

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Troubles de l'audition

Comment la surdité génère une souffrance psychique

Travail

Enquête sur l'usage des substances psychoactives

Dossier

Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble

Septembre 2013 / Numéro 425

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

LA SANTÉ EN ACTION LA REVUE DE LA PRÉVENTION, DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

Une revue de référence
et un outil documentaire pour

- ➔ les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- ➔ les relais d'information
- ➔ les décideurs

Rédigée par des professionnels

- ➔ experts et praticiens
- ➔ acteurs de terrain
- ➔ responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION EST DISPONIBLE GRATUITEMENT :

- ➔ en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format Internet pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). At the top, there is a search bar and navigation links for 'ACCUEIL', 'L'INPES', 'ACTUALITÉS', 'ESPACES THÉMATIQUES', 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION', 'NOS PUBLICATIONS', 'ESPACES PROFESSIONNELS', and 'PRESSE'. Below the navigation, there are several content blocks. On the left, there are icons for 'Grenoble à pied', 'Handicap', 'La Santé en action', and 'Formation'. In the center, there is a section for 'L'accessibilité à l'information santé pour tous' with a link to 'En savoir plus'. On the right, there is a section for 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION' with sub-sections for 'Enquêtes', 'Enquêtes en cours', 'Résultats et publications', 'Baromètres santé', and 'Évaluation en santé publique'. Below that, there is a section for 'tabac-info-service.fr' and 'CONTENUS ACCESSIBLES' with links for 'Documents destinés aux publics déficients visuels' and 'Documents destinés aux publics déficients auditifs'. At the bottom, there is a section for 'NOS PUBLICATIONS' and 'L'INPES' with a search bar and a 'Rechercher' button. A red box highlights the 'Santé en action' logo and a 'Télécharger le dernier numéro' button.



la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**François Beck, Sandrine Broussouloux, Michel
Condé, Jennifer Davies, Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), Jean-Christophe Azorin (AFPSSU), Judith Benrekassa (InVS), Dr Michel Berthier (mairie de Poitiers), Dr Zinna Bessa (direction générale de la Santé), Mohamed Boussouar (Ireps Rhône-Alpes), Alain Douiller (Codes de Vaucluse), Christine Ferron (Ireps de Bretagne), Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxembourg), Jacques Fortin (professeur), Annick Gardies (Inpes), Dr Luc Ginot (ARS Île-de-France), Zoë Héritage (Réseau français des villes santé de l'OMS), Laurence Kotobi (université Bordeaux-Segalen), Marika Lefebvre (FNMf), Éric Le Grand (sociologue), Nathalie Lydié (Inpes), Dr Annie-Claude Marchand (ARS Champagne-Ardenne), Claire Méheust (Inpes), Renaud Morin (Inpes), Mabrouk Nekaa (DSDEN Loire), Jean-Marc Piton (Inpes), Jeanine Pommier (EHESP), Dr Stéphane Tessier (Regards).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Olivier Mayer**
Illustrations : **Clotilde Martin-Lemerle**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Manuela Teixeira (01 49 33 23 52)
N° ISSN : en cours
Dépôt légal : 3^e trimestre 2013
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Hommage

4 _ Bernard Goudet, l'engagement d'un sociologue en promotion de la santé

Éric Le Grand, Christine Ferron

Troubles de l'audition

6 _ Comment la surdité et les troubles de l'audition sont liés à une souffrance psychique

Audrey Sitbon, Jean-Baptiste Richard

8 _ « Les personnes qui ont des troubles de l'audition doivent affronter un véritable parcours du combattant »

Entretien avec Dominique Dufournet

Dossier

RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ PUBLIQUE : QUAND CHERCHEURS ET ACTEURS DE TERRAIN TRAVAILLENT ENSEMBLE

Coordination : Christine Ferron, Éric Breton et Anne Guichard



Illustration : Clotilde Martin-Lemerle

Introduction

10 _ Christine Ferron, Éric Breton et Anne Guichard

Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations

13 _ Louise Potvin, Erica Di Ruggiero, Jean A. Shoveller

Recherche interventionnelle en santé des populations : l'expérience de l'INCa

16 _ Bastien Affeltranger

« On ne peut pas se contenter d'accumuler des données d'observation pour réduire les inégalités »

19 _ Entretien avec Thierry Lang

« Certains programmes de recherche en santé publique échouent parce que les acteurs de terrain n'ont pas été consultés »

21 _ Entretien avec Tim Greacen

« Améliorer l'accueil en 6^e, développer l'estime de soi et le bien-être des enfants »

24 _ Entretien avec Jérôme Garsi

En Bretagne, des ateliers d'échange entre chercheurs et intervenants en promotion de la santé

26 _ Roselyne Joanny

Mobiliser les acteurs pour des programmes et politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé

29 _ Éric Breton, Marie-Renée Briand

Atelier santé ville à Toulouse : acteurs de terrain et chercheurs travaillent de concert

32 _ François Alias, Jean-Charles Basson, Elsa Bidault, Laurence Birelichie, Catherine Frasse, Jean-Paul Génolini, Elisabeth Pons, Damien Verbiguié, Mélanie Villeval

Expérimentation sociale et santé des jeunes en mission locale

35 _ Virginie Kergoat, Joël Dutertre, Bruno Crépon, Simon Beck, Julie Pernaudet, Lucile Romanello, Pierre Chauvin, Sophie Lesieur

L'implication de l'Inpes dans le développement de l'évaluation des interventions de prévention

39 _ Pierre Arwidson

Pour en savoir plus

40 _ Céline Deroche

Travail

42 _ Usage de substances psychoactives et milieu de travail

François Beck, Romain Guignard, Christophe Léon, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard

45 _ « Saisir l'opportunité de la visite médicale du travail pour aborder la question de la consommation de l'alcool »

Entretien avec Gérald Demortière

Cinésanté

47 _ Les Garçons et Guillaume, à table !

Catherine Lemaire, Michel Condé

Lectures

50 _ Laetitia Haroutunian, Céline Deroche, Olivier Delmer



Bernard Goudet, l'engagement d'un sociologue en promotion de la santé

Éric Le Grand et
Christine Ferron

Notre ami Bernard et son épouse Geneviève nous ont quitté brutalement en juin 2013, sur une route d'Aquitaine, région pour laquelle ils éprouvaient un immense attachement. La revue *La Santé en action* s'associe aux nombreux témoignages et hommages venus saluer autant l'homme et le chercheur qu'il était, que son implication engagée dans le champ de l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et la santé communautaire.

Le parcours de Bernard dans ces différents champs se confond avec l'histoire du réseau des comités d'éducation pour la santé, devenus aujourd'hui des Ireps. C'est au sein de ce réseau, en rejoignant le Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé en 1985, que Bernard a trouvé sa « famille » professionnelle et un espace où déployer et utiliser ses multiples compétences.

Formateur impliqué dans la clarification et la rénovation des pratiques pédagogiques en éducation et promotion de la santé, il a modélisé et structuré ces champs d'intervention et de formation. Il est le précurseur des référentiels qui sont produits aujourd'hui. Beaucoup se souviennent avec émotion avoir bénéficié de ses enseignements dans le cadre des directions interrégionales d'éducation pour la santé (Direps), soutenues par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), qui ont tant fait pour la professionnalisation des acteurs de notre champ.

Auteur prolifique, il a mis sa plume, son érudition et son expertise au service des acteurs de l'éducation pour la santé, quel que soit leur secteur d'intervention, pour les soutenir dans la défense de leurs convictions et leur faire partager ses réflexions. Faire l'inventaire de ses innombrables écrits est une gageure ! D'autant plus qu'ils ne se limitent pas à des articles pour des revues (*La Santé de l'homme* devenue *La Santé en action et Santé Publique* notamment), mais incluent également plusieurs ouvrages. Bernard défendait l'idée que l'acculturation des acteurs, qu'ils soient institutionnels ou de terrain, passait par la diffusion de connaissances pointues, mais qui leur soient rendues accessibles. Par ses écrits, il espérait aussi faire évoluer les politiques de santé publique dans le sens de la promotion de la santé ; c'est un combat qu'il a mené, inlassablement.

Éducateur avant tout, il était convaincu que toute personne disposait d'un savoir, quel que soit son origine sociale ou son niveau d'éducation. Bernard permettait à tous de se sentir intelligents, intéressants ; il soutenait l'idée que chacun pouvait s'exprimer, apprendre, évoluer. Il était porteur de cette philosophie de l'éducation populaire – dont il était issu – qui prône « une éducation de tous, par tous et pour tous ».

Sociologue éclairé, Bernard utilisait cette science comme une arme, avec l'image d'une « sociologie comme sport de combat », déjouant ainsi les fauxsemblants, les jeux de pouvoir, les velléités de domination. La sociologie

a toujours été le prisme au travers duquel il a analysé et fait progresser l'éducation et la promotion de la santé. Une sociologie profondément concernée par l'humain et visant avant tout son mieux-être et son mieux vivre ensemble.

Cette connaissance encyclopédique de la sociologie, de l'histoire, de la santé publique, de l'éducation populaire, Bernard l'utilisait d'abord pour la défense des exclus parmi les exclus, des populations les plus en déficit de pouvoir : les détenus, les Roms, les personnes en situation de grande pauvreté, les populations stigmatisées... Son action et sa pensée s'inscrivaient tout autant dans la dénonciation des abus du pouvoir (biomédical, technocratique, « jacobin », disait-il !), que dans une vision émancipatrice de l'éducation pour la santé. Il montrait, avec bonté et humilité, que chaque homme et femme pouvait croire en son destin, dès lors qu'il ou elle trouvait auprès de professionnels éclairés, l'écoute, l'intelligence, le respect, qui lui permettraient de grandir. Ce sont toutes ces qualités que l'on retrouvait chez Bernard.

Cette foi en l'Homme, en sa capacité fondamentale à sortir de sa condition pour se construire une dignité et un avenir, faisait de Bernard un militant des droits de chacun à vivre pleinement sa vie. Pour ce qu'il était et pour tout ce qu'il nous a apporté, nous lui disons merci.

À ses enfants.

BIBLIOGRAPHIE

- Imbert C., Bidault E., Goujon N., Goudet B. Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 2 : p. 209-216.
- Goudet B. La prise en compte des croyances dans les modèles d'éducation pour la santé nord-américains. *La Santé de l'homme*, 2010, n° 406 : p. 21-23. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-406.pdf>
- Goudet B. *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*. Lyon : Chronique sociale, 2009 : 352 p.
- Goudet B. *Santé au collège : outil d'aide à l'action*. Bordeaux : Craes, 2007 : 51 p.
- Goudet B. Aquitaine : les « ateliers santé » au banc d'essai. *La Santé de l'homme*, 2007, n° 390 : p. 37-39. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-390.pdf>
- Goudet B. La loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique. *Santé publique*, 2004, vol. 16, n° 4 : p. 597-604.
- Barthélémy L., Cloart L., Goudet B., Lapostolle-Dangréaux C., Ferron C., Perrot M., et al. *Formations en éducation pour la santé. Repères pratiques, éthiques, méthodologiques et pédagogiques* [dossiers techniques]. Vanves : CFES, 2000 : 53 p.
- Goudet B. L'évaluation en éducation pour la santé : objets, méthodes, finalités. In : CFES, Craes, ENSP, Université Victor-Ségalen Bordeaux-2. *Évaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2002 : p. 29-33.
- Goudet B. Éducation pour la santé et réinsertion des détenus. Santé en milieu carcéral. *La Santé de l'homme*, 1995, n° 315 : p. 18-21.
- Goudet B. Action recherche avec un groupe de jeunes détenus. Santé en milieu carcéral. *La Santé de l'homme*, 1995, n° 315 : p. 27-28.
- Goudet B. Promotion de la santé des populations en situation de précarité et politique de la ville. *Sociologie de la santé*, 1994, n° 11 : p. 79-102.
- Goudet B., Larrose B., Cougoul B. *Accompagnement santé des bénéficiaires du RMI : problématique et méthodologie*. Bordeaux : Craes, 1994 : 96 p.
- Goudet B., Fatras J.-Y. *RMI et santé. Guide pédagogique à l'usage des professionnels*. Vanves : CFES, coll. La santé en action, 1993 : 320 p.
- Goudet B., Labadille J., Larrose B. *Amour, sexualité, prévention du sida : prévention du sida auprès des détenus de la maison d'arrêt de Bayonne*. Bordeaux : Craes, 1993 : 62 p.
- Goudet B., Delage O. *Évaluation des informations et formations concernant le sida dans le milieu pénitentiaire : note de synthèse du rapport final*. Bordeaux : Craes, 1992 : 14 p.
- Danzon M., Labadie J.-C., Bodin G., Chaban-Delmas M., Larrose B., Andrieu B., et al. *Prévention du sida et pratiques sociales. Les fondements culturels de la prévention*. Colloque organisé par le Craes, Bordeaux, 19/03/1990. Bordeaux : Craes, 1991, 202 p.

Hommage

Bernard Goudet, l'engagement d'un sociologue

Comment la surdité et les troubles de l'audition sont liés à une souffrance psychique

Audrey Sitbon,
chargée d'études et
de recherche,
**et Jean-Baptiste
Richard,**

chargé d'études
et de recherche,
direction des Affaires
scientifiques, Inpes.

Pour la première fois, en 2011, a été lancée en France une enquête sur un grand nombre de sujets liés à la santé des personnes sourdes, malentendantes et/ou avec des troubles de l'audition. Le Baromètre Santé Sourds et Malentendants (BSSM), mené par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), s'est appuyé sur le Baromètre santé 2010 de l'Inpes, enquête en population générale qui interroge les perceptions et les comportements liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France.

Cette étude a été doublement motivée, d'une part, par un manque de données sur ces populations qui échappent aux enquêtes téléphoniques et, d'autre part, en raison des risques pour la santé d'un accès restreint aux informations et à la communication pour les personnes présentant une surdité. Ont également été interrogées les personnes souffrant de troubles de l'audition fréquents comme les acouphènes (sifflements ou bourdonnements dans les oreilles) ou qui le sont moins comme l'hyperacousie (perception des sons amplifiés au point d'être possiblement douloureux) et pouvant exister indépendamment d'une perte auditive.

La question du retentissement sur la santé mentale du fait de vivre avec ces troubles ou une acuité auditive

réduite a été évaluée à partir d'un indicateur particulier : le MH-5, échelle de détresse psychologique issue du questionnaire de qualité de vie SF-36^[1].   partir de cinq questions, il mesure un certain nombre d'émotions et de sentiments positifs et négatifs durant les quatre dernières semaines : s'être senti « très nerveux », découragé, calme et détendu, triste et abattu ou encore heureux. Un score de zéro à cent est alors obtenu, puis un seuil est défini en de  duquel les personnes sont considérées en situation de détresse psychologique. Lorsqu'un tel état persiste, il peut donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété.

Un mal-être singulièrement élevé

Ce qui frappe de prime abord est un chiffre particulièrement élevé : 46 % des personnes interrogées (sourdes, malentendantes et/ou avec des troubles de l'audition) peuvent être considérées en situation de détresse psychologique. Dans la population générale, ce taux est de 17 % selon le Baromètre santé en 2010^[2]. Ce résultat vient corroborer ceux obtenus dans d'autres enquêtes, comme celle menée par l'Unisda¹ ^[3] ainsi que Handicap Santé M nages² de 2008. Dans cette dernière, les personnes entre 18 et 59 ans indiquant mal entendre les conversations à plusieurs ont 1,5 fois plus de risques de déclarer une dépression et 1,4 fois plus de risques, pour les hommes, d'indiquer une situation de détresse psychologique ^[4].

Dans le BSSM, ce sont les femmes qui déclarent plus souvent un état de

mal être (49 % contre 40 % pour les hommes). Comme l'enquête de l'Unisda tendait également à le montrer, l'âge de survenue des problèmes d'audition semble avoir une influence sur le niveau de détresse psychologique ^[5]. Ce niveau de détresse est plus important lorsque la perte d'acuité auditive survient au début de l'âge adulte (16 à 35 ans).

La détresse psychologique n'augmente pas de manière linéaire avec le niveau de surdité. Ainsi, ceux disant ne pas entendre du tout présentent, relativement, une moins mauvaise santé psychique (avec néanmoins 40 % de personnes en situation de détresse psychologique) que ceux qui disent entendre avec beaucoup de difficultés (51 %). Dans ce cas, la parole est moins bien comprise, surtout en présence de plusieurs personnes. La lecture sur les lèvres est difficile (et dans l'absolu ne lève pas toutes les ambiguïtés), l'appareillage (quand il est accepté et financ rement accessible) améliore insuffisamment la compréhension. Les échanges laborieux entraînent au quotidien une grande fatigue et une dévalorisation de soi lorsque l'on se sent responsable de cette communication bloquée. Pourtant, une discussion est bien le fruit d'une interaction au sein de laquelle les deux parties prenantes sont censées faciliter les échanges. Et les personnes sourdes ou malentendantes mettent en avant le manque d'effort des « entendants » en ce sens, souvent parce qu'ils n'ont pas connaissance des attitudes appropriées (parler en face, articuler sans crier, etc.). Dans d'autres situations, la personne cherche

à cacher sa malentendance et les difficultés de communication se trouvent alors démultipliées [6].

Que l'on pratique ou non la langue des signes (LSF), le niveau de détresse psychologique est quasi équivalent. On aurait pu s'attendre à un meilleur moral chez ceux s'exprimant en LSF car la langue gestuelle leur permet d'établir une communication aussi fluide qu'entre deux personnes entendant. En même temps, la LSF étant une langue minoritaire, communiquer avec ceux qui ne la pratiquent pas reste souvent compliqué.

