et in fine les résultats aident à maintenir la mobilisation des intervenants, de la population, des partenaires qui soutiennent l'intervention, ainsi que l'équipe de recherche.

Mais tous ces publics ont des attentes différentes et seront sensibles à des informations différentes. Les textes, supports et modalités de la communication doivent être adaptées.



SECTION 3.6 : L'évaluation de l'expérimentation

Nous avons présenté dans le chapitre 2 (section 2.4) les raisons, les deux domaines et les formes attendues de l'évaluation, qui s'appliquent parfaitement au cas de l'évaluation d'une expérimentation.

Nous attirons ici l'attention sur quelques points spécifiques relatifs à l'évaluation d'une expérimentation :

- Définir clairement le périmètre de l'expérimentation (territoire, population, acteurs, déterminants et comportement vis-à-vis de la santé visés) ; dit autrement, c'est rappeler qu'une expérimentation ne peut pas agir « sur tout ».
- Evaluer une expérimentation c'est aussi évaluer ce qui sera potentiellement différent par rapport à un contexte « normal » sans intervention. La grande difficulté est donc de pouvoir identifier et décrire précisément ce contexte général ;
- L'expérimentation étant par définition une nouveauté, identifier le temps nécessaire à créer un climat de confiance en faveur de l'expérimentation, en particulier auprès de la population visée ; accepter également que des critères d'évaluation pourront être définis au fil de l'eau, au fur et à mesure de la progression dans la compréhension de ce qui se passe sur le terrain.

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Avant de mettre en place une démarche évaluative, les questions suivantes doivent avoir été posées et discutées : que voulons-nous comprendre et apprendre ? Que cherchons-nous à transformer ?
2. Il est important d'adopter le principe de la coconstruction de la démarche d'évaluation : les critères, les acteurs y participant, le déroulement dans le temps, les formes de rendus et d'attendus ;
3. Il est important de mettre en place une évaluation au fil de l'eau, au plus tôt du démarrage de l'expérimentation.



SECTION 3.7 : Expérimenter dans le cadre d'une recherche interventionnelle

Nous avons évoqué au chapitre 2 les bénéfices de s'appuyer sur une équipe de recherche (pluridisciplinaire) qui interviendra selon l'approche de la recherche interventionnelle.

Faut-il rester attentif aux difficultés qui peuvent être rencontrées :

- Les temporalités de travail des acteurs de terrain, des décideurs et des équipes de recherche sont souvent différentes ;
- Les objectifs ne sont pas tout à fait les mêmes : les chercheurs doivent publier, les acteurs rendre compte de leurs actions ;
- Les représentations que les chercheurs se font des acteurs de terrain – et réciproquement – ne sont pas dénuées de préjugés ;
- Un éloignement entre les deux sphères qui ne manifestent aussi par un éloignement géographique quand les chercheurs sont peu présents sur le terrain, mais aussi que ces acteurs de terrain vont peu dans les laboratoires de recherche, ne pouvant finalement pas appréhender ce qu'est le travail scientifique au concret ;
- Les acteurs scientifiques et de terrain ne parlent pas le même langage, engendrant des difficultés de compréhension ; cette difficulté naît aussi entre acteurs d'une même sphère scientifique ou professionnelle ; les IVRISS sont par nature pluridisciplinaires et les équipes de recherche ne sont pas forcément habituées à travailler ensemble et à se comprendre autour de méthodologies similaires entre disciplines ; les acteurs sont également variés et intervenants issus de plusieurs professions (travailleur social, médecin, nutritionniste, éducateur...) mais aussi décideurs, managers (etc...) ne partagent pas forcément les mêmes intérêts, enjeux, Et par ex., « *travailleurs sociaux et éducateurs spécialisés sont souvent formés aux techniques d'écoute, de counseling, de plaidoyer, ce qui n'est guère le cas des infirmiers auxquels ces formations peuvent manquer cruellement* » (Greacen, 2013, p. 21).

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Faire dialoguer les deux sphères pour co-construire l'objet de l'intervention. C'est aussi parfois la particularité du parcours du chercheur au plus près des réalités de terrain de part des activités associatives, qui aura une telle appréhension des réalités de terrain. Ce peut être aussi en s'appuyant sur tout le travail associatif (le CISS par ex.) ou des dispositifs (ASV...) qui produisent très régulièrement des rapports d'activité, organisent des conférences et des rencontres etc...
2. Echanger sur la manière dont les chercheurs et acteurs de terrain considèrent et définissent les notions même d'ISS, de déterminants à la santé... et de recherche interventionnelle ;
3. Clarifier collectivement les responsabilités de chacun et du périmètre des collaborations entre chercheurs, intervenants en promotion de la santé et acteurs de terrain ;
4. Mettre en place des dispositifs de pilotage conjoint et de rencontres régulières pour suivre le déroulement de l'expérimentation ;
5. Veiller à une stabilité de l'équipe de recherche et à sa présence sur le territoire.



CHAPITRE 4 Pérenniser une IVRISS

Le chapitre 4 aborde la question de la pérennisation d'une IVRISS et s'organise autour de 5 thèmes : 1) Quoi pérenniser ? 2) Préparer la pérennisation ; 3) Quelles modalités pour pérenniser ? 4) Les acteurs de la pérennisation et 5) La place de la recherche (interventionnelle) dans la pérennisation.



SECTION 4.1 : Qu'entend par pérennisation ?

La pérennisation peut s'entendre de trois manières (Shediac-Rizkallah et Bone, 1998) :

1. La pérennisation des effets d'une intervention, après son arrêt. C'est de cette manière que la pérennisation est envisagée dans la « grille d'appréciation des actions de réduction des ISS » (Guichard et Ridde, 2010) ; elle est alors évaluée à partir de trois critères :
 - 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 ;
 - Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles) consacrées aux activités de l'intervention ;
 - Des risques organisationnels (recrutements, locaux, écritures de projet...) ont été pris en faveur des activités de l'action.
2. La pérennisation de l'intervention elle-même, après une première expérimentation (ou premier déploiement), même si cette intervention est elle-même prévue sur une période donnée. Pour décrire cet objectif, on utilise également les termes d'institutionnalisation ou de soutenabilité (à savoir la capacité à maintenir les ressources nécessaires pour la poursuite de l'action).
3. La pérennisation de compétences / capacités nouvelles au sein de la population bénéficiaire.

Dans le contexte de ce guide, nous nous intéressons principalement aux second et troisième cas de figure.

Alors même que le devenir attendu d'une expérimentation est celui de la poursuite dans le temps de l'intervention (sauf preuves insatisfaisantes élaborées par une évaluation), c'est pourtant encore le « maillon faible » des programmes en santé, notamment ceux visant la réduction des ISS. Et en particulier quand, à la fin de l'expérimentation certains soutiens financiers, institutionnels ou organisationnels, ou encore le soutien d'une équipe de recherche, prennent fin. C'est précisément dans ce contexte que le terme de pérennité est apparu dans le domaine de la santé publique dans les années 1980. Ceci est d'autant plus dommageable si l'expérimentation a apporté la preuve (à travers une évaluation) de son efficacité en termes de réduction des ISS. De plus, l'arrêt d'une intervention engendre très souvent une déception parmi la population concernée, et tous les intervenants qui se sont mobilisés, et qui ont commencé à acquérir de nouvelles pratiques.

Ainsi, la pérennisation consiste en la poursuite dans le temps d'une intervention sur son territoire de première implantation (ou expérimentation). Cette pérennisation porte à la fois sur :

- Les effets attendus de l'intervention ;
- La dynamique collective, les modalités organisationnels et de financement nécessaires à la poursuite de l'intervention.

Il existe de nombreuses définitions et l'encadré suivant (encadré 4.1) en liste quelques unes. Dans le cadre de ce guide, nous nous intéressons qu'au second point (dynamique collective, modalités organisationnelles et modes de financement) ; nous soulignons donc en gras les termes et expressions qui seront discutés dans ce chapitre :

Encadré 4.1 - Définitions de la Pérennisation

- Pour l'INPES, « La pérennisation concerne le devenir des programmes. La pérennisation est centrée sur le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux programmes, la pérennité étant le résultat du processus de la pérennisation traduit dans les routines organisationnelles » (Ridde et al., 2010, p. 262)
- L'agence américaine de développement international (USAID) en avait donné la définition suivante : « un programme de développement est pérenne quand il est capable de fournir un niveau satisfaisant de bénéfiques pour une période de temps étendue suite à l'arrêt des appuis des bailleurs externes sur les plans financier, managérial et technique ».

La pérennisation de l'intervention sur d'autres territoires que ceux initiaux de son expérimentation est appelée dans ce guide « la diffusion de l'intervention » (ou transférabilité). Elle fait l'objet du chapitre 5 suivant.



SECTION 4.2 : Des outils pour soutenir la pérennisation

Débutons ce chapitre en rappelant que les acteurs disposent désormais d'un certain nombre de grilles de type « aide à la décision » ou « démarche qualité » qui les aident à se poser les bonnes questions pour pérenniser une IVRISS et qui leur suggèrent quelques recommandations. Sans vouloir ici présenter l'ensemble de ces grilles, nous nous focalisons sur deux d'entre elles, très fréquemment citées dans les revues et études (la grille « Closing the loop » et la grille élaborée par l'INPES) (Potvin, 2010).

La grille «Closing the loop »

Cette grille a été élaborée dans le cadre d'un projet européen « Stratégies d'action pour la lutte contre les inégalités de santé » qui visait à recenser les bonnes pratiques pour lutter contre les inégalités de santé. Elle ne s'intéresse pas uniquement à la question de la pérennisation mais bien sûr à l'ensemble d'une démarche d'expérimentation – pérennisation – diffusion.

Encadré 4.2 - La grille Closing the Loop

La grille est construite autour de 11 domaines d'analyse (se déclinant en plus de 5° critères d'appréciation) :

- La participation du public ;
- L'accessibilité de l'action ;
- La mise en place d'une approche par milieu ;
- L'établissement d'un diagnostic des besoins ;
- Le développement du pouvoir d'agir ;
- La mise en place de partenaires ;
- La conduite d'une évaluation ;
- **La mise en place d'une démarche pour assurer la pérennisation ;**
- Le recours à une analyse coût-efficacité ;
- L'utilisation d'intermédiaires ;
- La présence d'une démarche qualité.

Si à l'exception d'un critère portant sur l'accessibilité de l'action aux publics, d'aucun estime (Guichard et Ridde) que la problématique spécifique des inégalités sociales de santé n'est pas réellement prise en compte.

Pour les auteurs, « *La structure finale de cet outil reflète la volonté de s'adapter à la diversité des pratiques des pays partenaires, d'où sa simplification [...]. 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, d'autant qu'il amorçait une démarche très attendue de mutualisation des connaissances et des expériences directement utilisables par les promoteurs d'actions* » (p. 301).

La grille de l'INPES, 2010

S'inspirant de différentes grilles élaborées en Europe (dont celle-ci-dessus) ou au Canada, et des retours de pratiques issues de leur utilisation, Guichard et Ridde ont proposé dans le cadre du Rapport de l'INPES sur la Réduction des inégalités sociales de santé (coordonné par Potvin L.) deux grilles qui ont tout d'abord fait l'objet d'une expérimentation dans trois régions françaises (Bretagne, Limousin et Rhône-Alpes) portant sur 13 actions. La première est descriptive et permet à partir de 38 questions de présenter l'intervention.

La seconde grille, présentée dans le rapport INPES, a pour objet de « 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 inégalités sociales de santé » (Ibid., p 298).

La grille est composée de cinq rubriques (planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation et pouvoir d'agir) qui regroupent 51 critères d'appréciation.

Encadré 4.3 - Les critères relatifs à la pérennisation dans la grille de l'INPES (2010)

La grille repose sur les principes de la démarche qualité et est conçue pour être utilisée en entretiens qualitatifs (par une personne expérimentée en méthodologie de projet par ex.), même si un usage autonome de la grille par les membres de l'intervention est également possible. La grille est construite autour de critères d'efficacité relatifs à la dynamique de l'intervention (planifier, mise en œuvre, pérennisation et évaluation) et de critères d'équité pour tenir compte des spécificités liées à l'objectif de réduction des ISS. Elle s'inspire également des principes de l'évaluation réaliste pour tenir compte des phénomènes de leadership et des processus de concertation, prend en compte la question de la capacité à agir, et finalement des spécificités liées au contexte français (et testées durant l'expérimentation en régions).

Trois critères concernent la pérennisation et sont ainsi formulés :

- 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 (voir commentaire ci-dessous) ;
- Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'intervention ;
- Des risques organisationnels (recrutement, locaux, écriture de projets...) ont été pris en faveur des activités de l'action.

Est entendu ici par « pérennisation », la pérennisation des effets d'une intervention une fois celle-ci arrêtée. Nous mentionnons néanmoins cette grille en raison de sa pertinence dans le contexte particulier d'une évaluation d'une expérimentation en vue de la perdurance dans le temps (pérennisation de l'action et non pas uniquement de ses effets). Disons-nous ci-dessous (section 4.3) que cette perdurance est souvent menée selon des modalités « allégées » par rapport à celles déployées lors de l'expérimentation. Ce critère posé par l'INPES interpelle les acteurs sur la précaution suivante : comment s'assurer que les mêmes effets vont continuer à se produire alors que l'intervention est « allégée » ?

Enfin, aucune grille ne peut être exhaustive dès lors que sa généralité ne peut pas totalement convenir à la spécificité de chaque IVRISS, de chaque territoire et de chaque configuration d'acteurs qui la porte.

Pour autant, deux items nous semblent trop largement absents de ces grilles : l'un relatif au périmètre de la pérennisation, le second relatif à la place et au rôle de l'équipe de recherche initialement présente lors de l'expérimentation de l'intervention. Nous proposons ci-après de porter attention sur certains leviers favorisant la pérennisation, sur ces deux items souvent « oubliés » ainsi que sur des items plus habituels (préparer la pérennisation, les modalités organisationnelles et financières de la pérennisation, les acteurs et l'évaluation).

Les récits d'expériences

Nous renvoyons au chapitre 5 suivant (section 5.4) qui présente de manière détaillée ce que sont ces récits, technique développée en particulier par la plate-forme des Ateliers Santé Ville pour soutenir la transférabilité des interventions qu'ils ont mis en place.

Les récits sont une narration chronologique et structurée du déroulement d'une intervention, écrite de manière collective à partir des expériences vécues par les acteurs (idéalement y compris la population concernée) et de données plus objectives (rapport d'activité, rapport d'évaluation, compte-rendu de réunions...).

Ce sont ainsi la mémoire de l'intervention, fort utile pour soutenir dans le temps la pérennisation de celle-ci. Egalement, ils recensent aussi « les bonnes pratiques » ou « nouvelles pratiques » qui ont été acquises, permettant ainsi de sauvegarder l'originalité de l'intervention par rapport aux habitudes dominantes.



SECTION 4.3 : Quoi pérenniser (périmètre de la pérennisation)

Un premier objectif est de pérenniser l'IVRISS telle qu'elle aura été expérimentée ; tout au plus sera-t-elle ajustée dans quelques modalités pour tenir compte d'une évaluation ou de retours d'expérience du terrain. Mais dans les faits ce cas est presque théorique et correspond peu à ce que l'on observe. La pérennisation est également (tout comme l'expérimentation) une démarche dynamique qui doit être adaptée au contexte qui aura très certainement évolué par rapport à ce qu'était ce contexte durant la phase d'expérimentation. La pérennisation dépend donc également de la capacité des acteurs à l'adapter aux évolutions de l'environnement.

Ainsi nous pouvons distinguer plusieurs situations.

1° situation : un accroissement du volume d'activité oblige à revoir certaines modalités organisationnelles ou financières

Pourrait-on dire que ce cas est celui attendu et nous distinguons deux situations types :

- Un dispositif est expérimenté sur un nombre restreint d'utilisateurs tandis que c'est une population plus importante qui doit être accompagnée ou prise en charge par la suite ;
- La popularité d'une action, sa visibilité, sa crédibilité ou encore son intérêt démontré durant la phase d'expérimentation « attirent » davantage d'utilisateurs, mais aussi de professionnels ou d'organisations qui veulent y participer ; c'est parfois une extension (plus ou moins importante) du territoire de l'intervention qui peut être décidée.

La première situation peut davantage être anticipée au contraire de la seconde. Dans tous les cas, cet accroissement d'activités modifie les modalités de poursuite de la pérennisation et pourrait conduire à son affaiblissement, si elles sont mal appréhendées et mal gérées.

Pour éviter quelques difficultés lors de la pérennisation, les acteurs sont encouragés à poser les questions suivantes :

1. Quel est le potentiel du territoire ? Doit-on se limiter, veut-on, peut-on se limiter au territoire initialement prévu ?
2. Quelles sont les conséquences ? Nécessité d'accroître les intervenants et les partenaires ? Devra-t-on adapter les modalités organisationnelles ? Peut-on financer cet accroissement ? L'extension de la population ou du territoire aura-t-il un impact sur les effets attendus de l'intervention ?

Les acteurs doivent également porter attention sur les points suivants ;

1. Mener des enquêtes ou des études plus qualitatives (ou toute autre forme de collecte d'informations, en discutant avec les partenaires ou la population) pour apprécier l'éventuel accroissement d'activité ;
2. Analyser l'impact de cet accroissement sur les modalités organisationnelles et financières de l'intervention ; négocier avec les principaux partenaires une augmentation de leur propre participation ; identifier éventuellement de nouveaux partenaires ; trouver de nouveaux lieux d'accueil (quand l'IVRISS requiert des espaces d'activités particuliers) ;
3. Analyser avec les partenaires les modifications sur l'intervention elle-même résultant de l'accroissement de la population qui peut présenter des caractéristiques différentes ;
4. Etudier comment moduler dans le temps l'accroissement de l'activité (et donc ses conséquences organisationnelles et financières).

2° situation : le risque d'un affaiblissement de l'intervention par désaffection de certains partenaires

Cette situation inverse à la précédente est cependant celle le plus souvent rencontrée. Cette désaffection découle :

- D'un retrait d'un partenaire qui ne veut plus ou souhaite moins s'impliquer dans la poursuite de l'intervention,
- De la suppression de postes ou de temps d'intervention par manque de financement, suite à un changement réglementaire, ou suite à un changement dans la stratégie du dit partenaire.

Les conséquences de ces cas de retrait doivent être évaluées sur les items suivants :

- La mobilisation ou la communication auprès de la population visée ;
- La mobilisation ou l'implication d'autres partenaires ;
- La mise en œuvre de certains éléments de l'intervention ;
- La mise à disposition de ressources (financières, immobilières, d'outillage...);
- La crédibilité ou la visibilité de l'intervention.

Deux stratégies de réponses peuvent être envisagées :

1. Compenser les effets de la désaffection d'un partenaire en recherchant de nouveaux partenaires, en mobilisant de nouveaux acteurs ou en accroissant l'implication de ceux toujours présents ;
2. Modifier l'intervention pour la rendre réaliste et réalisable compte tenu de ce nouveau contexte :

Exemple 4.1 - Adapter une intervention quand un partenaire fait défaut

Opticourses vise à modifier les comportements d'achats alimentaires des populations défavorisées en agissant sur deux volets : la demande (population) et l'offre (les magasins alimentaires). Concernant le volet demande (les ateliers), il est actuellement en phase de transférabilité au sein des CODES de la région PACA (avec un financement de l'ARS-PAA) et au sein du réseau des villes VIF dans deux autres régions de France (Nord Pas de Calais et Auvergne Rhône-Alpes, avec un financement FFAS) (fin 2016).

Concernant le volet offre, à la fin de la période d'expérimentation, l'intervention n'a pas été poursuivie par les magasins partenaires. Dès le début, ce volet de la recherche interventionnelle avait été plus pensé comme une preuve de concept que comme une intervention qui devait se poursuivre dans le temps. De plus, l'enseigne des magasins om avait eu lui l'intervention (enseigne DIA) a fermé dans l'année qui a suivi l'intervention « Manger TOP ». Malgré tout, cette expérimentation d'un logo nutritionnel en conditions réelles était une expérience unique en France (avec une autre intervention précédemment menée par les mêmes équipes, c'est-à-dire UMR NORT et agence Link-Up, dans des magasins Casino, avec un financement de la DGS). La conduite de cette étude et les enseignements qui en ont été tirés ont été précieux lors de la mise en place par Link-Up de l'actuelle étude comparative en conditions réelles des différents logos nutritionnels proposés dans le cadre de la nouvelle loi de santé en France et du règlement européen INCO sur l'information du consommateur.

