

## Actes

Journée nationale

•  
**Recherche  
et transfert  
de connaissances  
en promotion  
de la santé**

•  
14  
décembre  
2017

Organisées par le groupe  
« Recherche - Expertise »  
de la Fnes avec le soutien financier  
de Santé publique France.

# Programme de la journée

**14 décembre 2017** → 9h30 / 16h30

**Archives nationales de Pierrefitte-sur-Seine<sup>1</sup>**

→ 9h30 / 10h Café d'accueil

→ 10h / 10h15 Introduction / ouverture

La recherche et le transfert de connaissances en promotion de la santé  
(Santé publique France et Fnes)

→ 10h15 / 11h15 Définition et cadrage du concept de recherche  
interventionnelle en promotion de la santé – enjeux de son développement  
(Professor JEAN A. SHOVELLER, PhD, FCAHS - School of Population & Public  
Health, University of British Columbia - Fellow, Canadian Academy of Health  
Sciences)

→ 11h15 / 12h30 Présentation de projets de recherche en cours  
(Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé)

→ 12h30 / 14h Buffet déjeunatoire

→ 14h / 15h Présentation de TC-REG et des théories d'intervention  
(LINDA CAMBON<sup>2</sup>, Professeure Titulaire de la Chaire de Recherche en  
prévention des cancers INCa/IReSP/EHESP, Docteur en Santé Publique  
UMR 6051, CRAPE/ARENES - EHESP - Université Sorbonne Paris Cité)

→ 15h / 16h La communication sur les connaissances scientifiques  
(ESTHER McSWEEN-CADIEUX - doctorante en psychologie  
recherche/intervention clinique (Ph.D) - Équipe RENARD sur le transfert  
de connaissances - Université de Montréal)

→ 16h / 16h30 Clôture par un Grand Témoin / Fil rouge de la journée  
(ÉRIC BRETON, Professeur Titulaire de la Chaire « Santé publique France »  
de Promotion de la Santé - EHESP)

---

1 Archives nationales de Pierrefitte-sur-Seine, 59 Rue Guynemer, 93380 Pierrefitte-sur-Seine • Métro 13, Saint Denis Université •  
Contact Fnes Raphaële Pigeyre, 06.58.49.60.82, raphaela.pigeyre@fnes.fr.

2 À sa demande l'intervention de LINDA CAMBON n'a pas fait l'objet d'un enregistrement et n'est donc pas retranscrite dans ces actes.

# Sommaire

**Programme de la journée** P.3

**Préface** P.7

Comment les IREPS sont-elles tombées dans la marmite de la recherche interventionnelle en promotion de la santé ? - CHRISTINE FERRON

**Définition et cadrage du concept de recherche interventionnelle en promotion de la santé** P.10

Les enjeux de son développement - JEANNIE SHOVELLER

**Échanges avec la salle** P.12

**La recherche et le transfert de connaissances en promotion de la santé** P.14

Un témoignage confortant et renforçant les avancées actuelles - FRANÇOIS BAUDIER

**Première étape : les années 1980** P.14

**Deuxième étape : les années 1990** P.15

**Troisième et dernière étape : les années 2000** P.15

**Quatre points essentiels** P.16

1 La santé publique doit sortir des murs de l'hôpital P.16

2 La santé publique devrait se rapprocher des soins primaires P.16

3 La recherche en promotion de la santé doit favoriser deux décloisonnements P.16

4 Deux des quatre thèmes prioritaires définis par Agnès Buzyn pour la nouvelle stratégie nationale de santé nous donnent de grands espoirs P.17

**Le positionnement de Santé publique France dans le domaine de la recherche** - PIERRE ARWIDSON P.18

**Projets de recherche interventionnelle en promotion de la santé menés dans les régions** - ROSELYNE JOANNY, NATHALIE PONTHER, MARIE PERSIANI ET CAROLINE HERASSE P.21

**Projet PRECAPSS « Précarité, activités physiques et sportives et santé »** P.21

Présentation du projet P.21

Quels sont les apports du projet en termes de promotion de la santé ? P.23

<b>Projet AngatA « Accompagner vers l'autonomie en santé »</b>	<b>P.24</b>
Présentation du projet	P.24
Quelle est la place de la participation et du pouvoir d'agir de la population dans ce projet ?	P.26
<b>Projet SICER « Coconstruire une stratégie d'intervention collaborative d'empowerment, en faveur de la réduction des inégalités de santé en ruralité »</b>	<b>P.27</b>
Présentation du projet	P.27
Quels sont les écueils des appels à projets et peut-on les contourner ?	P.30
<b>Échanges avec la salle</b>	<b>P.32</b>
<b>La communication sur les connaissances scientifiques</b> - ESTHER Mc SWEEN-CADIEUX	<b>P.36</b>
L'équipe de recherche RENARD sur le transfert de connaissances	P.36
Les mécanismes sous-jacents au transfert de connaissances	P.37
L'accès et la communication des connaissances	P.38
<b>Échanges avec la salle</b>	<b>P.40</b>
<b>Références</b>	<b>P.41</b>
<b>Conclusion du Grand Témoin de la journée</b>	<b>P.43</b>
Recherche interventionnelle : et l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans tout cela !? - ÉRIC BRETON	
<b>Références</b>	<b>P.46</b>

# Préface

## Comment les Ireps sont-elles tombées dans la marmite de la recherche interventionnelle en promotion de la santé ?

CHRISTINE FERRON

Déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

Les Ireps<sup>1</sup> ne sont pas des organismes de recherche. Acteurs de promotion de la santé de seconde ligne, elles ont pour missions « de développer ou d'accompagner des projets territoriaux de santé, de mettre en place des formations et du conseil en méthodologie de projets, de soutenir les politiques régionales de santé publique en étroite collaboration avec les Agences régionales de santé. Elles disposent de fonds documentaires, scientifiques et pédagogiques, alimentés par des données locales, nationales ou internationales. Centres de ressources de proximité, elles interviennent auprès des populations en animant des projets de santé ou relayant les campagnes de santé publique nationales ou régionales, auprès des professionnels ou futurs professionnels de la santé, du social ou de l'éducation, et auprès des décideurs et des financeurs »<sup>2</sup>. Les Ireps tiennent notamment leur légitimité de leur capacité à assurer une veille des connaissances scientifiques et des savoirs expérientiels en promotion de la santé. Elles sont également à l'affût des innovations méthodologiques et des concepts émergents. Elles ne pouvaient donc pas laisser passer le train de la recherche interventionnelle en promotion de la santé.

Plusieurs facteurs les ont aidées à s'y investir activement : la présence en leur sein de professionnels à l'interface entre le monde de la recherche et celui de l'action, le fait de pouvoir bénéficier d'appuis documentaires spécialisés en interne, mais aussi des alliances nouées de longue date avec des équipes de recherche, et l'apparition de sources de financement pour ce type de collaboration avec des chercheurs. Le soutien de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a ainsi été déterminant : dès 2010, le cahier des charges des pôles régionaux de compétences en éducation et promotion de la santé indiquait que ces derniers devaient être « des espaces d'échanges de pratiques », des « lieux de réflexion notamment avec les universités, sur l'analyse des processus d'interventions en EPS/PS ».

1 Dans ce texte, le terme « Ireps » renvoie à toutes les structures adhérentes de la Fnes.

2 Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes)/Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). Courtage de connaissance en promotion de la santé : les Ireps, activateurs de savoir. 30 décembre 2016. [ En ligne : [www.fnes.fr/wp-content/uploads/2017/10/Plaidoyer-Courtage-de-connaissance-Vdef.pdf](http://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2017/10/Plaidoyer-Courtage-de-connaissance-Vdef.pdf) ]

Chaque pôle, « de par son expérience et cette collaboration avec le milieu universitaire », pouvait ainsi « être force de proposition quant à l'élaboration de protocoles pour la mise en œuvre d'actions d'EPS/PS performantes. » Plusieurs Ireps, souvent avec le soutien des Agences régionales de santé, se sont engouffrées avec enthousiasme dans cette brèche ouverte dans la cloison, jusque-là relativement étanche, entre le monde universitaire et le monde associatif. Les appels à projets lancés en particulier par l'Institut national du cancer, l'Institut de recherche en santé publique et la Direction générale de la santé, ont fait le reste.

La journée nationale des Ireps sur la recherche et le transfert de connaissances du 14 décembre 2017 s'inscrit logiquement dans cette brève histoire de la dernière décennie : soutenue par Santé publique France, cette journée offre à tous les acteurs, chercheurs, décideurs, représentants de la population, la possibilité d'approfondir leur compréhension de ce que recouvre le terme de « recherche interventionnelle en promotion de la santé » (Pr Jean Shoveller, page 10), de mieux connaître l'histoire de l'émergence de ce concept en France au travers d'un témoignage (François Baudier, page 14), d'appréhender le positionnement actuel de Santé publique France sur la recherche (Pierre Arwidson, page 18), de découvrir des projets de recherche interventionnelle mis en œuvre au niveau régional (Caroline Hérasse, Roselyne Joanny, Marie Persiani et Nathalie Ponthier, page 21), de s'intéresser aux méthodes de communication appliquées au transfert des connaissances (Esther Mc Sween-Cadieux, page 36), enfin, de s'attacher à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé dans la mise en œuvre de la recherche interventionnelle en promotion de la santé (Eric Breton, Grand Témoin, page 42).

Les interventions auxquelles s'appliquent les recherches interventionnelles en promotion de la santé sont de nature complexe, les connaissances qui en sont issues ne s'appréhendent pas facilement. La difficulté inhérente à l'intégration de ces connaissances complexes dans les actions, c'est l'ultime motif de l'implication des Ireps dans ce champ.

En effet, ces interventions « ne consistent pas en des opérations ponctuelles ou unimodales ; ce sont des programmes d'actions multidimensionnels et multiniveaux, des stratégies ou des politiques mobilisant une pluralité d'initiatives »<sup>3</sup>. Ces dernières poursuivent des finalités ambitieuses : agir sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population, et modifier la répartition des facteurs de risque dans cette population, ce qui signifie également qu'elles visent explicitement la promotion de l'équité en matière de santé<sup>4</sup>. À cette fin, elles s'appliquent aussi bien au secteur sanitaire qu'à tous les secteurs de la vie politique et sociale dont les orientations sont susceptibles de générer des effets en matière de santé de la population, notamment par leur action sur les déterminants de la santé.

---

3 Ferron C. (2017) La recherche interventionnelle en promotion de la santé. In : Promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone. Rennes : Presses de l'EHESP.

4 Hawe P, Potvin L. (2009) What Is Population Health Intervention Research? Canadian Journal of Public Health, 100(1) : 8-14.

Ce caractère intersectoriel suppose que les recherches interventionnelles en promotion de la santé impliquent « une diversité d'acteurs devant coordonner leurs actions en fonction des conditions et du milieu dans lesquels elles sont mises en œuvre »<sup>5</sup>. Cette coordination des acteurs et des actions, l'adaptation de ces dernières aux spécificités des contextes, sont au cœur des missions des Ireps.

D'autres acteurs, d'autres réseaux de la promotion de la santé, de la santé communautaire, de l'éducation pour la santé, de l'éducation thérapeutique du patient, partagent avec la Fnes et les Ireps cette volonté de s'inscrire dans ce courant de la recherche contribuant à accroître la pertinence, la crédibilité et la légitimité des approches de promotion de la santé. Au-delà de l'objectif d'un renforcement du socle de connaissances étayant ces interventions, il existe bel et bien un objectif de plaidoyer : celui de valoriser et soutenir la promotion de la santé en tant que stratégie de « lutte contre l'ensemble des inégalités sociales et territoriales de santé », fondée sur « les valeurs qui sous-tendent l'action en santé publique : universalisme, droits humains, solidarité, accès équitable à des soins de qualité »<sup>6</sup>. La journée de rencontre du 14 décembre 2017 a représenté une belle occasion de réaffirmer ces valeurs fondamentales.

---

5 Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller JA. (2013) Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La Santé en Action*, 425 : 13-15.

6 Ministère des Solidarités et de la Santé - Stratégie nationale de santé 2018-2022.

# Définition et cadrage du concept de recherche interventionnelle en promotion de la santé

## Les enjeux de son développement

JEANNIE SHOVELLER

PhD, FCAHS, Professor, University of British Columbia Fellow,  
Canadian Academy of Health Sciences

Au Canada, les interventions en santé des populations (appelées en France « interventions de promotion de la santé ») sont des politiques, des programmes, des modalités de distribution des ressources, etc. qui ont un impact sur la santé des populations en modifiant la répartition des facteurs de risque au sein de ces populations et en réduisant les disparités en matière de santé.

La recherche interventionnelle en santé des populations (donc appelée en France « recherche interventionnelle en promotion de la santé ») se différencie de la recherche clinique et ne se pratique pas en laboratoire. Elle se définit comme l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, qu'il s'agisse de politiques ou de programmes, menés dans le secteur de la santé ou à l'extérieur, qui visent à avoir des effets sur la santé des populations.