Enfin, une surdité profonde depuis la prime enfance peut s'accompagner, faute de moyens linguistique adaptés, de difficultés à apprendre le français écrit [7]. Or, la détresse psychologique augmente lorsque l'accès à l'écrit est restreint (55 % parmi ceux qui déclarent des difficultés pour lire un livre contre 49 % pour les autres).

Acouphènes, hyperacousie : les maux cachés

Néanmoins, comment comprendre le fait que ceux qui entendent le moins semblent avoir un meilleur moral ? La réponse est à chercher en partie dans la présence de troubles de l'audition tels que les acouphènes et l'hyperacousie. Ces derniers sont beaucoup moins présents chez les personnes qui indiquent ne rien entendre et le sont systématiquement chez ceux qui signalent bien entendre et ont donc répondu à l'enquête uniquement en raison de la présence de ces troubles. Or, chez ces derniers, le niveau de détresse psychologique est de 65 %.

Ainsi, quel que soit le niveau d'acuité auditive, la présence d'acouphènes et l'hyperacousie sont liés à un niveau de détresse psychologique élevé (qui est alors respectivement de 50 % et 58 %) [5]. D'ailleurs, en leur absence le score est de 36 %. La présence de ces troubles introduit la question de la gestion de la douleur physique, également source de souffrance morale. Ces sentiments et émotions négatifs pourraient en retour accentuer les symptômes, voire être impliqués dans leur apparition.

Stigmatisation et isolement

Vivre avec une audition altérée est un phénomène pouvant être ressenti différemment, ceci varie notamment en fonction de l'âge de survenue de la surdité, du niveau d'acuité auditive, des moyens pour communiquer (français, LSF, aides humaines et techniques, etc.) ou encore de la présence de troubles auditifs tels que les acouphènes et l'hyperacousie. Pourtant, quelle que soit la façon dont ces paramètres diffèrent, le niveau de détresse psychologique reste bien plus élevé pour ces groupes que pour la population générale. Des situations potentiellement problématiques pour tous sont susceptibles de se répercuter sur la santé. Alors que les échanges sont compliqués dans un monde souvent inadapté, les études mettent en évidence des attitudes de stigmatisation de la population et des discriminations, fortement vécues par les personnes concernées [6]. La vie avec une surdité implique également des formes de violences subies plus fréquentes, ce que confirment les données du BSSM. Dans tous les cas, faire face à une mise à distance de l'entourage peut au final engendrer un isolement subi et donc être source de souffrance psychique. ■

Nous remercions le groupe de travail de l'enquête et en particulier François Beck, Jean-Louis Bosc, Dominique Dufournet, Anne-Lise Granier, Sophie Dalle-Nazébi et Pascale Roussel, pour leur relecture de l'article.

1. Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif.

2. Les échantillons de l'enquête de l'Unisda et du BSSM, non représentatifs, sont relativement similaires si l'on considère notamment les critères d'âge, le niveau d'acuité auditive, la présence de troubles de l'audition et le moment de survenue de la surdité. En revanche, en comparaison avec la population sourde, malentendante ou présentant des troubles de l'audition, interrogée dans l'enquête Handicap Santé Ménage, et qui est représentative, celle du BSSM est plus féminine, plus jeune, plus diplômée tandis que les surdités sévères et les troubles de l'audition sont plus présents.

3. Les résultats de l'enquête menée par l'Unisda vont dans le même sens [5].

[1] Lepège A., Ecosse E., Pouchot J., Coste J., Perneger T. *Le questionnaire MOS-SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris : éditions Estem, 2001 : 155 p.

[2] Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.B., dir. *Baromètre Santé 2010. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes (à paraître).

[3] Weymant L., TNS-Sofres. Analyse des résultats de l'enquête auprès des publics de personnes sourdes et acouphéniques, des proches et des professionnels. In : Unisda. *Enquête nationale sur la détresse psychologique des personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes et/ou acouphéniques. Restitution de l'enquête nationale 2010* [colloque]. Paris, 20 mai 2011. Paris : Unisda, 2011 : p. 6-15.

En ligne : http://www.unisda.org/IMG/pdf/Unisda_-_Rapport_Enquete_detesse_psy_sourds_acoupheniques_2010.pdf

[4] Montaut A., Cambois E. État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles. In : Danet S., dir. Drees. *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique* [Rapport 2011]. Paris : Drees, 2012 : p. 57-69. En ligne : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf

[5] Roussel P. *La détresse psychologique des personnes ayant répondu à l'enquête menée par l'Unisda en 2010*. Paris : EHESP/MSSH, 2011 : 26 p.

En ligne : <http://www.unisda.org/IMG/pdf/Unisda-Rapport-Detesse-psychologique-P-Roussel-EHESP-juin-2011.pdf>

[6] Sittbon A. *Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative* [Rapport]. Saint-Denis : Inpes, 2012 : 109 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/lsf/pdf/rapport-a-la-sante-surdite-resultats-etude-qualitative.pdf>

[7] Lelièvre F., Sander M.-S., Tallec A. Observatoire régional de santé des Pays-de-la-Loire. *Handicap auditif en France. Apports de l'enquête HID 1998-1999* [document de travail]. Paris : Drees, coll. Série études, 2007, n° 71 : 155 p.

En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud71.pdf>

« Les personnes qui ont des troubles de l'audition doivent affronter un véritable parcours du combattant »

Entretien avec Dominique Dufournet, président de l'association Bucodes-SurdiFrance¹.

La Santé en action : L'enquête de l'Inpes (voir ci-avant) fait apparaître chez les personnes Devenues sourdes ou malentendantes, un niveau de détresse psychologique bien plus élevé que dans la population générale. Quelle analyse faites-vous de ces résultats ?

Dominique Dufournet : Nous connaissons bien cette détresse psychologique qui a pour effet de provoquer pour les personnes malentendantes un mal-être quasi permanent. Elle est évoquée partout, dans tous les groupes de parole ou les lieux d'échanges permettant aux personnes concernées de se rencontrer et d'exprimer leur ressenti.

Nous notons que, selon les premiers résultats de l'enquête Baromètre Santé Sourds et Malentendants (BSSM), 46 % des personnes malentendantes font état d'une détresse psychologique, alors que pour la population en général, ce pourcentage est de 17 %. Ce chiffre permet d'objectiver ce que nous savions de manière empirique. Les troubles de l'audition peuvent souvent générer des problèmes d'une autre nature et qui sont très pénalisants.

S.A. : Pourriez-vous donner quelques exemples ?

D.D. : Avant tout, il convient de rappeler brièvement ce que sont les troubles de l'audition. Pour la majorité des gens, « troubles de l'audition = on entend moins ». C'est simple et évident.

L'analogie avec la vue est rapidement faite : « Vous voyez moins de loin, on vous prescrit des lunettes et vous voyez mieux ». C'est cependant plus complexe que cela pour l'audition. Une personne devenue malentendante est quelqu'un qui a perdu certaines fréquences auditives (généralement les fréquences aiguës). Son degré de surdité dépendra du nombre de fréquences détruites ou altérées, simple conséquence quantitative, mais aussi de la qualité de l'écoute restant car, bien souvent les sons entendus sont déformés. Il s'agit là de ce qui est appelé « l'effet de distorsion ». Le résultat est sans appel : les gens souffrant de ces troubles comprennent moins bien et moins rapidement, notamment parce que les mots sont déformés. Communiquer va devenir difficile ; la personne malentendante devra faire d'importants efforts de concentration pour suivre une conversation normale, provoquant chez certains une lourde fatigue. L'appareillage auditif va permettre de remettre à niveau les fréquences perdues (ce qui est très important) mais ne peut pas vraiment améliorer cet effet de distorsion.

S.A. : La détresse psychologique est la résultante de ce que vous décrivez ?

D.D. : Oui, il faut rajouter une autre forme de pénalisation pour ces personnes, qui est la difficulté à « discriminer » les sons dans le bruit. Lorsqu'une personne normo-entendante (qui n'a pas de troubles de l'audition) est dans un endroit bruyant (café, restaurant, etc.), elle va se concentrer sur la personne qui parle et suivra naturellement la

L'ESSENTIEL

- ▶ Devenu malentendant suite à une perte brutale de son audition à 46 ans, Dominique Dufournet commente les résultats de cette enquête sur la détresse psychologique de cette population.
- ▶ Il pointe les difficultés trop souvent occultées dont sont victimes les malentendants et préconise la création d'un centre de prise en charge pluridisciplinaire par région, alors qu'il n'en existerait que trois actuellement en France.
- ▶ Il préconise aussi un remboursement correct pour l'appareillage auditif.

conversation. La personne malentendante perd généralement cette faculté étonnante ; en clair, elle capte autant le brouhaha que son interlocuteur. Là encore, communiquer devient difficile, et ces situations sont génératrices de beaucoup de tension et de fatigue. Ces endroits où il y a du bruit sont essentiellement les espaces publics (cafés, restaurants), les réunions de famille, etc. Les personnes malentendantes vont alors avoir tendance à mettre en place des stratégies d'évitement qui peuvent conduire à beaucoup d'isolement et de détresse psychologique.

S.A. : Qu'est-ce qui vous a amené à vous engager dans les activités associatives ?

D.D. : J'ai été victime d'une chute brutale d'audition. J'ai passé une semaine à l'hôpital et je me revois sortir, avec ma perte d'audition bilatérale (pour mes deux oreilles) ; à partir de

cet instant, j'ai été confronté (avec mes proches) à un véritable « parcours du combattant » pour retrouver une vie la plus normale possible. Ce « parcours du combattant » que connaissent bien les personnes devenues malentendantes n'est pas admissible. C'est ce qui m'a poussé à rejoindre le mouvement associatif, pour contribuer à l'accompagnement des personnes malentendantes dans ce « parcours » et essayer de faire bouger les lignes, en rendant la société un peu plus accessible aux personnes qui perdent de l'audition.

S.A. : Comment améliorer la qualité de vie des personnes dont vous défendez la cause ?

D.D. : En premier lieu, la nécessité d'améliorer fortement la prise en charge, l'accompagnement des malentendants. Il existe au Québec des centres qui traitent les troubles de l'audition. Ce sont les centres d'évaluation et de réadaptation des troubles de l'audition (Certa). La personne malentendante (avec ses proches) est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire qui l'accompagne dans sa nouvelle vie. Ce modèle est très positif. Il existe, en France, trois centres pilotes : Angers, Poitiers et Metz. Nous souhaitons que chaque région ait au moins un Certa.

Ensuite, il y a la question du prix de l'appareillage. Les avancées scienti-

fiques apportent de plus en plus de solutions adaptées et donc des appareils de plus en plus sophistiqués et de plus en plus chers. Le « reste à charge », compte tenu du niveau de participation de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires, est aujourd'hui un véritable obstacle à l'appareillage. C'est 119,40 € de remboursement par l'Assurance maladie pour un appareil dont le prix moyen est de 1 600 € (soit 238 euros de remboursement sur 3 200 euros de frais engagés pour les personnes appareillées pour les deux oreilles). Il serait temps que les choses bougent. Il est urgent aussi de développer l'accessibilité des lieux publics aux personnes qui entendent mal.

Enfin, et c'est fondamental, il faut informer. C'est le rôle des associations en relation avec les pouvoirs publics. Nous travaillons dans ce sens avec l'Inpes sur plusieurs projets. À cet égard, le BSSM, qui va permettre de mieux connaître les comportements des personnes sourdes et malentendantes, est une initiative essentielle pour les associations de malentendants. ■

Propos recueillis par Denis Dangaix

1. L'association Bucodes-SurdiFrance regroupe des associations de personnes malentendantes, présentes dans les régions.



Illustration : Clotilde Martin-Lemerle

Troubles de l'audition

Entretien avec Dominique Dufournet

Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble



Dossier

Dossier coordonné par Christine Ferron,

psychologue, directrice de l'Ireps Bretagne, **Éric Breton**, enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire Inpes « Promotion de la santé », École des hautes études en santé publique, Rennes, **Anne Guichard**, chargée de recherche, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Le dossier central de ce numéro de *La Santé en action* est consacré à la recherche interventionnelle en santé publique, concept largement méconnu. Ce dossier s'adresse aux professionnels sur le terrain, qui sont au cœur de l'action pour la prévention et la promotion de la santé, mais aussi aux chercheurs. Il y décrypte l'intérêt qu'ils ont à s'allier, d'une part, pour accroître leur capacité à tirer des enseignements des programmes mis en œuvre, d'autre part, pour contribuer à améliorer l'efficacité de leur action.

La recherche interventionnelle est définie comme « l'utilisation de méthodes scientifiques pour développer des connaissances sur les interventions qui visent à modifier la distribution des facteurs de risque et des déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population. Ces interventions peuvent être des stratégies, politiques publiques, programmes, événements ou activités selon le niveau de gouvernance auquel elles sont associées. » (voir l'article de L. Potvin et al. dans ce dossier). La recherche interventionnelle a ceci de

particulier qu'elle s'intéresse à des systèmes complexes et qu'elle se fonde sur une véritable co-construction de la démarche par les chercheurs et les acteurs de terrain. Dans la pratique, la recherche interventionnelle est souvent confondue avec la recherche action ou la recherche évaluative. Or ces trois concepts, s'ils ont des points communs, sont différents.

L'intérêt de la recherche interventionnelle dans le champ de la santé publique est majeur : dans un monde encore profondément influencé par le modèle biomédical (dans lequel la santé se limite bien souvent au « soin »), les outils et les méthodes traditionnelles dont disposent les chercheurs ne sont pas opérants, ou en tout cas pas suffisants. En d'autres termes, si l'on met en œuvre un programme de promotion de la santé pour améliorer le bien-être et la qualité de vie d'une population, il ne sera sans doute ni possible, ni intéressant de l'évaluer comme le feraient les chercheurs dans le champ biomédical, en comparant le groupe bénéficiant de ce programme avec un « groupe témoin » n'en bénéficiant pas. Et les expériences sur les animaux de laboratoire ne seront évidemment pas plus éclairantes.



Illustration : Clotilde Martin-Lemerle

Une participation véritable des acteurs de terrain

Pourquoi cette participation est-elle nécessaire ? Parce que, dans les champs de la prévention des maladies (qu'elles soient chroniques ou transmissibles), et de la promotion de la santé, l'intervention porte sur des objets complexes et difficiles à cerner. Notons ici trois caractéristiques principales de cet objet [1] :

- Qu'il s'agisse d'une ville, d'un quartier, d'une école ou d'un dispositif de formation, toute intervention en santé publique repose sur un ensemble, un système d'acteurs, et c'est donc la transformation de ce système qui doit être opérée si l'on veut être efficace.
- D'autant que ce système est ouvert, par conséquent il ne peut être isolé des influences du monde extérieur. Donc les résultats et les changements constatés peuvent certes être attribués à l'intervention elle-même, mais aussi à des facteurs extérieurs. Par exemple : dans le cas d'une intervention en milieu scolaire, une amélioration du climat au sein de l'établissement pourra être le fruit de l'intervention elle-même, mais aussi de facteurs extérieurs comme une réduction du taux de chômage concernant les familles du quartier.
- Enfin, ce système ouvert est aussi

« apprenant », c'est-à-dire qu'il évolue au fil des connaissances et pratiques qui l'enrichissent. Il n'est donc pas possible de garder inaltérée une intervention, parce que ceux qui la déploient réalisent, au fil de la pratique, que l'on peut faire mieux et plus efficace en apportant modifications et ajouts. Dans une telle posture de remise en question, il arrive que les acteurs mobilisés constatent que l'intervention n'est pas utile ou qu'elle est impossible à mettre en œuvre, l'équipe de recherche n'est alors pas en capacité de mener à terme ce projet commun.

La recherche interventionnelle en santé publique exige donc que les chercheurs adoptent une autre conception de la science et de l'objet même de la recherche. Ils doivent aussi accepter l'idée que leur intervention ne peut être possible sans une collaboration étroite et une participation véritable des acteurs du terrain. En effet, seuls ces derniers sont en mesure d'agir sur les mécanismes qui permettent de générer des effets. Ceci implique que l'intervention envisagée puisse, d'entrée de jeu, faire l'objet de modifications majeures, voire même d'un rejet par les acteurs concernés. Donc toute recherche interventionnelle ne peut être basée que sur une négociation entre ces partenaires.

Une démarche originale et novatrice

Si elle s'inscrit dans une riche tradition de recherche et d'intervention en santé publique, la recherche interventionnelle en santé des populations présente bien des aspects originaux et novateurs. Pour cette raison, il est particulièrement important de pouvoir s'appuyer sur une définition claire de ses références, de ses champs et modalités d'application, de ses finalités. Cette définition nous est donnée par Louise Potvin, Erica Di Ruggiero et Jean Shoveller, en introduction à ce dossier. Il était grand temps, selon elles, que la recherche investisse la « science des solutions », trop longtemps délaissée au profit de la « science des problèmes »... L'investigation et la découverte des interventions, programmes et politiques susceptibles d'avoir un effet positif sur les déterminants de la santé dans une population, répondent

« LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ PUBLIQUE EXIGE QUE LES CHERCHEURS ACCEPTENT L'IDÉE QUE LEUR INTERVENTION NE PEUT ÊTRE POSSIBLE SANS UNE COLLABORATION ÉTROITE ET UNE PARTICIPATION VÉRITABLE DES ACTEURS DU TERRAIN. CAR SEULS CES DERNIERS SONT VÉRITABLEMENT EN MESURE D'AGIR SUR LES MÉCANISMES QUI PERMETTENT DE GÉNÉRER DES EFFETS FAVORABLES ».