Dans les quartiers de la Belle de Mai et de Saint Mauront, le Programme de développement affectif et social (PRODAS) a été mis en œuvre par le Planning Familial des Bouches du Rhône sur 58 classes entre 2008 et 2011. Jusqu'en 2010-2011, les séances se déroulaient en demi-groupe classe (entre une demi-heure et ¾ d'heure par groupe), un assistant d'éducation prenant en charge l'autre demi-groupe lorsque l'enseignant anime la séance. A partir de l'année scolaire 2011-2012, la suppression des postes d'assistant d'éducation a induit une nouvelle adaptation du programme en classe entière. Une nouvelle organisation pédagogique du Planning Familial a été élaborée avec les enseignants. Leur attachement au programme et ces temps de travail collaboratif ont été déterminants pour s'adapter à ces réductions de moyens.

Une telle modification des modalités de l'intervention requiert un travail collectif entre les partenaires et ne peut se décider seul : au risque de prendre une décision peu satisfaisante en l'absence de l'avis de tous, au risque de prendre une décision qui ne serait pas acceptée par les autres partenaires. Une logique de discussion et de concertation doit être menée.

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

- Assurer l'implication des structures partenaires (par conventionnement notamment) en impliquant les responsables de structures qui ont un pouvoir de décision dans la définition des problématiques, des moyens, et des actions mises en œuvre ;
- Reconnaître l'expertise de chaque acteur et assurer l'équité dans les échanges pour favoriser l'enrôlement permanent de nouveaux partenaires ;
- Générer de multiples instances de problématisation et de co-construction qui favorisent le développement des connaissances et des pratiques des acteurs et maintient ainsi leur intérêt de participer à l'intervention ;
- Chercher à imbriquer l'intervention dans des dispositifs intersectoriels ancrés localement ou nouvellement institutionnalisés (Commission de coordination de politiques publiques, Ateliers Santé Ville, Conseils de Citoyens).

3° situation : la pérennisation partielle

Cette troisième situation est ici envisagée comme une stratégie volontaire.

C'est alors dès le départ (et souvent tel que défini dans le protocole d'expérimentation) que les partenaires décideront de dissoudre partiellement leur dynamique collective initiale pour n'en conserver que certains éléments.

Cette pérennisation partielle peut aussi être décidée au fil du temps quand, par ex. :

- Des risques d'affaiblissement tels qu'évoqués précédemment apparaissent ;
- L'ingénierie complexe de l'expérimentation s'avère ne pouvoir être poursuivie (faute par ex. de renouvellement de financement, ou de maintenance dans le temps de temps d'intervenants).

Quelles qu'en soient les raisons, nous attirons l'attention sur le point suivant : les éléments de l'intervention devant être poursuivis doivent être clairement identifiés, tels que :

- L'utilisation d'un outil de repérage, d'évaluation ou d'orientation ;
- L'animation d'un lieu de rencontre et d'accès à l'information ;
- La diffusion de plaquette d'information ;
- Une liste d'intervenants professionnels ;
- Etc...

4° situation : une simplification pour pérenniser

La mise d'une intervention prenant en compte plusieurs déterminants et définie dès le départ sur une durée limitée implique d'engager un processus de priorisation des problématiques sur lesquelles agir. En prenant en compte l'expertise de chaque acteur et les multiples facteurs qui influent sur les déterminants de santé, l'IVRISS s'expose à l'émergence de multiples problématiques non identifiées a priori. Elle implique l'identification de nouvelles ressources et d'élargir la démarche intersectorielle pour potentiellement agir sur ces nombreux facteurs (moyens financiers, nouveaux acteurs mis à disposition, implication de politiques publiques hors du champ de la santé). Les cadres expérimentaux ne permettent cependant pas aux acteurs de projeter une IVRISS sur une longue temporalité. Il apparaît ainsi nécessaire de pouvoir, avant la fin de la période expérimentale, d'assurer un processus de priorisation des déterminants sur lesquels agir, avec le risque de démobilitation de certains acteurs.

Cette démarche de simplification pour mieux s'assurer de la pérennisation de l'intervention suppose néanmoins que celle-ci soit dans le même temps largement reconnue par plusieurs acteurs clés et les institutions, que ses actions mises en œuvre soient communiquées, et qu'elle puisse s'ancrer progressivement dans des dispositifs locaux existants.

Exemple 4.2 - Prioriser pour favoriser le sentiment de pouvoir agir

La démarche de santé communautaire dans le programme « La santé à Saint Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! »

Dans la 1^{ère} phase de la démarche (2008-2010), 4 assemblées plénières (43 à 78 personnes dont deux tiers d'habitants en moyenne), 12 ateliers citoyens et 16 réunions du réseau de santé communautaire ont initié la constitution d'une dynamique participative et ont permis de diagnostiquer de nombreuses problématiques sur la santé et le bien-être des familles (exemples : accès aux droits et aux soins, cadre de vie et logement, relations entre les familles et l'école, santé bucco-dentaire). Cette démarche, animée par l'association Université du Citoyen, a ainsi permis dans un premier temps d'amorcer une vision commune du territoire, de favoriser l'interconnaissance des acteurs, et de cibler les moyens d'agir existant et ceux à développer.

Cependant, afin de créer les conditions pour permettre aux différents acteurs de travailler ensemble à la mise en place de solutions, d'activités et d'actions faisant suite à l'analyse des problématiques ciblées et des propositions travaillées, il a ensuite été nécessaire dans une seconde phase de prioriser certaines thématiques. Dans le cadre de l'évaluation de cette démarche, les entretiens semi-directifs réalisés auprès des représentants institutionnels, des professionnels et des habitants ayant le plus participé au programme soulignaient en effet la difficulté ressentie des partenaires à prendre en compte la multiplicité des déterminants sociaux et environnementaux mis en évidence. En janvier 2011, plusieurs groupes de travail ont de ce fait été mis en place. Ils ciblaient trois domaines : accès aux droits et aux soins, lien école-familles, cadre de vie et logement. Plusieurs objectifs d'actions y ont été construits, engagés et intégrés dans un nouveau plan d'action jusqu'en 2014.

Des réunions du réseau de santé communautaire et des assemblées plénières ont continué à être organisées afin de donner plus de place et d'ampleur à la priorisation des objets de travail, de développer et de construire une connaissance plus large des problématiques ciblées, et de faire émerger de nouvelles pistes de travail et d'actions.

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Développer une culture et pratiques professionnelles centrées sur la priorisation collective des problématiques en fonction notamment des possibilités d'agir des acteurs, des marges de manœuvres institutionnelles, de la pertinence et de la gravité des constats.
2. Nécessité de s'inscrire dans le temps avec des interventions pluriannuelles, avec une perspective d'engagement sur une temporalité plus longue dans la perspective de réduction des ISS
3. Asseoir une vision commune entre les différents acteurs (institutionnels, professionnels, habitants) du changement souhaité sur un territoire grâce à l'intervention afin de faciliter le processus de priorisation. Définir le niveau d'action souhaité pour atteindre les changements souhaités dans la phase de pérennisation :
 - Actions ponctuelles ? Stratégies multiples ?
 - Niveau de changements souhaités ? (évolution des pratiques, nouvelles actions, modifications de programme, de politiques, de fonctionnement)
 - Nombre de structures et d'institutions impliquées ?
 - Quels espaces de travail et de coordination pour favoriser l'engagement et l'implication de tous ?

5° situation : la pérennisation « invisible »

Quelles que soient les trois précédentes situations envisagées précédemment, la pérennisation va bien souvent au-delà du formel qui est décidé et mis en œuvre. Nous la qualifions d'invisible puisque non formellement prévue ou anticipée par les acteurs de l'intervention ; mais c'est pourtant celle qui constitue un terreau riche qui, aussi, transforme sur un temps long, peu à peu, le contexte général et modifie les déterminants à la santé, tout autant que l'attitude des acteurs, publics et privés, institutionnels ou professionnels, ou encore la population, à s'approprier la problématique des inégalités sociales de santé, et à développer des compétences à agir dans des logiques davantage intersectorielles.

Il est donc important de repérer ces transformations invisibles, et par exemple :

- Dans le discours des acteurs ;
- Dans leur mobilisation sur d'autres interventions ou dynamiques intersectorielle similaires ;
- Dans la modification de leurs pratiques, l'enrichissement des tâches et activités... ;

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Encourager et soutenir (méthodologiquement) les partenaires à développer une pratique réflexive sur leur participation à une IVRISS, au-delà de toute démarche d'évaluation qui aura pu être menée.
2. Mettre en place, de manière *ad-hoc*, des espaces de réflexion et d'auto-évaluation sur les moyens de maintenir la dynamique collective, l'organisation des espaces de travail, le sens donné au travail collectif tel qu'il est mis en place :
 - Quelles propositions pouvons-nous faire pour favoriser les liens entre les différents acteurs de cet espace collectif ?
 - Qu'est-ce que cela représente, signifie pour vous de travailler de cette façon ? Cela répond-il à vos attentes ?
 - Etes-vous satisfait de la façon dont les thèmes et les orientations ont été décidés dans les groupes de travail ?

Une pérennisation à rendre visible : le changement de pratiques

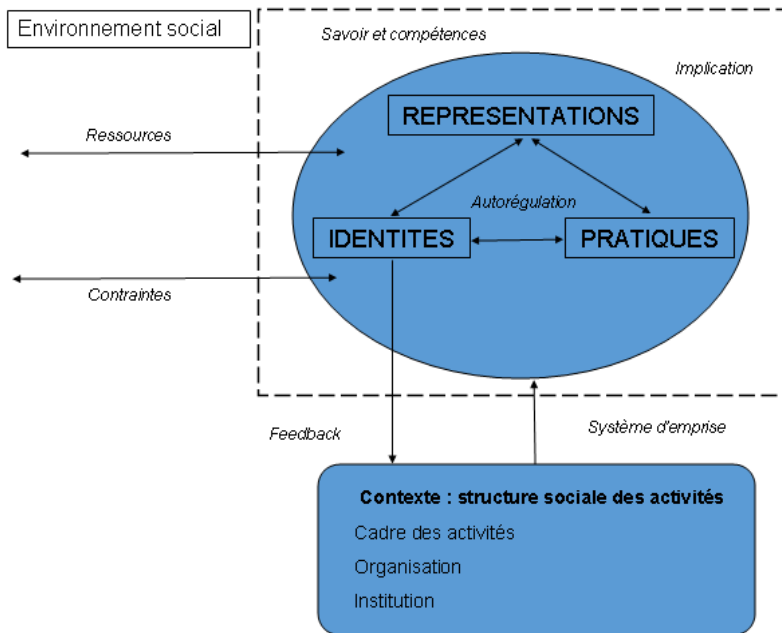
Un cas particulier mais pourtant essentiel d'une pérennisation invisible est relative aux changements de pratiques des acteurs et de la population, induits par l'intervention. C'est pourtant l'essentiel qui est attendu d'une IVRISS, mais paradoxalement peu souvent repéré ou évalué.

La pratique se réfère à l'expérience des individus et à la manière dont ils vivent une action. Elle est une connaissance expérientielle ou encore en « savoir en action » (Schön, 1983) ; elle repose sur trois éléments constitutifs :

- L'identité : liée au monde professionnel, associatif ou familial auquel on se réfère pour répondre à la question : « Qui suis-je ? » ;
- Les représentations : relatives à la manière dont un individu considère sa fonction, son métier ou encore son activité ; ainsi être médiateur social dans son association et exercer cette fonction dans le contexte particulier d'une IVRISS amène l'individu à revisiter des croyances, conceptions et valeurs qui vont orienter sa pratique ;
- Des activités et des tâches : menées concrètement pour opérer une transformation que l'individu veut poursuivre intentionnellement.

Encadré 4.4 - L'analyse des pratiques professionnelles (APP)

C'est à partir des travaux de Blin (1997) qui s'est interrogé sur la production et la transformation des professionnalités qu'une méthodologie d'analyse des pratiques professionnelles a été développée. L'on considère que l'élargissement des champs professionnels à de nouvelles fonctions ou à de nouvelles actions tend à faire émerger des compétences inhabituelles qui transforment les identités professionnelles ou les représentations du monde sur lequel on veut agir.



(d'après Blin, 1997)

L'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) repose sur les éléments suivants :

- quant aux représentations professionnelles : questions relatives à la fonction et au contexte de l'activité (lieu d'activité, organisation, partenaires...)
 - quant à l'identité professionnelle : questions relatives aux domaines de référence structurant les appartenances, la vision du métier ou de ses activités, la vision sur les relations entre acteurs...
 - quant aux pratiques professionnelles : questions relatives à l'évolution du métier, des compétences et des connaissances requises, des outils / démarches et des acteurs avec qui interagir ; questions relatives aux conduites d'adhésion ou de contournement
- Pour aller plus loin : Blin (1997), Grenier et al. (2006)

L'on considère alors que les nouvelles pratiques feront d'autant plus sens et seront d'autant mieux articulées avec celles que l'acteur continue à déployer dans sa structure qu'elles sont appropriées. Ce qui amène à porter attention sur les points suivants :

- Accompagner méthodologiquement les acteurs à questionner leurs pratiques, identités et représentations pour trouver des manières de faire dans l'organisation ou le contexte dans lesquels il travaille ;
- Intégrer l'analyse des pratiques professionnelles dans la démarche d'évaluation de l'expérimentation, pour préparer au mieux la pérennisation de l'intervention.

Et plus généralement :

- Ne pas se satisfaire un diagnostic de santé qui aura été réalisé avant le démarrage de l'expérimentation. Non seulement l'environnement général et celui du territoire change, mais surtout (peut-on l'espérer) le comportement et les attitudes de la population ainsi que des partenaires à l'intervention. L'entrée dans la phase de pérennisation doit débiter par une actualisation de ce diagnostic. Cette actualisation n'est en effet pas qu'un simple recueil de données mais aussi des occasions d'amorcer des espaces de problématisation, de réflexion, de partage de ressources et d'expertises. C'est une étape de diagnostic dynamique car elle crée des espaces de mobilisation et de participation sur lesquels l'intervention peut s'appuyer et perdurer par la suite. Elle permet ainsi de dresser un état des lieux d'une situation, d'un phénomène, en même temps qu'elle produit du changement par l'implication des différentes parties prenantes. Il s'agit en somme de construire avec les acteurs un cadre de savoirs des problématiques mais aussi des possibilités d'action sur l'analyse des déterminants clés des inégalités sociales de santé au niveau local, et les leviers et moyens d'actions réalistes qui peuvent être développés par les acteurs participants au diagnostic.



SECTION 4.4 : Préparer la pérennisation

Envisager la pérennisation dès la phase d'expérimentation

On peut édicter une « règle d'or » de la manière suivante : la pérennisation se prépare au plus tôt, idéalement dès l'élaboration du protocole d'expérimentation. Ainsi :

- La mobilisation de certaines parties prenantes est facilitée si elles ont l'assurance que la démarche interventionnelle se poursuivra au-delà de la période (toujours courte) d'expérimentation ; cela les engage davantage à chercher à positionner l'intervention en fonction des contraintes de leurs structures et à rechercher au plus tôt des ressources (en temps, financières, humaines) en leur sein ;
- Les parties prenantes pourront construire ensemble dans une perspective de plus long terme leurs intérêts respectifs à coopérer ;
- Elles seront d'autant plus encouragées à explorer des pratiques (démarches partenariales, outils...) adaptées aux spécificités de l'IVRISS et de disposer d'un temps nécessaire à leur appropriation ;
- Pour autant, toutes les parties prenantes (structures au sens juridique et/ou individus travaillant dans ces structures) ne sont pas forcément intéressées à poursuivre leur investissement dans l'intervention. Le porteur de l'expérimentation devra identifier au plus tôt celles désireuses de poursuivre la démarche et d'identifier de nouveaux partenaires en remplacement qui pourront être intégrés de manière sereine durant l'expérimentation ;
- Dès lors que la visée de la pérennisation est établie, l'équipe qui mène l'expérimentation devra porter attention à capitaliser ce qu'elle aura appris, compris, observé.... pour être ensuite déployé dans le temps ; nous renvoyons le lecteur au chapitre 3 et à l'importance que nous avons portée sur la réalisation de comptes rendus de réunion et d'une évaluation au fil de l'eau comme autant d'éléments de mémoire : quand on connaît le « passé », on peut mieux envisager « l'avenir » !
- Enfin, il faut prévoir durant le déroulement de l'expérimentation de monter en compétences (par des formations par ex.) certains acteurs mobilisés ou recrutés qui, dans le contexte différent de la pérennisation, devront endosser de nouvelles fonctions (animation, coordination, communication, gestion comptable et financière de l'action...) ou qui devront agir de manière plus autonome (après l'arrêt de certains dispositifs de pilotage propres à l'expérimentation ou le retrait de l'équipe de recherche-intervention).

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1. Répondre à un ensemble de questions pour préparer la pérennisation :
 - Que voulons – nous pérenniser ?
 - Avec quels partenaires la pérennisation pourrait-elle être menée ?
 - Auprès de quelle population (caractéristiques, taille) la pérennisation pourrait-elle être menée ?
 - Sur quel territoire la pérennisation pourrait-elle être menée ?
 - De quels moyens (humaines, financiers, organisationnels, immobiliers...) pouvons-nous disposer pour pérenniser l'intervention ?
 - Quels programmes de formation et montée en compétences devons-nous mettre en place au bénéfice de certains intervenants qui auront à endosser des fonctions nouvelles lors de la pérennisation ?
 - Quelles stratégies correctives pouvons-nous mettre en œuvre en cas de difficultés à la pérennisation ?
2. Cette liste de question n'est pas exhaustive ; elle doit être mise en discussion selon les modalités suivantes :
 - Renouveler le questionnaire au démarrage / en cours de l'expérimentation et avant sa fin ;
 - Discuter collectivement des questions pour apporter des réponses acceptables par tous.

Définir le protocole d'expérimentation pour faciliter la pérennisation

Nous renvoyons le lecteur au chapitre 3 sur l'expérimentation et les différents écueils à éviter qui peuvent potentiellement affaiblir la pérennisation d'une intervention.

Encadré 4.5 - Préparer la pérennisation : les principaux écueils à éviter (pour rappel)

- L'objet de l'intervention est-il compris de l'ensemble des partenaires et de la population ?
- Un ou quelques porteurs ont-ils été clairement identifiés, comme désireux de poursuivre l'intervention ?
- L'accès à la population est-il sauvegardé ?
- La communication auprès des partenaires et de la population a-t-elle faite de telle sorte à mettre en valeur la volonté de faire perdurer dans le temps l'action ?
- La pérennisation est-elle perçue comme réalisable, notamment d'un point de vue financier et/ou de son inscription dans le droit commun ?
- Dispose-t-on de ressources (matériel et professionnels notamment) suffisants en quantité et en qualité, pour pérenniser l'intervention ?
- Le processus et la logique de l'intervention sont clairs et compréhensibles ?

Créer de la continuité entre l'expérimentation et la pérennisation

Un écueil de l'expérimentation est d'être entendue par les acteurs, mais plus largement par l'environnement et la population comme une démarche « isolée » ayant eu un démarrage et connaissant une fin, souvent repérée quand on se livre à son évaluation ou que certains acteurs, recrutés spécifiquement pour la mener (comme par ex. certains chercheurs) quittent la scène.

Entamer les démarches pour pérenniser l'intervention est alors perçue comme une nouvelle démarche, que certains peuvent avoir quelques difficultés à relier à l'expérimentation. D'autant que le temps de l'évaluation de l'expérimentation pouvant être long, tout autant que celui de décider des modalités de la pérennisation et de les mettre en place, certains acteurs peuvent être dans l'oubli ou se sentir moins concernés. C'est leur mobilisation qui en sera affectée. Tout se passe alors comme si « *l'histoire s'est terminée* » et que l'on propose de faire quelque chose de nouveau. Et comme déclarait un chercheur : « *les acteurs de terrain perdent la logique de l'intervention* ».

Il est essentiel de créer et valoriser la continuité entre le temps de l'expérimentation et celui que l'on souhaite entamer de la pérennisation. Plusieurs façons de faire ou tactiques permettent de donner à voir cette continuité :

- Affirmer la volonté de pérennisation dès le démarrage de l'expérimentation (voir ci-dessus) ;
- Rencontrer les acteurs et rechercher leur mobilisation (et les conditions de celles-ci) au plus tôt ;
- Déployer l'expérimentation sur plusieurs quartiers pour mieux anticiper les conditions favorables à sa pérennisation ; ou encore déployer l'expérimentation par vagues, permettant de « tirer dans le temps » l'engagement et la mobilisation des acteurs ; chacune de ces vagues pourrait faire l'objet d'une évaluation partielle, soutenir ainsi des ajustements dans le temps, et finalement faciliter tout autant qu'accélérer la stabilisation de l'intervention devant être pérennisée. Cette manière de faire, quand elle est possible, permet d'entretenir la visibilité de l'intervention, d'en parler davantage et ainsi de maintenir l'intérêt des acteurs à rester engagés.