Au Canada, il existe depuis 2005 une plateforme d'échanges appelée « Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations » (Irisp) ; cette initiative s'est attachée, d'une part, à donner à ce terme une définition partagée, d'autre part, à homogénéiser et renforcer la qualité des projets de recherche interventionnelle. Louise Potvin et Erica Di Ruggiero ont joué un rôle fondamental dans le développement de ces nouvelles approches de la recherche et des interventions.

La principale finalité de l'Irisp est d'accroître la quantité et la qualité des recherches interventionnelles en santé des populations, ainsi que l'utilisation de leurs résultats. Ses objectifs stratégiques sont de faire progresser la science de la recherche interventionnelle en promotion de la santé, de renforcer la capacité des acteurs à mener des recherches interventionnelles en promotion de la santé et à utiliser leurs résultats, d'accroître la contribution du Canada aux connaissances sur ces approches au niveau mondial, de développer des collaborations internationales, de défendre et promouvoir la recherche interventionnelle en promotion de la santé.

Dans le cadre de l'Irisp sont développés des travaux portant sur quatre problématiques principales :

- La communication : il s'agit de développer le lexique et les compétences en recherche interventionnelle en promotion de la santé, dans le milieu de la recherche, des pratiques et des politiques ;
- L'évaluation : il s'agit d'évaluer les possibilités de financer, de réaliser et d'utiliser la recherche interventionnelle en promotion de la santé ;
- Les lignes directrices pour l'évaluation par les pairs : il s'agit d'établir des critères d'évaluation fondamentaux pour la recherche interventionnelle en promotion de la santé, qui prennent en compte la complexité et la diversité des méthodes et des contextes de réalisation de ce type de recherche. Ces critères d'évaluation sont actuellement utilisés par les rédacteurs en chef et les comités de rédaction des revues de santé publique, mais aussi par les agences qui financent des recherches interventionnelles au Canada, en France, aux États-Unis, en Angleterre et en Australie ;
- La formation : il s'agit de développer et renforcer les capacités des acteurs à mener des recherches interventionnelles en promotion de la santé.

Au Canada, la formation est un axe stratégique important du renforcement des capacités des acteurs à mettre en œuvre des recherches interventionnelles en promotion de la santé. Un réseau national constitué de sept sites vient d'être mis en place, afin de favoriser le développement de ces compétences chez les jeunes chercheurs et décideurs en santé publique au Canada. Ces derniers s'attacheront ainsi à mettre en œuvre des interventions de promotion de la santé et des projets de recherche interventionnelle correspondant à la définition qu'en donne l'Irisp.

De nouvelles méthodes doivent être identifiées pour mieux prendre en compte les contextes dans les projets de recherche interventionnelle en promotion de la santé. Mais les agences qui les financent sont-elles prêtes à soutenir ce type de recherche ainsi que les études de transférabilité qui sont fondamentales pour la compréhension des impacts du contexte ? Les recherches et études de ce type nécessitent des financements stables et à long terme. Les universités modifieront-elles leurs maquettes et programmes de formation pour inclure des enseignements centrés sur ces nouvelles compétences ? Les organismes gouvernementaux seront-ils capables de promouvoir des actions fondées sur des résultats de recherches interventionnelles en promotion de la santé, notamment sur les questions controversées de la lutte contre les inégalités sociales de santé, la dépendance au tabac ou à l'alcool ?

Le Gouvernement fédéral canadien a montré que de telles politiques fondées sur des données probantes étaient possibles. Par exemple, au Canada comme en France, le tabac représente un problème majeur de santé publique, notamment en tant que principale cause de mortalité. Nous dénombrons au Canada quatre millions de fumeurs (soit 15% de la population) et certains prévoient que 9% des Canadiens seront toujours fumeurs en 2036. De plus, nous constatons que, même si le tabagisme est en baisse dans la population générale, ce déclin est plus lent dans certains groupes de population. Par exemple, en 2015, quelque 115 000 Canadiens ont commencé à fumer quotidiennement, et le taux de tabagisme chez les adolescents et les jeunes est inchangé depuis 2013.

Au vu de ce constat, la stratégie fédérale de lutte et de contrôle du tabac s'est appuyée sur une approche intégrée et à long terme comprenant six piliers :

- Des objectifs clairs, tels que « moins de 5% de fumeurs d'ici 2035 » ;
- La priorité accordée à la protection des jeunes ;
- Des aides aux Canadiens consommateurs de produits issus du tabac ;
- L'attention accordée à la réduction des inégalités sociales et inégalités en matière de santé, notamment celles qui concernent les populations autochtones ;
- La diminution du taux de tabagisme chez les personnes atteintes de maladie chronique ;
- Le renforcement des compétences des acteurs institutionnels et de leurs partenaires de terrain.

Le rapport complet de Santé Canada « Saisir l'occasion : l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada », est disponible en ligne : [www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/programs/future-tobacco-control/future-tobacco-control-consultation-fra.pdf](http://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/programs/future-tobacco-control/future-tobacco-control-consultation-fra.pdf).

En 2013, les Professeurs Louise Potvin, Erica Di Ruggiero et moi-même, avons publié un article dans la revue La Santé en action dans le cadre d'un dossier intitulé « Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble ». Ce numéro de la revue est disponible en ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf>.

Notre article s'intitulait « Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations ». Dans cet article, nous sommes parties du constat qu'en santé publique, notre science des solutions accusait un retard considérable par rapport à notre science des problèmes, et nous avons insisté sur une définition de la recherche interventionnelle en promotion de la santé comme une science de l'intervention. Aujourd'hui, les chercheurs en santé publique ne peuvent plus justifier leur existence par la seule description des problèmes de santé.

Compte tenu des progrès réalisés au cours des dernières années, on ne peut plus considérer la recherche interventionnelle en promotion de la santé comme émergente : elle est bien établie, et pour longtemps, dans le champ de la promotion de la santé au Canada et en France.

## Échanges avec la salle

Qu'en est-il des approches de santé communautaire ? Observe-t-on des avancées en termes d'interventions centrées sur des approches participatives, ce qui suppose que la logique d'intervention ne soit pas précisée à l'avance ?

La recherche interventionnelle en promotion de la santé ne se pratiquant pas en laboratoire, s'applique très bien à ce type d'intervention. Cependant, il est important de ne pas abandonner la notion de fidélité relative au contexte.

Des recherches interventionnelles en santé publique ont été mises en œuvre dans les années 1970, appliquées à des interventions en prévention du tabagisme et en prévention cardiovasculaire, en Caroline du Nord et à Stanford City. Note-t-on une différence entre ce que l'on appelle la recherche

interventionnelle en santé des populations, et ce qui a été fait, et quelle est la nouveauté ?

Pour les Canadiens, la recherche interventionnelle en promotion de la santé s'applique aux pratiques, aux politiques et aux réseaux. Cette perspective est différente de celle des recherches anciennes en santé publique, centrées sur les facteurs de risque.

Quelle est la place des chercheurs en sciences humaines, notamment les sociologues, dans les recherches interventionnelles en promotion de la santé ?

Les sciences sociales occupent une place très importante. La recherche interventionnelle en promotion de la santé associe des sociologues, des juristes, des médecins, des historiens de la santé... La perspective multidisciplinaire est très riche, et se justifie par la complexité des problèmes sociaux et de santé publique. Les inégalités sociales de santé demeurent et les sociologues sont des membres à part entière des équipes de recherche, qui doivent apporter des solutions.

# La recherche et le transfert de connaissances en promotion de la santé

## Un témoignage confortant et renforçant les avancées actuelles

FRANÇOIS BAUDIER

Président de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

*Cette présentation est structurée en trois étapes correspondant à trois décennies, suivies des leçons et des espoirs que l'on peut en tirer pour l'avenir.*

### Première étape : les années 1980

Les hasards de la vie ont fait que j'ai commencé ma carrière professionnelle comme chercheur à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Et puis, du jour au lendemain, j'ai plongé dans la réalité de terrain en devenant responsable des questions de santé et de prévention à la Ville de Besançon, mais également directeur d'un tout jeune Comité d'éducation pour la santé. À ce moment-là, les pratiques dans notre champ étaient très « éducation sanitaire », même si le terme « promotion de la santé » avait été introduit en France avant même l'adoption de la Charte d'Ottawa. Si nous souhaitions avancer dans ce domaine, nous étions condamnés à innover.

C'est la raison pour laquelle ma courte carrière de chercheur m'a été très utile à deux niveaux. Tout d'abord, en m'appuyant sur la méthodologie de la recherche pour construire des expérimentations devant permettre à l'éducation sanitaire de sortir d'un cadre très traditionnel et souvent peu pertinent. Ensuite, j'ai veillé à pouvoir partager avec d'autres mes recherches, d'où l'intérêt de l'écriture et de la publication.

J'en tire deux leçons :

- La recherche ne s'improvise pas et il est primordial de s'appuyer sur une méthodologie solide et rigoureuse ;
- Si l'on souhaite un transfert des connaissances, la publication est incontournable.

La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) œuvre dans ce sens depuis plusieurs années. Elle organise des formations à la recherche interventionnelle pour notre réseau mais également destinées à un plus large public, en particulier dans le cadre de l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon. Elle développe, en lien avec la revue Santé Publique, des initiatives pour favoriser une aide à l'écriture et faciliter les publications.

Enfin, sur les 500 salariés du réseau des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et autres structures adhérentes de la Fnes, près de la moitié dispose d'un haut niveau de qualification universitaire (Master ou Doctorat). C'est un atout précieux pour développer la recherche dans notre champ.

## Deuxième étape : les années 1990

Je suis appelé par Jean-Pierre Deschamps et Marc Danzon pour devenir Délégué général adjoint du Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Deux raisons motivent cette sollicitation : mon passé de chercheur et ma connaissance du terrain. Deux raisons qui pourraient paraître sans rapport mais qui sont en fait très complémentaires.

Elles me conduisent, d'une part, à mettre en place les Baromètres santé avec plusieurs équipes de l'Inserm (Alfred Spira, Jean-Paul Moatti, Nathalie Bajos) et à installer un Comité scientifique. D'autre part, à développer une professionnalisation du réseau des Comités d'éducation pour la santé.

Dans les deux cas, ces orientations participent à la création d'un corpus de connaissances dans ce champ émergent qu'est la promotion de la santé, mais également à un processus de transfert des connaissances par la formation auprès de professionnels de notre réseau.

Ce mouvement est capital, car l'identification d'un champ spécifique repose sur l'enrichissement et la consolidation des connaissances grâce à la recherche, mais également par un transfert grâce à la formation.

Là encore la Fnes et les Ireps participent aujourd'hui activement à ce mouvement :

- Pour la recherche, l'organisation de cette manifestation en témoigne ;
- Concernant la formation, c'est plus de 10 000 personnes qui sont formées chaque année au sein de nos Instances. Ce sont des professionnels mais aussi des élus ou des citoyens engagés.

## Troisième et dernière étape : les années 2000

Elles étaient pleines d'espoir mais ont été à l'origine de quelques déboires.

Je suis alors Directeur d'une Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et futur Directeur de la stratégie au sein de l'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté. Cette position m'a amené à participer activement au mouvement de préfiguration des ARS. À cette époque, 80 chantiers sont ouverts pour repenser complètement l'offre de santé dans notre pays.

Nous nous battons alors sur deux terrains :

- La place de la santé publique dans cette nouvelle organisation ;
- La nécessité pour ces nouvelles agences de disposer en leur sein d'équipes en charge des questions de recherche et de développement.

Le résultat ne fut pas à la hauteur de nos espérances. Chaque ARS a bien disposé lors de sa création d'une Direction de la santé publique (sauf dans ma propre ARS !), en revanche, la composante recherche n'a pas été intégrée au sein de la nouvelle organisation des ARS.

Cependant, il ne faut pas désespérer. Si la date de naissance des Centres d'expertise régionaux de recherche en santé publique (CERReSP) semble s'éloigner au fil des mois, dans deux nouvelles régions, la Normandie et la Bourgogne Franche-Comté, les choses semblent commencer à bouger. En effet, des projets fédératifs existent pour développer la recherche en santé publique et en promotion de la santé. Ils associent les ARS à des partenaires institutionnels et académiques mais également des réseaux associatifs comme celui des Ireps. Cette nouvelle dynamique est donc porteuse d'espoir.

Je voudrais terminer mon intervention en évoquant quatre points essentiels.