également à des besoins exprimés de longue date par les acteurs de terrain et par les décideurs, en attente de résultats de recherche leur indiquant comment mettre en place des actions de promotion de la santé ayant un impact favorable sur les conditions de vie et de santé de la population.

Pour que la recherche interventionnelle émerge, se développe et s'impose en France comme une nouvelle conception des rapports entre recherche et action, les soutiens institutionnels sont essentiels et incontournables. Sans l'expression d'une volonté politique et sans la mise à disposition de moyens, ces changements de pratiques des chercheurs et des acteurs de terrain ne pourraient pas avoir lieu, chacun se trouvant limité par ses cadres de financement habituels. Il faut à ce titre saluer le considérable investissement de l'Institut national du cancer (INCa) qui finance des recherches interventionnelles en santé des populations depuis 2010, avec un souci constant de réduction des inégalités sociales de santé. Cette expérience institutionnelle est racontée par Bastien Affeltranger dans un article qui expose notamment les enseignements que l'INCa en a tirés en termes d'évolution des pratiques de recherche en santé publique.

Comme c'est le cas pour toute innovation, celle-ci a besoin pour exister et se renforcer que des pionniers s'en emparent avec conviction, se frottent aux difficultés de l'expérimentation et

acceptent de communiquer, aussi bien sur leurs succès que sur leurs erreurs, leurs tâtonnements et les conditions susceptibles de mener à la réussite. Compte tenu de la nature « bipolaire » de la recherche interventionnelle, il était indispensable de donner la parole à des chercheurs, mais aussi à des équipes pluridisciplinaires venues témoigner de la mise en place de synergies entre des laboratoires de recherche et des associations ou des structures investies dans des actions au plus près des populations.

Comment trois chercheurs s'y sont intéressés

Trois chercheurs ont ainsi accepté de revenir sur leur parcours professionnel qui les a amenés à s'intéresser à la recherche interventionnelle, alors même que leur ancrage disciplinaire initial ne les y prédisposait pas forcément. Leurs points communs ? Un intérêt pour la recherche en sciences humaines, un investissement volontaire dans les problématiques sociétales en santé publique, et la conviction forte du potentiel d'enrichissement réciproque des partenariats entre chercheurs et acteurs de terrain. Sur ces bases communes, Thierry Lang présente le programme « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé » (AAPRISS) qu'il pilote au sein de l'Université Toulouse III, en lien avec de nombreux partenaires en région Midi-Pyrénées ; Tim Greacen expose les recherches « Compétences parentales et attachement dans la petite enfance » et « Un chez soi d'abord » qu'il mène au niveau national, depuis le laboratoire de Maison Blanche, avec des intervenants de terrain et des collectivités locales ; et Jérôme Garsi décrit le programme « Bien-être pour tous à l'école » qu'il développe au sein de la Fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique, avec de multiples partenaires de l'action éducative en milieu scolaire. Les premiers résultats de tous ces travaux démontrent, d'une part, la faisabilité et l'utilité des partenariats entre chercheurs et acteurs de terrain, d'autre part, l'intérêt de ce type d'approche dès lors que les objectifs poursuivis relèvent de la transformation sociale et de l'évolution des pratiques professionnelles.

Se connaître, s'accepter, travailler ensemble

Pour que la construction et la mise en œuvre d'un projet de recherche interventionnelle soient possibles, il faut que les partenaires impliqués commencent par prendre le temps de se connaître, de débusquer les représentations qu'ils ont les uns vis-à-vis des autres et de mettre au jour leurs enjeux respectifs, de façon à pouvoir travailler ensemble. La réussite du projet est à ce prix, et les équipes pluriprofessionnelles qui présentent leurs démarches dans ce dossier l'ont bien compris. En Bretagne, Roselyne Joanny, chargée de projet et d'ingénierie à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, a mis en place des ateliers d'échanges de pratiques entre chercheurs et intervenants en promotion de la santé, dont le principal objectif était de développer une culture commune de la recherche interventionnelle en santé des populations, à partir des réalités professionnelles des uns et des autres, des modes de collaboration familiers à chacun et de l'identification des conditions de mise en œuvre de ce type de recherche. Éric Breton, de l'École des hautes études en santé publique, et Marie-Renée Briand, de la Mutuelle des Pays-de-Vilaine (Bretagne Sud), font état de leurs regards respectifs sur le projet de recherche interventionnelle mené en Pays-de-Redon, afin d'améliorer la capacité d'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé pour réduire les inégalités sociales face au cancer, en agissant sur les organisations locales de manière intersectorielle. François Alias, Jean-Charles Basson, Elsa Bidault, Laurence Birelichie, Catherine Frasse, Jean-Paul Génolini, Élisabeth Pons, Damien Verbiguié et Mélanie Villeval présentent le programme toulousain AAPRISS en évoquant le « choc des cultures » entre chercheurs et acteurs de terrain et la nécessité d'établir des relations de confiance entre intervenants, chercheurs et habitants pour mener à bien la démarche. Enfin, la Mission locale de Sénart, en appui sur une équipe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et le Centre de recherche en économie et statistique (Crest), démontre par les

résultats d'une recherche interventionnelle, le potentiel d'action des Missions locales en tant qu'espaces d'innovation sociale, tant pour interpeller les politiques publiques que pour prendre en charge les jeunes les plus vulnérables dans une perspective de santé globale.

Tous les articles composant ce dossier font la démonstration des enjeux considérables liés au développement des recherches interventionnelles en France. Les principaux opérateurs de ces recherches – acteurs de terrain, chercheurs – sont prêts à y investir du temps, de l'énergie et des compétences. Les décideurs, qu'ils appartiennent à des institutions ou des collectivités locales, y ont intérêt en vue d'atteindre les objectifs d'action sur les déterminants de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé qui figurent dans tous les plans régionaux de santé, et dans la plupart de leurs déclinaisons territoriales. Enfin, c'est toute la population, et en particulier les groupes les plus défavorisés et les plus vulnérables, qui tireront des bénéfices de ces approches et des enseignements que nous saurons en tirer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Pawson R., Greenhalgh T., Harvey G., Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2005, vol. 10, suppl. 1 : p. 21-34.

Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations

Louise Potvin,
professeure titulaire,
Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal,
Centre de recherche Léa-Roback
sur les inégalités de santé,
Université de Montréal, Montréal,
Canada.

Erica Di Ruggiero,
directrice associée,
Institut de la santé publique
et des populations
Instituts de recherche en santé
du Canada
Université d'Ottawa, Ottawa, Canada.

Jean A. Shoveller,
professeur titulaire,
School of Population and Public Health,
University of British Columbia,
Vancouver, Canada.

Il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations. Ainsi, la très grande majorité des recherches financées dans le domaine de la santé des populations sont des études épidémiologiques, qui décortiquent désormais très finement l'étiologie des maux qui nous affligent. Seule une très faible proportion des budgets de recherche alloués à la santé publique et des populations – déjà bien maigre comparés avec les budgets dévolus à la recherche, surtout fondamentale – est consacrée à l'évaluation

des interventions de prévention et de promotion [1, 2].

Émergence de la recherche interventionnelle : fournir des données probantes concernant les actions

Les praticiens, qui connaissent bien les facteurs de risque à cibler pour leurs interventions, font face à un dilemme pour le moment insoluble : on leur demande de fonder leur pratique sur des données probantes, mais il n'existe quasiment pas de recherches pour les informer sur la manière de s'y prendre pour modifier la prévalence des facteurs de risque dans les populations [3]. En parallèle, les décideurs n'ont pas accès aux données et aux outils nécessaires pour renforcer les politiques publiques de santé. En d'autres termes, notre science des solutions accuse un retard considérable par rapport à notre science des problèmes !

Ce constat a amené un groupe de chercheurs, décideurs et praticiens de la santé publique provenant du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et d'Australie, à réfléchir et dialoguer pour promouvoir un type de recherche qui apparaît indispensable pour soutenir une pratique de santé publique fondée sur des données probantes : la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP).

Qu'est-ce que la recherche interventionnelle en santé des populations ?

Alimentée par la recherche dans de multiples domaines – évaluation des

programmes, santé et psychologie communautaires, science politique, épidémiologie sociale, etc. –, la RISP se définit comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (provenant du secteur de la santé ou d'un autre secteur) dont l'objectif est :

- d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population ;
- de réduire les facteurs de risque des maladies dans cette population [4].

Il s'agit de déplacer le « point focal » des efforts de recherche du *quoi* (ce qui cause la maladie) vers le *comment* (les actions de prévention et de promotion). Comment ? En développant un corpus de connaissances fondées scientifiquement sur le fonctionnement, l'efficacité, l'efficience et le devenir des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations.

Ces interventions prennent la forme de stratégies, politiques publiques, programmes, événements ou activités, selon le niveau de gouvernance auquel elles sont associées [5]. Elles visent à avoir un impact favorable sur les conditions de vie et, bien au-delà, améliorer les conditions en lien avec la santé. Ces interventions peuvent émaner du secteur sanitaire (par exemple, les règlements normalisant l'emballage des produits du tabac) ou d'autres secteurs comme une politique de rénovation des logements en zone urbaine.

À souligner qu'il n'y a pas de définition consensuelle de ce qu'est une intervention de santé auprès des populations. Il existe néanmoins un consensus pour caractériser ces interventions comme des systèmes d'action complexes, impliquant une diversité d'acteurs qui doivent coordonner leurs actions en fonction des conditions et du milieu dans lequel elles sont mises en œuvre [6]. Enfin, on associe de plus en plus la RISP à la promotion de l'équité en matière de santé, car on sait que les inégalités sociales de santé peuvent être exacerbées par certaines interventions de santé publique [7].

Par méthode scientifique, on entend l'ensemble des dispositifs reconnus comme valides pour développer des connaissances dans une discipline donnée. Les problèmes posés étant complexes, la RISP mobilise un véritable éventail complet de dispositifs et méthodes de recherche. Cela va de l'essai randomisé en grappes¹ souvent privilégié en épidémiologie, à la recherche d'action participative, plutôt associée aux sciences sociales, jusqu'à la simulation². Les méthodes doivent être sélectionnées en fonction des connaissances accumulées.

Quels aspects de l'intervention sont pertinents pour la RISP ?

En matière d'intervention en santé auprès des populations, les connaissances antérieures servent à poser la problématique. La formulation d'une question de recherche s'appuie sur une solide recension de ce qui est déjà connu, et toute question qui contribue à l'avancement des connaissances est *a priori* recevable. Ceci suppose bien entendu que les interventions aient des caractéristiques identifiables et surtout que les connaissances accumulées au fil des études soient mobilisées pour solutionner des problèmes spécifiques. Autre évidence : ne pas perdre de vue que chaque situation est unique, fondée sur l'histoire et les relations entre les acteurs et secteurs impliqués. Il n'est pas question d'envisager des solutions universelles « clé en main » : les chercheurs reconnaissent de plus en plus le rôle crucial du contexte pour comprendre l'origine, le fonctionnement, le devenir et les

effets des interventions en santé auprès des populations [8].

Les interventions se posent le plus souvent comme des systèmes complexes [9], c'est la raison pour laquelle la RISP s'intéresse à un large éventail de questions. P. Hawe et L. Potvin [4] ont identifié cinq familles de questions pertinentes pour la RISP³. Il en existe sûrement d'autres qui surgiront au fur et à mesure que le champ se développera. Il semble cependant important d'ouvrir la boîte noire des interventions, pour mettre en relation les processus, conditions de mise en œuvre, contextes et effets produits. En effet, de plus en plus de chercheurs en RISP conçoivent les mécanismes effectifs des interventions comme le produit des interactions entre l'action planifiée, les moyens mobilisés et le contexte [10].

En quoi la RISP est-elle différente de l'évaluation de programme ?

Les chevauchements entre RISP et évaluation sont nombreux. Les méthodes de recherche sont les mêmes : dans les deux cas on s'intéresse à des interventions, c'est-à-dire des efforts organisés pour changer le cours « normal » des événements [4].

Il est possible de formuler une première distinction. Si l'évaluation s'intéresse à des interventions qui touchent un large éventail, la RISP constitue d'abord et avant tout un effort pour circonscrire un objet de recherche : l'intervention qui vise à modifier la distribution des facteurs de risque et des déterminants de la santé dans une population. Concrètement, on écarte ainsi de la RISP la recherche sur les interventions cliniques qui visent le changement chez des individus, ainsi que sur les interventions thérapeutiques ; ainsi on ne considérerait pas comme de la RISP une étude sur l'efficacité d'un substitut du tabac.

Autre distinction : contrairement à la plupart des définitions de l'évaluation, qui impliquent un jugement ou une décision, la définition de la RISP met l'accent sur le développement d'un *corpus* de connaissances sur des interventions ou des stratégies pour inter-

L'ESSENTIEL

▣ **Scruter en profondeur les caractéristiques des interventions visant la santé des populations, incluant leurs effets et leur contexte de mise en œuvre, recourir pour ce faire à une démarche scientifique éprouvée, poser comme fondement la coopération entre les professionnels intervenants, les décideurs et les chercheurs : tels sont les ingrédients de la recherche interventionnelle en santé des populations.**

▣ **La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) se définit comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (concernant la santé ou tout autre domaine) qui visent à modifier la distribution des facteurs de risque des maladies ou des déterminants de la santé dans une population.**

▣ **L'objectif est :**

- d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population ;
- de réduire les facteurs de risque des maladies dans celle-ci.

venir sur une question. Dans l'évaluation, les questions de la généralisation des résultats à d'autres contextes ou aux adaptations nécessaires ou aux mécanismes à l'œuvre sont peu discutées. Un exemple concret : tandis qu'une évaluation s'intéressera aux effets d'une intervention – comme une taxe sur le tabac – dans un lieu donné, la RISP visera à développer un *corpus* de connaissances sur la taxation comme outil de prévention et de changement des habitudes de consommation de tabac. En plus de l'efficacité d'un tel outil, on viserait à développer des connaissances sur les conditions d'implantation, les effets différentiels en fonction des groupes ou des produits. Bref, tout ce qui pourrait permettre d'anticiper son utilisation dans un contexte donné.

Quel est le rôle des praticiens et des décideurs dans la RISP ?

La RISP vise à développer des connaissances transposables à différents contextes. L'un des grands problèmes des chercheurs qui se sont intéressés aux interventions commu-

nautaires à la fin du XX^e siècle était la pérennisation des programmes qu'ils mettaient en place pour en tester l'efficacité. En effet, une somme importante des connaissances dont nous disposons provient de grands essais communautaires de prévention, pilotés par des chercheurs. Or, il est apparu rapidement que les moyens mobilisables pour les interventions étaient bien en deçà de ceux dont disposaient les chercheurs pour tester leurs hypothèses. Les professionnels et les décideurs doivent souvent composer avec des situations pour lesquelles on dispose de peu de données probantes en matière d'intervention, compte tenu des ressources disponibles. Face à la nécessité d'agir, en réponse à des problèmes critiques, ils doivent donc souvent imaginer des solutions locales.

On constate actuellement que de plus en plus de chercheurs s'intéressent à ces interventions locales, à leur émergence et leur développement, à leurs effets, leur adaptation au contexte. Ainsi, en plus des essais contrôlés – qui permettent aux chercheurs de tester des hypothèses d'interventions – de nombreux chercheurs en RISP développent des partenariats de longue durée avec des intervenants et des décideurs. Ils déploient des dispositifs de recherche autour des interventions pilotées par des organisations ayant pour objectif de promouvoir la santé des populations. De tels dispositifs, inspirés de la recherche-action⁴ et de l'évaluation participative⁵, associent un large éventail de relations possibles entre, d'un côté, les intervenants et les décideurs, et de l'autre, les chercheurs [11]. D'ailleurs, de plus en plus de programmes de financement de la recherche exigent de tels partenariats, non seulement pour assurer la durabilité des solutions recherchées, mais aussi pour en accroître la pertinence.

Pourquoi faut-il s'intéresser à la RISP ?

En tant que « science des solutions », la RISP propose un programme de recherche interdisciplinaire, qui à terme permettra de mieux outiller ceux qui tentent de mettre en œuvre les solutions politiques ou programmatiques à des problèmes importants de santé

des populations. Il existe beaucoup d'interventions en santé des populations, dont le fonctionnement ou l'efficacité n'ont jamais été étudiés. Chaque année, des sommes colossales sont investies dans des campagnes d'information et des brochures explicatives, dont l'efficacité sur le plan de la santé des populations n'a jamais été démontrée. Tout aussi problématiques sont les innovations locales, mises en œuvre par des intervenants dévoués, mais qui n'ont pas d'avenir faute de ressources et d'arguments pour les déployer à plus grande échelle. Il apparaît de plus en plus évident que le déficit de recherche quant au fonctionnement et aux effets des interventions de santé des populations limite grandement le potentiel des systèmes de santé publique pour développer une réelle capacité d'actions fondées sur des données probantes.

Au cours des cinquante dernières années, nous avons développé une connaissance très fine des déterminants de la santé des populations ce sur quoi nous devons intervenir. Par exemple, nous savons que l'influence des pairs est cruciale dans l'initiation tabagique chez les adolescents. Ce qui nous manque encore cruellement c'est une gamme de moyens éprouvés, par lesquels il serait possible d'influencer vraiment les réseaux de pairs, surtout dans les populations les plus à risque, parce qu'elles sont socialement isolées. Investir dans la RISP c'est se doter de moyens scientifiques pour réfléchir et orienter les actions nécessaires pour promouvoir la santé des populations.