Finalement, deux points importants sont à retenir :

1. La préparation de la pérennisation est une étape importante qui convient de ne pas négliger, en y consacrant des ressources humaines et financières, ainsi que du temps ;
2. Cette préparation doit être considérée avec le démarrage de l'expérimentation. Idéalement, le projet d'expérimentation doit aussi prendre en compte et évaluer les conditions de pérennisation de l'intervention.



SECTION 4.5 : Les modalités organisationnelles de la pérennisation

Durant l'expérimentation d'une IVRISS, nous avons vu (chapitre 3, section 3-4) que différentes modalités organisationnelles sont envisageables :

1. Pour soutenir la coopération entre la variété des acteurs professionnels, associations, usagers, collectivités, gestionnaires de dispositifs divers, représentants de services de l'Etat, etc... ;
2. Tout en considérant que certaines modalités favorisent davantage l'exploration de solutions nouvelles pour intervention en vue de réduire les ISS sur un territoire.

Dans le cas de la pérennisation, le choix des modalités organisationnelles va dépendre de nombreux facteurs, et avant tout de la volonté de tout ou partie des partenaires mobilisés durant la phase d'expérimentation de poursuivre l'action.

Par ailleurs, quand on considère à nouveau le dilemme entre Exploration (sauvegarder autant que possible l'originalité et la nouveauté de l'IVRISS et la protéger des routines habituelles) et Exploitation (intégrer l'intervention dans le « flux » habituel des activités des partenaires), ce choix des modalités organisationnelles va également dépendre des réponses apportées aux questions suivantes :

- Comment poursuivre l'expérimentation tout en évitant qu'elle ne soit absorbée par les routines qui prévalent dans les organisations partenaires ou chez les acteurs dans leur mode quotidien d'action (professionnel ou d'utilisateur) ?
- Comment poursuivre l'expérimentation en l'intégrant de plus en plus dans le « fonctionnement » habituel des organisations partenaires ou chez les acteurs dans leur mode quotidien d'action (professionnel ou d'utilisateur) afin que ces organisations et acteurs puissent s'approprier de nouvelles manières d'agir et de penser ?

La continuité d'avec la solution adoptée pour expérimenter

Nous avons présenté dans le chapitre 3 différentes modalités pour organiser la dynamique collective qui porte l'expérimentation (section 3.4). Nous encourageons fortement à ce que ces choix de modalités fassent l'objet d'items évaluatifs dans le protocole général d'évaluation de l'expérimentation. Une telle appréciation porte sur les principaux items suivants :

- La modalité retenue a-t-elle permis d'organiser (sans trop d'excès) les espaces de discussions, d'échanges et de décisions nécessaires pour soutenir la démarche collective et intersectorielle ?
- La modalité retenue a-t-elle globalement donné satisfaction aux participants (charge de travail, temps de réunion...) ?
- La modalité retenue a-t-elle globalement donné satisfaction aux structures (organisations, associations, services de l'Etat, collectivités....) parties prenantes ?
- La modalité retenue a-t-elle engendré des coûts de fonctionnement jugés inappropriés ?

La réponse à ces questions donne un ensemble d'indices en faveur d'une continuité de la solution adoptée pour expérimenter ou au contraire en faveur d'une autre solution.

Cette liste d'items évaluatifs n'épuise pas les facteurs amenant à retenir telle ou telle autre approche. Avons-nous dit plus haut (voir section 4.3) que la pérennisation n'est jamais une poursuite à l'identique de l'expérimentation. Les principaux éléments suivants peuvent également amener à orienter les choix d'organisation pour pérenniser l'intervention :

- Certains partenaires se désinvestissent-ils (en tout ou partie) de la pérennisation ?
- Certains acteurs (salariés, bénévoles....) se désinvestissent-ils (en tout ou partie) de la pérennisation ?
- Le territoire de la pérennisation est-il modifié ?
- Le contenu de l'intervention (activités, outils, protocoles...) est-il révisé (simplifié, enrichi...) ?
- Des événements nouveaux peuvent-ils perturber et modifier la pérennisation ?

Le rattachement du dispositif expérimental à pérenniser entre Exploration et Exploitation

Au regard des réponses aux questions ci-dessus, la pérennisation peut prendre deux formes génériques (Chalenon et Paché, 2006) :

- Tout ou partie des partenaires et acteurs souhaitent poursuivre les modes relationnels qu'ils auront mis en place lors de la première phase d'implantation ; les modalités et l'équipe de pilotage restent assez proches de celles initialement implantées ; l'intervention continue à constituer un « ilot » isolé du reste des activités des organisations qui mettent à disposition une partie de leur équipe. Une structure juridique nouvelle peut être créée ; cette modalité favorise la recherche de « l'Exploration », à savoir de préserver autant que possible la pérennisation de l'intervention des routines habituelles ;
- Au contraire, cet « ilot » initial est dissous de facto, et les différentes activités de l'intervention sont gérées par les services des structures ; il s'agit de diluer dans le fonctionnement normal de celles-ci et dans les temps de travail des intervenants les différents éléments de l'intervention.

Cette alternative présente avantages et inconvénients, que le dilemme entre Exploration et Exploitation traduit : il s'invite à nouveau pour trouver la solution organisationnelle pertinente pour pérenniser une IVRISS.

Encadré 4.6 - S'organiser pour pérenniser entre Exploration et Exploitation (d'après Chanal et Mothe, 2005)

Organiser la pérennisation dans une logique d'Exploration consiste à isoler autant que possible l'intervention du fonctionnement normal des structures qui y participent. L'exploration offre une continuité avec l'expérimentation qui permet (autant que possible) de sauvegarder l'originalité de la démarche ainsi que sa nouveauté par rapport à la tendance de tout un chacun de revenir à ses habitudes et routines quotidiennes. L'intervention continue à être identifiée et les parties sont mieux à même de poursuivre leur engagement. Il est plus aisé de continuer à évaluer l'intervention et de mettre en place des mesures correctrices (si nécessaires) dans le temps.

Organiser la pérennisation dans une logique d'Exploitation consiste au contraire à déployer les activités, outils, protocoles (...) de l'intervention dans le quotidien des organisations. Les avantages sont doubles : pouvoir favoriser une hybridation des pratiques des acteurs et des organisations et s'enrichir ainsi des nouveautés acquises à avoir participé à l'intervention ; pouvoir alléger l'organisation et le management de l'intervention. Le risque est naturellement celui d'une dissolution de l'intervention, et de sa moindre visibilité.

Le tableau ci-dessous aide à comprendre les avantages permis pour chacune des options entre Exploration et Exploitation sur 9 critères. Il est inspiré des travaux de Chalenon et Paché (2006) qui ont nommé par les termes de « Ilot » et « Dissolution » les choix correspondant aux options d'Exploration et d'Isolement respectivement.

En reprenant le schéma présenté dans la section 3.4,

	Ilot (Exploration)	Dissolution (Exploitation)
Maintenir la mobilisation des acteurs	Favorable	Moins favorable
Capitaliser les expériences au sein de l'ensemble des parties prenantes	Favorable	Moins favorable
Apprendre en continu au sein de l'ensemble des parties prenantes	Favorable	Moins favorable
Faire évoluer l'IVRISS au regard des problématiques du territoire d'intervention	Favorable	Moins favorable
Faire évoluer l'IVRISS au regard de problématiques ou nouveaux enjeux souhaités par les organisations et structures	Moins favorable	Favorable
Diffuser de nouvelles pratiques, de nouveaux outils issus de l'intervention au sein des organisations et structures	Moins favorable	Favorable
Diffuser l'importance de comprendre les ISS et de les prendre en considération dans toute autre activité des organisations et structures	Moins favorable	Favorable
Identification forte de l'intervention, en particulier auprès des usagers sur le terrain	Favorable	Moins favorable
Contrôler l'intervention	Fort risque d'autonomie par rapport aux organisations et structures	Favorable

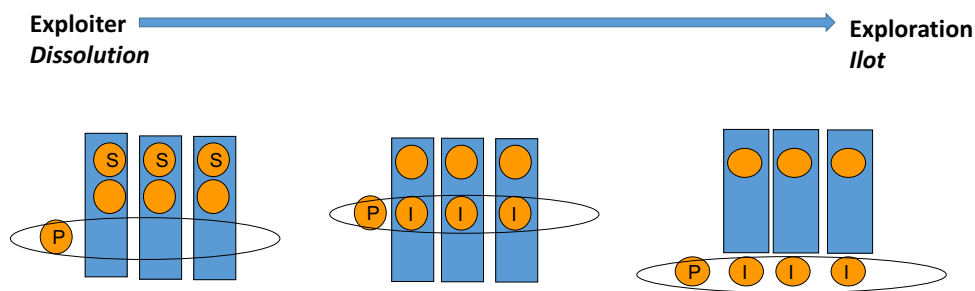
Tableau 4.1 – Modalités organisationnelles pour soutenir la pérennisation

En pratique, la solution qui est retenue est très souvent un mélange, ou équilibre, entre une volonté de préserver l'identité et la visibilité de l'intervention (Exploration) tout en l'assimilant malgré tout au fonctionnement normal des structures partenaires (Exploitation).

Nous avons dit combien les acteurs interrogés sont désireux de saisir l'opportunité d'une expérimentation pour souhaiter leur propre manière de travailler, ou la manière dont leur organisation pouvait définir sa mission et ses activités. La poursuite de cet objectif est donc à rechercher dans une articulation entre Exploration et Exploitation.

Finalement, en retournant au schéma présenté au chapitre 3, nous positionnons de la manière suivante les solutions davantage orientées « Ilot » (ou préservation de l'exploration) et les solutions davantage orientées « Dissolution » (ou exploitation au sein des structures dans leur mode habituel de fonctionnement).

Schéma 4.x – Modalités organisationnelles de la pérennisation



Pour rappel, voir section 3.4, chapitre 3

Schéma 3.2 – Trois modes de démarches collectives entre Exploiter et Explorer



SECTION 4.6 : Des relais pour pérenniser

➔ Identifier les éléments de l'environnement en faveur de la pérennisation

Le temps de l'expérimentation est un temps long durant lequel l'environnement de la politique publique ou réglementaire ne reste pas toujours inerte. Il faut au contraire évoluer dans un sens favorable à légitimer ou soutenir la pérennisation de l'intervention. Ce sont autant de relais ou facilitateurs qu'il convient d'identifier ; et nous citons les quelques exemples suivants :

Quand une Ville déploie les principes des démarches de santé communautaire

Les interventions sur les quartiers de la Belle de Mai et de Saint Mauront de Marseille ont eu du mal à perdurer dans le temps quand les espaces collectifs (réseau de santé communautaire, réunion de l'équipe projet, conseils de citoyens) se sont peu à peu disloqués. Pourtant un succès important est à noter : la volonté de la Politique de la Ville de soutenir en partie les principes de la Santé Communautaire et d'encourager la participation citoyenne dans plusieurs de ces démarches.

Exemple 4.3 - Pérennisation soutenue par l'engagement citoyen et public

La démarche de santé communautaire dans les quartier de la Belle de Mai et de Saint Mauront à Marseille a peiné à perdurer dans sa forme initiale et su l'ensemble des volets initialement déployés. Pourtant il existe toujours sur ce quartier une dynamique locale citoyenne soutenue notamment de deux manières complémentaires :

- Pour le volet « renforcer le lien entre les familles et les écoles », les parents ont continué à se mobiliser pour développer leur rôle dans la vie de l'école, lieu de formation et de vie qui fait sens pour eux-mêmes et leurs enfants. Ils ont pu investir les espaces de participation pour proposer des actions à mettre en œuvre et pour échanger avec les différentes personnes ressources identifiées sur les problématiques ciblées. Les parents d'élèves d'une école se sont en particulier constitués en association, ont définis leurs objectifs et leurs priorités d'action.
- La dynamique citoyenne est soutenue par la Politique de la Ville qui a participé à cette démarche communautaire, stratégie au cœur d'un nombre croissant d'interventions en santé publique. Il existe désormais sur l'ensemble du territoire de cette commune des conseils de citoyens. La Ville s'est ainsi montrée active dans la mise en œuvre de la loi dite de programmation pour la Ville et la Cohésion Urbaine du 21 février 2014, et mettant en place 10 conseils sur des territoires jugés prioritaires. La dynamique créée par l'expérimentation sur les quartiers de la Belle de Mai et de Saint Mauront aura contribué à une meilleure compréhension et visibilité de ces conseils.

Divers acteurs soutenant la pérennisation

De très nombreux acteurs peuvent être potentiellement des relais de la pérennisation.

Ce sont tout d'abord ceux qui mettent en œuvre des politiques nationales, régionales ou locales, quand un tel contexte institutionnel porté par ces politiques, devient favorable à la pérennisation.

C'est également la population elle-même, qui peut mettre en œuvre différents types de pouvoir à mobiliser des parties en faveur de la pérennisation : un pouvoir électoral tout d'abord, un pouvoir à manifester et communiquer, un pouvoir également quand elle produit (ou fait produire) des rapports et études pour démontrer l'intérêt à poursuivre une action. C'est ainsi également pour cette raison qu'il est important d'impliquer la population dans la dynamique collective de l'action (au sein de certains comités de pilotage ou groupes de travail, dans la démarche d'évaluation, par ex.).

C'est aussi toute « personnalité » qui apportera sa caution à l'action en raison de sa légitimité : légitimité scientifique, légitimité populaire (Eric Cantona soutenant la Fondation Abbé Pierre et prêtant son concours à un clip pour le Droit au Logement), légitimité politique.....



SECTION 4.7 : Des modalités financières de la pérennisation

Le financement est très souvent le maillon faible de la pérennisation. Or force est de constater que peu d'écrits existent pour accompagner les promoteurs d'une intervention dans leur souci de pérennisation financière.

Deux questions doivent être considérées :

1. Démontrer l'intérêt de l'intervention d'un point de vue financier
2. Trouver des sources de financement ;

... sans oublier qu'une bonne gestion comptable et financière d'une intervention requiert souvent d'acquérir des compétences additionnelles. Cette fonction est souvent confiée à un salarié d'un des partenaires ou la structure porteuse de l'action, qui peut ne pas être habitué à traiter avec la complexité engendrée par les spécificités d'une IVRISS : multiplicité des sources de financement, multiplicité des financeurs, prise en compte de l'incertitude dans la pérennité de certains financements...

→ Quand une Ville est acquise au principe de la santé communautaire

Cette démonstration est menée au regard des trois éléments suivants : démontrer qu'un équilibre financier est possible, évaluer le « coût-efficacité » de l'intervention, et s'assurer de la légitimité sociale de l'intervention.

Démontrer qu'un équilibre financier (au minimum, voire même un excédent financier) est possible.

L'équilibre financier résulte d'une différence entre recettes et coûts.

Les recettes sont relatives aux sources de financement qu'il est possible d'obtenir. Les différentes sources envisageables seront examinées ci-après.

Mais au stade de la préparation du plan (financier) de la pérennisation, il est important d'établir plusieurs hypothèses en fonction des sources de financement qui seront effectivement obtenues, et celles qui finalement ne seront pas reçues. Ce sont donc des plans alternatifs de financement qui devront être élaborés.

Les coûts sont relatifs à (de manière générale) :

- Coûts directs médicaux (achat de médicaments ou de dispositifs médicaux, tels que des seringues...) ;
- Coûts directs sociaux (tout support, outil...) nécessaire au déploiement du volant social de l'intervention ;
- Frais de personnel (salaires chargés) ; une attention particulière doit être portée au coût salarial en fonction des différents types de contrats de travail ; de même il est important de connaître tous les dispositifs incitatifs à l'embauche de certaines catégories de personnel (emplois jeunes ou emplois civiques par ex.) ;
- Frais liés au déroulement de l'intervention (déplacement des intervenants ou parfois de la population, restauration, frais liés à la tenue de réunion, etc...) ;
- Frais d'expertises diverses (démarche qualité, démarche d'évaluation, édition ou achat d'études et de rapports, mais aussi frais de formation pour accompagner la montée en compétences des intervenants ou de la population...) ;
- Achats ou location de matériels (téléphone, ordinateur, mobiliers liés aux postes de travail, voiture...) ;
- Frais de structure (location de locaux et frais liés tels que : assurance, électricité, téléphonie...)
- Frais relatifs aux actions de communication.

Ainsi, les plans alternatifs évoqués plus haut sont aussi bâtis en faisant varier les coûts, et donc en élaborant différentes hypothèses sur l'ampleur (taille de la population visée, étendue du territoire, dont dépendent par exemple des frais de déplacement, des frais liés à la tenue de réunions plus ou moins nombreuses avec les partenaires, nombre d'intervenants à payer ou dédommager, etc...).

Evaluer le « coût-efficacité » de l'intervention

La mesure du « coût-efficacité » compare l'intervention avec d'autres interventions déjà en place (mais pouvant générer des effets de nature différentes) et permet de tenir compte de la qualité de vie en utilisant une unique et seule mesure ; l'utilité.

- L'utilité est la mesure de préférence ou d'acceptabilité d'un état de santé mesurée sur une échelle allant de 0 (mort) à 1 (une parfaite santé)
- Le résultat est présenté sous la forme d'un ratio coût-utilité incrémentale (RCEI) par année de vie sauvée (QALY)
- On calcule alors le coût-utilité (RCUI : unité monétaire / QALY) comme illustré dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 4.7 - Méthode de calcul du coût-efficacité dans le cas d'un traitement médical

- Un traitement B est associé à un gain de 2 années de vie et une utilité de 0.8. Le coût pour la totalité du traitement est de 15.000€
- Le traitement comparateur A est associé à un gain de 1,5 années de vie et une utilité de de 0,81. Son coût total est de 8.000€
- $RCUI/QALY : (15.000-8.000) / (0,8*2 \text{ années} - 0,81*1,5 \text{ années}) = 7.000€ - 0,385$ année de vie sauvée en bonne santé
- En conséquence, le traitement B possède un ratio coût-utilité de 18.181€ par année de vie ajustée pour la bonne santé lorsqu'il est comparé au traitement A.

Source : Dionne PA (2015), *Analyses des coûts et méthodes d'évaluation économique*
http://www.iusmm.ca/documents/COPEP_HMV_Combien_ca_coute_2.pdf

Pour aller plus loin nous encourageons le lecteur à consulter le document de Dionne (2015). Une application en santé mentale est présentée.

S'assurer de la légitimité sociale de l'intervention

La pérennisation financière d'une intervention nécessite qu'elle soit acceptable socialement (que les populations y adhèrent) et institutionnellement (que les structures publiques l'appuient voire l'intègrent). La capacité à lever des fonds de toute nature sera d'autant plus forte que la légitimité sociale le fera.

Pour agir sur cette légitimité sociale, nous renvoyons aux sections suivantes du guide :

- Section 2.2 (en particulier les trois niveaux d'effets d'une IVRISS, l'empowerment des bénéficiaires)
- Section 2.4 (l'évaluation)
- Section 3.5 (la communication)
- Section 4.4 (préparer la pérennisation)
- Section 5.6 (trois figures d'acteurs pour soutenir la diffusion d'une intervention, qui peuvent jouer des rôles similaires pour soutenir sa pérennisation)

Trouver des sources de financement

Il existe différentes catégories de financement ; et par exemple sans que cette liste soit limitative :

1. Les fonds et subventions des acteurs publics (ministères, ARS, conseils départemental et régional, ville, les différentes directions étatiques en région qui agissent dans le domaine de la Jeunesse, du Sport, de la Culture, du Logement, de l'Urbanisme...);
2. Les opérateurs du soin, de la prise en charge et de l'accompagnement (hôpitaux, cliniques, établissements et services sociaux et médico-sociaux...);
3. Assurance Maladie, CARSAT, Caisses de retraite.....
4. Des agences publiques ou parapubliques : CODES, CRES....
5. Des financements privés proposés par des tutelles, et toute « entreprise » ou association intéressée par l'intervention ;
6. Des financements dits alternatifs tels que : appel aux dons, mécénat d'entreprises ou de compétences, fondations (Fondation de France, fondations d'entreprises ou d'association...).