## Quatre points essentiels

### 1 La santé publique doit sortir des murs de l'hôpital

En effet, aujourd'hui, au sein des Unités de formation et de recherche (UFR) santé, cette discipline est enseignée dans l'espace d'influence des Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) puisque ses enseignants sont des Professeurs d'université et des praticiens hospitaliers (PU-PH). Si beaucoup d'entre eux sont ouverts sur des approches populationnelles dépassant les murs de l'hôpital, des logiques de publication (le fameux « impact factor » !) et économique (la nécessaire rentabilité) ont tendance à orienter la recherche en santé publique vers la biostatistique et la clinique. Il serait important et urgent qu'une vraie réflexion soit engagée sur ce sujet et que demain les PU ne soient pas toujours PH.

### 2 La santé publique devrait se rapprocher des soins primaires

Dans la continuité de ce que je viens de dire, je pense qu'il y a aujourd'hui une vraie opportunité d'alliance entre la recherche en santé publique et celle en soins primaires. D'abord, dans les UFR santé, les seuls enseignants qui ne soient pas PH, ce sont ceux de médecine générale. Cette ouverture sur la ville, sur les territoires, leur sensibilité pour la prévention, l'émergence de jeunes chefs de cliniques, notamment dans les maisons de santé, sont autant de signes favorables pour ce rapprochement. De plus, la recherche en soins primaires commence à s'organiser et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) est en train d'intégrer cette dimension.

### 3 La recherche en promotion de la santé doit favoriser deux décroissements

D'abord, entre la santé publique au sein des UFR santé et les autres disciplines, notamment les sciences humaines et sociales. L'installation du siège de la Fnes dans une Maison des Sciences de l'Homme à Saint Denis en est un symbole.

Le deuxième décloisonnement à réaliser est entre le monde académique et celui des décideurs et des acteurs de la santé. Je crois que la composition des personnes participant à cette journée montre que ce mouvement est en train de s'opérer.

#### **4 Deux des quatre thèmes prioritaires définis par Agnès Buzyn pour la nouvelle stratégie nationale de santé nous donnent de grands espoirs**

- La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux ;
- L'innovation.

Comme beaucoup d'entre vous dans cette salle, nous avons été forcés de proposer pour bâtir cette stratégie. Nous souhaitons continuer à en être acteurs, l'organisation de cette journée et votre présence en sont l'illustration.

Bon colloque autour des nouvelles approches en promotion de la santé !

# Le positionnement de Santé publique France dans le domaine de la recherche

PIERRE ARWIDSON

Directeur Adjoint de la Prévention et de la Promotion de la Santé

Selon Richard Price, le cycle de développement de la recherche en prévention peut être décrit en quatre phases :

1. La recherche sur les facteurs de risques et de protection (comme celle qui est menée dans le cadre des Baromètres santé) et les populations concernées : ceci conduit à choisir les facteurs cible et la population à qui va s'adresser l'intervention ;
2. La conception d'une intervention : il s'agit de choisir parmi les technologies de changement disponibles d'après l'expérience, la littérature et les théories disponibles. Une étude pilote est nécessaire pour vérifier si la technologie choisie fonctionne ;
3. La vérification de l'efficacité de l'intervention par un essai de taille suffisante : ceci inclut l'étude du contexte, l'évaluation de l'impact et du processus. En cas d'efficacité, on dispose alors d'une intervention prototype ;
4. La recherche sur la diffusion de l'intervention prototype dans différents contextes, les adaptations nécessaires lors de sa diffusion.

Aujourd'hui, le positionnement de Santé publique France se situe sur la première phase et la dernière phase de Price, c'est-à-dire l'étude des facteurs de risques et de protection et la diffusion de l'innovation. Les parties « conception des interventions » et « évaluation scientifique de l'intervention » sont du ressort de la recherche.

Au cours des quinze dernières années, les organismes de tutelle ont cherché à clarifier les rôles de chaque institution impliquée en santé publique, selon trois fonctions : recherche, formation, expertise.

La recherche est confiée à l'Institut national pour la santé et la recherche médicale (Inserm) et aux universités.

L'École des hautes études en santé publique (EHESP) a des missions de formation mais héberge également des Chaires qui sont impliquées en recherche : la Chaire de promotion de la santé de Santé publique France dont le titulaire est Eric Breton et la Chaire « Prévention des cancers INCA/IReSP/EHESP » portée par Linda Cambon.

Santé publique France est quant à elle considérée comme l'agence d'expertise en santé publique. Ceci inclut la production d'avis, de recommandations mais aussi une fonction de conseil dans la mise en œuvre

d'actions de prévention au niveau national et local.

C'est dans ce cadre que Santé publique France soutient l'adaptation de programmes qui ont montré leur efficacité sous d'autres contextes culturels (comme le Good Behavior Game en milieu scolaire ou le programme Panjo de visites à domicile), ainsi que des programmes d'aide à la parentalité (comme le Strengthening Families Program) et de réduction de l'entrée dans le tabagisme (Assist), ou encore de plusieurs substances psychoactives (Unplugged).

Les modalités de financement de la recherche ont également évolué au cours des quinze dernières années.

En 2005, le Professeur Jean-Paul Moatti, alors Président du Conseil scientifique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a convaincu Philippe Lamoureux, Directeur général, d'investir dans la recherche en prévention ; un million d'euros a ainsi été consacré chaque année à des projets de recherche. Au départ, la plupart d'entre eux concernaient l'éducation thérapeutique ou le milieu du soin. Des projets de prévention primaire sont progressivement apparus.

L'Institut de recherche en santé publique (IReSP) a vu le jour en 2007 avec pour objectif de devenir le « guichet unique » pour le subventionnement de la recherche en santé publique. L'appel à projets de l'Inpes de 2007 a donc été lancé sous l'égide de l'IReSP. Malheureusement l'offre de financement de la recherche dans les domaines de la prévention et la promotion de la santé a ensuite perdu sa visibilité dans les appels à projets généraux. Ce n'est qu'à partir de 2014 que l'IReSP a publié des appels à projets de recherche spécifiquement dédiés à la prévention.

L'Institut national du Cancer (INCa) a lancé à partir de 2010 des appels à projets annuels pour développer la recherche interventionnelle en santé publique avec un focus sur la prise en compte des inégalités sociales liées au cancer. Cette initiative, combinée à celle de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) a permis de développer la recherche en offrant d'autres sources de financement.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) (Burstin, Daudé, Paul 2014) a recommandé que Santé publique France porte la responsabilité d'un portail national de données validées en prévention et en promotion de la santé. Il existe en effet un patrimoine de cinquante années de recherches en santé publique, mais cette littérature n'est pas accessible aux décideurs locaux et aux chefs de projets. Il est nécessaire de mettre en place une interface de valorisation permettant à un opérateur local, face à un besoin de prévention déterminé lors d'un diagnostic territorial, de trouver des interventions adaptées à ses besoins.

La Direction générale de la santé (DGS) a repris le pilotage du projet nommé « Inspire-ID » (Initiative en santé publique pour l'interaction entre la recherche, l'intervention et la décision). Outre Santé publique France, ce dernier associe la Fnes, la Société française de santé publique (SFSP), l'EHESP, l'IReSP, la Mildeca, l'INCa, la Haute autorité de santé, et l'Inserm. Le projet de portail évoqué ci-dessus fait partie de ce projet.

Un Comité d'évaluation devra porter un jugement sur les programmes qui seront versés dans le répertoire ou portail national qui sera à double entrée :

- Une entrée par ce qui est repéré dans la littérature scientifique, en priorité en France ;
- Une entrée par les apports des initiatives de terrain.

Le travail mené actuellement par Santé publique France porte sur la manière de présenter ces projets et sur une grille de jugement. De nombreux outils de ce type existent en Europe et aux États-Unis. Ce travail complétera le projet de capitalisation des interventions en santé publique mené par la SFSP et la Fnes. Il sera important de bien articuler les deux démarches.

# Projets de recherche interventionnelle en promotion de la santé menés dans les régions

ROSELYNE JOANNY (région Bretagne), NATHALIE PONTHER (région Bourgogne-Franche Comté), MARIE PERSIANI ET CAROLINE HERASSE (région Grand-Est)  
Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

Trois projets de recherche interventionnelle menés au niveau régional sont présentés. Tous trois centrés sur des interventions visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes, ils s'inscrivent dans des partenariats avec des équipes de recherche. Chaque présentation d'un projet est suivie de l'approfondissement d'un point d'intérêt général, sous la forme d'une réponse à une question :

- Projet 1 :** Quels sont les apports du projet en termes de promotion de la santé ?
- Projet 2 :** Quelle est la place de la participation et du pouvoir d'agir de la population dans ce projet ?
- Projet 3 :** Quels sont les écueils des appels à projets et peut-on les contourner ?

## Projet PRECAPSS « Précarité, activités physiques et sportives et santé »

[ Financement de la recherche par l'Institut national du cancer et financement de l'intervention par l'ARS de Bretagne, le Conseil départemental 35, la Mildeca 35, la Politique de la ville de St Malo ; en attente d'une réponse à une demande de subvention auprès du Centre national pour le développement du sport ]

### Présentation du projet

Dans ce projet de recherche interventionnelle, l'intervention est pilotée par l'Ireps de Bretagne et la recherche est menée par une équipe de sociologues des Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) de l'université de Rennes II.

Ce projet est né du constat que les personnes en situation de précarité pratiquent peu d'activité physique pour de multiples raisons, notamment des facteurs socio-économiques, mais aussi parce que l'offre existant dans les territoires n'est pas adaptée, qu'il y a peu d'éducateurs sportifs formés à l'accueil de ce public, que les travailleurs sociaux orientent peu vers ce type d'activité, et qu'il n'y a pas de partenariat entre ces deux corps de métier.

L'objectif de ce projet est de favoriser, sur deux sites d'implantation, rural et urbain, la pratique d'activité physique par des personnes sédentaires en situation de précarité - avec une ambition forte, celle de construire une offre adaptée et accessible, avec les personnes en situation de précarité. Pour elles, et avec elles.

Pour ce faire, c'est une stratégie globale d'empowerment qui est déployée sur les trois niveaux reconnus comme efficaces dans la littérature scientifique, c'est-à-dire les niveaux individuel, communautaire et organisationnel, ce qui suppose de créer les conditions d'une collaboration entre les élus, les professionnels, et les personnes concernées par le projet.

Les objectifs spécifiques de l'intervention sont donc les suivants :

- Mettre en réseau, sur le territoire, les acteurs du travail social, sanitaire et sportif, mais aussi les élus, au travers d'une instance locale et de groupes de travail ;
- Faire évoluer les pratiques des professionnels, travailleurs sociaux et éducateurs sportifs, mais aussi les pratiques partenariales, que ce soit au niveau des acteurs mais aussi des politiques, qui travaillent peu en transversalité sur ces questions ;
- Renforcer les ressources individuelles et communautaires des personnes concernées, pour qu'elles participent activement à l'élaboration de cette offre.

Plusieurs leviers d'action ont été mis en place :

- Une instance locale réunissant l'ensemble de ces acteurs, avec des réunions et des groupes de travail visant à associer progressivement les personnes concernées. Ces groupes de travail sont pensés comme des leviers pour faire évoluer les pratiques, en favorisant les échanges entre ces catégories d'acteurs et en faisant évoluer les représentations. Un dispositif de formation destiné aux éducateurs sportifs volontaires vise à les amener à développer des compétences d'animation des activités physiques adaptées. Un forum relatif à l'activité physique et à la santé porté par un acteur du territoire, intégré au projet, aborde également cette question de l'activité physique des personnes en situation de précarité.
- Des ateliers expérimentaux d'activité physique. Ces ateliers sont élaborés par les groupes de travail, avec la participation des habitants. Il s'agit de déterminer quelles activités vont y être proposées, selon quel déroulement, quelles sont les caractéristiques fondamentales de ces ateliers, et le profil de l'éducateur sportif dont le recrutement est en cours. Comment les personnes concernées seront-elles mobilisées pour participer à ces ateliers, en secteur rural et en secteur urbain ? Comment cette participation sera-t-elle pérennisée ? Tout sera observé dans le cadre de la recherche afin de produire des connaissances et d'envisager le déploiement de l'offre. Une place importante sera laissée à l'analyse réflexive des participants.

- Du plaidoyer. L'objectif de ce travail est aussi d'animer une réflexion avec les personnes qui auront participé aux ateliers afin qu'elles puissent à la fois transmettre leur expérience et formuler des revendications concernant les conditions nécessaires au déploiement de ces offres et à la prise en compte de leurs besoins. Certaines de ces conditions ont été identifiées au cours de la phase de diagnostic mais il faut aller plus loin pour que les élus prennent conscience de leur capacité d'agir sur les facteurs qui freinent l'accès de ces personnes à l'activité physique.

Cette phase de plaidoyer sera portée à la fois par les professionnels du réseau et par les usagers de ces ateliers, dans la perspective d'être entendus par les politiques, pour que ces derniers prennent en compte la possibilité matérielle des personnes d'accéder aux ateliers : moyens de transport jusqu'aux ateliers, financement et cofinancement de ces activités. Les différents partenaires institutionnels associés au projet éprouvent quelque difficulté à se positionner en termes de « qui finance quoi ? » S'agit-il de sport-santé ou de sport-insertion ? Ces enjeux sont particulièrement intéressants à observer.