Conclusion

La RISP constitue une avancée importante dans la façon de concevoir le lien entre la recherche et les interventions de santé publique. Il reste encore beaucoup à faire pour structurer ce champ, intéresser les chercheurs, former les futurs chercheurs, convaincre les organismes de financement de la recherche et rallier les intervenants et décideurs de santé publique à la nécessité de produire des connaissances de portée générale à propos des interventions de santé des populations. Avec d'autres, nous sommes cependant convaincus de la nécessité

d'investir dans ce nouveau champ de recherche pour promouvoir des pratiques de santé publique fondées sur des données probantes. C'est le virage que semblent vouloir prendre plusieurs organismes français et nous saluons avec beaucoup d'enthousiasme la publication de ce dossier de *La Santé en action*.

1. Aussi appelée essai en cluster, cette méthode consiste à assigner aléatoirement des regroupements d'individus comme, par exemple, des classes dans des écoles, des directions dans une entreprise ou des quartiers dans des villes, à différentes modalités d'intervention pour en comparer les effets.
2. Méthode qui consiste à utiliser les connaissances accumulées pour développer un modèle statistique des effets d'une intervention, et, ensuite, d'en faire varier les paramètres pour estimer les écarts dans les effets attendus.
3. Ces questions relèvent de : la pertinence de l'intervention ; la cohérence entre les objectifs et les ressources ; les résultats de l'intervention ; ses impacts et les adaptations et ajustements en fonction des conditions de mise en œuvre.
4. Forme de recherche, souvent mise en œuvre dans des organisations, qui constitue en elle-même une modalité d'intervention.
5. Forme d'évaluation qui implique des relations et des négociations continues entre les chercheurs et les parties prenantes de l'intervention, pour définir la question de recherche et les modes de recueil de données, de même que pour l'interprétation des résultats.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Millward L.M., Kelly M.P., Nutbeam D. *Public health intervention research – The evidence*. London UK: UK Health Development Agency, 2003 : 34 p.
En ligne : http://image.guardian.co.uk/sys-files/Society/documents/2003/08/12/pubhealth_intervention.pdf
- [2] Di Ruggiero E., Rose A., Gaudreau K. Canadian Institutes of Health support for population health intervention research in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 2009, vol. 100, n° 1 : p. 115-119.
En ligne : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1749/1934>

.../...

[3] Butler-Jones D. Science et pratique de la santé publique : de la fragmentation à la concordance. *Revue canadienne de santé publique*, 2009, vol. 100, n° 1 : p. 13-14.

En ligne : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1745/1930>

[4] Hawe P., Potvin L. What is population health intervention research? *Revue canadienne de santé publique*, 2009, vol. 100, n° 1 : p. 18-114.

En ligne : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1748/1933>

[5] Dab W. Réflexions sur les défis de la programmation en santé publique. *Promotion & Education*, 2005, supplément 3 : p. 74-77.

En ligne : http://ped.sagepub.com/content/12/3_suppl/74.full.pdf+html

[6] Trickett E.J., Beehler S., Deutsch C., Green L.W., Hawe P., McLeroy K., *et al.* Advancing the science of community-level interventions. *American Journal of Public Health*, 2011, vol. 101, n° 8 : p. 1410-1419.

En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2010.300113>

[7] Frohlich K.L., Potvin L. Transcending the Known in Public Health Practice. The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 2 : p. 216-221.

[8] Poland B., Frohlich K., Cargo M. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: Potvin L., McQueen D. (eds.). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. New York: Springer, 2008 : p. 299-317.

[9] Potvin L., Bilodeau A., Gendron S. Trois conceptions de la nature des programmes : implications pour l'évaluation de programmes complexes en santé publique. *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, 2012, vol. 26, n° 3 : p. 91-104.

En ligne : <http://www.evaluationcanada.ca/se-cure/26-3-091.pdf>

[10] Institute of Medicine. *An integrated framework for assessing the value of community-based prevention*. Washington DC: The National Academies Press, 2012 : 166 p.

[11] Potvin L., Bisset S.L., Walz L. Participatory action research: Theoretical perspectives on the challenges of researching action. In: Bourgeault R., Dingwall R., de Vries R. (eds.), *The Sage handbook of qualitative methods in health research*. London UK: Sage, 2010 : p. 433-453.

L'Institut National du Cancer a financé treize projets de recherche interventionnelle en santé des populations depuis 2010.

Recherche interventionnelle en santé des populations : l'expérience de l'INCa

Bastien Affeltranger,
chef de projet,
Institut National du Cancer
(INCa).

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut National du Cancer (INCa) consacre la moitié de ses crédits annuels (soit environ cinquante millions d'euros) à la recherche. Les appels à projets de recherche¹ concernent des pathologies,

des domaines (de la génomique à la qualité de vie des malades) ou sont dits « libres », les porteurs de projets ayant alors le choix du sujet. L'INCa a, dès sa création, résolument soutenu la recherche en sciences humaines et sociales, élargie depuis 2009 à l'épidémiologie et à la santé publique (SHS-E-SP)². À partir de 2010, ceci a été complété par un appel à projets dédié à la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP)³ :

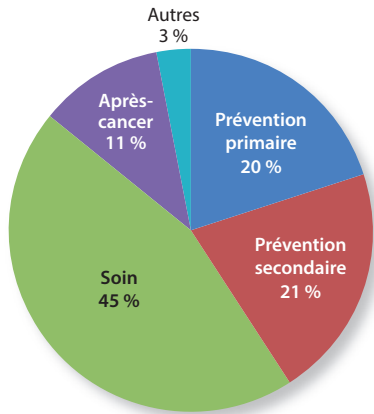
- pour mobiliser les chercheurs dans une perspective pluridisciplinaire de santé publique ;
- pour mettre en œuvre et évaluer des interventions relatives à la modification de l'environnement (au sens large) et des comportements à risque de cancer.

Cet appel à projets vise la réduction des inégalités de santé, une des priorités du second Plan cancer.

L'appel à projets RISP en chiffres

De 2010 à 2013, près de quatre-vingts équipes de chercheurs se sont portés candidates à cet appel à projets. Les propositions estimées hors-champ par le comité d'évaluation ont été nombreuses. Cet appel à projets a longtemps été l'un des rares, en santé publique, explicitement dédié à la RISP. Certains porteurs de projets ont ainsi pu chercher à adapter leur proposition, par exemple sur la thématique des inégalités, afin de saisir cette opportunité de financement. La RISP a, de fait, été appliquée à une diversité de thématiques (voir figure 1).

Figure 1. Thèmes des actions soumises à l'appel à projets « recherche interventionnelle en santé des populations » de l'INCa (2010-2013).



Le taux de sélection a varié de 8 % (2011) à 33 % (2013). À l'issue de la quatrième édition, on recense treize projets financés, pour plus de 6,5 millions d'euros sur quatre ans. Ce montant témoigne de la volonté de l'INCa de soutenir la RISP. Il reste naturellement modeste en comparaison des financements alloués à la recherche « classique » biomédicale ou en épidémiologie. La nouveauté relative de la RISP en France et la nécessaire montée en puissance des équipes de recherche sur ce type d'approche, contribuent à expliquer ce décalage. Au-delà du seul bilan comptable, l'expérience de l'INCa en matière de RISP doit être envisagée comme un processus collectif d'exploration, de construction et de diffusion, en France, d'un nouveau champ d'expertise et d'aide à la décision en santé publique.

Un enjeu en termes d'évaluation scientifique

La RISP combine plusieurs spécificités : diversité des disciplines mobilisées ; ouverture du champ expérimental ; participation d'acteurs de terrain ; exigence d'une double validité : interne (robustesse scientifique) et externe (transférabilité). Également, cette démarche de recherche réunit souvent chercheurs, acteurs et décideurs (notions de *données probantes* et d'*evidence-based policy*). Ces aspects ont conduit l'INCa à repenser le processus d'évaluation en amont des projets soumis :

- d'une part, la composition du comité d'évaluation intègre certaines disciplines-clés : médecine (psychiatrie/psychoncologie, nutrition, santé publique), épidémiologie, biostatistique, sociologie, économie, etc. Le dialogue entre membres du comité, et porteurs de projets issus de ces disciplines, s'en est trouvé facilité ;
- d'autre part, le fonctionnement du comité requiert de ses membres un certain degré d'innovation en termes de gouvernance scientifique : établissement d'une capacité d'expertise collective ; accompagnement des porteurs de projet.

La mise en œuvre de cet appel à projets a également induit un processus général d'acculturation à la RISP pour les membres du comité, les équipes candidates et l'INCa. L'apport d'un savoir-faire nord-américain en la matière a fortement contribué à cet apprentissage collectif⁴. Ainsi

constitué, le comité a été en mesure de rendre des avis détaillés sur une diversité de projets et d'interventions.

Principaux enseignements

Une évolution de la recherche en santé publique

« On ose passer à l'action ». C'est en ces termes qu'un médecin membre du comité envisage l'expérience RISP à l'INCa. De la conception de l'intervention (bases scientifiques, faisabilité, etc.) au souci de la puissance statistique de l'étude, les projets partagent souvent, en effet, un objectif d'efficacité opérationnelle en santé publique. Cette finalité induit une dynamique particulière, à l'instar des projets de recherche-action développés depuis plus longtemps en sciences sociales. Les membres du comité soulignent, à ce propos, l'intérêt d'une approche ouvrant à d'autres horizons conceptuels et méthodologiques, mais également l'effort requis par cette pluridisciplinarité.

Forces et faiblesses des projets déposés

Si les projets soumis dans le cadre de l'appel à projets traduisent le plus souvent une bonne vision de la problématique médicale ou de santé publique, de l'avis de plusieurs membres du comité, certaines questions théoriques et conceptuelles sous-jacentes sont moins maîtrisées. La construction de l'intervention, par exemple, peut souffrir d'un manque de précision. La pluridisciplinarité, pourtant essentielle, peut se révéler peu investie dans les faits. Enfin, le thème des inégalités de santé se fait parfois trop discret, ou est artificiellement mis en avant. Ces aspects, et d'autres, étaient abordés lors des séminaires d'accompagnement de l'appel à projets, véritables temps d'échange scientifique (problématique, hypothèses, validation, portée, etc.) et de progrès partagé (apprentissage collectif).

Recommandations pour l'avenir

Un projet de RISP concentre de multiples exigences ; il peut combiner les exigences d'une recherche clinique ou épidémiologique, et d'une recherche intégrant des dimensions humaines, sociales et politiques. Pluridisciplinarité et temps de maturation scientifique sont ici des éléments clés. Tout nouveau projet – c'est là une évidence mais il convient de la rappeler – doit capitaliser les acquis de l'expérience (en matière de recherche comme d'actions de terrain : en prévention et dépistage, notamment). Plusieurs typologies d'interventions existent ainsi dans la littérature ; elles doivent être appropriées⁵. Enfin, les recommandations s'étendent à l'INCa lui-même : poursuivre le double soutien à la RISP et à la réduction des inégalités, un enjeu socio-sanitaire toujours d'actualité.

Perspectives

À l'issue de quatre années de soutien à la structuration et au financement de la RISP, quelles sont les perspectives ?

Premièrement, l'INCa entend poursuivre son appui à la recherche interventionnelle en santé des populations : d'une part, dans le cadre d'appels à projets INCa dédiés ; d'autre part, *via* la co-organisation, avec l'IRéSP et les

organismes partenaires dont l'Inpes, d'un appel à projets de recherche dédié à la prévention primaire⁶.

Deuxièmement, la dynamique de la RISP concerne, comme indiqué plus haut, tant le champ de la recherche que celui de la décision et de l'action en santé publique. Aussi, le déploiement de la RISP participe-t-il à la transversalité et au rapprochement de différents métiers de l'INCa : prévention, dépistage, recherche, etc.

Troisièmement, l'INCa contribue aux réflexions méthodologiques sur la RISP : groupe de travail animé par l'IReSP ; préparation d'un rapport ; échanges avec l'Institut de santé publique et des populations (IPPH⁷, Canada) sur les critères d'évaluation de la RISP ; évaluation coût-efficacité.

Enfin, en termes d'impacts sur le plan opérationnel, il reste aujourd'hui à attendre les résultats des premières générations de projets de RISP. Au-delà de leur effet immédiat sur les publics impliqués dans les projets, c'est bien leur appropriation par les décideurs de santé publique et leur reproduction éventuelle par d'autres acteurs de terrain qu'il s'agira de suivre avec attention.

1. Voir aussi l'article d'Éric Breton *et al.* dans ce dossier, relatant un projet inclus dans l'appel à projets de l'INCa.

2. Exemples de thèmes couverts : l'expérience de la maladie cancéreuse ; les comportements de prévention ; les prises en charge et les soins ; les représentations sociales de la maladie ; l'épidémiologie ; la nutrition (alimentation et activité physique) ; les enjeux économiques du cancer.

3. Un qualificatif qui la distingue, par exemple, de la recherche interventionnelle clinique.

4. Pr L. Potvin, université de Montréal, Dr G. Paradis (INSPQ et université McGill). Comité d'évaluation (2010-2013) : P. Aiach ; Dr B. Asselain ; Ph. Bataille ; F. Bertolotto ; Pr S. Briançon ; Dr I.-I. Cantegreil-Kallen ; B. Chaix ; Pr V. Christophe ; Dr S. Dauchy ; Dr J.-C. Desenclos ; Pr G. Launoy ; F. Lert ; Pr P. Lévy ; Pr Th. Marteau ; Pr F. Paccaud ; A. Singh-Manoux ; Pr A. Spira.

5. Voir notamment les références proposées dans le cadre de ce dossier.

6. Pour le texte et la liste des partenaires, voir : <http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/prevprim>

7. L'IPPH est l'un des treize organismes du groupe des instituts de recherche en santé du Canada, principale instance de financement de la recherche sur la santé au Canada.

BIBLIOGRAPHIE

- Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*, 2012, vol. 12 : p. 497. En ligne : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/497>
- Brownson R.C., Chiqui J.F., Stamatakis K.A. Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, n° 9 : p. 1576-1583. En ligne : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2008.156224>
- Guichard A., Ridde V. *Étude exploratoire des mécanismes de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Étude pilote dans trois régions françaises*. [Rapport final]. Inpes, USI et CHUM (Montréal), mars 2009 : 48 p. En ligne : http://www.usi.umontreal.ca/pdf/Rapportfinal_INPES_CHUM_1.pdf
- Hawe P., Potvin L. What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 2009, vol. 100, n° 1 : p. 18-114. En ligne : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1748/1933>
- Institut national du cancer (INCa). *Les changements de comportement à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs. Propositions pour la programmation de la recherche*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. État des lieux & des connaissances, 2012 : 68 p. En ligne : <http://www.e-cancer.fr/publications/91-recherche/624-les-changements-de-comportements-a-risque-de-cancer-et-leurs-determinants-individuels-et-collectifs>
- Lamboy B. *Introduction aux notions d'« interventions efficaces » et de « données probantes » : définitions et éléments historiques*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 13 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/transfert-connaissance/pdf/synthese-donnees-probantes.pdf>

« On ne peut pas se contenter d'accumuler des données d'observation pour réduire les inégalités »

Entretien avec Thierry Lang,

professeur de santé publique, université Toulouse III, UMR Inserm 1027, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société et président du groupe de travail Inégalités Sociales de Santé du Haut Conseil de la santé publique.

La Santé en action : Chercheur épidémiologiste, spécialiste des inégalités de santé, comment vous êtes-vous intéressé à la recherche interventionnelle ?

Thierry Lang : Mon intérêt pour les inégalités sociales de santé est ancien mais au début des années 2000, la publication d'un premier rapport de l'Inserm sur les inégalités^[1] a eu pour effet de légitimer ce champ de recherche et de le placer sur l'agenda des chercheurs. En 2009, trois éléments nouveaux ont porté le sujet au-devant de l'agenda politique :

- le Plan cancer 2009-2013, qui les met explicitement à l'ordre du jour ;
- le rapport du Haut Conseil de la santé publique (pilote par Thierry Lang, ndlr) ;
- et la réduction des inégalités, qui fait partie des priorités des agences régionales de santé (ARS).

À partir de là, une question cruciale se pose pour les chercheurs : « Continue-t-on simplement à produire des éléments de connaissance ou cherche-t-on à répondre à cette demande d'intervention des autorités sanitaires... que

nous avons nous-mêmes contribué à solliciter ? ». Bien entendu, nous cherchons à y répondre. Et c'est de cette manière que je suis venu à la recherche interventionnelle. On ne peut pas se contenter d'accumuler des données d'observation pour réduire les inégalités.

S. A. : La recherche interventionnelle peut-elle être une réponse pour s'attaquer aux inégalités de santé ?

T.L. : Absolument. Lorsque la recherche a produit un tableau descriptif et a identifié les déterminants des inégalités et leurs causes, la question incontournable qui se pose ensuite est « comment les réduire ? ». Et on arrive naturellement à la recherche interventionnelle, comme définie par Louise Potvin : « produire des connaissances sur les politiques et les interventions de santé susceptibles de modifier l'état de santé de la population » ; une définition d'origine canadienne mais qui vaut au niveau international (voir l'article de Louise Potvin dans ce dossier, ndlr).

S. A. : À travers votre parcours personnel de chercheur, comment cette réflexion a-t-elle cheminé ?

T.L. : Tout est parti de plusieurs difficultés constatées :

- la littérature internationale ne fournit pas les connaissances scientifiques solides et donc aucune recette, modèle, intervention parfaitement évaluée, qui pourrait être une réponse simple pour réduire les inégalités sociales de santé ;
- à partir de là, les méthodes d'évaluation qui tiennent le haut du pavé scientifique – à savoir les essais expé-

L'ESSENTIEL

Formé aux sciences « dures », Thierry Lang a élargi sa palette d'épidémiologiste pour s'intéresser à l'ensemble des disciplines scientifiques.