SECTION 4.8 : L'évaluation de la pérennisation

L'impératif croissant de reddition des comptes dans la gestion des finances publiques s'accompagne aujourd'hui d'un souci d'efficacité des programmes dans le domaine de la santé mais aussi des autres secteurs de l'action publique. Promouvoir ce courant issu de la décision fondée sur des données probantes (Evidence Based Policy) conduit à vouloir privilégier la pérennisation d'interventions garantes de données fiables et « probantes ».

Les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé relèvent cependant et la plupart du temps de logiques complexes autour de nombreux déterminants non sanitaires et englobent des stratégies multiples.

Les chaînes de causalité entre l'intervention, les résultats et les différents éléments de contexte ne peuvent être simples : « la composition complexe des interventions multidisciplinaires fait en sorte que des règles de la preuve simples et universelles sont indéfendables » (McQueen & Anderson, 2000).

Il est ainsi risqué de décider de la pérennisation d'une IVRISS en se centrant de manière quasi-exclusive sur la recherche difficile et forcément réductrice d'éléments de preuves attribués à un programme qui devient « idéalisé » et finalement « différent de celui qui a opéré les changements observés » (Potvin, Bilodeau et Gendron, 2008).

Nous pensons que l'évaluation de la pérennisation d'une IVRISS doit s'intéresser à l'agencement de plusieurs critères dans la définition de la qualité et de la pertinence de l'intervention qui ont conduit, de façon plus ou moins explicites, à la décision même de sa poursuite (Cambon et al, 2010) :

- La participation et la représentativité du public,
- L'implantation et l'adaptation de l'intervention détaillant les modalités de mise en œuvre et ses adaptations au contexte : quelles compétences des acteurs ? Quels modes opératoires d'action ? Quelles adaptations sont possibles ? Quelles évolutions sont planifiées ?
- Les résultats pris en compte dans la décision définissant la nature des « preuves » qui sont attendues et attribuées à l'intervention : sensibilité des publics aux effets, facteurs modérateurs, résultats positifs, effets indésirables, effets à moyen et long terme qui peuvent être générées par l'intervention.

L'évaluation prend ainsi nécessairement en compte les éléments initialement mises en œuvre afin de mesurer dans quelle mesure ils sont reproduits à l'identique ou modifiés lors de la pérennisation. Elle se centre également sur le recueil et le suivi des nouveaux éléments (activités, outils, procédures, stratégies priorisées). Il s'agit de décrire et de comprendre comment l'intervention fonctionne et évolue dans le temps, puis comment elle contribue à agir sur les déterminants de santé :

- Mécanisme de réduction : désinvestissement d'acteurs, diminution des capacités financières, ancrage d'une partie de l'intervention dans les dispositifs locaux déjà existants
- Mécanisme de consolidation : coopération inscrite dans une perspective à plus long terme, capitalisation des pratiques et des connaissances, développement des compétences des acteurs, appropriation des outils et protocoles
- Mécanisme de transformation : enrôlement de nouveaux acteurs, redéfinition des priorités, acquisition de nouvelles pratiques professionnelles
- Mécanisme d'adaptation au contexte : nouvelles activités complémentaires, révision des outils et modes opératoires d'action, nouveaux espaces de coordination et/ou de dynamiques collectives, implication de nouveaux secteurs.

Exemple 4.4 - Une démarche de santé communautaire implantée

La démarche de santé communautaire dans le programme « La santé à Saint Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! »

L'efficacité d'une démarche communautaire (au sens organisationnel et partenarial) se mesure dans sa capacité à se constituer, à définir les problématiques d'un territoire, des priorités et un plan d'actions, à produire de multiples activités et démarches de changement social auprès des habitants et des organisations (Butterfoos & Goodman, 1993).

La démarche communautaire, tout comme l'ensemble du programme « La santé à Saint Mauront Belle de Mai : on s'y met tous », s'est pérennisée dans une phase intermédiaire de maintien et de développement. Sorte du cadre expérimental 2008-2011, elle vise notamment à s'articuler avec l'existant et avec les actions du programme, à accompagner les membres du réseau et le conseil citoyen dans la mise en place d'actions et à identifier de manière permanente les problématiques importantes.

Constitution	Mise en lien	Co-construction	Maintenance
<ul style="list-style-type: none">• 5 assemblées plénières ; 12 ateliers citoyens• Diagnostic sur les problématiques du territoire• Elaboration collective de premières propositions	<ul style="list-style-type: none">• 16 réunions du réseau de santé communautaire ; 16 réunions du conseil de citoyens• Interconnaissance des acteurs et des moyens d'agir	<ul style="list-style-type: none">• 3 groupes de travail formés et en activité qui s'appuient sur le diagnostic et les liens créés• Définition d'objectifs et de leur faisabilité• Incorporation dans le plan d'action	<ul style="list-style-type: none">• Réaliser des documents d'avancées du programme• Multiplier les temps d'interactions entre tous• Réalisations multiples visibles• Le réseau est reconnu
2008-2009	2009-2010	2011	2012

Evaluation des processus :
on cherche à répondre aux questions suivantes :

Comment se met en place et évolue le programme sur le terrain ? Quelles étapes clés, activités et pratiques ont été mises en œuvre dans les espaces de collaboration et sur le terrain ?

Les différents systèmes arrivent à répondre aux besoins des habitants & les habitants arrivent à utiliser les systèmes de façon efficace

Evaluation des processus :
on cherche à répondre aux questions suivantes :

Comment se met en place et évolue le programme sur le terrain ? Quelles étapes clés, activités et pratiques ont été mises en œuvre dans les espaces de collaboration et sur le terrain ?



CHAPITRE 5 Diffuser une IVRISS

Le chapitre 5 aborde la question de la diffusion d'une IVRISS.

Deux situations types seront évoquées tout au long de ce chapitre : quand des acteurs souhaitent promouvoir des expérimentations ou interventions dans de nouveaux contextes ; quand des acteurs souhaitent s'approprier des interventions pour les déployer sur leur territoire.

Le chapitre s'organise autour de 8 thèmes : qu'entendre par diffusion ; des outils pour soutenir la diffusion ; quoi diffuser (périmètre de la diffusion) ; la mise en forme des informations pour soutenir la diffusion ; les modalités organisationnelles de la diffusion ; trois « figures » et des « dispositifs de capitalisation » pour soutenir la diffusion ; l'évaluation de la diffusion ; l'évaluation de la diffusion et la place de la recherche interventionnelle dans la diffusion.



SECTION 5.1 : Qu'entendre par diffusion ?

Terme générique de diffusion

La diffusion vise à déployer sur d'autres territoires géographiques et potentiellement d'autres types de publics, une intervention. Il s'agit d'un terme générique qui évoque le déploiement sur de nouveaux espaces d'une démarche collective. On évoque ainsi la diffusion d'une idée, d'un principe d'action, d'une activité... et finalement d'une innovation.

Nous employons volontairement cette terminologie issue du management pour continuer à ancrer le présent guide dans le champ de l'ingénierie de l'action collective.

La diffusion se distingue ainsi des notions suivantes :

- L'applicabilité, qui désigne les conditions et processus pour qu'une intervention puisse être implantée dans un autre contexte. La diffusion englobe et est plus large que cette notion ;
- La transférabilité, qui désigne les conditions et processus pour que le résultat d'une intervention dans un contexte donné puisse être atteint dans un autre contexte. Elle permet de répondre à la question suivante : quand un programme a fait ses preuves, à quelles conditions peut-il être mis en place ailleurs avec des chances de succès ?
Bien que cette préoccupation soit naturellement prise en compte quand des acteurs désirent diffuser une IVRISS, elle n'est pas ici prise en compte de manière approfondie ; nous renvoyons au fil du texte à tout ouvrage, rapport ou article qui aborde la transférabilité.

La diffusion se décline de différentes facettes selon l'acteur que nous prenons en compte :

1. Quand nous regardons cette question du côté des acteurs de terrain, désireux d'implanter sur leur territoire une intervention déjà éprouvée par ailleurs, il s'agit d'analyser comment :
 - Ils ont connaissance d'une expérimentation ou d'une intervention ;
 - Ils vont faire la mise en relation entre cette intervention et les problèmes de santé qu'ils rencontrent sur leur territoire, ou le lien avec leur intérêt pour certains éléments de l'intervention (démarche collaborative, outils et protocoles d'action...) ;
 - Ils vont pouvoir la mettre en place.
2. Quand nous regardons cette question du côté d'acteurs en charge de politiques publiques, c'est davantage une préoccupation de généralisation qui les anime, souvent peu éloignée d'une préoccupation de justice sociale : « au vu des ressources et des efforts investis par les partenaires, il ne serait pas acceptable, notamment d'un point de vue éthique, que les avancées en termes d'actions sur les DSS [] soient perdues dès la fin de l'implication de l'équipe de recherche sur le terrain » (Breton et Briand, 2013, p. 30).

Dans tous les cas, la diffusion d'une expérimentation porte sur :

- Les connaissances élaborées dans le cadre de l'expérimentation ; elles portent à la fois sur la visée de l'intervention et les objectifs poursuivis en termes de réduction des ISS, mais aussi sur la dynamique collective qui aura permis le déploiement de l'IVRISS ;
- Les données contextuelles liées au premier déploiement ;
- Les données expérientielles relatives à la manière dont les acteurs se sont saisis de l'expérimentation et ont développé des pratiques nouvelles ou ont mobilisé leurs pratiques habituelles pour le mener.

Se reporter ci-dessous (section 5-5.) pour une présentation des modalités de mise en forme de la circulation de cet ensemble de connaissances et de données.

Diffuser : intervenir sur un autre territoire

Nous considérons donc dans ce guide la diffusion comme le déploiement d'une intervention déjà éprouvée (par l'expérimentation par exemple) sur un nouveau territoire qui peut-être plus ou loin éloigné du premier :

- Sur d'autres quartiers dans une même commune, sur d'autres villes ;
- Vers d'autres départements ou régions ;
- Sur des territoires ruraux alors que l'expérimentation avait été menée dans un contexte urbain (et vice versa).

Selon ces formes de diffusion, l'adaptation de l'intervention initialement expérimentée sera plus ou moins importante. Les variables de contextes à prendre en compte sont les suivantes.

Encadré 5.1 – Les variables de contextes à prendre en compte dans la diffusion d'une IVRISS

- Les caractéristiques sociodémographiques et économiques du territoire visé ;
- Les déterminants de la santé ;
- Les acteurs (décideurs, managers, opérationnels...) et leur mobilisation et intérêts à déployer l'intervention ;
- L'engagement de la population ;
- Les politiques et actions publiques existantes sur le territoire visé ;
- Les capacités de déploiement (financières, compétences théoriques et techniques)

Diffuser : généraliser et s'approprier

La préoccupation des acteurs publics, mais aussi d'une association ou d'un dispositif ayant une envergure territoriale qui dépasse largement le territoire de l'expérimentation est d'identifier, de motiver et de mobiliser des porteurs potentiels prêts à modifier (plus ou moins) leurs pratiques pour déployer l'IVRISS. Cette mission sera d'autant plus facilitée que (non exhaustive) :

- Tout acteur, public, associatif..., est reconnu comme légitime ;
- Il dispose de moyens d'être audibles (moyens de communication) ;
- Il peut soutenir méthodologiquement ou financièrement le porteur et les partenaires potentiels ; ou au moins qu'il puisse faciliter l'accès à des ressources méthodologiques et financière ;

Ce n'est pas la diffusion d'une intervention

La diffusion d'une intervention n'est pas le « simple transfert de connaissances », entendues ici comme un savoir scientifique, parfois produit de manière peu expérientielle, qui est mis à la disposition des professionnels pour qu'ils puissent s'en saisir et agir. Le transfert de connaissances vise à promouvoir la valorisation des résultats d'une recherche pour les rendre compréhensibles afin que des intervenants et décideurs puissent se les approprier et les mettre en œuvre.

Pour autant, s'il n'est pas question de transfert de connaissances dans ce chapitre, il constitue un socle essentiel dans l'expérimentation d'une intervention, notamment, et dans la mise en place d'une recherche interventionnelle (voir *chapitre 2* et *chapitre 3*).



SECTION 5.2 : Des outils pour soutenir la diffusion

Tout autant qu'évoqué au chapitre 4 (pérennisation), les acteurs disposent désormais d'un certain nombre de grilles de type « aide à la décision » qui les aident à se poser les bonnes questions pour diffuser une IVRISS et qui suggèrent quelques recommandations. Nous présentons à titre d'exemples quelques grilles.

Ces outils d'aide doivent être mobilisés autant que possible dès la phase expérimentale de l'intervention. Nous avons vu (*chapitre 3*) combien la manière de mener un premier déploiement pouvait conditionner la faisabilité de sa diffusion.

La grille Astaire

La grille ASTAIRE (AnalySe de la Transférabilité et Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE) a été développée par une équipe de recherche composée, notamment, de Linda Cambon, Zeina Mansour... Cet outil « a pour objectifs de soutenir le choix d'une intervention la plus adaptée au contexte et d'en accompagner le transfert » (Cambon et al., 2014).

Pour accéder au guide ASTAIRE :

www.cres-paca.org//_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/482/l-outil-astaire_doc.pdf

Encadré 5.2 – Présentation de la grille ASTAIRE

ASTAIRE comprend 23 critères de transférabilité structurés en quatre catégories : population, environnement, mise en œuvre, accompagnement au transfert. Il se compose de deux grilles, l'une pour le reporting des interventions initiales selon des critères de transférabilité, et l'autre pour analyser la comparabilité des contextes et accompagner le transfert.

La première grille comprend 18 critères et est destinée aux chercheurs et aux acteurs qui mettent en œuvre une expérimentation. Elle contribue à construire l'intervention expérimentale ou pilote en augmentant son potentiel de transférabilité par la prise en compte, dès sa conception et lors de son évaluation, des éléments influençant sa transférabilité.

La deuxième grille, qui contient 23 critères, est destinée aux acteurs qui souhaitent implanter une intervention dans un contexte différent de celui dans lequel elle a été expérimentée. Elle permet également d'évaluer, a posteriori, ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention de départ et celle finalement implantée. Elle permet d'analyser la comparabilité des contextes et, par conséquent, la capacité potentielle de l'intervention à obtenir, dans le nouveau contexte, des effets identiques à ceux obtenus dans le contexte initial. Ainsi, la grille soutient la décision d'implanter l'intervention dans le nouveau contexte, de l'adapter et de comprendre les effets de l'intervention ainsi transférée. Elle permet de repérer ainsi ce qui est transférable de ce qui ne l'est pas.

Comme le précisent ses auteurs (Cambon et al., 2014 p. 7) :

« Comme dans toute démarche de transfert, seule l'expertise des acteurs qui l'utilisent permet d'émettre le jugement de transférabilité ou non. Ceci peut se faire sur la base des principes suivants : le poids accordé à chaque catégorie de critères, voire aux critères eux-mêmes, la capacité des acteurs à adapter l'intervention sur certains aspects pour être davantage en conformité avec l'intervention mère ou à modifier le contexte pour qu'il puisse accueillir l'intervention. Dans l'idéal, ce jugement doit être réalisé de manière collective. En ce sens, il s'agit de considérer l'outil comme un outil d'aide à la décision non normatif. ASTAIRE permet ainsi de familiariser les acteurs avec la démarche basée sur les preuves tout en luttant contre le transfert « clé en main » des interventions, inadapté en promotion de la santé ».



SECTION 5.3 : Quoi diffuser ? (Périmètre de la diffusion)

➔ 1^{ère} situation – l'ensemble de l'intervention

On peut vouloir diffuser l'intervention elle-même. Mais la diffusion n'est jamais une imitation d'une précédente expérience. C'est avant tout la recontextualisation dans un environnement nouveau de ce qui aura marché, intéressé et qui aura été perçu comme légitime sur le territoire d'une première implantation.

En conséquence, la diffusion produit de l'innovation, puisque modèles, idées, pratiques, usages... vont circuler, être appropriés, être altérés pour tenir compte de nouvelles contraintes contextuelles, ou de facteurs facilitant... La diffusion est ainsi une transformation d'un univers vers un autre, au risque cependant d'une certaine dilution, d'une perte de cohérence, voire d'un affaiblissement de la capacité de l'intervention à produire les effets attendus (Goglio-Primard et Grenier, 2014) ; elle requiert un travail de recontextualisation et de traduction ; elle requiert également un travail d'appropriation.

La diffusion (Sahlin et Wedlin, 2008) oscille entre conformisme (faire ce que les autres font) et créativité (besoin de se différencier, pour des raisons institutionnelles, de politique locale, de recherche de légitimité, ou découlant d'une nécessaire adaptation à chaque contexte local) :

Ce qui suit est largement inspiré de la publication ainsi référencée.

- Le modèle dit du « broadcasting » quand des pratiques centrales cadrent le processus de diffusion, conduisant à une homogénéisation de ces pratiques, autour d'un dispositif qui n'est que faiblement adapté dans les différents lieux d'implantation ;
- Le modèle de la « chaîne d'imitation », quant au contraire la diffusion est soutenue par les traductions successives opérées autour du dispositif, celui originellement implanté perdant peu à peu de son identité propre.

➔ 2^{ème} situation – une intervention simplifiée

La simplification est ici volontairement recherchée pour diverses raisons :

- Quand le départ d'une équipe recherche ou de certains acteurs amènent à alléger la complexité de l'intervention initiale, pour tenir compte d'un réalisme évident dû par exemple à une disparition de certaines ressources support ou d'accompagnement ;
- Quand la fin de la recherche-interventionnelle (ou de toute recherche durant la phase expérimentale) ne nécessite plus un protocole aussi complexe d'intervention ;

Exemple 5.1 – La diffusion d’OptiCourses

Le tableau ci-dessous décrit les éléments soutenant la transférabilité de l’action OptiCourses dans le réseau VIF

Voir : <http://alimentation-sante.org/identifier-et-lever-les-freins-de-la-transferabilite-du-projet-opticourses-au-sein-du-reseau-des-ville-vif/>

Objet

Accompagner et former les acteurs relais de différentes structures (CCAS...) à la démarche des ateliers Opticourses afin qu’ils puissent mener des ateliers auprès des populations en situation de vulnérabilité économique et/ou sociale.

A terme, l’objectif est de modifier les comportements des familles afin qu’elles s’orientent sur l’achat/consommation d’aliments de **bon rapport : qualité nutritionnelle/prix**.

En savoir plus sur le projet Opticourses : <http://www.opticourses.fr/>

Le projet est porté par l’association FLVS qui porte le programme Vivons-en-Forme, en collaboration avec l’UMR Nort, INRA, LinkUp, et le CREDOC.

Territoire concerné : 4 points du territoire français

Bénéficiaires : Les bénéficiaires de l’action sont les acteurs relais : personnels des CCAS (Centre Communal d’Action Sociale), PIMMS (Point d’Information Médiation Multi Services), Ateliers Santé Ville et missions locales.

Objectifs : Identifier les conditions (freins, leviers, points de vigilance, ...) de la transférabilité du projet Opticourses au sein du réseau des villes qui adhèrent au programme VIF :

- Etude des freins à la duplication de la démarche des ateliers Opticourses par des relais locaux.
- Optimisation des outils de la transférabilité : guideline sur base de l’existant, fiches d’activité, formation.
- Evaluation de la qualité de la conduite des ateliers dans des contextes différents, étude des freins au bon déroulement, des facteurs freinants/facilitants, des leviers d’optimisation des ateliers et de ceux des outils de la transférabilité.
- Optimisation du pack de transférabilité d’Opticourses et réalisation d’un film pour faciliter la formation des futurs relais au sein du réseau des villes VIF.

- ✓ Quand certains acteurs ne peuvent plus être mobilisés et obligent à modifier le protocole initialement déployé.

3^{ème} situation – l'endossement de l'intervention

Ici la diffusion se fera en intégrant l'intervention dans d'autres interventions déjà en cours sur le territoire. Une stratégie similaire consiste à identifier des structures ou dispositifs qui trouveront intérêt à élargir leurs activités ou à enrichir leur service auprès des populations dont ils ont la charge.

Exemple 5.2 – La diffusion d'outils auprès de structures existantes

Pour diffuser l'intervention Opticourses, l'équipe de recherche (en particulier) identifie un ensemble varié de structures qui « ont besoin d'outils adaptés pour travailler sur le thème de l'alimentation avec un petit budget » (Dubois, 2015, p. 31).







L'un des outils développés, le livret seuil, est séduisant et facile d'utilisation pour accompagner une population à acheter équilibré avec un petit budget. Diverses structures ont été contactées telles que : les CDES (Comités Départementaux d'Education à la Santé), les ASV, les caisses d'allocations familiales ...