### **Quels sont les apports du projet en termes de promotion de la santé ?**

L'un des principaux objectifs de ce projet est de documenter la question de la participation des personnes concernées. La dimension de l'empowerment, considéré comme une stratégie globale à mettre en œuvre à différents niveaux, est centrale dans cette perspective. Comment les professionnels et les élus se positionneront-ils, confrontés à une participation effective des habitants, allant jusqu'à la construction d'un plaidoyer ? Cette question est au cœur de ce projet, et pour y répondre sera mobilisé un ensemble de stratégies de promotion de la santé.

La façon dont l'intersectorialité va prendre forme sera particulièrement observée. Il existe d'importants enjeux de mise en réseau : les acteurs du social et de la santé ne se connaissent pas, le milieu hospitalier et celui du sport non plus.

Au-delà de leur participation à l'intervention en promotion de la santé, il sera intéressant d'analyser comment les usagers de ces ateliers vont eux aussi contribuer à la recherche, comment ils vont en être acteurs. Beaucoup d'échanges avec eux sur leur vécu de cette expérience, sur ce qu'elle produit chez eux et sur leurs attentes, sont prévus. Cet intérêt concerne l'activation de la recherche.

Les modalités habituelles de la promotion de la santé, centrées sur le développement des compétences et des pratiques des professionnels, seront aussi regardées de près. Le projet est très global et mobilise plusieurs leviers usuels de la promotion de la santé. Il sera intéressant de prendre le temps de les analyser et de les évaluer de manière rigoureuse.

## Projet AngatA « Accompagner vers l'autonomie en santé »

[ Financement Direction générale de la santé/projet pilote d'accompagnement à l'autonomie en santé, article 92 de la « loi de modernisation de notre système de santé » ]

### Présentation du projet

Le projet, porté et coordonné par l'Ireps Bourgogne Franche-Comté, est centré sur l'accompagnement à l'autonomie des adolescents et jeunes adultes sur les problématiques de santé liées au surpoids et à l'obésité, en région Bourgogne Franche-Comté. La tranche d'âge concernée est celle des 11 - 21 ans.

Ce projet s'inscrit dans le cadre des expérimentations de projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie, sur une durée de cinq ans, prévues dans l'article 92 de la « loi de modernisation de notre système de santé ». La finalité du projet est d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des jeunes ayant bénéficié ou bénéficiant encore d'interventions socio-éducatives ; ces jeunes vivent soit dans des structures type Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), soit des Maisons pour enfants à caractère difficile (MECS), ou encore sont en hébergement dans des structures de la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ). La finalité est d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie vis-à-vis de l'estime de soi et de l'image corporelle. Il s'agit de jeunes soit exposés à un risque de surpoids soit déjà en surpoids.

Les deux principaux objectifs de la recherche interventionnelle sont de développer la capacité d'agir des jeunes, face aux problématiques relatives à la santé nutritionnelle, par une méthodologie participative et une approche par les pairs, et d'évaluer l'efficacité du projet ainsi que ses conditions de transférabilité.

Le projet comprend trois volets : intervention, recherche, évaluation. Ces trois volets sont en interaction constante dans toute la démarche, et mobilisent une méthodologie participative ainsi qu'une approche par les pairs, afin que les jeunes élaborent eux-mêmes leur stratégie d'intervention en promotion de la santé.

Trois équipes de recherche sont associées au projet : le Centre de recherche « éducation et formation » (CREF) de l'université Paris Ouest Nanterre (dont Louis Mathiot, sociologue, Maître de conférences en sciences de l'éducation), l'Unité de formation et de recherche des sciences juridiques, économiques, politiques de gestion de l'université de Franche-Comté (dont Guillaume Gourgues, Maître de conférences en science politique), l'Institut national de la recherche agronomique (Inra) dont deux chercheuses sont associées au projet.

La recherche est structurée autour de deux principaux axes.

Le premier axe vise à répondre à la question, « de quoi l'empowerment est-il le nom ? » De quoi parlons-nous lorsqu'il s'agit d'autonomie en santé ?

Il s'agira d'étudier si, dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention, les jeunes ont acquis une capacité d'analyse critique et de construction de leur propre représentation du problème qui les concerne. Le surpoids et l'obésité sont des problèmes de santé publique, mais qu'en est-il de la représentation des publics concernés ? Comment évoquent-ils ces sujets, comment se le représentent-ils, comment en parlent-ils ?

Cet axe de recherche vise à répondre à plusieurs questions évaluatives. Est-ce que la participation a permis aux jeunes d'acquérir une représentation large du problème ? Vers quel type d'action cette participation les a-t-elle menés ? Au départ du projet, la méthodologie d'intervention n'est pas définie, ce sont les jeunes eux-mêmes qui seront mobilisés pour cette élaboration. Il sera également intéressant d'observer si la participation a conduit les jeunes à s'intéresser à d'autres problématiques comme les consommations, l'agriculture, le mode de vie etc.

Il est essentiel que cet axe de recherche parvienne à montrer si, partant d'un problème, celui de l'obésité et du surpoids, l'intervention réussit à aiguïser l'appétence des participants pour les travaux d'enquête et pour la compréhension des phénomènes, à développer leur esprit critique et leur intérêt pour les controverses, à les amener à faire des propositions. Il faudra pouvoir répondre à cette question de Guillaume Gourgues : « Est-ce que finalement l'intervention a contribué à développer le pouvoir d'agir de ces jeunes ? »

Le deuxième axe de la recherche est centré sur l'analyse du rapport des jeunes à la santé, sous l'angle des capacités. L'intervention est menée dans six milieux de vie, de façon à couvrir le plus largement possible le parcours de vie potentiel d'un jeune. Le projet a démarré au printemps 2017 dans une MECS avec des jeunes âgés de 8 à 14 ans. Ces jeunes au parcours chaotique présentent des vulnérabilités particulières, sur le plan social comme sur le plan affectif ; ils sont en rupture avec la plupart des dispositifs. Les autres sites sont un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), un Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), des Établissement pour l'insertion dans l'emploi (EPIDE) et une unité d'hébergement de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Le travail sera réalisé à partir de groupes de pairs, à la fois les jeunes et les professionnels des structures, pour tenter de réduire les inégalités de pouvoir entre ces jeunes et ces professionnels. Les outils mobilisés sont l'entretien et l'observation participante. Ces outils servent à la fois l'intervention, l'action, l'évaluation et la recherche, qui sont intimement liées. Les entretiens sont menés avec des professionnels et des jeunes ; 120 seront réalisés entre 2017 et 2018. La photographie est également mobilisée comme support ; les jeunes et les professionnels sont invités à prendre des photos qui font ensuite l'objet d'un débat. Cette méthodologie est empruntée à ATD Quart Monde qui l'utilise dans ses approches fondées sur le croisement des savoirs.

La démarche d'évaluation est également participative, coconstruite, et associe l'ensemble des acteurs du projet. Ces acteurs sont des équipes de recherche, des associations d'usagers, des soignants, des spécialistes de la nutrition, des acteurs de la promotion de la santé, des spécialistes de la participation ou de l'évaluation, des acteurs au contact des jeunes, et bien évidemment les jeunes et les professionnels des milieux de vie. Cette évaluation s'appuie notamment sur la tenue d'un carnet de bord dans lequel est racontée l'histoire du projet et sont notées les questions qui émergent au fil de sa réalisation.

D'un point de vue organisationnel, le projet s'articule autour d'un comité de pilotage qui associe l'ensemble des personnes citées, à l'exception, pour l'instant, des jeunes et des professionnels. Ce comité rassemble une vingtaine de personnes qui se réunissent quatre fois par an – une fois par trimestre. L'organisation du projet inclut également un comité technique où sont représentés les acteurs opérationnels impliqués de manière transversale dans les trois axes du projet : la recherche, l'évaluation et l'intervention. Ces acteurs sont principalement l'Observatoire régional de la santé (ORS), la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), l'Ireps, la photographe et les équipes de recherche, ainsi que des jeunes et des professionnels des milieux de vie. Ce comité technique se réunit six fois par an.

### **Quelle est la place de la participation et du pouvoir d'agir de la population dans ce projet ?**

L'idée même du projet et la principale question de recherche interrogent la participation, l'empowerment, le pouvoir d'agir de la population. La méthodologie se veut participative. Cependant, il faut reconnaître que dans la vraie vie, il y a un écart de l'écriture du projet à sa réalisation, et ce même si l'intention est bien de « faire avec » les jeunes et les professionnels des milieux de vie à tous les niveaux du projet.

Le projet global doit durer cinq ans et se dérouler dans six milieux de vie ; dans chacun d'eux sera mis en œuvre un micro-projet. La population est associée à la dynamique de chacun de ces micro-projets de recherche, de la conception à l'évaluation, en passant par la mise en œuvre, les activités, la planification et dans une dynamique de partage des pouvoirs. La participation est ainsi envisagée comme un processus et non comme un moyen d'arriver à un résultat. En tant que processus, elle doit contribuer à renforcer le pouvoir d'agir des personnes concernées, en s'appuyant sur des logiques de renforcement de pouvoir et de conscientisation. L'ensemble des partenaires du projet est amené à verbaliser, à échanger, dans des espaces à cet effet. La conscientisation vise à développer une attitude critique, à s'organiser, au final à se sentir « capable de » : être capable de parler à un public, de se sentir bien dans son milieu de vie, d'interpeller son éducateur, etc. Par exemple, dans l'un des milieux de vie, les repas servis en restauration collective sont confectionnés par des personnes travaillant en ESAT (Établissements et services d'aide par le travail), donc des personnes en situation de handicap, puis servis dans des barquettes. Les jeunes interprètent cela comme un manque de respect, d'attention vis-à-vis d'eux.

D'un point de vue méthodologique, l'idée est de créer des conditions favorables à cette participation. Mais la recherche doit s'inscrire dans la réalité du contexte, qui impose que les partenaires se rencontrent, se comprennent, et instaurent une relation de confiance. Or, cette relation a été d'emblée mise à mal par la méthode même de la recherche. Les entretiens avec les jeunes ont été menés en face à face comme c'est généralement le cas en sciences humaines et sociales. Or, ces jeunes passent leur temps avec des psychiatres, des psychologues ou travailleurs sociaux qui les questionnent sur leur vie, en face à face... La méthode de l'entretien a donc reproduit exactement le même schéma, et la relation de confiance n'a pas pu s'instaurer au travers de ces entretiens de recherche. D'autres modalités ont alors été imaginées : organiser un goûter avant l'été avec les jeunes et les professionnels, une exposition de photographies... L'équipe s'est rendue sur site afin de partager des moments de vie avec les jeunes et les professionnels, pour développer l'interconnaissance. Une frise chronologique a également été créée, avec l'appui de nombreux intervenants ; cette frise comporte les temps de réunion, les entretiens, les jours d'intervention ainsi que les photos, et les jeunes ont été incités à poursuivre ce travail dans leur propre univers de vie.

Dans l'un des milieux investigués, il est impossible de séparer les jeunes des professionnels, ou plutôt, les professionnels des jeunes. Pour l'instant, aucun groupe de pairs n'a été encore constitué, l'intervention se situe toujours dans un espace-temps créé pour se rencontrer, apprendre à se connaître et à se faire confiance, et tous les intervenants travaillent avec les éducateurs. Cependant, il faudra à un moment donné qu'ils se séparent, car dans la situation actuelle, on constate que le discours des jeunes est très en miroir de celui des professionnels. Les éducateurs sont leur point de repère, leur ancrage dans la vie sociale, et il est impossible de distendre ce lien pour le moment.

## Projet SICER

### « Coconstruire une stratégie d'intervention collaborative d'empowerment, en faveur de la réduction des inégalités de santé en ruralité »

[ Proposition en réponse à l'appel à projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé ; Ministère des Solidarités et de la Santé, par Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) ]

#### Présentation du projet

Il s'agit d'un projet pilote de recherche interventionnelle dont l'objectif général est de permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques et vivant en milieu rural, dans la région Grand-Est, de vivre au mieux avec leur pathologie au quotidien. Les objectifs stratégiques de ce projet sont de développer une offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP), de créer des conditions favorables à l'empowerment communautaire, de renforcer le soutien entre les personnes vivant en milieu rural, en particulier les personnes atteintes de maladie chronique, et de donner accès à tous à des programmes d'accompagnement à l'autonomie.

Le projet se déroule dans trois zones vosgiennes dites déficitaires en offres et en accès aux soins, sur la base de constats établis notamment par l'Agence régionale de santé (ARS), corroborés par des professionnels rencontrés sur ces territoires. Il s'agissait d'étendre les connaissances, les outils produits en Lorraine à l'échelle de la région Grand Est, afin d'aboutir à un projet de nature expérimentale fort d'une stratégie d'intervention collaborative.