Initiateur du programme de recherche interventionnelle AAPRISS, il raconte son parcours de chercheur.

Pour que les interventions visant à réduire les inégalités soient efficaces, il plaide pour un « faire ensemble » avec les décideurs et les acteurs de terrain. Et pour que les chercheurs travaillent en interdisciplinarité.

rimentaires et quasi expérimentaux – ne sont pas adaptées car elles ne peuvent pas être transposées simplement dans les conditions réelles sociales du terrain, de la vie des populations ; - ce qui m'a inspiré une démarche de rapprochement entre chercheurs, décideurs et acteurs de santé publique, c'est l'ignorance courtoise réciproque qui prévaut entre eux. C'était le bon moment pour opérer ce rapprochement. Il me semble qu'il fallait commencer avec modestie, c'est-à-dire que si l'on voulait produire des connaissances, il fallait les produire « ensemble », acteurs, décideurs et chercheurs. Modestie car nous, chercheurs, n'avons pas beaucoup de leçons à donner, nous avons autant à apprendre d'eux... alors autant le faire ensemble ! C'est exactement la logique fondamentale du programme AAPRISS (Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé) que nous mettons en œuvre actuellement.

S.A. : En quoi consiste ce programme ?

T.L. : AAPRISS, c'est « apprendre ensemble », un programme à deux volets que l'on mène à Toulouse :

- revisiter les politiques existantes de prévention avec les acteurs, en se concentrant sur quelques actions déjà en œuvre pour essayer de les modifier afin qu'elles réduisent les inégalités ;
- évaluer ces actions « en vie réelle », c'est-à-dire au-delà des méthodes expérimentales ou quasi expérimentales, et donc s'attacher à comprendre les processus, les mécanismes de ces interventions réelles (voir aussi l'article de F. Alias et al, p. 32 à 34 dans ce numéro).

S.A. : Il s'agit donc pour les chercheurs de co-construire avec les acteurs de terrain ?

T.L. : Co-construction est effectivement le mot-clé. C'est un changement de posture difficile pour plusieurs raisons :

- les temporalités sont différentes ;
- les représentations que les chercheurs se font des acteurs de terrain – et réciproquement – ne sont pas dénuées de préjugés ;
- les objectifs ne sont pas tout à fait les mêmes : les chercheurs doivent publier, les acteurs rendre compte de leurs actions ;
- tout le monde ne parle pas le même langage, il y a donc des difficultés de compréhension, y compris entre les chercheurs eux-mêmes. Car pour s'attaquer aux inégalités, ils doivent travailler en interdisciplinarité. À Toulouse, nous en avons une certaine pratique et expérience, mais connaître le langage de l'autre suppose un effort important. Tout cela est difficile mais nous ne pouvons pas faire autrement, nous n'avons pas le choix.

S.A. : Pourquoi les chercheurs doivent-ils travailler en interdisciplinarité ?

T.L. : Parce que dans toute intervention de santé publique, si vous tentez de modifier une situation, vous avez besoin de la palette entière des connaissances ! L'épidémiologiste a besoin du sociologue pour analyser les rapports sociaux, d'autres chercheurs pour les aspects juridiques, éthiques. L'éventail de disciplines est incontournable quand

on travaille sur le champ des inégalités. Toute intervention doit être réfléchie « ensemble », parce qu'elle est très ancrée dans un contexte social, politique, humain donné. La seule issue est donc de travailler dans un respect réciproque des autres disciplines et des autres acteurs. Ceci requiert de connaître un minimum de culture de la personne que vous avez en face de vous. Il faut accepter les points de vue disciplinaires des autres, que les autres acteurs soient portés par d'autres logiques. C'est une alchimie très complexe.

Dans ce domaine, nos collègues chercheurs québécois ont un avantage : ils sont formés sur les mêmes bancs que les responsables de santé publique. Ils ont ainsi une proximité beaucoup plus grande qu'en France où les filières de formation sont différentes et étanches les unes par rapport aux autres. Installer une formation, une culture commune, est la condition du succès si l'on veut que la recherche interventionnelle avance. Mais ce n'est pas facile.

S.A. : Où en est la recherche interventionnelle en France ?

T.L. : Nous avons des points forts : un certain nombre d'équipes de recherche en France en font d'ores et déjà, elles ont fait ce cheminement dans leur région, elles se sont rapprochées des décideurs et des acteurs de terrain : ARS, villes, départements, etc. Ce mouvement est encourageant. À noter que ces équipes ont souvent des liens étroits avec le Québec, mais aussi avec des collègues chercheurs américains, britanniques, suisses, etc. Sur le plan stratégique, l'étape importante est que ces équipes de recherche continuent de se rapprocher des décideurs, des collectivités territoriales et locales. C'est l'élément essentiel si l'on veut intervenir sur les politiques sanitaires, y compris hors système de soins, parce que ce sont eux qui décident et mettent en œuvre.

Nous sommes dans une période marquée par la volonté d'aller de l'avant, des instituts qui financent la recherche comme l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) ou l'Institut national du cancer (INCa) ont lancé nombre d'appels à projets, les ARS en ont fait

un objectif important et leurs directeurs de santé publique réfléchissent avec les chercheurs. Un réseau pourrait rapidement se mettre en place en France entre décideurs et chercheurs.

S.A. : Quelles sont les plus grandes difficultés à surmonter pour l'avenir ?

T.L. : Développer et former des équipes de recherche dans ce domaine de l'interventionnel et des inégalités est extrêmement risqué puisque l'on agit et travaille sur le long terme. En outre, les publications sont pour les chercheurs beaucoup plus difficiles que dans d'autres domaines. Il y a aussi le risque territorial politique : il suffit qu'il y ait dans une région un renversement d'alliance politique ou stratégique et un projet peut être malmené. En conclusion, dans ce domaine qui comporte beaucoup de risques, il faut que les grandes institutions de recherche facilitent cette prise de risque, donnent les moyens financiers et structurels pour que ce champ de recherche se développe.

Propos recueillis par Yves Géry

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm - La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 448 p.

« Certains programmes de recherche en santé publique échouent parce que les acteurs de terrain n'ont pas été consultés »

Entretien avec Tim Greacen, directeur du laboratoire de recherche, EPS Maison Blanche, Paris.

La Santé en action : Vous êtes chercheur, quel est le principal enjeu de la recherche interventionnelle en santé publique ?

Tim Greacen : La notion de recherche interventionnelle dans le domaine de la santé englobe toute recherche impliquant une action sur la personne, qui modifie la prise en charge habituelle. D'où l'importance de solliciter le consentement de la personne. Mais comment faire pour une recherche interventionnelle de santé publique ? En premier lieu, il s'agit de concevoir l'action avec un volet évaluation, comme pour la recherche-action en général, non seulement de transformer la réalité mais aussi de produire des connaissances concernant ces transformations.

Avec la recherche interventionnelle en santé publique, immédiatement se pose la question éthique – mais aussi pratique : qui définit ces objectifs ? Qui les évalue ? Les bonnes pratiques de recherche interventionnelle impliquent donc l'ensemble des parties prenantes, dont les chercheurs, les acteurs de terrain et les populations concernées, et cela dès la conception de l'action et pas seulement pour sa mise en œuvre et son évaluation.

En même temps, l'action doit se situer par rapport aux connaissances scientifiques nationales et internationales. L'objectif est de concevoir

des interventions basées sur des preuves scientifiques, tout en prenant en compte la réalité du terrain.

Les intervenants de terrain et les chercheurs travaillent donc sur un pied d'égalité ?

T.G. : Absolument, et c'est l'un des piliers les plus difficiles à mettre en œuvre. Très souvent, les équipes de recherche sont basées dans les universités et donc éloignées du terrain. En France, dans le domaine de la recherche biomédicale et de l'épidémiologie, la création des centres hospitaliers universitaires a permis que les praticiens hospitaliers puissent également être des chercheurs, donc cumuler ces deux activités est une excellente chose et cela fonctionne bien. La recherche interventionnelle est donc fréquente dans le biomédical. En revanche, l'éloignement entre chercheurs et intervenants de terrain est la règle dans les autres domaines comme l'éducation, le médico-social et la santé communautaire.

Par ailleurs, les professionnels sont formés séparément, sans cursus et culture commune. Un exemple : travailleurs sociaux et éducateurs spécialisés sont souvent formés aux techniques d'écoute, de counseling, de plaidoyer, ce qui n'est guère le cas des infirmiers auxquels ces formations peuvent manquer cruellement. D'une manière générale, les professionnels devraient partager davantage de compétences et maintenir à jour, tout au long de leur carrière, leur connaissance des évolutions dans les compétences de leurs collègues d'autres métiers.

L'ESSENTIEL

- **Docteur en psychologie, Tim Greacen est devenu directeur de recherche après avoir milité dans les associations, à Aides notamment, pour que l'utilisateur ait son mot à dire dans le champ de la santé publique.**
- **Ce parcours atypique lui permet de porter un regard particulier sur la recherche interventionnelle en santé publique, fondée justement sur le travail en commun des chercheurs et porteurs de projets.**
- **L'unité de recherche qu'il dirige travaille sur plusieurs recherches interventionnelles sur la petite enfance et la psychiatrie.**

S. A. : Dispose-t-on de preuves scientifiques pour fonder des interventions efficaces ?

T.G. : Cela dépend des champs. Si l'on prend l'exemple de la psychiatrie, qui est notre travail quotidien au laboratoire de recherche de Maison-Blanche, nous disposons de très peu de preuves réellement scientifiques sur l'efficacité des interventions en santé mentale communautaire, du fait de la faiblesse voire de l'absence de recherche, y compris en France. Une illustration concrète : les groupes d'entraide mutuelle (GEM)¹ mis en place en France fonctionnent-ils de manière satisfaisante par rapport aux missions qui leur ont été fixées dans les circulaires les instaurant ? Il s'agit d'une stratégie importante dans le champ de la santé mentale ; or, hormis quelques thèses de doctorat, aucune évaluation d'ampleur n'a été réalisée.

La recherche interventionnelle répond à ce type de défi : des chercheurs vont dès le départ co-construire l'intervention avec les acteurs de terrain. La rigueur scientifique doit s'imposer dans tous les domaines. Si c'est possible, il faut mettre en place des études randomisées contrôlées à large échelle (un groupe bénéficie d'une action, l'autre est un groupe « témoin » qui n'en bénéficie pas, on compare les résultats dans les deux groupes pour voir si une action est efficace, ndlr) sur ces interventions.

S. A. : En quoi consiste la recherche interventionnelle CAPEDP à laquelle vous participez ?

T.G. : Dans l'étude CAPEDP² (prononcer « Cape et d'épée »), nous examinons dans quelle mesure le fait d'envoyer des psychologues effectuer des visites à domicile auprès des futures mères, puis après la naissance de l'enfant (à partir du 7^e mois de grossesse et jusqu'aux 2 ans de l'enfant), aurait un effet positif sur la santé mentale de l'enfant. Notre étude porte sur 440 jeunes femmes primipares en situation de vulnérabilité psychosociale. Elles ont été recrutées au 6^e mois de grossesse (220 dans le groupe qui reçoit l'intervention et 220 dans le groupe témoin qui ne fait pas l'objet de cette même intervention). Nous évaluons à plusieurs reprises, selon un protocole scientifique très rigoureux, l'état psychologique des enfants. Nous examinons la relation entre la mère et l'enfant, en mesurant tout un ensemble de variables associées à la santé mentale de l'enfant : la nature de la relation, l'attachement, etc.

S. A. : Qu'avez-vous observé pour ces deux groupes ?

T.G. : Il est trop tôt pour en tirer des conclusions définitives. Les analyses en cours cherchent à identifier si les visites à domicile par les psychologues ont eu un effet positif sur la dépression post-partum chez les mères, un résultat potentiellement important puisque la dépression maternelle est associée aux troubles psychiques chez l'enfant. Ensuite, les analyses porteront sur une série de questions qui ont des implications cruciales pour notre politique de prise en compte de la santé mentale

au niveau périnatal en France : quel aura été l'impact sur la relation mère-enfant ? Y a-t-il un impact sur le recours aux services de droits communs, comme par exemple la PMI ? Sur l'incidence des troubles psychiques chez l'enfant dans les familles qui ont reçu les visites à domicile ?

S. A. : Que va apporter concrètement cette recherche interventionnelle ?

T.G. : Nous touchons ici le cœur de l'intérêt de ce type de recherche : l'analyse en cours va nous permettre d'identifier auprès de quelle population cela fonctionne, quelles sont les femmes qui ont quitté le dispositif, quels sont les enfants qui en bénéficient le plus. En somme, qu'est-ce qui fonctionne et pour qui.

CAPEDP a par ailleurs une spécificité importante : c'est la première fois, dans le cadre d'une recherche interventionnelle randomisée, contrôlée au niveau international, que les intervenants qui effectuent les visites à domicile dans un programme de ce type sont uniquement des psychologues. Ailleurs, que ce soit en Europe ou en Amérique du Nord, les intervenants sont le plus souvent des infirmières, des puéricultrices, des bénévoles formés. Les résultats sont donc attendus avec impatience³.

S. A. : En quoi consiste « Un chez soi d'abord », autre recherche interventionnelle à laquelle vous participez ?

T.G. : « Un chez soi d'abord » concerne la population des sans domicile fixe ayant des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie ou maladie bipolaire). L'intervention traditionnelle auprès de cette population consiste en une réhabilitation progressive par étapes : il s'agit de les approcher, d'établir le contact, de leur procurer un hébergement d'urgence, puis un hébergement intermédiaire dans un centre de stabilisation, puis un hébergement individuel – le « chez soi » – un appartement en milieu ordinaire, typiquement dans un bâtiment collectif.

Or, la recherche internationale sur ce type d'intervention semble montrer que cette démarche progressive, imaginée au départ comme la plus efficace et appropriée, n'est pas forcément la plus adaptée pour favoriser le rétablis-

sement des personnes sans domicile fixe. Ce qui fonctionne le mieux est – au contraire – de leur donner tout de suite un logement, un « chez soi » ! Le projet « Un chez soi d'abord », financé et piloté par l'État (Dihal), est aidé sur chaque site par les collectivités locales notamment pour la recherche de logements : obtiendrons-nous les mêmes résultats positifs en France, pays avec une offre de soins parmi les plus développées du monde, par rapport à cette population ? La recherche apportera une réponse à cette question.

S. A. : Qu'en est-il justement de la France ?

T.G. : En France, huit cents personnes SDF participeront à cette étude, avec là encore un groupe qui bénéficie tout de suite d'un « chez soi » et un autre groupe, témoin, qui suit le processus de réhabilitation habituel, progressif. Mais la recherche ne s'arrête pas là : nous suivons ensuite ces personnes pendant deux années supplémentaires, pour les unes une fois qu'elles sont installées dans leur studio, avec un accompagnement/soutien à domicile ; pour les autres, pendant leur suivi habituel.

Sur chaque site, des enquêteurs en sciences sociales sollicitent et mettent en valeur le point de vue de l'ensemble des participants, y compris les sujets de recherche eux-mêmes, sur l'ensemble du processus. Sur chaque site, des personnes ayant une expérience de la rue ou de la maladie mentale grave, participent en tant que médiateurs santé salariés à l'accompagnement des sujets de recherche.

La recherche n'est pas terminée, donc on ne peut rien dire sur les résultats pour l'instant. Les personnes SDF du groupe qui a disposé d'un logement à soi tout de suite et d'un accompagnement à domicile se rétabliront-elles plus rapidement, comme cela a été observé au Canada et aux États-Unis ? Certes, les études internationales indiquent que cette approche ne fonctionne pas pour tout le monde, mais elles montrent que cela fonctionnerait pour au moins les trois quarts des personnes concernées, le quart restant ayant besoin d'un accompagnement plus progressif, notamment par le logement collectif.

On voit là tout l'intérêt de la recherche interventionnelle, qui teste un dispositif avec les règles strictes d'un essai randomisé et contrôlé à grande échelle, et qui provoque une rupture avec la prise en charge traditionnelle, en respectant le point de vue de l'ensemble des parties prenantes. Ceci se déroule actuellement dans quatre villes françaises : Paris, Lille, Marseille et Toulouse. Notre équipe de l'hôpital de Maison-Blanche, assure la partie recherche sur le site de Paris, en lien avec les équipes de recherche des trois autres sites. Ce programme est opérationnel sur de nombreux sites : New York, Chicago, Los Angeles aux États-Unis, la plupart des grandes villes au Canada, et en Finlande, où cette approche du « chez soi d'abord » est désormais la politique nationale mise en œuvre de manière systématique.

S. A. : La recherche interventionnelle réunit chercheurs et intervenants de terrain : comment vous-même avez-vous rempli ces deux fonctions ?

T.G. : J'ai effectivement été président de l'association Aides pour l'île-de-France et je suis encore aujourd'hui représentant des usagers à l'hôpital Pitié-Salpêtrière. Donc c'est l'intervenant

associatif de terrain qui est devenu chercheur. Au sein de Aides et dans les collectifs d'associations d'usagers, les questions que se posent les usagers des systèmes de santé constituent souvent des questions importantes de recherche. Pour promouvoir la participation des usagers, j'ai – en tant qu'intervenant de terrain – siégé dans de nombreux comités scientifiques pour participer aux choix et à l'orientation des actions, tenter d'orienter les projets vers des sujets qui intéressent les usagers.