Une question commune : le protocole d'intervention

Qu'il y ait adaptation, simplification ou adossement de l'intervention, une question est commune : élaborer un protocole de déploiement qui perturbe le moins ce pourquoi des acteurs souhaitent mener le déploiement de l'IVRISS sur le territoire.

Ceci requiert de s'interroger clairement sur les raisons ou intérêts des acteurs dans l'intervention. Au-delà de vouloir agir sur les déterminants à la santé et promouvoir la bonne santé des populations, des intérêts plus précis sont poursuivis qu'il faut clarifier. La diffusion sera d'autant plus réussie que cette clarification des objectifs et raisons à déployer l'IVRISS auront été discutés et négociés avec la majorité des acteurs parties prenantes.

Ainsi les questions ci-dessous doivent aider les acteurs à opter pour l'une des trois modalités de diffusion (adaptation, simplification ou adossement) :

-  - Quels sont les objectifs poursuivis par le redéploiement d'une IVRISS sur le territoire ?
-  - Quels sont les éléments de l'intervention qui suscitent l'intérêt ?
-  - Ces éléments sont-ils transférables ? en s'assurant également de leur condition financière ou juridique de leur transfert ;
-  - Les acteurs ont-ils évalué leurs compétences et leur légitimité à porter un redéploiement d'une IVRISS ?
-  - L'adaptation, la simplification ou l'adossement sont-elles des solutions acceptables (du point de vue des objectifs en termes d'action sur les déterminants) et légitimes pour le porteur du redéploiement et ses partenaires ?
-  - Les compétences de certains acteurs (coordinateur, animateur, psychologue...) existent-elles ? ; peut-on sinon mettre en place un plan de recrutement ou de formation ?



SECTION 5.4 : Mettre en forme et faire circuler des informations pour soutenir la diffusion

Principes généraux relatifs à la circulation des interventions

Diffuser une intervention, c'est faire circuler des pratiques, à savoir des manières de faire et de penser. Cette circulation repose sur trois d'« editing » (selon Sahlin-Andersson, 1996) :

1. Une règle de décontextualisation : quand les idées, pratiques etc... sont formulées davantage dans des termes abstraits, génériques, de telle sorte à être appréhendables, accessibles et suscitant l'intérêt chez tout acteur situé dans des contextes d'action parfois similaires, parfois éloignés ou différents. La diffusion est alors un processus continu de décontextualisation et de recontextualisation ;
2. Une règle de « logique » des histoires d'expériences qui circulent et qui sont sans cesse reformulées au regard des caractéristiques des lieux d'implantation et des intentions des acteurs qui veulent y déployer l'intervention qui circule ;
3. Une règle relative à la narration, quand les acteurs développent une narration autour du dispositif, faite de concepts, d'exemples, de références, de valeurs, de labels, et largement illustrés par leurs expériences. Les difficultés ne doivent pas être masquées, mais mises en relief, justifiées et les solutions élaborées expliquées.

Ces principes alimentent les différents outils que nous verrons dans la suite de ce chapitre (récit d'expérience, plate-forme de connaissance...).

Mettre en récit : les récits d'expériences

Le récit d'expérience a pour visée de garder en mémoire (capitaliser) le déroulement d'une intervention. Mais sa particularité est qu'il s'agit d'une narration « au plus près de la réalité » du déroulement de celle-ci, et tel que l'aurait vécu les acteurs (idéalement y compris la population concernée).

Pour Motard (2016), « *l'histoire du projet est le cœur de la fiche [récit]. En effet le projet est raconté comme une histoire sous forme de récit. Cette forme est apparue comme la plus adéquate pour préserver la richesse du projet et donner à voir ses différentes étapes qui ne sont pas nécessairement linéaires et les interactions entre une pluralité d'acteurs* » (p. 31).

A noter que le récit d'expérience est aussi utile, comme nous l'avons indiqué dans le chapitre précédent (section 4.2) pour soutenir la pérennisation d'une intervention.

Ainsi, pour être pertinent un récit d'expérience présente les caractéristiques principales suivantes :

- Se présenter sous une forme chronologique pour comprendre le déroulement des faits ;
- Etre structuré autour de thèmes permettant de comprendre l'intervention (voir encadré ci-dessous) ;
- Avoir été élaboré de manière collective pour prendre en compte les différents points de vue des acteurs, tout autant qu'éviter les biais de mémoire ;
- S'appuyer sur un ensemble de données (rapports d'évaluation, compte-rendu de réunions...) pour « objectiver » les expériences vécues par les acteurs ;
- Recenser « les bonnes pratiques » ou « nouvelles pratiques » qui ont été acquises, permettant ainsi de sauvegarder l'originalité de l'intervention par rapport aux habitudes dominantes ;
- Fournir de manière accessible (annexes, accès internet...) un matériau « brut » de données qui permettra au lecteur désireux de mener une expérience similaire de disposer d'information détaillée. Dans cette logique, les coordonnées des principaux porteurs ou acteurs sont très souvent indiquées aux fins de pouvoir les contacter.
- Rédactrice du guide « Capitalisation des démarches Ateliers Santé Ville – des savoirs issus des pratiques professionnelles pour la promotion de la santé » édité par la plate-forme nationale de ressources ASV, avec le soutien de l'Inpes.

Encadré 5.3 - Les récits d'expériences de la plate-forme des ASV

La plate-forme des ASV propose un ensemble de récits d'expérience généralement structurés autour des éléments suivants :

- Présentation de l'ASV
- Élément cadre du projet présenté
- Histoire du projet
- Résultats (issus du rapport d'évaluation)
- Perspectives
- Bonnes pratiques
- Paroles d'acteurs
- Ressources bibliographiques
- Contacts

Voir les 10 récits d'expériences :

http://www.plateforme-asv.org/ressources/recits_experiences

Des dispositifs de capitalisation des interventions

Une raison récurrente de la difficulté à diffuser une intervention est le manque de connaissance par les acteurs professionnels de ce qui a déjà été mené par ailleurs !

Il existe désormais de nombreux espaces et dispositifs plus formels dont l'une des missions est de mettre à disposition des acteurs des interventions menées sur leur territoire de compétence ou dans leur champ d'intervention. Nous présentons à titre d'exemple trois dispositifs de capitalisation en raison de leur variété et de l'importance de leur activité : l'EPSP, la plate-forme OSCARS et la plateforme de ressources des ASV.

Oscars

Site internet : www.oscarsante.org

OSCARS est l'Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionale de Santé conçu par le Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA) en 2005. Depuis, OSCARS est devenu l'outil de pilotage et de suivi de l'Agence Régionale de Santé (ARS PACA) qui le finance et s'associe à son développement. Il est désormais déployé dans 15 autres régions (à fin 2015) : Martinique, Nord Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Centre, Poitou-Charentes, Guadeloupe, Bretagne, Bourgogne, Aquitaine, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Alsace, Champagne-Ardenne, Auvergne et Franche-Comté.

OSCARS permet d'accéder rapidement à une base de données détaillée des actions contribuant à l'atteinte des objectifs régionaux de santé publique, de déterminer la couverture territoriale de chacune d'entre elles, d'identifier les acteurs, les partenaires et les financeurs.

Il constitue ainsi un véritable espace de capitalisation des actions menées en région. Il permet aussi la mise en relation des promoteurs d'intervention avec ceux désireux de les déployer sur d'autres territoires, en facilitant des recherches selon différents critères : territoire de santé, commune, nom du porteur, type de structure, caractère de l'action (régionale, reconduite), financeur, partenaire, ou encore par plan national...

Exemple 5.3 - Description de la plate-forme OSCARS

Une fois connecté, le site s'ouvre sur une carte de France (en son milieu) et une liste des régions (sur la gauche) permettant de naviguer rapidement dans la base de données.

L'onglet « Analyse » donne accès à une liste de critères de sélection : thèmes, publics, type d'action, types de structures, programmes, financeurs, niveau géographique, porteur, année, catégories d'actions et régions.

Les interventions capitalisées dans la base de données sont décrites comme suit :

- Thèmes
- Financeurs
- Programme
- Contexte de l'action
- Objectif de l'action
- Description de l'action et des activités menées
- Année de début et fin (et durée)
- Public et nombre de personnes concernées
- Les partenaires
- Les outils et supports utilisés
- La communication et la valorisation de l'action
- L'évaluation de l'action
- Niveau territorial et lieux d'intervention
- Coordonnées du porteur de l'action.

Quand elle a fait l'objet de reconduction (pérennisation) ou de diffusion (chainage), des informations complémentaires sont données et le lecteur est dirigé vers les autres fiches utiles.

Une icône permet de soumettre une action.

La plate-forme nationale de ressources des Ateliers Santé Ville

Site internet : www.fabrique-territoires-sante.org

Cette plate-forme mène un travail de capitalisation des dynamiques territoriales, des outils, des méthodes et des actions développées par les ASV et offre une base documentaire importante sur les questions de santé et relatives aux ISS.

Exemple 5.4 - Description de la plate-forme ressources ASV

1. Qui sommes-nous ? (missions, gouvernance et fonctionnement, équipe, programme d'action et bilans d'activités, adhérer, partenariats)
2. Nos actions (rencontres nationales, journées d'information, capitaliser, plaidoyers, communiqués, appels, newsletters...)
3. Tout savoir sur les ASS (c'est quoi ? historique, le réseau des ASV aujourd'hui, organisation et fonctionnement, etc...)
4. Veille et information (actualités, agendas, appels à projets...)
5. Capitalisation (rapport d'analyse, récit d'expériences)
6. Formation et recherche
7. Liens utiles

L'EPSP (espace partagé de santé publique, Nice)

Site internet : www.epsp06.fr

L'espace Partagé de Santé Publique est une initiative originale sur le département des Alpes-Maritimes, initié par le Département de Santé Publique de CHU de Nice en 2008 (voir l'historique de l'EPSP sur son site dédié).

L'Espace Partagé de Santé Publique est ainsi conçu comme un espace fédératif de partage de connaissances et d'expériences. Privilégiant la souplesse de fonctionnement et l'ouverture aux différentes communautés, il ne s'est doté d'aucun cadre juridique. Un protocole d'accord axé sur les principes de coopération, de synergie et de fertilisation croisée des projets a été signé par tous les membres fondateurs en 2009.

Les projets sont développés au sein de l'EPSP dans le respect de l'autonomie et des compétences de chaque institution et par la participation de chacun à la gouvernance du dispositif. En effet, l'EPSP est doté d'un comité de pilotage (niveau stratégique), d'un comité des programmes (niveau tactique) et de groupes de travail, dont le nombre et les participants évoluent en fonction des priorités définies par le comité de pilotage. Ces différentes instances sont coordonnées par le groupe projet, animé par le Pr Christian PRADIER, Chef du Département de Santé Publique du CHU de Nice.

La visée principale de l'EPSP est de promouvoir des expérimentations et de nouveaux modes d'intervention pour préserver, maintenir et restaurer le capital santé de la population, en favorisant l'émergence de politiques favorables à la santé dont le développement nécessite l'action collective et la coordination des différents acteurs rassemblés au sein de l'Espace Partagé de Santé Publique.

Pour ce faire, il anime et coordonne un réseau d'acteurs de santé publique pour les accompagner dans le changement et la recherche de l'efficacité. Il assure plus particulièrement les missions suivantes :

1. Faciliter l'échange de connaissances et d'expériences entre les professionnels de santé publique pour promouvoir des réponses innovantes aux problématiques de santé complexes qu'un acteur ne peut résoudre seul.
2. Soutenir et accompagner les professionnels de santé par :
 - La transmission rapide de données probantes en santé publique et leur traduction en programmes opérationnels
 - La méthodologie et la gestion de projet en santé publique
 - Le développement de plateformes territoriales d'appui
 - La mise à disposition de formations diplômantes en santé publique (DIU, Master).

Exemple 5.5 - Description de la plate-forme de l'EPSP

1. Qui sommes-nous ? (historique, mission, méthodologie, PV des réunions du comité de pilotage et des programmes)
2. Promotion de la santé (modèle du vieillissement, territoires ruraux, santé environnementale, santé mentale, activité physique et santé)
3. Données probantes
4. Coordination territoriale d'appui
5. Formation 2.0

Site : <http://www.epsp06.fr>

Autres plates-formes d'information

Citons également les plates-formes de l'IRESP (Institut de Recherche En Santé Publique) et de l'INCa (Institut National du Cancer) qui, au-delà de leur mission première de soutenir la recherche dans leurs domaines, offrent différents moyens pour accéder à des informations sur l'actualité de la recherche-interventionnelle en santé, sur l'avancée des connaissances et sur les expérimentations conduites :

- Base documentaire sur leurs sites internet respectifs ;
- Organisation de manifestation (colloque, séminaire...) ;
- Abonnement aux newsletters...
- Edition de revue (Question de Santé Publique pour l'IRESP, bulletin de veille pour l'INCa...)

Site internet de l'IRESP : www.iresp.net

Site internet de l'INCa : www.e-cancer.fr



SECTION 5.5 : Les modalités organisationnelles de la diffusion

Les acteurs peuvent s'appuyer sur deux ensembles de modalités organisationnelles créées pour soutenir la diffusion des interventions :

- Le premier ensemble regroupe trois modalités portées par la structure ou une équipe qui aura initialement déployé l'intervention ;
- Le second ensemble regroupe différents dispositifs de types « espaces » ou « plates-formes » qui ont, notamment, pour objet de capitaliser des interventions et de les mettre à disposition de tout acteur intéressé (acteur de terrain mais aussi équipe de recherche).

Les modalités organisationnelles portées par la structure / équipe qui aura expérimenté la diffusion

Cette structure ou équipe (ou porteur initial) peut adopter trois modalités de diffusion d'une IVRISS (Chaléon et Paché, 2006) :

1. Par développement centralisé : quand le porteur initial déploie lui-même l'intervention sur d'autres territoires ; pour ce faire : il peut s'appuyer sur (tout ou partie) des équipes initialement impliquées, ou mobiliser de nouvelles équipes ; dans tous les cas de nouvelles relations partenariales devront être développées sur les territoires visés. Ce développement est généralement piloté depuis le territoire initialement concerné mais peut prendre la forme de création de « filiales » ou de services délocalisés, ces antennes délocalisées ayant plus ou moins d'autonomie par rapport au porteur initial ;
2. Par dissémination : quand le porteur initial met à la disposition d'autres porteurs de projets des informations, de manière plus ou moins formelle et plus ou moins régulière ; ce mode de diffusion est d'autant plus réussi que, comme première condition importante, le porteur initial est ouvert à tout échange d'expérience et qu'il accepte de répondre à d'éventuelles demandes. Les différentes structures impliquées ne sont pas liées par un lien juridique ; elles ne cherchent pas forcément à reprendre le même nom pour désigner l'intervention ;
3. Par essaimage : quand la diffusion est menée par une structure juridique créée à cet effet dont l'objet est de déployer l'IVRISS sur différents territoires. Le porteur initial de l'intervention (appelé essaimeur) est très généralement le pilote de cette structure, qui est alors composé d'autant (plus ou moins) d'essaimés qu'il y a de lieu de dissémination. L'essaimage peut prendre deux formes :
 - L'essaimage souple : les structures essaimées sont autonomes ; elles sont constituées en réseau qui partagent avec le porteur initial un certain nombre de points communs (valeurs, objectifs...) ; mais les liens juridiques entre les structures essaimées sont faibles, leur laissant une grande autonomie sur leur territoire ;
 - L'essaimage par franchise : les structures essaimées dites franchisées signent le porteur initial un contrat par lequel elles s'engagent à respecter un certain nombre de principes, d'objectifs, d'outils et de mode de fonctionnement ; cette modalité est proche de la diffusion d'un « programme clé en main » et représente le plus fort degré de contrôle de la diffusion. En contrepartie, le porteur initial est engagé fortement à transmettre aux essaimés un ensemble important d'outils, d'expériences, de recommandations.

Le tableau ci-dessous aide à comprendre les avantages permis pour chacune des options (inspiré de Chalenon et Paché, 2006).

	Avantages	Inconvénients
Développement centralisé	<ul style="list-style-type: none"> Volontarisme fort porté par une structure unique Homogénéité du déploiement Forte capitalisation des expériences 	<ul style="list-style-type: none"> Tributaire des seules ressources de la structure unique Risque de ne pas savoir s'adapter aux spécificités des différents contextes de diffusion Risque d'affaiblissement de l'innovation
Dissémination	<ul style="list-style-type: none"> Coût financier et humain très faible pour le porteur initial Capacité d'innovation et d'expérimentation des structures locales dupliquées Forte appropriation par la structure locale de l'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> Développement assujéti à l'initiative d'acteurs sur les nouveaux territoires Faible capitalisation par la structure porteuse initiale et entre nouvelles structures locales Faible capitalisation Risque de décalage par rapport à l'IVRISS initiale
Essaimage souple	<ul style="list-style-type: none"> Coût faible Accompagnement léger Développement rapide Capacité d'innovation et d'expérimentation 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité pour les structures locales d'identifier / réunir les ressources pour démarrer l'intervention Transfert faible des expériences acquises par le porteur initial et entre structures locales Visibilité moindre du fait d'une hétérogénéité des structures
Essaimage par franchise	<ul style="list-style-type: none"> Dynamique entrepreneuriale fortement pilotée Maîtrise de la qualité assurée par une relation contractuelle Forte capitalisation des pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Risque de répartition complexe des lieux de décision et de pilotage

Tableau 5.x Modalités de diffusion d'une IVRISS (d'après Chalenon et Paché, 2006)

Nous attirons l'attention sur les points suivants.

Les choix dépendent de la stratégie du porteur initial, mais aussi de ses compétences à devenir un acteur « managers » de projets sur un territoire potentiellement vaste :

- Quant à des compétences politiques :
 - Le porteur initial a-t-il des compétences sociales et relationnelles lui facilitant l'entrée auprès de partenaires nouveaux qu'il ne connaît pas nécessairement ?
 - Le porteur initial est-il légitime auprès de ces partenaires nouveaux ?
 - Le porteur dispose-t-il de données et de connaissances variées pour identifier les territoires sur lesquels le déploiement pourrait être mené ?
- Quant à des compétences managériales :
 - Le porteur initial dispose-t-il des ressources nécessaires (humaines, méthodologiques, financières, temps...) pour accompagner les intervenants sur les nouveaux territoires de déploiement ?
- Quant à des compétences en communication :
 - Le porteur initial dispose-t-il d'accès aux canaux pour communiquer sur l'intervention qu'il veut promouvoir ?

Ce porteur peut agir comme un « entrepreneur » et mener de véritables démarches de communication et d'information pour promouvoir l'intervention sur de nouveaux territoires. A l'inverse, il peut se contenter de communiquer sur son action afin de susciter l'intérêt et l'envie de la part d'autres acteurs.



SECTION 5.6 : Trois « figures » pour soutenir la diffusion

Trois figures clés jouent un rôle essentiel pour accompagner la diffusion d'une intervention : le « connaisseur du terrain », le « méthodologue » et « l'institutionnel » ; chacune de ces figures pouvant être portées par différents acteurs, structures, associations, collectivités ou agences...

Ils ont au moins pour première caractéristique d'avoir connaissance des interventions susceptibles d'être déployées sur des territoires. Cette fonction de connaissance est également portée par des dispositifs variés dont nous présenterons quelques exemples.

➔ La figure du « connaisseur du terrain »

Le connaisseur de terrain porte plusieurs rôles :

1. Être en alerte des expérimentations menées, mais aussi des débats qui animent les sphères académiques et professionnelles quant aux enjeux et actions visant la réduction des ISS et la promotion de la santé plus généralement ;
2. Avoir connaissance des démarches déjà menées sur le territoire, des projets des acteurs de terrain pour poursuivre ou enrichir leurs activités ;
3. Être proche de la population ou des associations qui œuvrent auprès de cette population, pour être informé de leurs attentes, de leurs besoins, mais aussi de ce qu'elles désirent faire pour améliorer la santé de ceux qui vivent dans leurs lieux de vie.

Il peut s'agir d'associations représentant ou intervenant auprès de la population, cette population elle-même, une association ou une structure déjà active sur le territoire, et enfin (sans que ces exemples soient limitatifs) une collectivité locale, une agence régionale de santé, une CODES, CRES etc....

La figure du méthodologue

La réussite de la diffusion d'une intervention repose sur une démarche structurée qui est proche de ce que nous avons présenté dans le chapitre 3 relatif à l'expérimentation d'une IVRISS (voir *section 5-3*. plus haut). Mettre en place une méthodologie de type projet est un processus qui ne doit pas être négligé.