L'idée générale était de mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique fondé sur un suivi régulier, incluant différents acteurs du parcours de santé des personnes, dont leur entourage, en se basant sur leurs savoirs expérientiels. L'idée était également de faire travailler ensemble, se rencontrer, échanger les professionnels intervenant tout au long du parcours de santé des personnes, à savoir ceux du champ médical, sanitaire, mais également médico-social et social. Les personnes malades et leurs proches devaient jouer un rôle central, mais beaucoup de questions se posent aujourd'hui sur la place des uns des autres et leur réelle participation. Les maisons de santé pluridisciplinaires ainsi que les réseaux dans les territoires, étaient également considérés comme des terrains d'intervention privilégiés, en ce qu'ils permettent de capter les discours et les pratiques des acteurs hors des schémas hospitalo-centrés, alors qu'une majorité des programmes initiaux d'ETP sont réalisés à l'hôpital.

Une hypothèse, avancée par différents acteurs, méritait d'être vérifiée : celle d'un manque d'articulation ville-hôpital qui serait dû – en partie – à une méconnaissance des acteurs de première ligne, notamment les médecins généralistes et les infirmières libérales, de ce qu'est l'éducation thérapeutique, et à un problème de confiance : « si j'oriente mes patients vers ces types de programmes, est-ce que je vais les revoir ? Que vont-ils devenir ? ».

Les personnes atteintes de maladies chroniques sont absentes de la construction, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, et leur participation y est très limitée. Selon l'ARS, seules 15 % d'entre elles ont accès à des programmes d'éducation thérapeutique.

Le projet SICER mobilisait plusieurs volets interdépendants qui se nourrissaient les uns les autres.

Le volet « recherche évaluative » comportait deux principaux axes :

- Le premier axe consistait à travailler, avec l'aide du laboratoire lorrain de sciences sociales et celle du laboratoire APEMAC, sur l'approche sociologique, anthropologique et épidémiologique des maladies chroniques. L'enjeu était ici d'acquérir une connaissance fine des expériences en santé des personnes atteintes de maladies chroniques vivant en milieu rural. Il s'agissait aussi d'explorer leurs pratiques, tous les modes d'arrangement qu'elles peuvent développer, et les possibilités de construire une intervention au plus près de leurs besoins mais aussi de leurs difficultés, parfois dues à un manque de ressources. Le but était également d'objectiver les renoncements, les freins et les refus d'accompagnement.

- Le second axe visait à déployer une approche évaluative de l'intervention complexe que représentait le projet. L'évaluation démarre dès l'instant où un projet est élaboré, elle est importante tout au long de l'intervention et se poursuit dans les phases d'implantation, d'évaluation de l'efficacité et de la transférabilité. L'évaluation est la colonne vertébrale du projet, c'est elle qui permet d'en tirer des enseignements et de le faire évoluer. L'enjeu ici était d'utiliser des outils méthodologiques adaptés, permettant de saisir le déploiement de cette intervention dans son contexte, son acceptation par les personnes atteintes de maladies chroniques et les professionnels, ainsi que les mécanismes de son fonctionnement. Une attention particulière était également accordée à l'évaluation de ce qui est fondamental dans l'intervention, c'est-à-dire ses « fonctions-clés » et les conditions favorables identifiées tout au long du processus. Pour ce faire, chaque étape de cette intervention aurait été analysée en détail.

Le volet « intervention » développait quant à lui plusieurs stratégies visant à répondre aux besoins des acteurs : professionnels de santé, hospitaliers et libéraux en maisons de santé pluridisciplinaires, professionnels du social et du médico-social, mais également les élus qui occupent une place importante, ainsi que les collectivités qui offrent un certain nombre de services, les habitants et l'entourage impliqués dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Ce volet visait à :

- Proposer un programme d'éducation thérapeutique de renforcement, en milieu rural, qui soit co-construit avec toutes les parties prenantes et permette de renforcer la collaboration entre la ville et l'hôpital. Ce programme aurait été élaboré « hors les murs » de ce dernier, mais en partenariat avec les porteurs de programmes hospitaliers initiaux, afin de créer du lien avec la ville.
- Développer les approches communautaires à travers la co-construction d'outils d'intervention. L'idée était d'instaurer un sens de la communauté chez les personnes atteintes de maladies chroniques et de développer leur capacité à s'organiser collectivement. Il s'agit aussi de leur permettre de comprendre qu'elles peuvent accroître leur pouvoir d'agir sur l'offre existant sur leur territoire, et qu'elles sont à part entière des intervenants et des acteurs de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement des maladies chroniques. Le but était de s'inscrire dans une approche d'empowerment individuel, de renforcer les capacités des personnes et de leur entourage dans la gestion de la maladie au quotidien.

Le troisième volet concernait la transférabilité du projet, il visait donc à produire des connaissances, des savoir-faire, des outils qui soient modélisables et transférables. L'idée principale était de construire un outil qui permette de faire émerger les conditions de développement de l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel. L'objectif de cet outil était d'armer les acteurs, et en particulier les professionnels des différents champs, pour qu'ils adoptent des postures intégrant les principes de la participation des personnes et d'un rééquilibrage des pouvoirs. Des temps de formation auraient été également nécessaires pour faciliter la construction des programmes, pour permettre de comprendre ce qu'est l'éducation thérapeutique, les connaissances qu'elle mobilise et ses conditions de développement.

La finalité de l'empowerment était présente à tous les niveaux de l'intervention. Le projet avait vocation à être co-construit par les habitants d'un territoire, qu'il s'agisse de personnes atteintes de maladie chronique, de leur entourage, ou des professionnels. Les formations auraient été co-portées de façon intersectorielle, dans le cadre d'une collaboration entre un diabétologue et un pharmacien qui auraient co-animé un temps de formation. Dans son quotidien, le pharmacien apprend beaucoup du vécu des personnes et de leurs besoins, et pourrait nourrir le diabétologue de ces apports – ce dernier lui apportant d'autres connaissances. Les formations auraient été effectuées en binôme avec des personnes atteintes de maladie chronique ou leur entourage, afin de leur permettre de partager leur savoir expérientiel.

Cette phase d'évaluation et de transférabilité visait à pouvoir déployer cette action sur les territoires champardennais et alsaciens, afin de la modéliser pour qu'elle soit ensuite transférable, accompagnée d'outils pour aider à mettre en œuvre des formations, faire monter en compétence les acteurs et renforcer le pouvoir d'agir des personnes.

### **Quels sont les écueils des appels à projets et peut-on les contourner ?**

Les écueils des appels à projets sont pluriels, il y a donc plusieurs niveaux de réponse à apporter. Dans le cadre des appels à projets de recherche interventionnelle, on ne peut faire l'économie d'une analyse stratégique de la situation. Le porteur du projet doit coordonner les intérêts, les rôles et les missions de plusieurs partenaires, tout en répondant aux attentes des financeurs.

L'appréhension de cette réalité nécessite un temps d'analyse, de compréhension du contexte de production de l'appel à projets, ainsi qu'une bonne connaissance du système d'acteurs et des jeux d'intérêts dans les territoires d'intervention. Concrètement, c'est un travail d'équilibriste. Il faut identifier l'émetteur de l'appel à projets, essayer de connaître le profil de ceux qui l'expertiseront, la composition du comité de sélection... Dans le cas d'un appel à projet porté par plusieurs financeurs, les attendus peuvent être multiples et donc difficiles à circonscrire.

Lorsque les délais le permettent, il est toujours propice de créer des temps de rencontres, d'échanges, entre les institutions locales concernées par le projet, les directions de laboratoires de recherche et les promoteurs de l'intervention. Ces temps permettent aux uns et aux autres de se familiariser avec les différentes cultures professionnelles en présence, les exigences et les contraintes de chacun. Cela suppose de l'anticipation et du dialogue. En amont de la réponse à l'appel à projet, il est important de créer les conditions de l'interconnaissance et de la reconnaissance des contraintes, des intérêts et des enjeux de chacun. Il faut se donner les moyens de cerner qui dispose de quelles compétences, de quels savoirs, de quelles ressources, pour pouvoir être réactif au moment du lancement d'un appel à projet, ce dernier se situant toujours dans un calendrier extrêmement contraint.

Lorsque l'on parle de cerner les savoir-faire, les compétences et les contraintes de chacun, on ne fait pas uniquement référence à la dyade acteur-chercheur.

Considérer le terrain et l'action comme une bulle homogène versus la recherche universitaire renvoie à une vision essentialisante – et erronée – des cultures professionnelles. Derrière ces cultures se trouvent une pluralité de réalités et de manières de travailler, une hétérogénéité de postures, qui rendent indispensable un temps de rencontre et de dialogue, à anticiper. Ce n'est pas dans le temps contraint de la réponse à l'appel à projet que l'on peut dégager cet espace de dialogue, tout en étant efficace dans la rédaction. La pluridisciplinarité, qui est une réelle plus-value des projets de recherche interventionnelle, n'est pas donnée mais doit être travaillée. Les rôles, les postures, les intérêts de chaque acteur impliqué, sont à visiter en amont, puis à revisiter en situation.

Un autre écueil serait de pécher par excès de confiance dans les relations partenariales, en considérant que l'interconnaissance entre partenaires de longue date va de soi et en évitant de réinterroger ce qui va asseoir ce partenariat. La confiance est bien sûr l'une des clés, mais pour autant, la réponse à un appel à projets de recherche interventionnelle n'est pas usuelle dans les activités des acteurs de la promotion de la santé. C'est un cadre particulier qui nécessite de (re)poser des questions de base : partageons-nous les mêmes valeurs ? Quelles sont-elles ? Quelles sont les finalités de la recherche interventionnelle pour chacun ? Par exemple, selon les disciplines d'appartenance et les postures de chacun, la question de l'utilité sociale n'appelle pas une réponse univoque. Il est donc important de poser la question des enjeux pour les uns et les autres. Les perspectives quant aux modalités de la recherche sont-elles partagées ? L'existence de visions différentes peut avoir un impact assez négatif dans la réponse à un appel à projets, il est donc important de mettre en œuvre les moyens de les considérer.

Par ailleurs, il convient d'insister sur un point particulièrement important pour les acteurs de la promotion de la santé, celui des valeurs. Il faut un temps pour les interroger, pour envisager les enjeux éthiques, pour questionner la participation des publics, etc. L'urgence de l'appel à projets ne permet généralement pas de répondre de manière satisfaisante à ces questions. Il est également essentiel de créer des espaces de concertation permettant à chaque partenaire du projet d'asseoir sa légitimité en tant qu'acteur de la recherche, qui a son mot à dire, dont les savoirs et les savoir-faire seront pris en considération. Il est important de s'accorder en amont sur la définition des rôles et des missions : sur l'identité du coordonnateur du projet et du gestionnaire administratif, sur la prise en charge de la rédaction de la réponse à l'appel à projet, etc. Là encore, anticipation et dialogue sont des pierres angulaires d'une réponse de qualité à un appel à projets.

Le dernier écueil de la réponse à un appel à projets de recherche interventionnelle, c'est l'espèce de pudeur à la française qui consiste à n'aborder les questions budgétaires qu'en tout dernier ressort. Ce n'est certainement pas une bonne idée. La réponse collective à un appel à projets suppose de se plier au principe de réalité et de discuter concrètement de tous ces éléments. À l'heure actuelle en France, la plupart des appels à projets rendent la question budgétaire assez complexe. Souvent, ils ne prennent en compte que l'implication de l'unité de recherche, et renvoient le coût de l'intervention à une ligne de prestations.

Cela est problématique, puisque la réalité budgétaire d'une association et celle d'une équipe de recherche n'ont pas du tout les mêmes caractéristiques, et ces différences ne sont pas toujours connues des acteurs en présence. Les unités de recherche ne savent généralement pas comment fonctionne l'associatif, et l'associatif ignore comment fonctionne une unité de recherche et comment elle est financée. Alors que le temps de travail d'un chercheur correspond au coût de son salaire chargé, le temps de travail d'un chargé de projets d'une association renvoie au coût de journée de cette dernière, qui inclut des coûts de fonctionnement. Concrètement, faire appel à une association pour mettre en œuvre la partie intervention de la recherche interventionnelle contribue donc presque inévitablement à augmenter considérablement la ligne budgétaire correspondant aux prestations, voire à la faire exploser, et donc à créer un différentiel conséquent entre cette ligne « prestations » et la ligne « activités de recherche ». Comment résoudre cette équation complexe ? Cette question mérite d'être posée et vraiment affrontée. À l'heure actuelle, la majorité des appels à projets n'est pas adaptée à ces réalités budgétaires. Il est donc nécessaire d'en rendre compte aux différents partenaires du projet, le plus en amont possible, afin de réfléchir à un protocole et des modalités comptables qui ne pénaliseront ni le projet lui-même ni les porteurs de l'intervention.