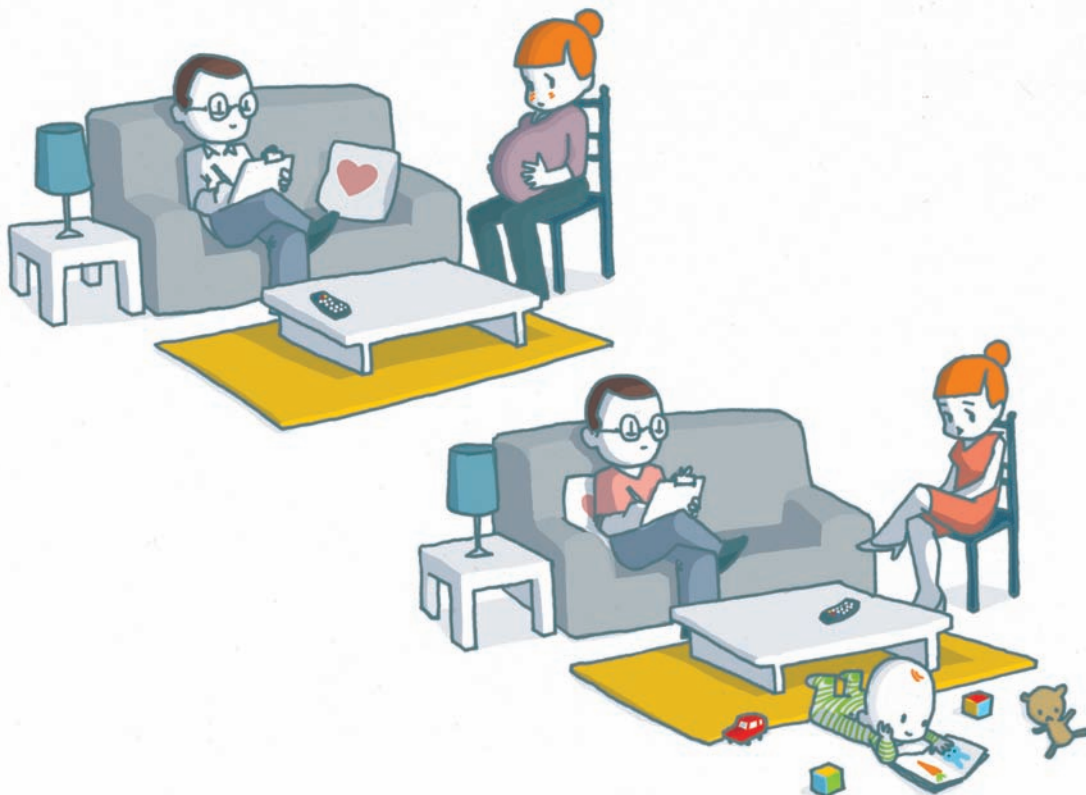
S. A. : Quel écueil majeur à surmonter pour développer la recherche interventionnelle ?

T.G. : Pour qu'une recherche interventionnelle fonctionne, il faut que l'ensemble des parties prenantes – acteurs de terrain, représentants des populations concernées et chercheurs – co-construisent à la fois l'intervention et son évaluation. Et, si comité scientifique il y a, il faut que toutes y soient représentées. Beaucoup de projets interventionnels échouent ou sont retardés parce que l'un des groupes n'a pas été consulté. C'est le cas, par exemple, en France pour le recrutement des médiateurs santé en psychiatrie.

Il s'agit d'usagers de la psychiatrie qui sont recrutés dans les services pour aider d'autres usagers : la France a pris un retard important en ce domaine, notamment parce que le personnel soignant existant n'a pas été assez consulté, ni accompagné. Certains services font de la résistance lorsqu'arrivent des pairs aidants et des médiateurs santé. Leurs compétences sont mises en question, se pose parfois la question d'un poste qui sera pris sur l'effectif existant. Dans d'autres pays comme le Danemark, l'Australie, ce type de projet est mieux accepté, voire même porté et défendu par les syndicats professionnels, comme en Californie.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Empowerment et santé mentale [dossier]. La Santé de l'homme, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
2. CAPEDP compétences parentales : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience.
3. Les résultats définitifs sont attendus d'ici fin 2013.



Dans sa vie antérieure de chercheur, Jérôme Garsi travaillait sur les effets à long terme des traitements du cancer différencié de la thyroïde. Reconverti dans la recherche interventionnelle, il s'intéresse désormais au passage du CM2 au collège pour les enfants et veille à ce que cette transition ne soit pas trop brutale... Un vrai changement.

Jérôme Garsi, chercheur : « Améliorer l'accueil en 6^e, développer l'estime de soi et le bien-être des enfants »

Entretien avec Jérôme Garsi, chargé de recherche interventionnelle, Fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique.

*La Santé en action :
Chercheur en
épidémiologie, qu'est-
ce qui vous a poussé
à vous intéresser à la
recherche interven-
tionnelle ?*

Jérôme Garsi : Pour devenir chercheur, j'ai dans un premier temps suivi des études de biostatistiques, sciences de la vie et épidémiologie. Ingénieur, j'ai fait un doctorat d'épidémiologie en santé publique, de l'épidémiologie clinique pure puisque je travaillais sur les effets iatrogènes des traitements du cancer de la thyroïde, en particulier les effets sur la reproduction de patients traités pour un cancer, ainsi que le risque de second cancer. Puis, j'ai essayé de me placer du point de vue du public, des patients, des recommandations de santé publique. J'ai fait un post-doctorat sur les décès par cause cardio-vasculaires des travailleurs du nucléaire, sur le risque de contamination de l'organisme par l'uranium. Autour de cette question, j'ai été amené à travailler beaucoup avec un service de santé au travail d'une centrale nucléaire. Il m'est alors apparu que, souvent, les acteurs de terrain n'ont pas une visibilité très claire de ce que les chercheurs vont faire de leurs données et observations de terrain.

D'où cet objectif que je me suis fixé : faire en sorte que les milieux dans lesquels nous travaillons soient d'emblée sensibilisés à l'intérêt que pourraient avoir leurs travaux et leurs

pratiques, pour la recherche. Pour cela, il faut mettre en place des indicateurs, un monitoring et une évaluation du programme concerné, afin que l'on puisse, à chaque étape, s'assurer de la production de connaissances scientifiques.

S.A. : Vous êtes un épidémiologiste, cette bascule vers la recherche interventionnelle est-elle difficile pour un chercheur ?

J.G. : La recherche interventionnelle est un domaine très novateur et peu répandu, on « marche sur des œufs », il faut se poser les bonnes questions au bon moment pour savoir où l'on va. Passer des études de cohorte, des études cas/témoins, des protocoles d'essais cliniques, qui sont le travail classique de l'épidémiologiste, à une vision plus large génère des craintes, on arrive en *terra incognita*. Il faut le recul scientifique, mais tout en prenant en compte les réalités du terrain, il faut se rapprocher des populations auprès desquelles on travaille.

S.A. : Sur quels programmes travaillez-vous actuellement ?

J.G. : Au sein de la Fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique, je suis chargé de recherche pour l'axe « recherche interventionnelle en santé publique »¹. Un des objectifs est de créer une passerelle entre, d'une part, la recherche, d'autre part, le travail effectué au sein de la direction de la santé, c'est-à-dire par les chargés de prévention et de promotion de la santé

de la MGEN qui sont sur le terrain. Il s'agit de consolider l'apport scientifique.

Nous développons un projet depuis 2012, intitulé « Bien-être pour tous à l'école ! », de promotion de la santé, du sentiment d'accueil et du bien-être dans un collège de Paris (XIX^e arrondissement) ; le programme est centré sur les élèves de 6^e et la bascule que représente pour eux l'arrivée au collège en provenance du CM2. On travaille avec les élèves, l'équipe enseignante et au-delà tous les adultes du collège ainsi que les parents. Un comité technique a été créé et j'en suis le référent pour l'évaluation : à chacune des étapes du projet, nous avons mis en place des indicateurs de suivi. Nous fournissons donc un appui méthodologique et opérationnel sur le terrain. Nous avons décidé d'appliquer le concept de l'évaluation dite « réaliste ». On ne va plus simplement se demander si le projet fonctionne, mais plutôt pour qui ça marche, dans quel contexte précis, comment et dans quelle mesure ? Les connaissances produites sont alors bien plus riches, mais aussi plus complexes à atteindre.

S.A. : Quel premier bilan peut être fait de ce programme ?

J.G. : Pour travailler sur le développement de l'estime de soi, le bien-être et le sentiment d'accueil, nous avons établi un diagnostic communautaire, en utilisant une approche mixte, à la fois qualitative et quantitative. Nous avons donc défini – tant à partir de la littérature que des expériences de

terrain des chargés de prévention de l'Adosen Prévention Santé MGEN, des médecins et des infirmières scolaires avec lesquels nous travaillons, du personnel scolaire du collège – une stratégie d'intervention. Le diagnostic a été établi *via* des questionnaires mais aussi en réunissant des focus-groupes². Les questionnaires ont permis de valider certaines hypothèses autour du sentiment d'accueil, par quels moyens les élèves passent pour se sentir intégrés dans leur classe et dans leur collège, c'est-à-dire la connaissance des autres élèves, des enseignants, des lieux. Les focus-groupes ont permis d'affiner et d'envisager des pistes que les questionnaires ne nous permettaient pas d'entrevoir.

Ce diagnostic communautaire a permis, au moment de la rentrée 2012/2013, de comprendre comment la rentrée se passait pour les élèves et pour les enseignants, et d'envisager alors des pistes de travail, des hypothèses pour améliorer les sentiments d'accueil, de bien-être et d'estime de soi. Ce qu'on voit ici c'est que l'approche réaliste et interventionnelle a tiré parti de la pratique et du contexte existants, en les décrivant, mais aussi et surtout, en cherchant à mettre à jour ce qui les met en mouvement, ce qui les freine, quels sont leurs mécanismes et les carburants de ceux-ci.

S.A. : Concrètement, qu'est-ce qui a été mis en œuvre dans le cadre de ce programme ?

J.G. : Nous avons questionné les élèves le lendemain de la rentrée, puis quinze jours après, pour identifier les mécanismes de changement. En janvier 2013, nous avons réuni au collège les élèves, les parents et l'équipe éducative pour les informer des résultats de ce diagnostic communautaire.

À partir de là, la principale mesure de ce programme a été mise en place, à savoir la formation des enseignants et des adultes du collège. Les élèves de CM2 ont bénéficié d'une présentation du collège qu'ils vont intégrer à la prochaine rentrée, totalement repensée par rapport aux années précédentes. Des activités seront mises en place au moment de la rentrée, pour favoriser leur accueil. La formation des professionnels se poursuit et elle s'élar-

gira à des intervenants extérieurs à l'établissement, notamment les associations de quartier, afin d'ancrer le programme sur le lieu de vie. L'Atelier santé ville (ASV) du XIX^e nous apporte sa connaissance du quartier, nous travaillons aussi avec les associations de quartier. Les professionnels et les intervenants de l'établissement et du quartier travaillent ensemble au sein du comité technique. Dans le cadre de l'évaluation, l'ensemble du projet (toutes ses étapes) va être passé au crible des hypothèses de recherches et des choix de méthodes réalisées. Ceci permettra de mesurer l'effet éventuel de l'action, mais aussi d'apporter des connaissances prenant en compte le contexte et les mécanismes qui sont à l'œuvre.

S.A. : Que va devenir ce programme expérimental de recherche interventionnelle ?

J.G. : Depuis la rentrée 2013, nous sommes en capacité de commencer à mesurer l'impact du programme mis en place. Ce programme se poursuivra sur ce collège du XIX^e et son quartier. Au-delà, l'ambition est, par la production scientifique des connaissances, d'identifier les leviers sur lesquels travailler pour améliorer l'accueil, le bien-être et l'estime de soi de ces enfants.

L'objectif est de créer une boîte à outils méthodologique qui pourrait servir à d'autres collèges en France. Nous nous inscrivons ainsi dans la démarche de l'épidémiologie de santé publique : produire une preuve sur un échantillon, faire en sorte que ce résultat puisse être appliqué au plus grand nombre, tout en s'adaptant au mieux aux conditions particulières de chaque nouveau terrain.

Propos recueillis par Yves Géry

L'ESSENTIEL

- **▶ Dans un collège de Paris, la MGEN avec la direction départementale de la Cohésion sociale et le rectorat de Paris développe le programme « Bien-être pour tous à l'école ! », afin que la transition entre le CM2 et le collège se passe au mieux pour les enfants.**
- **▶ Basé en partie sur une formation des professionnels et des intervenants de quartier, ce programme novateur réunit, autour des élèves, les professionnels et les parents.**
- **▶ Sa spécificité réside dans son évaluation, à toutes les étapes, par le chercheur qui collabore avec les intervenants de terrain.**

1. Les autres pôles sont les suivants : études médico-économiques, santé et travail, vieillissement cognitif et fonctionnel.

2. Technique de recherche d'informations qui consiste à recruter un nombre représentatif de personnes répondant à des critères d'homogénéité (petits groupes de six à douze) pour susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entretien.

En Bretagne, des ateliers d'échange entre chercheurs et intervenants en promotion de la santé

Roselyne Joanny, conseiller méthodologique à l'Ireps Bretagne, référente des ateliers d'échange, Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne.

Depuis 2005, huit partenaires – Aides, Anpaa, Airdds, Ireps de Bretagne, Crij Bretagne, Ligue contre le cancer, Mutualité française Bretagne et ORS Bretagne¹ – se réunissent au sein du Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne² pour développer et soutenir la qualité des actions en éducation et promotion de la santé sur l'ensemble de ce territoire. Pour renforcer l'utilité sociale des recherches et des interventions en promotion de la santé, le pôle a mis en place, depuis 2012, des ateliers d'échange entre chercheurs et intervenants en promotion de la santé.

Plusieurs constats ont conduit à cette initiative :

- le cloisonnement entre chercheurs et acteurs de terrain est un frein au partage des connaissances et à la mise en place de partenariats ;
- les collaborations chercheurs/acteurs de terrain sont encouragées dans le cadre d'appels à projets, certaines institutions étant convaincues de la plus-value de ces partenariats pour la santé publique.

Le comité de pilotage associe des partenaires du pôle et des chercheurs issus de différentes disciplines. Il a identifié la recherche interventionnelle (RI) en promotion de la

santé comme base d'une dynamique de réflexion dans le cadre de ces ateliers, en raison des intérêts que présente cette recherche pour la promotion de la santé.

La RI : un dispositif réflexif sur l'action

La recherche interventionnelle inclut l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions (politiques, programmes, projets) dans le secteur de la santé ou dans d'autres secteurs, qui pourraient avoir une incidence sur la santé des populations [1]. L'intervention devient ainsi l'objet de la recherche, cette dernière analyse l'intervention, les voies d'amélioration, les conditions de sa reproduction. La promotion de la santé, orientée vers la recherche de solutions, a tout intérêt à investir dans cette modalité interactive de production de connaissances sur l'action.

La RI : une démarche adaptée aux besoins et ressources des acteurs locaux et des populations dans un contexte donné

La recherche interventionnelle exige la mise en œuvre de protocoles prenant en compte la complexité des contextes. Elle nécessite des méthodes intégrant les savoirs des scientifiques, des praticiens, des populations et des communautés. Elle privilégie les dynamiques intersectorielles et participatives, positionne le chercheur et l'intervenant en promotion de la santé dans un rapport égalitaire avec tous les partenaires de l'action.

La RI : une réponse au paradigme émergent de l'Evidence-Based Health Promotion

Alors que les interventions en promotion de la santé ont des retombées positives, les acteurs de ce champ ont des difficultés pour justifier, par une argumentation solide, la mise en œuvre ou la poursuite de cette approche. Or, les processus décisionnels en santé publique s'appuient de plus en plus sur des données « probantes » et des évaluations scientifiques rigoureuses pour poursuivre ou interrompre un programme de promotion de la santé. Fonder les pratiques et la prise de décision sur des « preuves » est devenu un enjeu essentiel pour la promotion de la santé.

Toutefois, la démonstration de l'efficacité d'une intervention – dans un contexte complexe – ne peut pas s'appuyer exclusivement sur des données épidémiologiques ou statistiques. Les connaissances sur l'action issues de la recherche interventionnelle permettront en revanche cette justification et agiront comme des leviers d'influence.

L'application des connaissances dans les pratiques des professionnels facilitée par le processus de production de connaissances

Le processus de « co-construction » des connaissances est basé sur la mutualisation des expertises en présence. Ainsi, les « données probantes » issues de la recherche interventionnelle sont partagées par l'ensemble des acteurs de la recherche. La réappropriation des connaissances par les

L'ESSENTIEL

■ En région Bretagne, différents intervenants en promotion de la santé, réunis au sein d'un Pôle de compétences, associent les chercheurs à leur réflexion.

■ L'objectif est de bâtir une culture commune permettant aux chercheurs et aux acteurs de terrain, de co-construire des interventions au profit des populations.



acteurs locaux partenaires et leur inscription durable dans les pratiques sont ainsi facilitées.

Les ateliers chercheurs/praticiens en promotion de la santé

Seize chercheurs de disciplines diverses³ et douze intervenants en promotion de la santé ont participé en 2012⁴ à trois ateliers ayant pour objectifs :

- de comprendre les réalités professionnelles de chacun ;
- d'identifier des modes de collaboration et l'expertise que chaque catégorie peut apporter ;
- de clarifier la notion de recherche interventionnelle en promotion de la santé, ses modalités concrètes de mise en œuvre et les conditions de son développement.

Cette étape de connaissance mutuelle s'est avérée essentielle pour définir les bases du partenariat entre chercheurs et praticiens, et dépasser les difficultés d'un travail conjoint : la mise en évidence des mythes attachés aux professions, la prise en compte des contraintes propres à chaque catégorie d'acteurs, la différence de

temporalité entre la recherche et le terrain, le respect des principes d'intervention de la promotion de la santé lors des investigations scientifiques, les ressources et vulnérabilités de chacun, etc.