Plusieurs choix s'offrent à la structure désireuse d'implanter une intervention :

1. Recourir aux services de celui / ceux (coordinateur, chercheur, porteur de l'intervention, évaluateur...) qui auront participé au premier déploiement de l'intervention ; l'avantage est celui de sa / leur fine connaissance de ce qui se sera passé ; la faiblesse peut résider dans sa moindre connaissance des caractéristiques du nouveau contexte de déploiement ;
2. S'appuyer sur des consultants, experts, chercheurs... spécialisés dans l'accompagnement de projets en promotion de la santé. Ceux-ci sont parfois des spécialistes indépendants (cabinets par ex.) ; ils sont salariés ou intervenants auprès de structures ou dispositifs tels que : le service Santé Publique d'une Ville, les ASV, des associations importantes qui ont intégré ce type d'expertise... Des structures telles que les CODES, des CRES (par exemple) peuvent apporter également ce type de soutien, quand en particulier ils organisent des séminaires de formation généralement appelés « transfert de connaissances » ;
3. Prendre part dans une nouvelle recherche interventionnelle qui vise à déployer une première expérimentation, souvent en l'enrichissant (activités élargies) ou en faisant varier certaines variables (population ciblée, intervenants professionnels...) ;

Exemple 5.6 – Le déploiement de MOUV sur Nice

Désireux de questionner le déploiement d'actions de bien-être dans des quartiers de la ville de Nice, Sébastien Passel, alors doctorant à l'université Côte d'Azur (sous la direction de Sandra Perez) s'est rapproché de l'EPSP pour comprendre et apprendre du projet 4S.

Pour Sébastien Passel, les lieux de vie quotidiens peuvent, en effet, contribuer à l'amélioration du bien-être des habitants, dans la mesure où ceux-ci sont pleinement impliqués dans la façon de les aménager et de les adapter.

Grâce au partage de connaissances et à la mutualisation des compétences de l'équipe du projet MOUV, composée de chercheurs de l'Université de Nice-Sophia Antipolis (géographie, information-communication, santé publique), d'institutionnels (ville de Nice, Métropole Nice-Côte d'Azur, mission locale, écoles et collège du centre-ville), d'associatifs (centre social, association des paralysés de France, comité de quartier), des ateliers d'échanges basés sur des méthodes innovantes (cartographies collaboratives...) ont permis aux habitants du quartier Nice-centre de tracer un parcours de marche répondant à leurs besoins.

(extrait de : <http://www.epsp06.fr/actions-collaboratives-sante-habitants-vivre-ensemble-ville-1500/>)

La participation à une recherche-interventionnelle permet en plus, de pouvoir bénéficier de financements spécifiques, mais également de bénéficier des soutiens méthodologiques et scientifiques qui sont mis à disposition par des instituts tels que l'INCA ou l'IRESP (voir plus haut *section 5.4*).

La figure de l'institutionnel

Nous avons dit combien la recherche d'un soutien et d'ancrage institutionnel est essentielle pour mener à bien et faire perdurer dans le temps une intervention, mais aussi pour soutenir sa diffusion.

Cette figure institutionnelle est portée par une collectivité, une agence, des comités diverses, ou encore par une association :

- Dont le périmètre de compétences embrasse des territoires larges pouvant être potentiellement intéressés par l'intervention (une ville, un département, une région) ;
- Qui a les compétences pour orienter ou mettre en œuvre des politiques ou actions publiques nécessaires au soutien à l'intervention.



SECTION 5.7 : L'évaluation de la recherche

➔ Analyser le processus d'implantation

L'évaluation de la diffusion d'une intervention se centre principalement sur l'analyse des processus d'implantation dans de nouveaux contextes (*implementation research*) : évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et de la qualité de la mise en œuvre notamment.

Il s'agit de s'intéresser dans quelle mesure les processus d'une intervention sont répliqués ou adaptés dans d'autres contextes (Cambon et al., 2010) :

1. Types de public,
2. Expertise des intervenants,
3. Degré de participation et d'implication des intervenants/acteurs,
4. Modalités d'intervention identiques/modifiées,
5. Coût de l'intervention.

L'évaluation de la diffusion porte également une grande attention à l'analyse de l'influence des facteurs contextuels sur la mise en œuvre (Durlak & DuPre, 2008) :

- priorités et ouverture au changement de la structure mettant en œuvre l'intervention,
- modalités de prise de décision et de coordination,
- leadership et organisation des tâches.

L'implantation de l'intervention d'origine dans un nouveau contexte nécessite d'étudier au préalable « *le niveau de comparabilité des contextes* » pour déterminer si l'intervention est diffusable, si des adaptations sont nécessaires, ou si l'implantation sera réalisée sans modification préalable (Cambon, 2014).

L'évaluation de la diffusion nécessite ainsi d'avoir identifié des informations exhaustives concernant les modalités de mise en œuvre et les conditions d'implantation de l'intervention initiale. Ces éléments permettent de définir l'applicabilité de l'intervention et de se centrer sur « *comment* » elle fonctionne et produit les résultats, au travers de quelles composantes et sur quels critères, et non de considérer la seule et simple question « *est-ce que l'action est efficace ?* ».

L'analyse des processus d'implantation entre l'intervention initiale et celle(s) diffusée(s) sur d'autres contextes nécessitent ainsi de cibler en amont différents critères sur lesquels l'évaluation se centrera. La grille ASTAIRE (cf. Section 5-2. Des outils pour soutenir la diffusion) propose par exemple 23 critères de transférabilité structurés en quatre catégories :

1. Population : caractéristiques sociodémographiques et socio-éducatives, accessibilité de l'intervention, niveau de participation des bénéficiaires
2. Environnement ; environnement institutionnel favorable ou défavorable à l'intervention, type de partenaires et leur implication dans l'intervention
3. Mise en œuvre : outils utilisés, stratégies prioritaires (action éducative, formation professionnelle)
4. Accompagnement au transfert : éléments de mise en œuvre fournis par l'intervention initiale (outils, procédure, plan d'action), transfert de connaissances et de savoirs expérimentiels.

Elle permet d'une part d'analyser l'intervention princeps selon son potentiel de transférabilité, et d'autre part d'adapter et d'accompagner la mise en œuvre de l'intervention dans de nouveaux contextes.

Exemple 5.7 - Déploiement de la Consultation Enfant-environnement en PACA

Afin de lutter contre les facteurs de risque environnementaux qui affectent la santé des populations défavorisées, l'ARS PACA a déployé en 2011 sur l'Hôpital Nord à Marseille une consultation enfant-environnement. Une consultation médicale et un accompagnement social et paramédical était ainsi proposés aux enfants les plus vulnérables. La recherche de facteurs de risques environnementaux était effectuée sur les lieux de vie des familles par un infirmier de la consultation (formé au conseil habitat-santé).

La consultation enfant-environnement s'est transformée, en 2014, en Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS mère-enfant) et propose une offre de prise en soins multidisciplinaire comportant des consultations médicales (pédiatriques et de sage-femme), des soins infirmiers et l'accès à un plateau technique, des entretiens sociaux, une délivrance de médicaments et de vaccins, des visites de soignants à domicile et des accompagnements physiques.

Dès 2015, l'ARS Paca a déployé ces activités aux autres départements de la région à Avignon, Manosque, Nice et à Toulon. La PASS mère-enfant et le service d'évaluation médicale de l'AP-HM « accompagnent ce déploiement régional en assurant le partage de connaissances et de pratiques avec les autres sites par des rencontres régulières ou la mise en place d'un site Internet ressource pour les équipes » (Laporte & al., 2016).

La mise en place de l'action dans chaque département a nécessité des modalités de mise en œuvre similaire à l'intervention marseillaise initiale : « organiser l'intervention de l'hôpital hors les murs, organiser le parcours de soins et son financement, mettre en place des réseaux de partenaires pour l'accès aux soins et à un logement digne. »

A ce stade, l'analyse en continu de la diffusion de l'intervention sur les différents départements se concentre sur 11 des 23 critères de la grille ASTAIRE. Par exemple, sur le critère n°19 de la grille ASTAIRE (*Les partenariats sont comparables entre le contexte mère et fille*), les partenaires mobilisés sont variables suivant les contextes, tant d'un point de vue des associations que des administrations (ex. : les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne) et leurs implications (ex. : mairies et services communaux d'hygiène et de salubrité sur le respect du règlement sanitaire départemental, conseils départementaux sur l'accès à la vaccination pour des publics exclus).

Sur Marseille, le partenariat avec le Service communal d'hygiène et de santé d'Arcueil (SCHS) de Marseille n'a jamais pu être opérationnel avec la PASS-mère enfant. Le partenariat s'est notamment construit avec la délégation départementale de l'ARS PACA et a permis de détacher l'action soignante des procédures envers les bailleurs.

Produire des connaissances utiles pour l'action

L'évaluation de la diffusion recueille ainsi les éléments nécessaires pour déterminer dans quelle mesure le programme proposé peut être modifié en fonction des préférences des acteurs et des organisations, des pratiques professionnelles et des besoins de la collectivité (Durlak & DuPre, 2008).

Elle est de ce fait peu centrée sur l'analyse de résultats qui seraient souhaités identiques à l'intervention initiale. Elle s'intéresse davantage aux mécanismes de causalité reliant dans les différents contextes de diffusion la mise en œuvre des activités, les processus déployés, les éléments de contexte et les résultats observés (qui peuvent être de nature différente que ceux initialement observés ou mesurés dans l'intervention d'origine).

- ✓ De notre point de vue, les questions que se posent les acteurs, décideurs, et/ou chercheurs doivent moins porter sur une approche normative et conformiste (cf. Section 5-3. Quoi diffuser) qui chercherait à vérifier la reproduction à l'identique de l'intervention initiale que sur une approche adaptative en évaluant la traduction et la recontextualisation des éléments mis en œuvre.
- ✓ L'évaluation de la diffusion d'une IVRISS aboutit, toujours selon la grille ASTAIRE, à identifier les « fonctions clés » de l'intervention, c'est-à-dire les caractéristiques de l'intervention qui assurent son efficacité et qui doivent être transférées.
- ✓ Les pratiques et modalités de mise en œuvre (exemples : accompagnement individuel ou animation collectives, stratégies communicationnelles auprès de la population) que l'on pourrait considérer comme centrales et à transférer ne seraient ainsi pas identifiées en amont de la diffusion mais par la confrontation même de ces pratiques et de ces modes d'intervention à de nouveaux contextes.

Enfin, l'évaluation nécessite d'identifier sur chaque contexte les facteurs contextuels influençant la qualité de la mise en œuvre de l'intervention et les effets observés dans les nouveaux contextes. Cette démarche évaluative interactive avec les terrains de diffusion contribue ainsi à (Pawson & Tilley, 1997, cité par Ridde & Guichard, 2009) générer des propositions théoriques mais aussi pratiques sur l'intervention elle-même, notamment sur sa capacité à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Exemple 5.8 - Santé et citoyenneté en direction des résidents des CHRS - Modélisation d'une action de promotion de la santé après de publics précaires

L'action santé et citoyenneté en direction des résidents des centre d'hébergements et de réinsertion sociale (CHRS) s'adresse à des personnes en situation de précarité. Sa mise en œuvre repose sur une démarche participative qui implique les différents acteurs (équipes et direction des CHRS, résidents, professionnels extérieurs du champ sanitaire, social et/ou juridique) et se concrétise par des ateliers collectifs, « les ateliers citoyens ».

Afin de modéliser l'action, c'est-à-dire de détailler comment l'action fonctionne et produit des effets, et de déterminer les conditions nécessaires à sa transférabilité, une étude de cas multiples a été réalisée sur différents contextes organisationnels et territoriaux.

Le croisement de différents éléments recueillis sur trois CHRS Marseillais en 2011 a tout d'abord souligné la nécessité d'explorer le déroulement et les effets de l'action tout autant chez les résidents que chez les professionnels. La diffusion de l'action sur deux nouvelles structures non CHRS a ensuite permis de préciser les étapes et facteurs clés pour que l'action fonctionne et produise des effets :

- L'émergence de thèmes par les résidents eux-mêmes,
- La construction de la demande à partir des besoins des résidents,
- La mobilisation des intervenants extérieurs locaux,
- La mobilisation d'un noyau dur de résidents dans la durée,
- La culture de la participation et les pratiques d'accompagnement socio-éducatif dans la structure,
- Le sentiment chez les résidents de restauration de la « normalité »,
- Le développement d'une « conscience critique » chez les résidents.

A l'issue de la recherche-action, plusieurs conditions apparaissent nécessaires pour transférer l'action à des structures accueillant des publics précaires sans forcément être des CHRS et/ou qui ne sont pas nécessairement implantées dans le centre-ville de Marseille :

1. Avoir un réseau de professionnels étoffé, fiable et réactif,
2. Des publics marqués par la rupture (qu'elle soit familiale, géographique et/ou sociale) mais où le sentiment d'exclusion dont ils se disent victimes peut être travaillé en développant leur conscience critique,
3. La capacité et l'ouverture des professionnels à modifier leurs postures et leurs pratiques pour favoriser réellement le développement progressif de l'empowerment des résidents et un accès autonome aux dispositifs extérieurs.

Référence : voir Tiffou et Lardillon (2010)



CHAPITRE 6

Conclusion - l'IVRISS : un espace de concepts et de principes d'action pour agir collectivement et transformer l'environnement de santé

Avec cette conclusion, nous clôturons notre voyage qui nous aura conduit des enjeux à promouvoir des Interventions en santé publique et promotion de la santé Visant à Réduire les Inégalités Sociales de Santé (IVRISS), aux étapes théoriques et méthodologiques nécessaires au soutien de leur expérimentation et de leur pérennisation ou de leur diffusion.

Le guide a pour objet de soutenir la dynamique collective nécessaire à l'expérimentation, la pérennisation et la diffusion des IVRISS. Il offre ainsi cette « porte d'entrée » généraliste par rapport à de nombreux guides, rapports et autres documents existants, mais traitant souvent de l'impact d'une IVRISS au détriment de sa dynamique collective, ou encore de quelques thèmes trop spécifiques (transfert d'intervention ou de connaissance, évaluation de démarche projet, agir sur les déterminants de la santé...).

Dans le chapitre 1 introductif, nous avons présenté l'IVRISS comme une démarche collaborative innovante, poursuivant une visée transformative, que ces transformations visées concernent des pratiques professionnelles, des compétences d'action des acteurs (et des usagers en particulier), des représentations sociales ou encore des modalités d'organisation de cette démarche collective. Le « qui fait quoi, pour quoi et comment » est questionné aux nombreuses frontières intersectorielles traversant les champs d'action qui sont mobilisés pour mener une IVRISS.

Nous avons alors considéré l'IVRISS comme :

- Une innovation qui vise à imaginer, concevoir, expérimenter puis déployer et généraliser quelque chose de nouveau ;
- Une innovation dans un contexte d'intersectorialité mettant en confrontation une variété d'acteurs et de manières de faire et de penser ;
- Une innovation qui vise à transformer des « institutions » à savoir des normes ; valeurs, règles, modes de penser et formes d'organisation fortement ancrées et difficile à altérer.

Dès lors, déployer une IVRISS amène les acteurs à rencontrer, voire « buter » sur les paradoxes suivants :

1. Comment explorer une nouveauté dans des contextes habituels de travail qui favorisent bien davantage l'exploitation de ce qui est habituel de faire ?
2. Comment tirer partie de la richesse offerte par la diversité de parties prenantes à une IVRISS alors que cette même diversité est source de difficultés à se comprendre et à agir ensemble ?
3. Comment finalement des acteurs peuvent-ils être en capacité d'innover alors même qu'ils sont fortement encastrés dans des environnements contraignants ?

Au fil des chapitres, le guide a apporté une variété de cadrages théoriques et professionnels illustrés par de nombreux exemples, et renvoyant à d'autres publications (guides, rapports) pour aller plus en profondeur sur certains points, selon les attentes de chaque lecteur.

En guise de conclusion, nous souhaitons mettre en évidence quelques principes généraux qui ont été ceux retenus par l'équipe rédactionnelle tout au long des chapitres et qui prennent forme dans ce que nous appelons **des « espaces de concepts et de principes d'action » investis (et partagés) par une variété d'acteurs, d'usagers et d'organisations désireux d'agir pour transformer (innover) un environnement de santé (ou milieu de santé).**

L'IVRISS : un « espace de concepts et de principes d'action » pour agir sur l'environnement de santé

Cette notion d'espace est volontairement flexible pour embrasser des configurations d'intervention très variées, mais qui reposent sur quelques mêmes principes d'organisation et d'animation.

Un groupe-projet, une équipe, un dispositif formalisé (etc...) forme ainsi un « espace de concepts et de principes d'action » quand les divers acteurs d'une IVRISS ont le sentiment d'agir ensemble, de manière partagée, « aux marges » de leurs propres organisations (ou services, structures, établissements, sphère professionnelle de référence...);

- Ont le sentiment d'agir ensemble, de manière partagée, « aux marges » de leurs propres organisations (ou services, structures, établissements, sphère professionnelle de référence...);
- Ont la capacité de pouvoir explorer de la nouveauté tout en cherchant à exploiter l'existant....
- Pour progressivement transformer le contexte d'intervention ainsi que les organisations pour lesquelles ces divers acteurs puissent agir...

Au fil des chapitres, nous avons présenté différentes IVRISS ou expériences qui parviennent à transformer leur contexte d'intervention parce qu'elles forment de tels espaces. Nous illustrons nos propos à travers trois exemples, qui nous offrent une certaine variété d'objets et de modalités d'intervention : l'EPSP 06, La santé à Saint-Mauront Belle de Mai on s'y met tous ! et Opticourses.

Ces trois exemples sont largement similaires en ce sens qu'ils visent à participer à la transformation de l'environnement (milieu de santé) et des organisations, structures, collectivités, acteurs qui y participent en ayant permis l'expérimentation et l'évaluation de différentes interventions et en ayant agi par des soutiens méthodologiques, par l'extension de nouvelles expérimentations, par la modélisation de certains outils, activités et relations partenariales et la production d'écrits (professionnels et scientifiques) pour soutenir la pérennisation et la diffusion de tout ou partie de / des interventions.

Dès lors, le tableau ci-dessous présente (volontairement) quelques traits distinctifs et spécifiques de ces trois configurations d'espace :

L'EPSP 06 (www.epsp06.fr)	La santé à Saint-Mauront Belle de Mai on s'y met tous !	Opticourses
Se définissant comme « espace fédératif de partage de connaissances et d'expériences, conçu pour promouvoir des réponses innovantes aux problématiques complexes qui mobilisent le système de santé ». Il s'est fixé « l'objectif d'innover dans les domaines social et organisationnel en développant des actions intersectorielles sur les déterminants de santé » en accompagnant les acteurs du département des Alpes Maritimes depuis 2008 à intégrer de nouveaux concepts et principes d'action pour agir ensemble en promotion de la santé.	Se définissant comme un programme portant plusieurs interventions en santé communautaire se déployant sur un territoire urbain centré sur deux quartiers très précarisés. Différentes interventions ont été déployées de manière concomitante (sur le logement, les cantines scolaires, le RSA ou la parentalité) et qui ont mobilisé de manière différenciée une variété d'acteurs concernés par la santé des enfants et des familles (). ARS siège et délégation territoriale des Bouches du Rhône de l'ARS, Ville de Marseille, Inspection Académique, Conseil Général 13, GIP Politique de la Ville, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Allocations Familiales, Direction Régionale du Service Médical, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Préfecture. Université du Citoyen, Mouvement Français pour Planning familial 13, CODES 13.	Se définissant comme un projet de recherche-action ou de recherche interventionnelle pluridisciplinaire visant la co-construction avec les populations visées d'outils d'optimisation économique et nutritionnelle du panier de courses (rapport qualité nutritionnelle-prix), dans le cadre de la prévention de maladies telles que le cancer. S'appuyant sur une démarche participative, ce projet de recherche fait intervenir des unités de recherche en nutrition et santé humaine, en géographie, en économie comportementale, mais aussi une agence de marketing social. Il vise à agir à la fois sur l'offre et la demande.