## Échanges avec la salle

Lorsque l'Agence régionale de santé est le financeur d'un projet et à la fois acteur de ce projet, comment gérer cette réalité complexe ?

Dans le cadre de la réponse à un appel à projets, il est généralement possible d'entrer en contact avec le financeur pour traiter directement certains éléments. Par exemple, dans le cas de l'ARS, cela permet de s'assurer que les orientations envisagées pour le projet correspondent à ses attentes et aux différents plans de développement qu'elle met en œuvre sur le territoire. Cela permet d'être assuré dans sa rédaction et dans la direction que l'on prend. Ce qui reste difficile est de ménager à la fois les exigences universitaires, celles de l'ARS et celles du promoteur de l'intervention. Cela peut être un équilibre difficile à trouver.

Qu'en est-il du décloisonnement entre le monde de la recherche et celui des décideurs et des acteurs de santé ? Quelles sont les relations établies avec les équipes de recherche dans le cadre de ces projets ?

La relation avec l'équipe de recherche se construit dans la durée. Les projets d'amorçage financés notamment par l'INCa y sont particulièrement favorables car ils permettent aux différents partenaires de se connaître et de travailler ensemble avant la réalisation de la recherche proprement dite. Un projet d'amorçage s'inscrit dans une durée d'une année au cours de laquelle des chercheurs et des acteurs élaborent un projet de recherche interventionnelle. Durant cette année préparatoire, il est possible d'aller à la rencontre des acteurs de terrain ou de la population concernée et de construire avec eux le projet qui sera déposé. C'est un temps favorable à l'établissement d'une relation de confiance entre tous les partenaires de la recherche.

Les chercheurs sont présents à toutes les phases de l'intervention, notamment en situation d'observation. Il peut être difficile pour eux de prendre de la distance par rapport à cette intervention dans la mesure où ils en sont également acteurs. De même, les promoteurs de l'intervention peuvent suggérer qu'il serait intéressant d'aller investiguer tel ou tel aspect... On constate une certaine porosité entre la recherche et l'intervention. Par exemple, le diagnostic initial est réalisé en partenariat, mais avec deux visées différentes : de mobilisation des acteurs pour les promoteurs de l'intervention, de recherche pour les chercheurs. Ce que l'on constate est donc bien un décloisonnement entre l'intervention et la recherche dans le cadre de ce type de projet.

Les porteurs de l'intervention ont de fortes attentes vis-à-vis des chercheurs, mais ces derniers n'ont pas tous développé une expertise dans ce nouveau type de recherche qui impose à beaucoup d'entre eux un changement de paradigme. Rappelons que la recherche interventionnelle en promotion de la santé n'a pas pour unique but l'évaluation de l'intervention en termes de réponse à la question, « est-ce que ça marche ou pas ? ». Elle consiste à observer en continu un dispositif d'intervention afin d'identifier les changements opérés (ou leur absence) et les mécanismes expliquant ces différents changements produits ou non au cours de l'intervention (par exemple, les évolutions des représentations, des pratiques professionnelles et intersectorielles, les changements organisationnels et/ou l'évolution des orientations politiques, etc.).

Elle s'attache également à analyser finement les facteurs contextuels de l'intervention (milieu d'implantation, caractéristiques des relations partenariales, etc.) qui ont permis l'activation de ces mécanismes.

C'est souvent au fur et à mesure du déroulement de l'intervention que les chercheurs mesurent la complexité des enjeux politiques ou le poids des identités professionnelles mais aussi l'importance des controverses qui émergent ; c'est alors qu'ils s'aperçoivent que ce sont des aspects auxquels ils n'ont pas accordé suffisamment d'importance dans leur protocole de recherche. Ce dernier est donc amené à se construire et évoluer au fur et à mesure que l'intervention s'élabore, s'ajuste et se déroule, ce qui peut soulever des problèmes de temporalité.

Les comités techniques ou comités opérationnels des recherches jouent donc un rôle particulièrement important, en ce qu'ils constituent des espaces de coconstruction, d'adaptation et de régulation. C'est dans ces espaces d'interrelations entre l'intervention, l'évaluation et la recherche que les finalités de la recherche peuvent être reformulées, que la méthodologie peut être affinée et que les outils à mobiliser peuvent être co-élaborés pour répondre au mieux à ces finalités.

Évidemment, le fait qu'il y ait de plus en plus de professionnels « hybrides » (c'est-à-dire des spécialistes de l'intervention disposant d'une expérience de recherche) au sein des Ireps est un facteur favorisant. Les chercheurs et les acteurs des Ireps sont sur un pied d'égalité dans la mise en œuvre de la recherche interventionnelle.

Cette relation entre les deux catégories de professionnels peut également se trouver facilitée par la mise en place de cadres spécifiques, comme la charte signée en Normandie entre la Communauté d'universités et d'établissements (Comue), la Région, la Préfecture et les Ireps, avec le soutien actif de l'ARS. Cette charte a également permis de répartir clairement les rôles en matière de financement des projets de recherche interventionnelle en promotion de la santé : il revient à l'ARS de financer l'intervention via le Fonds d'intervention régional (FIR) tandis que les acteurs de la recherche s'organisent pour financer ce volet de la recherche interventionnelle. La collaboration entre des acteurs institutionnels tels que l'ARS et des acteurs de la recherche représente un enjeu considérable.

Qu'est-il prévu en termes de diffusion des résultats des travaux de recherche, d'utilisation des connaissances ? Tous les projets présentés ont des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé, et compte tenu de ces enjeux, il serait très important que leurs résultats fassent l'objet d'une large diffusion, au-delà des publications scientifiques. Y a-t-il des objectifs de modélisation ou de répliquabilité ? Malheureusement, trop de projets de recherche extrêmement intéressants, pertinents, bien réalisés et très complets, restent sans suite. Y a-t-il une articulation avec d'autres projets existants, ou une complémentarité avec d'autres actions ?

L'un des principaux objectifs de ce type de projet est précisément d'évaluer les conditions de transférabilité. L'outil ASTAIRE peut être utilement mobilisé pour cela. Pour ce qui concerne la diffusion des connaissances, des projets de valorisation au travers de colloques, séminaires, temps de rencontre... ont d'ores et déjà été prévus, ainsi que des documents de retour d'expérience permettant de faire connaître concrètement les enseignements tirés des projets.

Qu'en est-il des revues de la littérature qui ont dû être réalisées en amont des projets ? Elles sont très importantes dans la mesure où les expérimentations sont mises en place pour répondre à des questions que l'on se pose sur une problématique, et dont les revues de la littérature ont montré qu'elles étaient sans réponse dans les publications françaises ou étrangères.

Dans les délais courts entre la parution des appels à projets et la date limite de dépôt des projets, il faut reconnaître que la réalisation d'une revue de la littérature extensive est très difficile. Même si les questions transversales de la participation et de l'empowerment font partie des sujets de réflexion au long cours des spécialistes de la promotion de la santé, sur lesquels les documentalistes assurent une veille, beaucoup de travail reste à fournir en amont de la réponse aux appels à projets, afin d'être prêt et extrêmement réactif.

Les modalités et la temporalité des appels à projets vous paraissent-elles véritablement compatibles avec les exigences de coconstruction d'un projet de recherche de qualité, entre partenaires et non pas dans une relation de commanditaire à prestataire ? Comment mettre en place une démarche qui réunisse véritablement tous les éléments constitutifs d'un projet de recherche participatif et partenarial ? Comment intégrer la nécessité d'aménager les conditions d'une véritable recherche en promotion de la santé ?

Actuellement, l'exigence se traduit essentiellement en termes de partenariat et de relation de confiance pré-établie, notamment avec les laboratoires de recherche, et en termes de capacité à mobiliser les réseaux et les ressources pour pouvoir construire les projets dans l'urgence. Cependant, cette mobilisation est toujours favorisée par l'existence de leviers financiers.

Dans le milieu de la recherche, un laboratoire travaille généralement sur un nombre limité de thématiques, il dispose donc d'un fonds documentaire « de base », incluant des connaissances théoriques et des modèles. Les IREPS peuvent être considérées comme des spécialistes de la généralité et disposent de connaissances larges sur diverses méthodes, thématiques et acteurs. L'enjeu est donc probablement d'être en capacité de mobiliser ces connaissances dans un laps de temps très court. Dans le meilleur des cas, il s'agit de deux mois.

Ce court laps de temps peut également poser des problèmes en termes de validation des projets sur le plan éthique. Compte tenu des populations concernées par ces projets, et des méthodologies déployées, la loi Jardé impose en effet d'obtenir cette validation du Comité d'éthique ou Comité de protection des personnes (CPP) concerné. Une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est également souvent exigée. Il convient enfin de s'assurer des éventuelles autorisations parentales de participation à l'étude pour les mineurs, de la présence d'un représentant légal, du droit à l'image, etc. Ces validations sont désormais indispensables, non seulement pour la poursuite de l'étude, mais aussi pour les publications qui en découlent.

# La communication sur les connaissances scientifiques

ESTHER MC SWEEN-CADIEUX

Doctorante en psychologie - recherche et Intervention clinique,  
Équipe « Renard » sur le transfert de connaissances de l'Université de  
Montréal

Le transfert de connaissances (TC) est un domaine qui s'enracine autant dans les sciences que dans l'art, qui vise l'échange et l'application des connaissances et qui se nourrit de la compréhension des interactions humaines. Sa principale finalité est d'avoir un impact sur le bien-être et la santé des populations en mettant à profit les connaissances issues de la recherche les plus pertinentes et en favorisant l'implication des différents acteurs sociaux impliqués ou affectés par des enjeux de santé publique. Le TC demeure toutefois un défi. E. Mc Sween-Cadieux se concentre sur le transfert et l'application des connaissances issues de la recherche en santé, tout en s'intéressant à la place des savoirs expérientiels dans les processus de TC (Lemire, Souffez, & Laurendeau, 2009). Dans la littérature, encore peu de recherches se sont intéressées à évaluer l'efficacité des processus pour favoriser l'utilisation de la recherche et à identifier les meilleures stratégies dans un contexte donné. Cependant, il y a beaucoup de cadres conceptuels pour guider le développement de stratégies de TC (Davison, Ndumbe-Eyoh, & Clement, 2015; Tabak, Khoong, Chambers, & Brownson, 2012).

## L'équipe de recherche RENARD sur le transfert de connaissances

Afin de faire avancer la recherche en transfert de connaissances, l'équipe RENARD a été créée en 2011-2012. Cette équipe constitue le premier regroupement transdisciplinaire québécois consacré à la recherche en partenariat sur le TC dans le domaine des interventions sociales, dirigée par le professeur Christian Dagenais. L'utilisation du terme « transfert de connaissances » ne fait pas l'unanimité dans le domaine, mais il peut être entendu comme « un ensemble d'efforts consentis pour contribuer à faire connaître et reconnaître les activités et résultats de recherches en vue de leur utilisation par les milieux de pratique, les décideurs ou le grand public, que la démarche soit interactive ou non » (Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, 2011). Une cinquantaine de membres composent l'équipe RENARD, dont une vingtaine de chercheurs provenant de sept universités du Québec ainsi que des praticiens qui mettent en œuvre des initiatives de transfert de connaissances dans leurs organisations ; à ces membres permanents s'ajoutent une vingtaine d'étudiants aux cycles supérieurs.

Les principaux objectifs de l'équipe sont de faire avancer la science sur le transfert de connaissances, mais aussi d'accompagner ses partenaires en vue de l'amélioration de leurs pratiques de TC dans leurs organisations.

Les activités de l'équipe sont guidées par quatre axes de recherche: **1** Mieux comprendre les effets du transfert des connaissances, sous l'angle de l'utilisation de ces dernières ; **2** Analyser les processus par lesquels ces effets sont produits ; **3** Développer des méthodologies de recherche pour mesurer l'utilisation de la recherche, ou évaluer les stratégies de transfert et finalement ; **4** Développer les capacités en transfert de connaissances, par exemple, en formant les décideurs dans le but qu'ils intègrent au mieux les résultats de recherche dans leur prise de décision.