La deuxième étape, consacrée aux échanges sur la recherche interventionnelle, a permis de clarifier les rôles et les expertises des différents partenaires de la recherche :

- les intervenants issus du pôle, grâce à leur maîtrise de l'intervention en promotion de la santé, leurs connaissances des milieux de vie, des ressources, des contraintes et des besoins des professionnels, sont en mesure d'évaluer la faisabilité et la pertinence des projets de recherche interventionnelle. Ils favorisent également le bon déroulement de l'intervention. Ils contribuent à l'appropriation par les acteurs locaux des connaissances produites par la recherche, en vue d'une traduction concrète de celles-ci dans leurs pratiques professionnelles ;
- les chercheurs apportent le savoir issu de différentes disciplines, ils définissent et mettent en œuvre les méthodes

d'investigation scientifique adaptées à la complexité du contexte d'intervention. Ils contribuent aussi à la valorisation des connaissances produites par la recherche interventionnelle ;

- les acteurs locaux, impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'intervention, enrichissent la réflexion par l'apport d'éléments de contexte (spécificités de leur territoire et des milieux de vie : ressources, difficultés, préoccupations du public). Par leurs observations et leurs retours sur les expérimentations initiées *via* le dispositif, ils contribuent à l'analyse continue du processus en cours ;
- la population, acteur incontournable de cette recherche coopérative, fait part de ses connaissances et aspirations et mobilise ses ressources pour l'action.

Lors de ces ateliers, chercheurs et praticiens ont considéré de manière consensuelle que la recherche interventionnelle doit privilégier l'exploration et l'analyse des différentes composantes de l'intervention, en s'intéressant à ses effets sur l'inégale répartition des ressources en santé au sein d'une population.

Ces ateliers ne sont qu'une première étape, l'objectif est désormais pour l'ensemble de ces partenaires de mettre en œuvre des recherches interventionnelles. Pour ce faire, certaines conditions, identifiées lors des ateliers, doivent être réunies :

- un environnement politique et institutionnel favorable à la démarche. Cela suppose une communication active auprès des financeurs et décideurs, afin qu'ils en saisissent les enjeux et financent la mise en œuvre de recherche interventionnelle significative ;
- la reconnaissance de la recherche interventionnelle par la communauté scientifique, comme recherche à part entière avec possibilité de publication ;
- la reconnaissance de l'utilité sociale de ce type de recherche ;
- le développement d'une culture en promotion de la santé chez les chercheurs.

Ces échanges ont aussi permis de lister un certain nombre de critères favorisant la réussite :

- l'appui de la recherche interventionnelle sur un réseau pluridisciplinaire d'acteurs de terrain, mobilisés et impliqués ;
- la clarification collective des responsabilités de chacun et du périmètre des collaborations entre chercheurs, intervenants en promotion de la santé et acteurs de terrain ;
- la confrontation et la mutualisation de référentiels distincts de savoirs ;
- et enfin, la rigueur du protocole de recherche et son respect des valeurs et principes d'intervention en promotion de la santé.

En conclusion, une recherche interventionnelle ne peut fonctionner sans la volonté des acteurs de la recherche et du terrain de travailler ensemble. Mais cette collaboration ne se décrète pas. Sa réussite dépend de l'existence d'un contexte, notamment politique et financier, favorisant la mobilisation de toutes les expertises.

1. Aides : délégation régionale Grand-Ouest ; Anpaa (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) Bretagne ; Airdds (Association d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances et le sida) Bretagne ; Crij (Centre information jeunesse) Bretagne ; Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Bretagne ; Ligue contre le cancer au titre de la coordination bretonne de prévention ; Mutualité française Bretagne ; ORS (Observatoire régional de santé) Bretagne.

2. Coordonné par l'Ireps Bretagne, le pôle de compétences est soutenu par l'Agence régionale de santé (ARS) Bretagne et financé par l'Inpes.

3. Laboratoires représentés : département de santé publique de l'université Rennes 1, Centre de recherches en psychologie, cognition et communication (CRPCC) du Laureps, université Rennes 2, Centre interdisciplinaire des processus humains et sociaux (CIAPHS, université de Rennes 2), Institut de criminologie et sciences humaines, université de Rennes 2, Laboratoire Violences identités politiques et sports (VIPS) de l'université de Rennes 2, Atelier de recherche sociologique (ARS) de l'université Bretagne Ouest de Brest, Centre de recherches historiques de l'Ouest (CERHIO) de l'université Bretagne Sud de Lorient, Chaire Promotion de la santé, Chaire Jeunesse et département des sciences humaines, sociales et des comportements de santé de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

4. Cette dynamique se poursuit en 2013. Trois autres ateliers, d'une journée chacun, sont prévus, avec l'objectif de s'engager concrètement dans une phase opérationnelle.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Hawe P., Potvin L. What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 2009, vol. 100, n° 1 : p. 18-114.

BIBLIOGRAPHIE

- Potvin L. *Quelles sont les avenues pour la recherche en promotion de la santé ?* Journée d'étude sur la recherche en promotion de la santé. Rennes, le 7/12/2011 à l'EHESP.

- *Rapport de l'atelier sur l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC)*. Centre Banff, Banff (Alberta), 26-27 septembre 2006.

En ligne : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/banff_workshop_proceedings_fr

- Audoux C., Gillet A. Recherche partenariale et co-construction de savoirs entre chercheurs et acteurs : l'épreuve de la traduction. *Revue Interventions économiques*, 2011, n° 43 : p. 1-16.

En ligne : <http://interventionseconomiques.revues.org/1347>

- Belleau H. De la mobilisation des connaissances au partenariat de recherche. *SociologieS*, Les partenariats de recherche [Dossier], 2011 : p. 1-48.

En ligne : <http://sociologies.revues.org/3730#toc>

Mobiliser les acteurs pour des programmes et politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé

Éric Breton,

enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes.

Marie-Renée Briand,

directrice, Mutuelle des Pays de Vilaine.

Le projet en Pays de Redon-Bretagne Sud (PR-BS) est né d'une collaboration entre des chercheurs de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), l'équipe de la Mutuelle des Pays de Vilaine (Bretagne Sud) (MPV) et de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Bretagne. Ce projet de recherche interventionnelle comporte à la fois un volet interventionnel et un volet recherche. La stratégie déployée par l'intervention vise à améliorer la capacité d'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé (DSS) pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) face au cancer. L'objectif général du volet recherche est de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les stratégies populationnelles visant l'action sur les DSS. Plus spécifiquement, il s'agit de comprendre les conditions, les facteurs facilitants et les barrières qui agissent sur la réorientation d'un système local de promotion de la santé.

Genèse du projet

Il est difficile de marquer le début du projet. Rétrospectivement, il nous faut constater que plusieurs actions

avaient été menées avant même l'obtention du financement de recherche de l'INCa (septembre 2012), voire avant même le dépôt de la réponse à l'appel à projet (mars 2012). Ainsi, dès mars 2011, la Mutuelle des Pays de Vilaine organisait un cycle de conférences dédiées à l'approche de promotion de la santé, avec la contribution de l'EHESP. Ce travail d'acculturation, nécessaire et souhaité par la Mutuelle des Pays de Vilaine avait pour but de sensibiliser les acteurs institutionnels et associatifs du Pays de Redon à la question des DSS et de favoriser ainsi leur implication dans le projet à venir.

Ces temps de sensibilisation font aujourd'hui partie intégrante du volet interventionnel du projet. Les acteurs cibles du territoire avaient donc, dans plusieurs cas, été déjà sensibilisés à l'importance des DSS avant que ne débutent officiellement les activités de recherche. Une telle situation s'éloigne grandement du contrôle voulu et recherché, par exemple dans le cas de recherches cliniques, mais constitue l'une des caractéristiques majeures des recherches interventionnelles.

Le projet en Pays de Redon-Bretagne Sud

Le projet a débuté son déploiement par le recrutement, par la Mutuelle des Pays de Vilaine, de près de quatre-vingts représentants d'institutions, d'associations, de structures déconcentrées de l'État ainsi que d'élus au sein d'un comité local, instance de concertation intersectorielle réunie toutes les six à huit semaines pour élaborer une stratégie

populationnelle visant l'action sur les DSS. L'intervention pilotée par l'EHESP, la Mutuelle des Pays de Vilaine et l'Ireps de Bretagne, concerne les membres du comité local et consiste en des actions :
- de formation sur les déterminants de la santé des populations ;
- d'accompagnement au changement de leurs perceptions de la santé et de leur propre rôle dans la promotion de la santé d'une population ;
- de support méthodologique à l'élaboration d'une stratégie intersectorielle.

Depuis la première réunion du comité local en octobre 2012, ces sessions de travail, réunissant entre vingt et trente représentants, ont permis d'établir un pré-diagnostic des DSS et des conditions de vie et de bien-être sur le territoire. Celui-ci vient compléter les diagnostics existants axés sur l'offre de soins et les facteurs de risques comportementaux, établis notamment par l'animatrice territoriale de santé et l'Observatoire régional de santé.

Dans la phase suivante, engagée depuis, une série d'entretiens conduits par les membres du comité local, ou des professionnels des structures auxquelles ils appartiennent, auprès de leurs publics ou d'autres habitants du PR-BS a permis de dégager un portrait plus fin des aspirations de la population, au regard de leurs conditions de vie et d'identifier ainsi les éléments de la stratégie populationnelle sur les DSS à mettre en œuvre.

Par ailleurs, le volet interventionnel du projet s'appuie sur trois principes forts : pérennité des changements,

transférabilité des expériences et justice sociale. En effet, au vu des ressources et des efforts investis par les partenaires, il ne serait pas acceptable, notamment d'un point de vue éthique, que les avancées en termes d'actions sur les DSS soient perdues dès la fin de l'implication de l'équipe de recherche sur le terrain. L'action est, par conséquent, véritablement portée par les acteurs de terrain : ce programme est le leur ; la capacité d'action doit être pérenne. Ce principe favorise par ailleurs la transférabilité des enseignements. Ici, la mise en œuvre des actions n'est pas dépendante d'un surcroît de financement. Ainsi, une autre région ou collectivité pourra s'appuyer sur l'expérience du PR-BS pour déployer sa propre stratégie. Ce principe de transférabilité a aussi des répercussions sur le travail des chercheurs. Les effets du contexte sur la capacité d'agir sont ici importants et doivent être documentés, pour assurer la validité externe des résultats. Enfin, le principe de justice sociale renvoie à l'idée que les actions ne doivent pas accroître les ISS et doivent se développer dans le respect de l'autonomie et de la liberté de choix des personnes.

Perspectives de la recherche interventionnelle pour les chercheurs

Les programmes de recherche interventionnelle centrés sur des projets de promotion de la santé représentent

un investissement considérable en efforts et en temps. L'implication des partenaires sur le terrain nécessite un temps d'interconnaissance essentiel pour s'entendre sur la nature du projet et sur les attentes de chacun. Plusieurs mois de rencontres régulières ont permis de créer un climat de confiance entre les différentes parties prenantes du projet en PR-BS.

Au-delà des partenaires, l'adhésion des acteurs du territoire suppose que tous s'approprient les objectifs de l'intervention et perçoivent clairement l'intérêt qu'ils ont à s'y investir. De plus, les représentants de structures, d'associations ou encore les élus intégrés au comité local, mènent de leur côté une multitude de projets. Leur investissement est donc susceptible de se faire au détriment de leurs autres implications. Toute perte d'intérêt entraînera une certaine démobilité au profit de leurs propres actions. Le risque est donc réel pour les chercheurs de voir leur objet d'étude leur échapper. De plus, le rythme parfois soutenu des activités des partenaires est l'une des autres difficultés majeures. Les actions doivent être concrètes et permettre un affichage clair des avancées auprès de la population et des décideurs. Pour les chercheurs, cette exigence de réalisation sur un temps raccourci est parfois en décalage avec le temps nécessaire de création d'outils et de collecte des données.

La publication des résultats dans des revues scientifiques bien cotées représente également un défi de taille, au vu de l'emprise persistante des approches expérimentales classiques comme « gold standard » de la publication.

Néanmoins, la RI dispose d'avantages indiscutables pour les chercheurs, notamment celui du partenariat avec les acteurs du terrain qui, de fait, majore l'impact des résultats sur les pratiques et les politiques. Les réseaux des acteurs du terrain contribuent également à construire des ponts entre la recherche et les politiques publiques, les acteurs du terrain de la recherche interventionnelle. Plus encore, les connaissances générées par la recherche gagnent en légitimité et en pertinence, car elles sont le produit d'un processus reflétant mieux les contraintes et les opportunités auxquelles font face les acteurs de terrain. Ces réseaux favoriseront également le transfert des enseignements sur les autres territoires.

Perspective d'un acteur du terrain de la recherche interventionnelle

L'intérêt pour les stratégies de promotion de la santé est récent pour la Mutuelle des Pays de Vilaine, dont l'assurance maladie complémentaire représente le premier métier. Cet inté-



rêt précède les premiers contacts de la Mutuelle avec l'EHESP et a été suscité par les « portraits sanitaires », montrant une hausse inquiétante du poids des maladies chroniques dans les soins. En prenant connaissance de la Charte d'Ottawa, la Mutuelle des Pays de Vilaine a constaté que celle-ci mettait l'accent sur les principes de mobilisation, d'intersectorialité, de participation, en affinité avec ceux de l'économie sociale et solidaire de la Mutuelle des Pays de Vilaine et de plusieurs de ses partenaires. Ce sont ces points de convergence qui ont permis à la Mutuelle des Pays de Vilaine de capitaliser sur sa gouvernance (un Conseil d'administration composé de vingt-trois membres) et son riche réseau de relations et de « démarcher » des acteurs non encore ralliés.

Par ailleurs, la collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain a favorisé l'adhésion de ces derniers. La « marque » EHESP s'est ainsi révélée une formidable caution, permettant une démultiplication des efforts ainsi qu'une stratégie de diffusion de la culture de la promotion de la santé et du bien-être. Cette stratégie a permis de réunir les acteurs-clés intersectoriels, pour la plupart décideurs collectifs, afin d'obtenir à terme une cohésion territoriale en santé.

Enfin, une retombée importante du projet pour la Mutuelle des Pays de

Vilaine a été le renforcement de sa légitimité, dans le cadre des ateliers préparatoires à la charte de territoire 2013-2020 et du diagnostic préalable à un futur contrat local de santé. La Mutuelle des Pays de Vilaine y a ainsi joué un rôle de plaidoyer en faveur de la promotion de la santé, de la prise en compte des DSS, de la réduction des ISS, et aussi de l'adoption de mesures universelles proportionnées^[1], qui constituent autant de finalités du projet.

Conclusion

Le partenariat chercheurs – acteurs du terrain, développé dans le cadre du projet en PR-BS, a engagé un travail soutenu de renforcement des capacités du territoire à agir sur les DSS, pour améliorer les conditions de vie afin de contribuer à la réduction des ISS face au cancer. La démarche engagée depuis plusieurs mois mobilise de nombreux acteurs autour de l'élaboration d'une stratégie d'action sur les DSS et de réduction des ISS. Par ailleurs, le projet compte désormais comme partenaires l'ARS Bretagne et l'Inpes, offrant ainsi les conditions favorables au transfert des enseignements et des outils méthodologiques produits en collaboration avec l'Ireps Bretagne, vers les autres pays de Bretagne et les régions françaises. Enfin, une évolution du discours des élus et des acteurs du terrain commence à être perceptible : la santé n'est

plus exclusivement affaire de soins et de facteurs de risques ; autant de changements que le volet recherche permettra de mieux saisir.

Cependant, le projet ne suit pas une voie tracée d'avance. Il passe au contraire par des étapes fluctuantes, des périodes d'hésitation qui sont aussi le reflet de la réalité. Néanmoins cette expérience collective s'appuie sur les compétences et les savoirs éclectiques des acteurs investis dans la démarche et capitalise sur cette expertise. Ils en sont désormais les ambassadeurs : une mobilisation de tous pour promouvoir la santé de la population.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot review. *The Marmot Review*, 2010 : 242 p.

En ligne : www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report

Les auteurs tiennent à remercier Marion Porcherie pour ses critiques et suggestions.

Éric Breton est titulaire de la Chaire Inpes Promotion de la santé à l'EHESP, qui bénéficie du soutien financier de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Le projet en Pays de Redon-Bretagne Sud est financé par l'Institut national du cancer (INCa : 2012-2019).



Atelier santé ville à Toulouse : acteurs de terrain et chercheurs travaillent de concert

François Alias,

directeur fonctionnel du pôle conseil méthodologique, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé(Ireps), Midi-Pyrénées,

Jean-Charles Basson,

politiste, Laboratoire Prissmh-Soi (EA4560) - Université Paul-Sabatier, Toulouse 3,

Elsa Bidault,

chargée de mission projet AAPRISS Inserm UMR 1027 - Université Paul-Sabatier Toulouse 3,

Laurence Birelichie,

directrice de l'Ireps, Midi-Pyrénées,

Catherine Frasse,

médecin, RePPOP Midi-Pyrénées, coordonnatrice de projets quartiers Nord,

Jean-Paul Géolini,

psychologue social, Laboratoire Prissmh-Soi (EA4560), université Paul-Sabatier, Toulouse 3,

Élisabeth Pons,

coordinatrice Atelier santé ville, Service communal d'hygiène et de santé, mairie de Toulouse,

Damien Verbiguié,

chargé de projet éducatif Toulouse Aviron Sports et Loisirs,

Mélanie Villeval,

doctorante en santé publique, Inserm UMR 1027, université Paul-Sabatier, Toulouse 3.