De quelques traits distinctifs de leur principe d'action		
Animateur d'expérimentation et d'accompagnement des acteurs pour la diffusion de ces expérimentations	Participant à la transformation de l'environnement par des relais communautaires, associatifs ou professionnels	Soutenant la diffusion par différentes expérimentations dans des contextes différents et la pérennisation par la recherche d'une « simplification » de certains outils en vue d'un usage au quotidien
De quelques concepts pour agir		
La nouvelle santé publique La promotion de la santé	La santé communautaire La promotion de la santé	L'action sur la demande et l'offre (comportement alimentaire, acte d'achat en magasin, information dans les lieux d'achats)
L'action sur les déterminants à la santé L'empowerment des usagers et des professionnels		
De quelques leviers méthodologiques		
La recherche – interventionnelle appuyée par des données probantes La recherche évaluative La démarche participative et partenariale La relation étroite avec l'environnement (milieu) à transformer		

Tableau 6.1 Trois configurations types « d'espace de concepts et de principes d'action »

Les leviers organisationnels et managériaux d'un espace de concepts et principes d'action pour agir

Poursuivons en proposant une grille de compréhension et d'analyse de ce qui fait « espace de concepts et de principes d'action ». Cette grille est construite autour d'un certain nombre de principes d'action (ou leviers organisationnels et managériaux) de ces espaces qui n'épuisent pas la richesse des chapitres précédents. Il convient donc de la lire en retournant à tout moment aux passages qui explicitent et illustrent ces principes.

Cette grille a vocation à offrir une architecture cohérente et permettre une compréhension générale de ces espaces de concepts et de principes d'action :

1. Qui permettent un « empowerment organisationnel » nécessaire pour intervenir et transformer l'environnement de santé. L'empowerment organisationnel ou communautaire est défini comme « le processus d'appropriation d'un pouvoir par une organisation et la communauté à l'intérieur de laquelle une personne ou une autre organisation devient empowered » (Ninacs, 2002). Un tel empowerment repose sur la capacité d'un ensemble varié d'acteurs et d'organisation à acquérir des nouvelles compétences pour agir (par la mise en commun et le partage de ressources et de moyens) et de créer des conditions favorables à ce qu'ils puissent le faire. Ce qui suppose bien souvent d'élargir les rôles, l'expertise et les domaines de compétences (notion de pratique avancée par ex. pour les IDE) des uns et des autres, ou encore de créer de nouvelles fonctions (telles que des médiateurs ou des coordinateurs) ou de nouvelles instances (espaces de concertation et/ou de participation).
2. En s'inspirant de deux approches organisationnelles en innovation :
 - L'innovation ouverte à tout acteur ou concept par-delà les « lieux » et les références habituels de travail ;
 - Le tiers-lieux comme un espace intermédiaire (ou aux frontières) entre différents lieux habituels de travail ou d'intervention.

Ces tiers lieux sont des arrangements organisationnels plus ou moins formalisés, aussi variés que des espaces de co-working, des fablabs, des hackerspaces ... ou voire tout lieu convivial tel qu'un café proposant la wi-fi ! On les définit avant tout comme des espaces accueillants et capacitants, différents des lieux habituels de travail et de vie (Oldenburg, 1989), et qui encouragent la rencontre fortuite ou des relations renouvelées entre des acteurs peu habitués à échanger et travailler ensemble. Leurs objets sont variés et souvent multiples : simples espaces de réunion, accompagnement entrepreneurial, créativité, résolution collective de problème, exploration de nouveaux possibles par la rencontre entre des logiques en tension (Fabbri et Charue-Duboc, 2013).

Ils sont toujours associés (symboliquement et pratiquement) à un « local physique » (un quartier, une boutique, une zone de travail...) et des communautés qui partagent des enjeux, des passions et des motivations similaires, et toutes désireuses de « faire bouger les choses ».

Quoi	
Acteurs	<p>Les acteurs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tout individu, professionnel, patient, usager ou citoyen, établissement et structure, collectivité, agence publique et parapublique, entreprise, fondation... - De secteurs variés (sanitaire, médico-social, promotion de la santé et action sociale, logement, urbanisme, éducation nationale, sport, culture....) ... Qui décident d'agir collectivement pour transformer l'environnement (milieu de santé). <p>Les formes et modalités de participation peuvent être variées et évoluer dans le temps. C'est davantage l'engagement et l'implication dans la dynamique collective ainsi que la volonté d'agir et le partage de concepts et de principes communs qui déterminent la « force » de ce tissu relationnel que quelque formalisation juridique ou conventionnelle. Certains espaces peuvent offrir des ressources et une légitimité aux acteurs, qui les protègent des habitudes et les mettent en capacité d'intervention.</p>
Frontières	<p>L'espace fait « frontière ». Il permet d'affirmer que ce qui est promu et que les actions menées en son sein sont différents des habitudes et des routines de l'environnement à transformer.</p> <p>En quelque sorte, l'espace doit « protéger » les acteurs des routines et leur donner les moyens et les soutiens (politiques, institutionnelles, financiers, méthodologique...) pour agir différemment.</p> <p>La performativité de cette capacité à « faire frontière » pour transformer l'environnement repose sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La capacité à justifier et démontrer l'intérêt à intervenir - La capacité à justifier et démontrer « l'originalité » des principes d'actions (ou leviers organisationnels et managériaux) qui permettent d'intervention <p>Cette capacité à « faire frontière » se décline ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour expérimenter : identifier des situations et problèmes encore peu investis, agir au nom de principes et concepts encore peu familiers, promouvoir des relations partenariales qui incluent les usagers ou patients, et tout acteur au-delà des secteurs d'action habituels (intersectorialité) ; - Pour pérenniser : soutenir l'intégration de l'intervention dans les pratiques et au sein des organisations existantes (ou de toute structure créée spécifiquement durant l'expérimentation) tout en préservant l'originalité de l'intervention ; - Pour diffuser : re-contextualiser toute intervention déjà éprouvée et stabilisée pour éviter que son originalité ne se dissolve au fil du temps.
Comment : principes d'action (ou leviers organisationnels et managériaux)	
Concept	<p>L'espace fait frontière et soutient la capacité d'agir quand y sont élaborés ou adoptés des concepts qui vont guider la démarche collaborative d'intervention.</p> <p>Ces concepts sont des idées et des connaissances qui permettent de modéliser et de théoriser l'intervention.</p> <p>Ils sont relatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aux modalités d'intervention en santé (santé communautaire, approche populationnelle...); ✓ Aux modalités d'intervention des acteurs (démarche collaborative et évaluative...); ✓ À des principes sociétaux (équité et justice sociale, empowerment de l'utilisateur...). <p>Ils forment une armature qui définit au nom de quoi et pour quoi les acteurs veulent agir. Ils sont naturellement partagés et forment un socle commun d'intercompréhension.</p> <p>Ce levier conceptuel sera d'autant plus performatif (i.E. Soutenant l'empowerment organisationnel de l'espace) que le socle conceptuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aura été débattu, mis à l'épreuve pour être partagé et approprié ; ✓ Est légitime car assis ou issus de travaux scientifiques et actionnables (voir encadré 2.5) ; ✓ S'enrichit et se transforme durant la vie de l'espace, au fur et à mesure du déroulé des interventions, et de retours d'expériences et d'évaluation.

<p>Méthodologie d'action</p>	<p>L'espace offre des ressources et construit des compétences méthodologiques pour agir qui, pour le moins, devrait reposer sur les quelques principes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une démarche assise sur des données probantes, des recommandations de pratiques et des compétences expérientielles, 2. Des méthodologies permettant de créer une distance cognitive et relationnelle (par rapport aux habitudes et routines) pour être en capacité d'imaginer en sortant des sentiers battus, de se saisir de connaissances et d'expériences issus de champs disciplinaires ou d'interventions nouveaux.... 3. Une démarche évaluative au fil de l'eau qui interroge notamment : <ul style="list-style-type: none"> - L'environnement d'expérimentation ou de pérennisation (pour stabiliser tout en préservant l'originalité de l'ivriss) ou de diffusion (pour recontextualiser) ; - La démarche collaborative (mobilisation, actions partagées ou coordonnées, rôles et domaines de compétence...); 4. Des apprentissages croisés permettant aux acteurs de s'ajuster et de rénover leurs manières de penser et d'agir.
<p>Animation</p>	<p>L'espace offre différents modes et niveaux de rencontres, de travail et de débats pour animer et mobiliser les partenaires et acteurs tout au long du déroulement d'une IVRISS ou d'un ensemble de projets et programmes d'interventions.</p> <p>Ces formes d'animation reposent sur les principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différents niveaux (stratégique, fonctionnel et opérationnel ou clinique) ; - Attention à porter à l'expression équitable de l'ensemble des points de vue portés par la variété des acteurs qui y participent ; - Tout au long de la vie des interventions ; - Pour agir, évaluer, modéliser ou diffuser l'expérience ou de la connaissance. <p>L'espace doit également être un espace de controverses et de confrontations. Au contraire de vouloir écarter ou ignorer des points de vue ou des positions contraires ou gênantes pour « une majorité » ou quelques acteurs clés, il convient de susciter l'expression de controverses pour identifier les points de blocage et déployer des leviers partagés pour les dépasser et permettre le dialogue et l'action.</p>
<p>Visibilité</p>	<p>Vouloir agir et transformer nécessite de rendre visible ce qui est fait, et qui font, en particulier quand une IVRISS produit des effets parfois peu visibles (changements de comportements et de manière de penser) et à moyen terme (au risque de semer quelques doutes et de démobiliser des partenaires).</p> <p>Ce besoin de rendre visible concerne différentes cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les partenaires ou tout autre acteur ; - Les organisations de toute nature dans lesquelles travaillent les partenaires de l'ivriss, pour stabiliser l'intervention sans la dénaturer en l'assimilant trop rapidement à des routines habituelles (pérennisation) ; - Une sphère professionnelle, associative et institutionnelle étendue et potentiellement intéressée par l'expérimentation qui aura été menée pour la reproduire (diffusion) ; - Une sphère académique intéressée par les expériences et l'intervention pour enrichir ses propres connaissances ou élargir (ou conforter) ses programmes de travail et de recherche. <p>La visibilité prend alors différentes formes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des publications académiques (articles, communications dans des colloques, ouvrages...) et professionnelles (revues spécialisées, présentation dans les manifestations diverses...); - Des mises en récits « plus vivantes » pour faciliter l'échange d'expériences et sauvegarder toute la complexité relationnelle et cognitive dans laquelle se déroule l'expérimentation. Cela vaut aussi pour sa diffusion dans d'autres territoires ou sa pérennisation au sein de différentes structures et autres contextes de travail ; - Mais aussi tout logo, slogan, manifestation.... - Sans oublier la mise en forme des résultats de l'intervention ainsi que la mise en forme de la démarche partenariale qui les permettent (quand un groupe se donne un nom ou un logo, quand il organise des séminaires...).

Gouvernance	<p>La gouvernance est un ensemble de règles et processus d'échanges et de décision mobilisés pour permettre l'engagement collectif et l'émergence de bénéfices mutuels. Dans le contexte d'une IVRISS, elle est bien davantage horizontale que verticale, et s'incarne dans un leadership collectif et partagé.</p> <p>C'est l'instrument d'influence de l'espace tourné vers l'interne (les membres qui y participent) et l'extérieur (toute autre partie prenante dont on recherche l'adhésion, ou la considération ou la capacité à déclencher toute décision pour favoriser l'intervention).</p> <p>Cette gouvernance est participative, conceptuelle (i.e. les concepts et principes d'action qui animent les acteurs qui y participent, voir plus haut) et méthodologique (i.e. les principes et modes d'intervention auprès des usagers, de la population et des professionnels, voir plus haut). Elle crée les conditions de relations nouvelles pour élaborer des savoirs (et expériences) renouvelés.</p>
-------------	---

Tableau 6.2 – Description de la notion d'un « espace de concepts et de principes d'action »

Annexe 1. Liste des abréviations

ANCRAI	Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée, est la tête de réseau des CREAI (http://ancreai.org)
ANR	Agence Nationale de la Recherche (www.agence-nationale-recherche.fr)
ARS	Agence Régionale de Santé
ASTAIRE	AnalySe de la Transférabilité et Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE
ASV	Atelier Santé Ville
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (www.cnsa.fr)
CODES	Comité Départemental D'Éducation pour la Santé (www.codesxy.org) xy : numéro du Département
CRES	Conseil Régional d'Education pour la Santé (www.cres-xy.org) xy : nom de la région ; par exemple pour la région PACA : www.cres-paca.org
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales Les DDASS ont été regroupées au sein des ARS (loir HPST) en 2010.
DDS	Déterminants Sociaux à la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Les DRASS ont été regroupées au sein des ARS (loir HPST) en 2010.
EIS	Evaluation d'Impacts sur la Santé
EPSP	Espace Partagé de Santé Publique (www.epsp06.fr)
ESMS	Etablissement Social et Médico-Social
FFAS	Fonds Français Alimentation Santé (http://alimentation-sante.org)
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (www.fnors.org)
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique (www.hcsp.fr)
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire, loi 21 juillet 2009 (https://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_portant_r%C3%A9forme_de_l%27h%C3%B4pital_et_relative_aux_patients,_%C3%A0_la_sant%C3%A9_et_aux_territoires)
IDE	Infirmier (ière) Diplômé (e) d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales (www.igas.gouv.fr)
INCA	Institut National du CAncer (www.e-cancer.fr)
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé En 2016, l'agence nationale de santé publique reprend ses missions (http://inpes.santepubliquefrance.fr)
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (www.inserm.fr)
IRES	Institut de la Recherche en Santé Publique (www.iresp.net)
ISS	Inégalités Sociales de Santé
IVRISS	Intervention Visant la Réduction des Inégalités Sociales de Santé
MSP	Médiateurs de Santé Pairs
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (www.who.int/fr)
OSCARS	Outil de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PRAPS	Plans Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (http://www.cnle.gouv.fr/Les-Programmes-regionaux-pour-l.html)
PRODAS	Programme de développement affectif et social (http://prodas-cerclemagique.org)
RISP	Recherche Intervention en Santé Publique
SPFDP	Santé Publique Fondée sur des Données Probantes
SFSP	Société Française de Santé Publique (www.sfsp.fr)
UIPES	Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (www.iuhpe.org)
VIF	Villes adhérant du programme Vlvons en Forme

Annexe 2. Liste des tableaux, schémas et exemples

Titre	Page	Intervention
Les déterminants à a santé	p. 6	n.c.
Le dispositif « M'T Dents » : une intervention déclinée selon le principe de l'universalisme proportionné	p. 10	n.c.
L'IVRISS : une action intersectorielle pour agir sur la politique publique	p. 11	ASV CLichy sous-bois
IVRISS une action politique pour faire évoluer la question de la santé	p. 12	n.c.
Définition d'une IVRISS	p. 20	n.c.
L'intervention 4S dans le quartier saint Roch de Nice	p. 22	Projet 4S, Ville de Nice
OptiCourses : agir sur l'offre alimentaire et agir sur la demande (envie de bien se nourrir) pour favoriser une bonne alimentation à petit prix	p. 23	Opticourses
Un chez soi d'abord pour mieux parler santé !	p. 23	Housing First
L'empowerment individuel – Exemple des jardins associatifs aux pieds des immeubles dans un quartier défavorisé : une manière de repenser ses pratiques alimentaires (Marseille)	p. 26	Projet « Jardins Associatifs Urbains et villes durables » (JASSUR)
Ateliers sociolinguistiques pour s'approprier la question de la santé au-delà de la barrière de la langue	p. 26	ASV La Varrière (atelier de prise de parole basé sur la sociolinguistique)
Proposer de nouvelles activités auprès de ses bénéficiaires	p. 27	Opticourses
Proposer de nouvelles activités auprès de ses bénéficiaires	p. 27	ASV Aubervilliers, projet visant le bien-être psychique du jeune enfant
S'appuyer sur un diagnostic local pour promouvoir promotion du bien-être psychique du jeune enfant	p. 27	Projet Déscolarisation sur Marseille
Vouloir travailler différemment	p. 28	n.c.
Communiquer pour rendre « visible » et « catégoriser » un problème	p. 28	Opticourses, Belle de Mao Saint Mauront à Marseille
– Ses slogans ou des acronymes audibles	p. 29	les médiateurs de santé mentale
La création de nouvelles fonctions	p. 29	Belle de Mai Saint Mauront
Le réseau de santé communautaire : la constitution effective d'un réseau de partenaires	p. 30	Housing First
Un projet national expérimenté localement	p. 30	n.c.
Le diagnostic territorial des problèmes de santé	p. 32	ASV Aubervilliers, projet visant le bien-être psychique du jeune enfant
Le diagnostic partagé entre acteurs de terrain et acteurs de la recherche	p. 32	n.c.
Un agir partenarial : ce qu'en disent les acteurs	p. 33	n.c.
Définition de la recherche interventionnelle en santé publique (RISP)	p. 34	Programme « Bien-être pour tous à l'école », Paris XIX°
Le programme « Bien-être pour tous à l'école »	p. 35	n.c.
Une recherche intervention sur la lutte contre la consommation de tabac	p. 35	n.c.
La notion de données probantes	p. 36	n.c.
La notion de connaissances actionnables	p. 37	n.c.
La notion d'évaluation réaliste	p. 40	Programme « Bien-être pour tous à l'école », Paris XIX°
« Bien-être à l'école » : une RISP comme une démarche structurée reposant sur une évaluation « réaliste »	p. 40	n.c.
La démarche atelier santé ville	p. 42	n.c.

Titre	Page	l'intervention
Exemples de revues et autres espaces d'échange	p.46	n.c.
L'outil de catégorisation des résultats (Promotion Santé Suisse)	p. 47	n.c.
Le programme "La santé à St Mauront Belle-de-Mai : On s'y met tous ! » sur Marseille	p. 48	Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
Difficulté à entrer en contact avec la population	p. 49	Dépistage du cancer chez la femme défavorisée en Lorraine
Quand toucher la cible s'avère plus difficile que prévu	p. 49	Opticourses
Parmi la population : s'appuyer sur des acteurs-relais	p. 51	Dépistage du cancer chez la femme défavorisée en Lorraine
La notion d'éducation par les pairs : Opticourses	p. 51	Opticourses
Une démarche ascendante et descendante à la Belle de Mai Saint Mauront	p. 53	Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
La notion d'appropriation	p. 54	n.c.
La mobilisation des partenaires pour préparer l'action sur Belle de Mai Saint Mauront	p. 55	Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
Solliciter des budgets pour coconstruire le protocole d'expérimentation	p. 55	n.c.
Les caractéristiques de l'expérimentation comme action collective	p. 56	n.c.
L'intéressement et la traduction comme un art de la mobilisation	p. 58	n.c.
Ouvrir une MSP : un processus d'intéressements multiples	p. 59	Ouverture d'une maison de santé pluridisciplinaire
Le projet 4S : une succession de petits pas avant l'ouverture du parcours de marche	p. 60	Le projet 4S, ville de Nice
La notion des « petits pas de progrès »	p. 61	n.c.
Les modalités d'action renforcées du dispositif « M'T Dents » sur les quartiers Saint Mauront et Belle de Mai	p. 61	n.c.
Deux formes de coopération : communautaire et complémentaire	p. 62	n.c.
Les quatre formes d'influence du leadership	p. 63	n.c.
Un leadership partagé pour une action de prévention en addictologie sur Antibes	p. 64	Prévention en addictologie sur Antibes
Un leadership partagé en butte aux résistances de cultures professionnelles	p. 64	Ouverture d'une maison de santé pluridisciplinaire
Expérimenter une IVRISS : entre Exploration et Exploitation	p. 65	n.c.
Trois modes de démarches collectives entre Exploiter et Explorer	p. 66	n.c.
Différentes configurations de gouvernance	p. 66	n.c.
Quelques outils originaux qui facilitent la communication sur une IVRISS	p. 70	Le cercle magique du Prodas, l'outil « prix seuil » d'Opticourse
Des slogans ou des acronymes audibles (déjà présenté dans le chapitre 2)	p. 71	Opticourses, Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
Des logos qui donnent à voir l'intervention	p. 71	L'EPSP, Opticourses
Théoriser l'expérimentation pour légitimer l'action menée	p. 72	n.c.
La lutte contre l'alcool au volant : une théorisation évolutive visible par l'évolution des campagnes de communication	p. 72	Historique de la lutte contre l'alcool au volant

Titre	Page	Intervention
Définition de la pérennisation	p. 77	n.c.
La grille Closing the Loop	p. 78	n.c.
Les critères relatifs à la pérennisation dans la grille de l'INPES (2010)	p. 79	n.c.
Adapter une intervention quand un partenaire fait défaut	p. 82	Opticourses, Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
Prioriser pour favoriser le sentiment de pouvoir agir	p. 84	Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
L'analyse des pratiques professionnelles (APP)	p. 85	n.c.
Préparer la pérennisation ; principaux écueils à éviter (pour rappel)	p. 88	n.c.
S'organiser pour pérenniser entre Exploration et Exploitation (d'après Chanal et Mothe, 2005)	p. 90	n.c.
Modalités organisationnelles pour soutenir la pérennisation	p. 91	n.c.
Modalités organisationnelles de la pérennisation	p. 91	n.c.
Une pérennisation soutenue par l'engagement citoyen et public	p. 92	Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
Méthode de calcul du cout-efficacité dans le cas d'un traitement médical	p. 95	n.c.
Une démarche de santé communautaire implantée	p. 98	Belle de Mai Saint Mauront, Marseille
Les variables de contextes à prendre en compte dans la diffusion d'une IVRISS	p. 101	n.c.
Présentation de la grille ASTAIRE	p. 102	n.c.
La diffusion d'OptiCourses	p. 104	Opticourses
diffusion d'outils auprès de structures existantes	p. 105	Opticourses
Les récits d'expériences de la plate-forme des ASV	p. 107	n.c.
Description de la plate-forme OSCARS	p. 108	Plate-forme OSCARS
Description de la plate-forme ressources ASV	p. 108	Plate-forme des ASV
Description de la plate-forme de l'EPSP	p. 109	Plate-forme de l'EPSP
Modalités de diffusion d'une IVRISS (d'après Chalçon et Paché, 2006)	p. 111	n.c.
Le déploiement de MOUV sur Nice	p. 113	Le projet MOUV, Nice
Déploiement de la Consultation Enfant-environnement en PACA	p. 116	Le programme Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS mère-enfant), Marseille
Santé et citoyenneté en direction des résidents des CHRS - Modélisation d'une action de promotion de la santé auprès de publics précaires	p. 117	Action Santé et Citoyenneté en direction des résidents des centre d'hébergements et de réinsertion sociale (CHRS)
Trois configurations types « d'espace de concepts et de principes d'action »	p. 120	L'EPSP 06, le programme Belle de Mai Saint Mauron, Opticourses
Description de la notion d'un « espace de concepts et de principes d'action »	p. 123	n.c.