La recherche doctorale d'E. Mc Sween-Cadieux, co-dirigée par Christian Dagenais et Valéry Ridde, s'inscrit dans un projet de recherche interventionnelle Équité-Santé mené au Burkina Faso dans plusieurs domaines de santé publique : la lutte contre le paludisme et la dengue, la santé maternelle, les accidents de la route, etc. Durant ce projet, les chercheurs de l'équipe ont accordé de l'importance à la valorisation des connaissances produites en mettant en œuvre des stratégies de TC innovantes et créatives pour rejoindre les différentes parties prenantes. Plusieurs stratégies visant à diffuser et adapter les connaissances, puis à les transférer aux personnes susceptibles de les utiliser, ont été mises en œuvre. Par exemple, une stratégie de courtage de connaissances a été mise en place, similaire aux activités et aux rôles des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) en France, afin de créer une proximité avec le terrain et de faciliter le dialogue entre le monde de la recherche et la pratique. Aussi, des ateliers de partages de connaissances et processus délibératif ont été réalisés en lien avec les acteurs politiques, les professionnels de la santé et la société civile. La thèse d'E. Mc Sween-Cadieux vise donc à évaluer ces initiatives afin de mieux comprendre les effets de ces efforts de TC tout comme les facteurs qui en facilitent ou non la mise en œuvre et l'impact (Dagenais, McSween-Cadieux, Somé, & Ridde, 2016; Dagenais, Téléphore D. Somé, Boileau-Falardeau, McSween-Cadieux, & Ridde, 2015; Mc Sween-Cadieux, Dagenais, Somé, & Ridde, 2017).

## Les mécanismes sous-jacents au transfert de connaissances

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a élaboré un modèle qui décrit les étapes d'un processus de transfert de connaissances: la production/coproduction des connaissances, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation des résultats de la recherche, permettant d'aboutir à une utilisation et un changement de comportement (Lemire et al., 2009). L'objectif est ici de présenter certaines pratiques importantes sous-jacentes aux étapes liées à l'adaptation et la diffusion des connaissances.

Une revue systématique des écrits (Oliver, Innvar, Lorenc, Woodman, & Thomas, 2014) appuie également l'intérêt de s'intéresser à l'adaptation, la communication et la diffusion.

Cette étude répertorie les cinq obstacles les plus rapportés à l'utilisation de la recherche pour un décideur : **1** La disponibilité et l'accès aux connaissances et une diffusion limitée ; **2** le manque de clarté, de pertinence, de crédibilité des résultats de recherche ; **3** l'absence d'opportunités et l'inadéquation du timing dans la prise de décision ; **4** le manque de compétences pour répertorier ou analyser la recherche ; **5** les coûts associés.

Malgré le peu d'études sur l'efficacité des initiatives de transfert de connaissances, une récente recension permet d'identifier les facteurs possiblement associés à des initiatives réussies grâce aux études évaluant la mise en œuvre (Sarkies et al., 2017). Ces facteurs sont l'établissement d'un impératif au changement et la construction de la confiance entre les différentes parties prenantes - un mécanisme important mais parfois négligé - primordial dans le développement d'une vision commune du projet. Ce processus doit être soutenu par des stratégies de communication efficaces et des ressources adéquates pour accompagner le changement.

Dans la même optique, une récente étude intitulée « The science of using science » (Langer, Tripney, & Gough, 2016) identifie six mécanismes susceptibles de générer des changements conduisant à l'utilisation de la recherche en s'appuyant sur deux recensions de la littérature : une revue systématique des revues dans le domaine de la « prise de décision éclairée par des données probantes » et une revue exploratoire des connaissances disponibles en sciences sociales (communication, psychologie, sociologie, gestion, etc.). Ces mécanismes, variant dans leur degré d'efficacité, visent à **1** sensibiliser les parties prenantes à la recherche ; **2** développer une compréhension commune des enjeux ; **3** améliorer l'accès et la communication des connaissances ; **4** favoriser les interactions entre les parties prenantes ; **5** développer les compétences ; **6** agir sur les structures et processus organisationnels pour favoriser un changement de culture. Les auteurs émettent l'hypothèse que les initiatives de transfert de connaissances viendraient activer un ou plusieurs mécanismes qui, à leur tour, agiraient au niveau de la capacité d'utiliser les connaissances, de la motivation à le faire et de l'opportunité pour le faire (Langer et al., 2016). Par exemple, une intervention de courtage de connaissances peut miser sur des interactions soutenues entre les parties prenantes, des stratégies permettant l'accès et la communication des connaissances et aussi sur le développement des compétences des différents acteurs impliqués.

### **L'accès et la communication des connaissances**

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement à la communication des connaissances, la diffusion passive des résultats de recherche est rarement une pratique suffisante pour que ces résultats soient pris en compte. Selon la littérature, les connaissances issues du domaine du marketing rappellent l'importance de comprendre d'abord les besoins des populations, leurs intérêts tout comme leurs préférences. Ce mécanisme vise à identifier le public cible intéressé, l'information pertinente à partager, le meilleur moment pour communiquer ainsi que la méthode pour le faire. Les interventions efficaces pour améliorer l'accès et la communication de la recherche doivent inclure des stratégies qui augmentent la motivation et l'opportunité d'utiliser les connaissances (Langer et al., 2016).

Cela peut être illustré par la création d'une banque d'informations disponible en ligne, avec des rappels ou messages personnalisés en lien avec les intérêts des utilisateurs potentiels. Pour favoriser la motivation, il est utile de comprendre et définir les publics cibles, via une analyse des besoins ou une évaluation de leurs préférences sur la façon de communiquer et de présenter l'information par exemple. De plus, un design convivial et intuitif est important, centré sur une présentation de l'information simple mais efficace à l'aide d'un langage clair et d'une présentation visuelle (Dagenais & Ridde, 2018). Pour augmenter les opportunités d'accès aux connaissances, lorsque cela est possible, il est recommandé d'impliquer les personnes dans le processus de transfert et/ou de recherche, pour mieux connaître leurs besoins et pour bénéficier de leur expertise. Il est également possible de diversifier les méthodes pour accéder aux connaissances et de les rendre disponible en ligne. Par exemple, l'initiative québécoise « Myelin » mise sur les développements en intelligence artificielle pour améliorer le transfert des connaissances à propos des meilleures interventions et pratiques dans le domaine de l'autisme ; chaque utilisateur est invité à saisir ses préférences en termes de connaissances sur le site Web, les résultats pertinents étant fournis par des algorithmes [ [www.myelin.ca/](http://www.myelin.ca/) ]. Des plateformes peuvent également être mises en place afin de recueillir les besoins en connaissances (par exemple « Hotlines » ou « Helpdesks »). Ces plateformes favorisent le lien et créent du dialogue et améliorent l'accès aux connaissances. Par exemple, au Burkina Faso, un service de réponse rapide a été implanté au sein du Ministère de la santé pour répondre aux questions des décideurs sur divers sujets (Zida, Lavis, Sewankambo, Kouyate, & Ouedraogo, 2017).

De façon générale, les initiatives de transfert de connaissances peuvent également s'inspirer de certaines techniques de communication. Breckon et Dodson (2016) ont relevé trois éléments à considérer tels que la formulation des connaissances pour influencer la compréhension, la façon de communiquer l'incertitude pour éviter les confusions surtout liées à l'utilisation des probabilités dans le domaine de la santé et l'importance de raconter une histoire en misant sur une trame narrative et des métaphores afin de créer une connexion émotionnelle avec le public. Au Québec, l'exemple du portail de transfert de connaissances sur la pédiatrie sociale en communauté de la Fondation du Docteur Julien en est un bel exemple [ [www.pediatriesociale.fondationdrjulien.org](http://www.pediatriesociale.fondationdrjulien.org) ] tout comme la plateforme web interactive du projet de recherche interventionnelle « Chez Soi » sur l'accès au logement pour les personnes en situation d'itinérance au Canada [ [www.chezsoi.onf.ca](http://www.chezsoi.onf.ca) ].

Au niveau de la diffusion des connaissances, avec leurs millions d'abonnés, les réseaux sociaux comme Twitter, Facebook, Instagram et LinkedIn occupent une place de plus en plus importante en tant que canaux pour partager la recherche. Par exemple, une doctorante canadienne en neurosciences à l'université de Toronto, Samantha Yammine, publie des photos accompagnées de descriptions de ses recherches en laboratoire afin de rendre attrayante et compréhensible la recherche. Suite à un partage, il ne faut pas hésiter à répéter l'information ou la publication, à effectuer un suivi systématique et des rappels à la suite d'une communication (Breckon & Dodson, 2016). Bien qu'il n'y ait pas encore de données qui soutiennent l'efficacité de cette pratique, il semble important d'être présent au bon moment, spécialement pour les stratégies de communication en ligne.

Par exemple, il existe des guides pour identifier les meilleures journées et heures de publication sur les réseaux sociaux pour rejoindre un plus grand public. Pour ce qui est du transfert de connaissances visant les processus de prise de décision politique, les fenêtres d'opportunités sont importantes à saisir, mais plusieurs facteurs peuvent également complexifier la démarche comme la nature des connaissances, comment et par qui elles ont été produites et les intérêts des décideurs par exemple.

Bien que davantage de recherches soient nécessaires pour évaluer l'utilité et l'efficacité de cette pratique, il serait prometteur de miser simultanément sur plusieurs stratégies de communication. Par exemple, dans le cadre d'un projet de recherche interventionnelle sur la lutte contre la dengue au Burkina Faso, plusieurs stratégies de diffusion ont été mobilisées pour atteindre l'ensemble des acteurs concernés par cet enjeu. Ainsi, des notes politiques ont été rédigées à l'attention des décideurs et des professionnels de la santé en proposant des recommandations pour l'action, des caricatures ont été utilisées pour la prévention dans la communauté, des capsules vidéo ont été développées pour aider à la formation des agents de santé, un concours de dessins a été lancé pour sensibiliser les enfants à cette maladie et un atelier de concertation et de partage des connaissances a été organisé par les décideurs et l'équipe de recherche [ [www.equitesante.org](http://www.equitesante.org) ].

Pour conclure, il convient de souligner l'importance de porter attention au design de l'information afin de rendre compréhensibles des concepts potentiellement complexes à l'aide d'un visuel attirant et d'un narratif intéressant et bien structuré (Stones & Gent, 2015). Sur le web, les infographies sont de plus en plus nombreuses pour partager la recherche en raison de l'attrait qu'elles peuvent susciter, mais leur utilisation reste délicate (mauvaise conception, accessibilité limitée, données erronées, potentiel viral). Une infographie combine à la fois des données rigoureuses et un contenu de qualité, une trame narrative pour capter et retenir l'attention et un design convivial, bien pensé et qui permet de bien « guider l'œil ». Il existe des ressources en ligne permettant de structurer les infographies lorsqu'on débute dans le domaine. Aucune donnée n'est actuellement disponible sur les différents types de modèles de présentation de l'information à privilégier selon les publics ciblés, l'important est d'évaluer la pertinence de ces outils au préalable, de les développer en collaboration avec ces publics et de valider leur accessibilité et compréhensibilité.

## Échanges avec la salle

Y a-t-il un lien entre ces techniques et la littératie ? En effet, elles partagent l'objectif de rendre accessibles les informations pour un public visé, à la fois sous l'angle de la compréhension et d'une utilisation à bon escient.

Le terme et le concept de littératie ne semblent pas à proprement parler utilisés dans les écrits sur le transfert des connaissances. Cependant, la question de l'accessibilité se pose également dans le TC et donc, les ponts seraient importants à faire entre ces domaines.

## Références

- BRECKON, J., & DODSON, J. (2016). Using Evidence : What Works ? A discussion paper. Alliance For Useful Evidence. Consulté à l'adresse : [www.nesta.org.uk/sites/default/files/using\\_evidence\\_what\\_works.pdf](http://www.nesta.org.uk/sites/default/files/using_evidence_what_works.pdf)
- DAGENAIS, C., MCSWEEN-CADIEUX, E., SOMÉ, P.-A., & RIDDE, V. (2016). A Knowledge Brokering Program in Burkina Faso (West Africa) : Reflections from Our Experience. *Health Systems & Reform*, 2(4), 367-372. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1202368>
- DAGENAIS, C., & RIDDE, V. (2018). Policy brief as a knowledge transfer tool : to « make a splash », your policy brief must first be read. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.003>
- DAGENAIS, C., TÉLESPHORE D. SOMÉ, BOILEAU-FALARDEAU, M., MCSWEEN-CADIEUX, E., & RIDDE, V. (2015). Collaborative development and implementation of a knowledge brokering program to promote research use in Burkina Faso, West Africa. *Global Health Action*, 8(0). <https://doi.org/10.3402/gha.v8.26004>
- DAVISON, C. M., NDUMBE-EYOH, S., & CLEMENT, C. (2015). Critical examination of knowledge to action models and implications for promoting health equity. *International Journal for Equity in Health*, 14, 49. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0178-7>
- Fonds de recherche sur la société et la culture. (2011). Plan d'action en matière de transfert des connaissances 2011-2014. Consulté à l'adresse : [www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/449030/plan-action-transfert-connaissances\\_2011-2014.pdf/9e2bba77-6bc0-435a-92e8-81717ed3a435](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/449030/plan-action-transfert-connaissances_2011-2014.pdf/9e2bba77-6bc0-435a-92e8-81717ed3a435)
- LANGER, L., TRIPNEY, J., & GOUGH, D. (2016). *The Science of Using Science : Researching the Use of Research Evidence in Decision-Making*. London : EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London.
- LEMIRE, N., SOUFFEZ, K., & LAURENDEAU, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec.
- MC SWEEN-CADIEUX, E., DAGENAIS, C., SOMÉ, P.-A., & RIDDE, V. (2017). Research dissemination workshops: observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy and Systems*, 15, 43. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0205-9>
- OLIVER, K., INNVAR, S., LORENC, T., WOODMAN, J., & THOMAS, J. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, 14, 2. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-2>

- SARKIES, M. N., BOWLES, K.-A., SKINNER, E. H., HAAS, R., LANE, H., & HAINES, T. P. (2017). The effectiveness of research implementation strategies for promoting evidence-informed policy and management decisions in healthcare : a systematic review. *Implementation Science : IS*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0662-0>
- STONES, C., & GENT, M. (2015). *7 G.R.A.P.H.I.C Principles of Public Health Infographic Design*. Leeds : University of Leeds, Public Health England.
- TABAK, R. G., KHOONG, E. C., CHAMBERS, D. A., & BROWNSON, R. C. (2012). Bridging Research and Practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 337-350. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>
- ZIDA, A., LAVIS, J. N., SEWANKAMBO, N. K., KOUYATE, B., & OUEDRAOGO, S. (2017). Evaluating the Process and Extent of Institutionalization : A Case Study of a Rapid Response Unit for Health Policy in Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 15-26. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.39>

# Conclusion du Grand Témoin de la journée

## Recherche interventionnelle : et l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans tout cela !?

ERIC BRETON

Chaire de Promotion de la santé de Santé publique France  
École des Hautes Etudes en Santé Publique

« C'est l'histoire d'un mec qui cherche ses clés sous un lampadaire. Question : pourquoi sous un lampadaire ? Réponse : pas parce qu'il les a perdues là, mais parce que c'est le seul endroit éclairé de la rue ». (Coluche cité par Le Monde - 2013)

En 2017, il y a peu de domaines professionnels dont les pratiques évoquent autant cette histoire de lampadaire que celui de la recherche et plus particulièrement de la recherche interventionnelle en promotion de la santé. Alors que nous avons besoin d'accroître nos connaissances sur les stratégies probantes de promotion de la santé, nos choix d'intervention et de méthodologie pour en mesurer les impacts et effets sont subordonnés à un paradigme biomédical de la causalité qui est résolument linéaire et ne prend aucunement en compte ce qui relève des interactions complexes que la science des systèmes a pourtant bien mis à jour.

Ainsi, parce que nous recherchons des causes linéairement associées à ces effets et de ce fait, qui permettent de statuer sur le succès ou l'échec de nos actions, nous sommes donc plus enclins à déployer des interventions qui non seulement mettent en avant ce type de causalité, mais aussi nous permettent d'isoler ce lien de tout un ensemble d'interactions entre les individus, groupes et environnements. C'est essentiellement pour cette raison que l'on recense beaucoup plus de projets de recherche interventionnelle misant sur des modifications des caractéristiques des personnes (qui permettent des devis de recherche bien solides) que sur des changements à l'échelle d'un système d'acteurs comme le sont les quartiers et les écoles. En d'autres mots, les équipes de recherche (et leurs financeurs !) sont beaucoup plus susceptibles de s'intéresser à une intervention visant à encourager les fumeurs à arrêter de fumer qu'une autre où l'on travaillera sur les conditions quotidiennes d'existence d'une population pour lui donner les moyens de maîtriser davantage les déterminants de sa santé.

Et c'est ici mon message : pour développer la recherche interventionnelle en France, allons-nous emprunter essentiellement la voie de l'action sur les facteurs de risques proximaux (tabac, alimentation, alcool, sédentarité) et continuer à négliger l'action sur ces conditions de vies dont le poids est tel qu'elles expliquent pour une très large part les inégalités sociales de santé ?

Pourtant, la promotion de la santé telle que pensée dans les années 80 était une idée, un projet innovant qui voulait justement concourir à l'émancipation de la santé publique d'une conception biomédicale de la santé. Il est vrai que la Charte d'Ottawa ne comportait pas de modèle explicite de développement de la santé. Mais la recherche en promotion de la santé et plus largement en santé des populations a, depuis, bien démontré que ce concept de santé, qui ne saurait se résumer à un état opposant santé à maladie, relève de deux grandes familles de processus. Je me réfère ici au modèle développé par Baum et collègues (Mittelmark, Bull, & Bouwman, 2017) qui s'appuie sur les travaux d'Antonovsky (1996) pour ainsi distinguer :

- Les différents processus liés à la pathogenèse : le corps humain attaqué par divers agresseurs développera des pathologies ou des infirmités qui seront guéries par des services de soin, ou prévenues par des actions de protection (sécurité sanitaire) ou de prévention. La santé ici est une question de prévention des agressions sur nos corps et nos esprits et si cela ne suffit pas, de réparation de ces mêmes corps et esprits ;
- Les processus liés à la salutogénèse : ici on réfère aux processus qui s'appuient sur les ressources dont jouissent les individus et groupes pour renforcer leurs corps et leurs esprits. Un logement sain est une ressource, comme l'affection que témoignent ou ont témoigné des parents à un enfant. Ce sont ces ressources qui expliquent en partie pourquoi, face à une même épreuve ou un même traumatisme physique (psychologique), nous sommes différents dans notre capacité à rebondir et à rester en bonne santé.

Il est incontestable que les efforts que nous investissons dans la réduction de l'exposition aux facteurs de risque sont une bonne chose, mais il n'en demeure pas moins que c'est du côté de la salutogénèse que l'innovation portée par le mouvement de promotion de la santé prend tout son sens. Je suis de ceux qui croient fermement que faire de la promotion de la santé, c'est essentiellement travailler à l'amélioration de l'accès des individus et populations à un large spectre de ressources.

Bien qu'encore marginale, l'idée de salutogénèse a tout de même fait son chemin. En font foi de nombreuses publications académiques, la mise sur pied un peu partout en Europe et ailleurs de séminaires, groupes de travail et même de chaires de recherche. Même l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a pas échappé à l'influence de cette perspective. On le devine entre autres à la lecture de son guide de pratiques sur les fonctions essentielles de la santé publique. Ainsi, dans le cadre de sa mission d'appui au développement des systèmes de santé publique de ses États membres, l'OMS a défini dix fonctions essentielles que ces systèmes doivent remplir. On retrouve dans cette liste sept fonctions de soutien, telles la surveillance et la communication, venant appuyer trois fonctions en lien avec l'intervention soit : la promotion de la santé, la prévention et la protection de la santé (souvent désignée en France par le thème de « sécurité sanitaire »).

Bien qu'on puisse déplorer que le modèle de développement de la santé de Bauer et collègues n'ait pas guidé le travail de caractérisation de ces différentes fonctions, il n'en demeure pas moins que l'OMS nous rappelle que la promotion de la santé englobe aussi les actions de renforcement de la résilience des communautés, basées notamment sur des actions intersectorielles pour des conditions de vie meilleures.

La promotion de la santé ne peut donc se résumer à une simple affaire de facteurs de risque et cette idée de communauté résiliente nous ramène au cœur des approches en santé communautaires que je conçois encore aujourd'hui comme l'ADN de la promotion de la santé. Mais là est toute la difficulté de la recherche interventionnelle en promotion de la santé. Comment mesurer les impacts d'interventions visant à accroître la capacité d'une population, d'un quartier par exemple, à agir et mieux contrôler les déterminants de sa santé ?

Les normes de bonnes pratiques en évaluation de programme nous dictent de bien définir la logique d'intervention pour ainsi identifier les moteurs et locus de changement et en tirer les variables et indicateurs sur lesquels se fera la prise de mesures. Un outil tel que la catégorisation des résultats remplit cette fonction. Le problème est que lorsqu'on agit dans une perspective participative, la population n'est plus une cible mais bien un partenaire ce qui rend très difficile, voire impossible de développer le modèle logique du programme avant son déploiement. C'est pour cette raison que dans le cadre de la recherche interventionnelle menée en Pays de Redon-Bretagne Sud, nous avons défini le projet avec nos partenaires sur le terrain et nous sommes limités à construire un modèle logique qui laissait une large place à l'initiative des acteurs locaux (You, Joanny, Ferron, & Breton, 2017). Comme le but de ce programme était d'expérimenter une stratégie de renforcement des capacités locales d'actions sur les déterminants en amont des inégalités sociales de santé, notre modèle logique posait trois types d'activités. Soit des actions : **1** d'amélioration des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé ; **2** de développement de partenariats intersectoriels ; **3** de renforcement du rôle et de la légitimité à agir en faveur de la santé. Avec le temps ces actions se sont enrichies et d'autres non prévues au départ s'y sont greffées ; une situation qui nous a tout de même permis d'en mesurer l'évolution mais pas selon l'orthodoxie méthodologique biomédicale qui aurait imposé d'identifier toutes les variables en amont du déploiement pour pouvoir ensuite faire des mesures pré et post intervention. Si l'on reconnaît que la participation des populations au développement des actions pour leur santé est une condition essentielle de succès, d'impacts et d'effets durables, on doit donc accepter que la logique d'intervention déployée au départ soit susceptible de se modifier et qu'il faudra alors donner une plus large place à des méthodologies qualitatives pour évaluer les modifications générées par le programme. L'enjeu ici est de se doter d'approches méthodologiques qui reflètent davantage les conditions réelles de mise en œuvre de nos programmes. Et il n'y a rien de plus éloigné de la pratique réelle qu'un programme de recherche interventionnelle développé et mené par une équipe de recherche.

Pourtant, il y a en France de nombreuses expériences heureuses qui méritent notre attention puisqu'elles permettraient de générer des enseignements utiles pour la pratique et la décision.

La recherche interventionnelle n'est donc surtout pas une affaire d'action sortie toute fraîche de nos laboratoires. A titre d'exemple, je me permets de citer le projet de recherche CLoterreS sur les Contrats locaux de santé (CLS) (cloterres.fr). Si l'on conçoit les CLS (plus de 300 ont été signés jusqu'à ce jour) comme autant de dispositifs de renforcement de la prévention et de la promotion de la santé (PPS) au niveau local par la mobilisation des acteurs d'un territoire, alors il y a là un objet d'étude dont les retombées en termes d'amélioration des pratiques et politiques publiques de santé sont bien réelles. Le projet CLoterreS permettra donc de répondre à la question de savoir si le CLS peut contribuer à accroître la PPS au niveau local dans un contexte de système de santé fortement centralisé, puis, le cas échéant, d'identifier les conditions (liées à la gouvernance locale, régionale, à la formation des acteurs, etc.) permettant qu'il joue ce rôle.

Je conclus en saluant toutes les initiatives que j'ai eu le plaisir de voir présenter aujourd'hui. Il est clair que l'on ne peut que se réjouir de voir aujourd'hui les professionnels et chercheurs en promotion de la santé s'inscrire dans une dynamique de développement de la recherche interventionnelle. Mais pour que les retombées de cette recherche impactent réellement la santé des populations, que ce soit à travers les pratiques des professionnels, des décideurs ou des élus, on doit se garder de restreindre notre regard à ce rond de lumière sous le lampadaire.

La meilleure recherche interventionnelle sera toujours celle pratiquée en conditions réelles de déploiement, et qui ne sera pas en déni des barrières que posent aux aspirations des individus et groupes à une vie longue et en santé, leurs lourdes conditions quotidiennes d'existence.

## Références

- ANTONOVSKY, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- MITTELMARK, M. B., BULL, T., & BOUWMAN, L. (2017). Emerging Ideas Relevant to the Salutogenic Model of Health. In M. B. MITTELMARK, S. SAGY, M. ERIKSSON, G. F. BAUER, J. M. PELIKAN, B. LINDSTRÖM, & G. A. ESPNES (Éd.), *The Handbook of Salutogenesis* (p. 45-56). Cham : Springer International Publishing. Consulté à l'adresse :  
<http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-04600-6>
- YOU, C., JOANNY, R., FERRON, C., & BRETON, E. (2017). Intervenir localement en promotion de la santé : les enseignements de l'expérience du Pays de Redon-Bretagne Sud. Rennes : Chaire « Promotion de la santé » à l'EHESP et École des Hautes Etudes en Santé Publique. Consulté à l'adresse :  
[www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/05/Livre\\_Fiches\\_RETEX\\_EHESP.pdf](http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/05/Livre_Fiches_RETEX_EHESP.pdf)

## Actes

**Fédération Nationale  
d'Éducation  
et de promotion  
de la Santé**

- Maison des Sciences de  
l'Homme, Paris Nord,  
20, avenue George Sand,  
93210 Saint-Denis

- **Standard**

06 58 49 60 82

**Coordination projets**

06 58 50 06 27