Annexe 3. Références bibliographiques

Articles et ouvrages académiques

Agterberg, M., Van den Hooff, B.; Huysman, M., Soekijad, M. (2010). "Keeping the wheels turning: The dynamics of managing networks of practice", *Journal of Management Studies*, 47/1, p. 85-108.

Akrich M., Callon M., Latour B. (1988), A quoi tient le succès des innovations ?, *Gérer et Comprendre*, n° 11, p. 4-17

Argyris C., (1995) "action science and organizational learning", *Journal of Managerial psychology*, vol 10, vol 6., p. 20-26

Avenier MJ et Schmitt C. (2007), « Elaborer des savoirs actionnables et les communiquer à des managers », *Revue Française de Gestion*, n° 174, p. 25-42

Bertolotto F., Joubert M. (2004), « Les Ateliers Santé Ville, Territoires, santé, publique et politiques de santé au niveau local », Collection Repères, *Etudes et recherches*, les éditions de la DIV

Blin J. F. (1997), *Représentations, pratiques et identité professionnelles*, L'Harmattan.

Bréchet, A., Desreumaux J-P., 2007 « Une project-Based View pour le strategic choice », *Revue Sciences de Gestion*, n° 64, p. 383-404

Butterfoss, F.D., Goodman, R.M. and Wandersman, A. (1993) Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research*, 8, p. 315-330.

Cambois, E., et Jusot, F. (2007). Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (2-3), p. 10-14

Cambon Linda, Minary L., Ridde V. et Alla F. (2014), « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE », *Revue Santé Publique*, 6/26, p. 783-786.

Cambon L. et Alla F. (2013), « Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France », *Revue de Santé Publique*, 6/25, p. 757-762

Cambon, L., Ridde, V., et Alla, F. (2010). Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(4), p. 277-283.

Chalencon G. et Paché AC (2006), Dupliquer les réussites sur de nouveaux territoires : une voie pour développer l'entrepreneuriat social, Chaire d'entrepreneuriat social, ESSEC

Chanal V. et Mothe C. (2005), « Comment concilier innovation d'exploitation et innovation d'exploration : une étude de cas dans le secteur automobile », *Revue Française de Gestion*, 31/154, p. 173-191

Coruble, G., Sauze, L., & Riff, H. (2014). Quelle stratégie peut développer une Agence régionale de santé pour réduire les inégalités sociales de santé?. *Revue de Santé Publique*, 26(5), p. 621-625

Couffinal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P. Y., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., Naudin, F., Polton, D. (2005a). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé*, (92), p. 1-5

Couffinal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P. Y., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., Naudin, F., Polton, D. (2005b). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: Deuxième partie: quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*, (93), p. 1-8

- Dahlgren G., Whitehead M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute of Futures Studies
- Dameron S. (2004), « Opportunisme ou besoin d'appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet », revue *M@n@gement*, vol 7, n° 3, p. 137-160.
- De Vaujany, F.X. et al. (2005). De la conception à l'usage: vers un management de l'appropriation des outils de gestion, Cormelles, EMS Management & société, coll. «Gestion en Liberté».
- Denis, J.L.; Langley, A.; Sergi, V. (2012). "Leadership in the plural", *The Academy of Management Annals*, Vol.1; N°73, p. 211-283.
- Dionne PA (2015), *Analyses des coûts et méthodes d'évaluation économique*, Communication au séminaire COPEP, 17 décembre, http://www.iusmm.ca/documents/COPEP_HMV_Combien_ca_coute_2.pdf
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), p. 327-350.
- Fabbi, J. et Charue-Duboc, F. (2013). « Un modèle d'accompagnement entrepreneurial fondé sur des apprentissages au sein d'un collectif d'entrepreneurs: le cas de La Ruche », *Management international*, vol. 17, n°3, p. 86-99.
- Fassin D. (2005), *Faire de la santé publique*, Éditions ENSP
- Fioulaine, N. (2007). Temps de l'urgence, temps du projet: La rencontre des Temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité. *Dossiers de la MRIE*, 15, p. 41-45
- Cécile Fournier (2014), « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », revue *Sciences sociales et santé*, n° 2 (Vol. 32), p. 67-95
- Gali, N. M. (2014). Les démarches locales en santé : des ateliers santé ville aux contrats locaux de santé. *Global Health Promotion*, 21(1 suppl), p. 46-49
- Garraud P. (1990), « Politiques nationales : élaboration de l'agenda », *L'année sociologique*, vol 40, p. 17-41
- Goglio-Primard K. et Grenier C., (2014) « Les réseaux de pratiques pour soutenir la dissémination d'innovations sociotechniques dans le champ médico-social : Proposition du modèle MERPI », in Meyer V. (coord), *Les « technologies numériques »... au service des usagers ... au secours du travail social ?*, Editions Hospitalières, p. 261-274
- Grenier C., Lewkowicz M. et Soulier E. (2006), « La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession », *Revue de l'Assurance Maladie*, volume 37, n° 2, avril-juin, p. 99-108
- Hatchuel (2005), Pour une épistémologie de l'action : l'expérience des sciences de gestion, in Teulier et Lorino (ed), *Entre connaissance et organisation, L'action collective*, Ed La Découverte, 2005 ;
- Jusot, F. (2013). Les inégalités de recours aux soins: bilan et évolution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, p. S163-S169
- Lang T., Mabile L., Bidault E., Haschar-Noe N., Marquié J.C., Poirot-Mazières I., Mayère A., Delpierre C. et Grosclaude P. (2016), « Plateforme AAPRISS : apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol 64, p. S103 et s.
- XXXX Marmot M. (2010), Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post
- Marmot, M., et Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public health*, 126, p. S4-S10

- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2011), "OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé », In La santé de l'homme, juillet-août, no 414, p. 13-16
- Moreau Defarges P. (2011), La gouvernance, P.U.F. « Que sais-je ? (4^e édition)
- Moore, M. et Hartley, J. (2008). 'Innovations in governance', Public Management Review, 10 (1), 3-20.
- MunirK. (2005). 'The social construction of events: A study of institutional change in the photographic field', Organization Studies, 26 (1), p. 93-112.
- Nay, O., Béjean, S., Benamouzig, D., Bergeron, H., Castel, P., & Ventelou, B. (2016). Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. The Lancet, 387(10034), p. 2236-2249
- Ninacs W. A. (2002). Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec, thèse de doctorat, Sainte-Foy (Québec), Université Laval, École de service social, 332 pages
- Or, Z., Jusot, F., et Yilmaz, E. (2009). Inégalités de recours aux soins en Europe: quel rôle attribuable aux systèmes de santé?. Revue économique, p. 521-543
- Potvin L. Bilodeau A. et Gendron S. (2008), « Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé », IUHPE – Promotion et Education, Supp (1), p. 17-21
- Provan K. et Kenis P. (2008), "Modes of network governance: structure, management and effectiveness", Journal of Public Administration Research and Theory, vol. 18/2, p. 229-252
- Proulx S. (2005), "Penser les usages des technologies de l'information et de la communication aujourd'hui : enjeux – modèles – tendances », Texte de la conférence inaugurale, Colloque Enjeux et usages des TIC. Aspects sociaux et culturels. Université de Bordeaux III (septembre)
- Richard, C. (2007). Ateliers Santé Ville. Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Saint-Denis : Les Editions du CIV
- Sackett D., Rosenberg W., Muir-Gray J., Haynes R. and Richardson W. (1996), « Evidence-based medicine: what! it is and what it isn't!», British Medical Journal, vol.312,n°7032, janvier, p. 71-72
- Sahlin K. et Wedlin L. (2008), « Circulating ideas : imitation, translation and editing », chap 8, in Greenwood R., Olivier C., Suddaby R. Sahlin K. (eds), The Sage Handbook of Organizational Institutionalism, p. 218-242
- Sahlin-Andersson K. (1996), « Imitating by editing success :the construction of organizational fields », in Czarniawska B. et Sevon G. (eds), Translating organizational change, Walter de Gruyter, p. 69-92
- Setbon M. (1993), Pouvoirs contre SIDA : de la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, Edition Le Seuil
- Secrétariat général du comité interministériel des villes (2012). Référentiel National des Ateliers santé ville (ASV). Saint-Denis : Les Editions du CIV
- Shediac-Rizkallah MC, Bone LR (1998), "Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy", Health Education Research, 13(1), p. 87-108.
- Schon, D. A. (1983). The Reflective Practitioner: How Professionals think in Action, Basic Books
- Thietart R.A. (coord.) (2014), Méthodes de recherche en management, Dunod (4^e édition), chapitre 3
- Wenger, E. (1998), Communities of practice. Learning, Meaning, and identity, Cambridge University Press
- Wenger, E. Mc Dermott R., Snyder, W. (2002), A guide to managing knowledge: Cultivating Communities of practice, Harvard Business School Press

Whitehead, M., Poval, S., & Loring, B. (2014). *The Equity Action Spectrum: Taking a Comprehensive Approach: Guidance for Addressing Inequities in Health*. World Health Organization. Regional Office for Europe

Whitehead M., Dahlgren G. (1991), « What can we do about inequalities in health », *The Lancet*, n° 338, pp.1059-1063

Rapports, études, guides, articles dans des revues professionnelles

Barthélémy L., Bodard J., Feroldi J. (dir.) (2014), *Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques*. Guide d'aide à l'action, INPES, coll. Santé en action

(INPES) Basset B. (sous la direction de) (2008), *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis, INPES, coll. Varia

(INPES) Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P., et Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. In: L. Potvin, M.J. Moquet & C. Jones (dir.), *Réduire les Inégalités sociales de santé* (p.285-296). Saint-Denis: INPES coll Santé en action.

Bourdillon F. (2015), *Rapport de préfiguration de l'agence nationale de santé publique, remis à Madame Marisol Touraine Ministre des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes*

Breton E. et Briand M.R. (2013), « Mobiliser les acteurs pour des programmes et politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé », *revue La Santé en action*, n° 425, sept., p. 29-31

Demailly L. (2014) « Les médiateurs pairs en santé mentale », *La nouvelle revue du travail*, consultable sur : <http://nrt.revues.org/1952> ; DOI : 10.4000/nrt.1952

Diallo T. (2010), *Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse*, Plateforme Suisse sur l'Évaluation d'Impact sur la Santé
http://www.impactsante.ch/pdf/Guide_eis_francais_2010.pdf

Dubois C., Gaubard M. et Darmon N. (2015), « Identification des aliments de bon rapport qualité nutritionnelle/prix pour le projet de recherche interventionnelle OPTICOURSES », *revue Information Diététique* n°2, p. 21- 33

Ferron C., Breton E. et Guichard A. (2013), « Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble », introduction au dossier spécial, *Revue La Santé en action*, p. 10-12

Gardi J. (2013), « Améliorer l'accueil en 6e, développer l'estime de soi et le bien-être des enfants », *La revue de la Santé en action*, n° 245, p. 24-25

Ginot L. et de Koninck Q. (2010), « Mobiliser les politiques publiques pour réduire les inégalités : enjeux pour les acteurs », in Potvin L., Moquet M.J. et Jones C. (coord), *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, coll. Santé en action, p. 109-112

Girard V., Perrot S., Musso S. Handlhuber H., Lefebvre C. et N. Payan (2010), « Quelques éléments sur le recrutement et la professionnalisation des travailleurs pairs/médiateurs en santé mentale sur le site pilote du programme Housing First (Marseille) », *Pluriels*, n° 85/86, p. 14-16

Greacen T. (2013), « Certains programmes de recherche en santé publique échouent parce que les acteurs de terrain n'ont pas été consultés », *La Revue La Santé en Action*, septembre, p. 21-23

Guichard, A., & Ridde, V. (2009). *Etude exploratoire des mécanismes de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Etude pilote dans trois régions françaises*: Institut National de Prévention et Education pour la Santé (INPES), France

Guichard A. et Ridde V. (2010), « Grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé », in Guichard A. et Ridde V., *Réduire les inégalités sociales en santé*, p. 297-312, Guide INPES

IGAS (2011), *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant*, rédigé par Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C..
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article240>

Haut Conseil de la santé publique (2013). *Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Place des Ateliers santé ville*

Haut Conseil de la santé publique (2009), Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, novembre
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>

INPES (2015), L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1670.pdf>

Karrer M. et Jaeger M. (2016), « Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations ? », La revue La Santé en action, n° 435, 03, p. 4-33

Laporte, R., Daguzan, A., Hadji, K., Moissonnier, B., Coruble, B., Gentile, S., Chabrol, B. (2016). Saturnisme et accès aux soins en région PACA. La revue La Santé en action, 437, p. 46-47.

Moleux M., Schaetzel F. et Scotton C. (2011), Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action, Rapport, La Documentation Française

Motard C. (2016), Capitalisation des démarches Ateliers santé ville - Des savoirs issus des pratiques professionnelles pour la promotion de la santé, Plate-forme de ressources des ASV, avec le soutien de l'INPES
www.plateforme-asv.org/sites/default/files/pnrsv_capitalisation_vf_comprese.pdf

OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

Potvin L., Moquet M.J. et Jones C. (coord) (2010), Réduire les inégalités sociales en santé, INPES, coll. Santé en action, 2010

(INPES) - Ridde V., Pommier J. et Jabot F. (2010), « Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités », in Potvin L. (coor), Réduire les inégalités sociales de santé, rapport INPES, p. 257-269

SFSP (2014), Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Rapport

(INPES) - Tiffou, H., Lardillon, F. (2010). Marseille : expérience de démarche participative avec les ateliers santé et citoyenneté. In: Potvin L, Moquet MJ, Jones C (eds). Réduire les inégalités sociales de santé. Saint-Denis: INPES coll. Santé en action.

Annexe 4. Présentation de la méthodologie d'élaboration du guide

Liste des personnes interrogées

Projet 4S

- Mde talario, assistante sociale seniors saint roch
- Mde valbousquet, chargée de mission 4S, ville de nice
- Mde kazarian, directrice pole gérontologie CCAS nice

Projet belle de mai

- Mde richardson, médecin scolaire
- Mde joseph
- Mde hugues, PMI marseille
- M. Vienot, politique de la ville, ville de marseille
- M. Amaudruz, codes 13
- Mde verdier, coordinatrice ASV, marseille

Projet descolarisation

- Mde CASANO, coordinatrice du réseau ferry

Projet opticourses

- Mde lamperti, CS saint just – coordinatrice de l'antenne bellevue
- Mde lefranc, coordinatrice ASV, marseille
- Mde mordo, coordinatrice ASV, marseille
- Mde marquis, direction santé publique environnement, ARS PACA
- Dr. Didelot, responsable de la coordination médicale, centre d'examen de santé du 13ème arrondissement (CESAM 13)
- Mde muzzarelli, MPT frais vallon, léo lagrange, responsable de l'animation jeunesse et responsable de l'animation famille,
- Mde benhamou, dia, service marketing et communication
- Mde GAIGI, UMR NORT, responsable du projet, AMU



Depuis de nombreuses années, les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé (IVRISS) (en France tout autant que dans de nombreux pays) se multiplient : prise en compte croissante à agir contre les ISS, intérêts pour les approches en promotion de la santé et en santé communautaire, développement de la recherche (intervention) et production d'un large corpus de données probantes, mobilisation des usagers et de la population, nombre d'espaces (revues, plate-forme, agences et associations...) favorisant les échanges de pratiques et la production de guide...

Les politiques publiques promeuvent largement ce mouvement, et notamment en soutenant le financement de projets expérimentaux.

Pourtant force est de constater qu'un nombre encore trop important d'IVRISS peinent à se pérenniser dans le temps ou à être déployées sur d'autres territoires après une première période d'expérimentation.

Le guide a pour objectif de soutenir les acteurs désireux de pérenniser et de diffuser une Intervention Visant la Réduction des Inégalités Sociales (et environnementales) de Santé (IVRISS) au-delà de son expérimentation. Il propose des recommandations pour construire, animer et piloter des dynamiques collectives et collaboratives favorables à l'expérimentation, la pérennisation et la diffusion de ces IVRISS.

Il a pour objet le soutien de la dynamique collective nécessaire à l'expérimentation, la pérennisation ou la diffusion d'une IVRISS.

Le présent guide est structuré en 6 chapitres :

Chapitre 1 : Présentation des objectifs du guide

Chapitre 2 : Intervenir pour réduire les ISS : notion d'IVRISS

Chapitre 3 : Expérimenter une IVRISS

Chapitre 4 : Pérenniser une IVRISS

Chapitre 5 : Diffuser une IVRISS

Chapitre 6 : Conclusion : l'IVRISS : un espace de concepts et de principes d'action pour agir collectivement et transformer l'environnement de santé

Sa rédaction a été coordonnée par Corinne Grenier (professeur, en sciences de gestion, coordinatrice scientifique du centre d'expertise Santé, Innovation, Bien-être et Politiques Publiques, KEDGE Business School)

Avec l'aide et le soutien de : Gérard Coruble (docteur en santé publique, anciennement responsable de la mission Recherche et Développement en Santé Publique, ARS PACA), Thémis Apostolidis (professeur en psychologie sociale de la santé, directeur du laboratoire de Psychologie Sociale, Aix-Marseille Université), Alexandre Daguzan (psychologue social de la santé, doctorant au laboratoire de Psychologie Sociale, Aix-Marseille Université), Nicole Darmon (professeur, épidémiologie nutritionnelle et sciences des aliments, directrice de recherche à l'Institut National de la Recherche Agronomique, INRA, au sien de l'unité pluridisciplinaire MOISA, université de Montpellier), Rym Ibrahim (doctorante en sciences de gestion, rattachée au laboratoire CERGAM, Aix-Marseille Université, et anciennement assistante de recherche sur KEDGE Business School), Yannick Jaffre (professeur en anthropologie de la santé, directeur de recherche au CNRS, UMI 3189), Dimitrios Lampropoulos (chercheur au sein du Laboratoire de Psychologie Sociale, Aix-Marseille Université), Zeina Mansour (directrice du CRES PACA, comité régional d'éducation pour la santé de Provence Alpes Côte d'Azur, également conseiller et formateur en méthodologie et évaluation), Sébastien Passel (chercheur en Géographie et Aménagement du territoire au sein de l'UMR ESPACE de Nice, de l'université de Nice Côte d'Azur), Sandra Perez (maître de Conférence en Géographie de la Santé à l'Université de Nice Sophia Antipolis, UMR 7300 ESPACE, spécialiste en santé environnementale) et Roland Sambuc (PUPH, professeur en médecine et en sciences économiques, anciennement directeur de l'unité de recherches universitaire « Evaluation Hospitalière. Mesure de la Santé Perçue » (EA 3279), APHM, Aix-Marseille Université).