La recherche interventionnelle¹ telle qu'elle est proposée dans le cadre du programme AAPRISS² repose sur la co-construction d'actions publiques territorialisées dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Elle associe porteurs de projet, professionnels de l'éducation pour la santé/promotion de la santé et chercheurs, pour analyser des programmes/actions de prévention et les faire évoluer au regard de l'enjeu que constitue la réduction des Inégalités sociales de santé.

À Toulouse, l'un des dispositifs de prévention/promotion de la santé avec lequel travaille AAPRISS est l'Atelier santé ville (ASV) des Quartiers Nord. Inscrit dans une politique de réduction des inégalités sociales de santé, il illustre une démarche de santé communautaire : « un processus de co-construction adapté aux configurations locales »^[2] et utilise de nouvelles voies permettant « d'objectiver et de construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté »^[3].

Le partenariat Atelier santé ville-AAPRISS, lancé fin 2011, consiste en des réunions trimestrielles d'un groupe de travail dédié à l'action Atelier santé ville et qui rassemble : le chargé de projet du Toulouse aviron sports et loisirs (TASL), le médecin du Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (RePPOP), la coordinatrice Atelier santé ville, un psychologue social, un sociologue de l'action publique, un épidémiologiste, un méthodologiste Ireps Midi-Pyrénées, une doctorante en promotion de la

santé, la coordinatrice AAPRISS. Il consiste également en des réunions Atelier santé ville sur le suivi de l'action auxquelles participent uniquement les chercheurs en sciences sociales. Ce « regard croisé » permet la co-construction et la détermination d'orientations méthodologiques sur la recherche interventionnelle.

L'Atelier santé ville des Quartiers Nord : une démarche novatrice de co-construction en santé communautaire

L'Atelier santé ville des Quartiers Nord de Toulouse, inscrit depuis 2006 dans la politique de la ville et le Contrat urbain de cohésion sociale (Cucs), concerne 7 900 habitants répartis sur plusieurs quartiers. Un diagnostic local participatif, effectué entre 2006 et 2007 par un groupe d'acteurs (professionnels libéraux, associatifs et institutionnels, habitants), a fait apparaître une relative prévalence de la surcharge pondérale, de mauvaises habitudes alimentaires et des pathologies associées.

Un groupe Éducation-Nutrition (associations locales, écoles, centre social, etc.) est alors formé pour intervenir sur les risques de déséquilibre alimentaire au sein des familles. Il réalise, depuis 2009, l'action partenariale « Ciné Ma Santé ». L'objectif est de sensibiliser les habitants à la nutrition par le plaisir de manger, l'appropriation de l'équilibre alimentaire et le plaisir de pratiquer une activité physique. « Ciné Ma Santé » se déroule sur une demi-journée courant octobre dans un jardin public aux abords des Quartiers Nord. L'initiative permet

d'impliquer les habitants dans le fonctionnement de l'Atelier santé ville à toutes les étapes du projet. Elle se déroule sous deux formes et deux temporalités (scolaire et extrascolaire) :

- l'après-midi, des ateliers d'éducation nutritionnelle pour les enfants des écoles élémentaires sont animés par des diététiciennes, le RePPOP, des associations sportives et culturelles et le service des sports de la ville. L'éducation vise l'éveil du sens critique des enfants, à la fois destinataires des apprentissages et vecteurs de la transformation des habitudes familiales ;

- en soirée, des actions de sensibilisation sont ouvertes à tous les publics (adolescents, personnes âgées, familles, etc.). Les habitants, les professionnels associatifs et les institutionnels proposent des dégustations et des activités physiques, avec pour objectif de capter la population présente. Un repas collectif préparé en amont par les habitants, à la cuisine centrale de la ville, est servi sur le site. La journée se conclut par la projection en plein air d'un film sur l'alimentation et/ou l'activité physique, choisi par les habitants³, d'où l'intitulé de la journée « Ciné Ma-Santé ».

La démarche de l'Atelier santé ville^[4] articule le social et le sanitaire en travaillant sur l'*empowerment* (accroissement du pouvoir d'agir) de la population : un projet « décloisonné »

L'ESSENTIEL

- **Les professionnels de l'Atelier santé ville, dispositif dédié aux populations défavorisées, ont accepté que des chercheurs participent aux réunions de travail, décryptent les modalités d'intervention et discutent des actions du dispositif et de leur régulation.**
- **Cette co-construction ne va pas de soi, elle nécessite une réciprocité des intérêts et une reconnaissance de chacune des parties engagées dans le « travail ensemble ».**

de quartier construit avec des habitants et des professionnels associatifs et institutionnels.

L'action fédératrice « Ciné Ma-Santé » témoigne du fonctionnement collectif du groupe Éducation-Nutrition basé sur des relations de confiance, un sentiment d'appartenance et de partage de valeurs. Le processus de travail repose sur la co-construction de consensus entre les différents acteurs permettant à chacun de s'impliquer.

AAPRISS : déconstruire pour co-construire

C'est le groupe de pilotage de l'action « Ciné Ma Santé » (le chargé de projet du TASL, le médecin du ReP-

POP, la coordinatrice Atelier santé ville) qui, à la demande des chercheurs, a décidé d'entrer dans le processus AAPRISS. La première rencontre entre acteurs de terrain et chercheurs a été un véritable « choc des cultures », lequel aurait pu déboucher sur un abandon du projet pour deux raisons :

- la crainte des opérateurs de devoir intégrer un programme s'inscrivant dans un cadre déjà construit en termes d'évaluation ;

- le sentiment d'être « utilisés » sans obtenir en retour des bénéfices de leur participation au programme AAPRISS, à hauteur de la disponibilité consentie.

Mais ces deux écueils ont été surmontés et les partenaires du groupe de travail ont accepté d'être observés par les chercheurs dans leurs pratiques.

L'objectif des sociologues était de comprendre la façon dont les opérateurs s'adaptent aux réalités du terrain. Dans les réunions de travail concernant l'Atelier santé ville, la prise en compte du terrain est une règle, c'est là un point crucial d'équilibre entre les chercheurs et les acteurs de terrain.

La fonction remplie par ces chercheurs, est tout au plus, de mettre en perspective l'action et de mettre en valeur la vertu première de l'Atelier santé ville dans sa démarche de santé communautaire. Elle consiste à mobiliser les ressources et les compétences



de quelques habitants des quartiers prioritaires, pour leur conférer le statut d'interlocuteurs légitimes, tant aux yeux des acteurs publics que de la population concernée. Il s'agit d'accompagner la démarche en objectivant ses « qualités », pas toujours identifiables lors d'un processus classique d'évaluation. Cette fonction n'est elle-même possible que si les opérateurs sont en recherche de réflexivité et n'attendent pas de solutions préconstruites.

L'objectif du groupe de travail AAPRISS est de mieux comprendre et d'explicitier les processus en jeu dans la démarche de l'Atelier santé ville pour en extraire des leviers d'action contre les Inégalités sociales de santé, et de co-construire des réorientations, grâce au travail de terrain mené par les chercheurs. Cette co-construction permet notamment aux opérateurs tout comme aux chercheurs de penser de nouvelles approches évaluatives en santé publique^[5] lesquelles reposent sur des « relations de confiance entre les intervenants bienveillants et inventifs »^[6], les habitants et les chercheurs.

Ces nouvelles approches évaluatives reposent sur une « déconstruction » de la notion classique de l'évaluation, basée sur des indicateurs préétablis et normatifs. Le groupe de travail a donc ainsi été amené à construire collectivement des « possibles » afin de prendre en compte la réalité du travail sur le terrain.

La présence des chercheurs le jour de « Ciné Ma-Santé », l'analyse qu'ils en ont fait, ainsi que la co-construction autour de l'évaluation au sein du groupe de travail AAPRISS ont conduit notamment les opérateurs à développer actuellement une méthodologie participative sur le thème de l'évaluation : « le world café »⁴, impliquant ainsi les habitants dans la démarche au même titre que les autres partenaires. Un pas supplémentaire a été franchi avec l'intégration d'habitants au groupe de travail AAPRISS.

Produire des connaissances sur les inégalités sociales de santé

La réorientation co-construite des actions et l'étude de la transférabilité des moyens d'action afin de réduire les inégalités sociales de santé sont

des objectifs inhérents au programme AAPRISS. Le groupe Atelier santé ville-AAPRISS, réunissant acteurs de terrain et chercheurs et associant la population, étudie la faisabilité et les conditions d'opérationnalité de ce travail de co-construction intersectoriel et interdisciplinaire. La réunion de chercheurs de différentes disciplines et d'acteurs de terrain a engendré des incompréhensions et des représentations diverses, tant par le langage utilisé que dans les temporalités décalées entre les contraintes de la recherche et celles du terrain. Le fait que l'Atelier santé ville soit un dispositif aux ressources fragiles devait être pris en compte. Le repérage des contraintes spécifiques a permis de saisir l'importance du contexte et la nécessité d'appréhender l'action dans son environnement, en articulation avec la territorialisation de la politique de santé, mais aussi d'identifier les leviers les plus efficaces, les « fils tirés » par les acteurs permettant d'atteindre les objectifs.

Il ressort fortement de cette expérience, au regard d'un premier bilan, que le programme de co-construction entre les chercheurs et les opérateurs nécessite une réciprocité des intérêts et une reconnaissance de chacune des parties engagées dans le « travail ensemble ». Il a permis de favoriser la réflexivité des acteurs sur leur démarche en vue d'optimiser l'action sur les inégalités sociales de santé au sein de l'Atelier santé ville et de produire des connaissances sur les moyens de les réduire. Ce travail en co-construction a aussi permis aux opérateurs de développer de nouvelles méthodes d'évaluation.

La force du programme AAPRISS, qui porte sur quatre autres actions (« Bien Manger – Bouger à l'école maternelle », « Quatre repas par jour à l'école élémentaire », « Programme éducation thérapeutique (PET) patients obèses » et « PET patients diabétiques ») est de prendre appui sur la particularité des contextes qui déterminent la mise en œuvre et l'évaluation des interventions. L'approche comparée des différents terrains est alors une clé pour l'innovation des méthodologies sur la réduction des inégalités sociales de santé.

1. La recherche interventionnelle sur la santé des populations comprend l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations [1].

2. Programme « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé » financé par l'Institut national du cancer (INCa), l'Agence nationale de la recherche (ANR) et l'Agence régionale de santé (ARS) Midi-Pyrénées. Voir aussi l'interview de Thierry Lang dans ce dossier.

3. Les films sont tout public, la sélection 2012 était Carlitos. Un rêve, un but : devenir n° 10 ! de Guillermo Campa et Gustavo Salmeron.

4. Le World Café est un outil d'animation qui sollicite la créativité des participants. Il vise à faciliter le dialogue et le partage de connaissances et d'idées tout en créant un réseau d'échanges et d'actions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Hawe P., Potvin L. What is population health intervention research? *Revue canadienne de santé publique*, vol 100, n° 1, 2009 : p. 1-14.

En ligne : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1748/1933>

[2] Joubert M., Mannoni C. *Les Ateliers santé ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis*. Saint-Denis : Profession Banlieue, 2003 : 151 p.

[3] Chauvin P. Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ? In : Richard C. *Les Ateliers santé ville*. Paris : Les éditions de la DIV, coll. Repères, 2007 : p. 40-50.

[4] Basson J.-C., Haschar-Noé N., Honta M. Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 61, suppl. 2, 2013 : p. S81-S88.

[5] Richard C. Les Ateliers santé ville. *Actualité et dossier en santé publique (Adsp)*, 2013, n° 82 : p. 42-44.

[6] Joubert M. Politiques locales de santé et cohésion sociale : les nouveaux modes de mobilisation et de contractualisation. *Actualité et dossier en santé publique (Adsp)*, 2013, n° 82 : p. 35-41.

Expérimentation sociale et santé des jeunes en Mission locale

Virginie Kergoat, responsable du Pôle accompagnement - orientation - santé,
Joël Dutertre, médecin,
Mission locale de Sénart,
Bruno Crépon, directeur de recherche,
Simon Beck, chercheur,
Julie Pernaudet, ingénier d'étude,
Lucile Romanello, docteur en économie, Centre de recherche en économie et statistiques (Crest), Malakoff,
Pierre Chauvin, médecin, épidémiologiste, directeur de recherche,
Sophie Lesieur, épidémiologiste, ingénieur d'étude, Inserm, UMRS 707, Equipe DS3, Inserm-UPMC, Paris.

Presaje (Projet de REcherche sur la SAnté des JEunes) est un projet de recherche interventionnelle lancé en 2010 avec le soutien du Fond d'expérimentation pour la jeunesse (FEJ). Centré sur la problématique de l'accès aux soins des jeunes, il a impliqué cinq Missions locales (Poitiers, Reims, Toulouse, Sénart et Clichy sous Bois – Montfermeil) et a inclus un échantillon représentatif de plus de mille cinq cents jeunes, suivis sur une période d'un an. Sa particularité est, dès l'origine, sa définition, sa coréalisation et sa codirection partagées entre le porteur du projet, la Mission locale de Sénart, et l'équipe évaluatrice, constituée de chercheurs de l'Inserm¹

et du Crest². La maîtrise et la connaissance du terrain des porteurs du projet ont permis l'adaptation du procédé de l'évaluation quantitative tout en maintenant sa validité statistique, grâce à l'expertise des chercheurs.

Contexte de l'étude

Les Missions locales reçoivent chaque année 10 à 15 % de la population des 16-25 ans de leur territoire, plus précisément les jeunes déscolarisés, qui sont souvent les moins autonomes et les plus éloignés de l'insertion. Les seules études concernant la santé de ce public remontaient à 2005 (une étude du Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé – Cetaf, auprès des centres d'exams de santé de l'Assurance maladie, identifiait les jeunes en insertion parmi les groupes vulnérables) et 2008 (une seconde étude établissait que les jeunes reçus en Mission locale étaient particulièrement concernés par la souffrance psychique³).

De longue date, les acteurs en Mission locale avaient constaté la fréquence d'états de santé détériorés chez les jeunes qu'ils recevaient et, plus encore, des obstacles rencontrés dans l'accès aux soins. Certains d'entre eux ont développé des dispositifs sanitaires intégrant la présence de professionnels de santé (médecins, psychologues, infirmiers, etc.), parfois adossés à des prises en charge financières du ticket modérateur. Les bilans relevés par ces professionnels de santé se sont rapidement révélés inquiétants.

À l'heure où la jeunesse, d'une part, et les inégalités sociales de santé, d'autre part, sont annoncées comme autant de priorités de l'action publique, les

L'ESSENTIEL

- **Rapprocher professionnels de l'insertion, chercheurs en santé publique et économistes autour de la question de la santé des jeunes en Mission locale aura été une aventure de trois années menée par la Mission locale de Sénart, l'Inserm et le Crest.**
- **Le projet Presaje a été conduit avec son lot de difficultés comme de bonnes surprises, avec un objet commun – la santé des jeunes – mais des approches ou cultures différentes et un cadre d'investigation particulier, l'accompagnement vers l'insertion.**
- **Une rencontre qui n'était donc pas naturelle, mais un choix délibéré devant l'importance de l'enjeu, lequel aura été bénéfique à tous les acteurs.**

Missions locales voient passer chaque année plus de 1,2 millions de jeunes qui comptent parmi les plus vulnérables. Dans le même temps, les financements alloués aux rares dispositifs de santé intégrés aux Missions locales existants subissent des réductions substantielles des crédits publics. Face à ce double constat, la pertinence d'une évaluation rigoureuse de l'apport que constituent les points santé en Mission locale s'en est trouvée renforcée.

Les objectifs de Presaje

Le projet visait à mieux comprendre les déterminants du non-recours aux soins chez ce public particulier et à améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun. L'intervention devait ainsi permettre aux jeunes :
- d'avoir une meilleure couverture maladie et de mieux comprendre leurs droits ;

- de prendre conscience de leur état de santé et de leurs besoins de soins ;
- d'améliorer leurs comportements de santé et d'augmenter leur recours au système de soins ;

Ceci dans le but de favoriser, *in fine*, leur insertion socioprofessionnelle.

Il s'agissait également d'obtenir une description des situations sociales et sanitaires précises des jeunes, d'identifier la fréquence relative des obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins (financiers, informationnels, psychosociaux) et d'évaluer la pertinence des dispositifs santé installés dans les Missions locales.

La mise en œuvre

Vu la diversité des expériences et des trajectoires des jeunes reçus en Mission locale, et dans le souci de mener une évaluation avec le meilleur niveau de preuve scientifique possible (minimisant notamment les biais de sélection), les partenaires du projet ont opté pour une évaluation randomisée dans laquelle les jeunes nouvellement inscrits en Mission locale ont été répartis aléatoirement en trois groupes :

- au premier groupe était systématiquement proposé un entretien individuel avec un(e) assistant(e) social(e) chargé(e) d'optimiser la couverture maladie des jeunes et de les informer sur le fonctionnement du système de soins ;
- au deuxième groupe était systématiquement proposé le même accompagnement « social », complété d'une rencontre individuelle avec le médecin de la Mission locale pour une consultation de prévention et d'orientation (le médecin pouvant ensuite proposer un suivi particulier ou non) ;
- le troisième groupe ne bénéficiait quant à lui d'aucun programme particulier : il a été suivi de manière habituelle par la Mission locale et servait de groupe témoin.

Ce protocole a généré plusieurs contraintes lors de la mise en œuvre du projet, en particulier :

- une contrainte financière : le budget du projet ne permettant pas la prise en charge d'un médecin dans les Missions locales, l'équipe a fait le choix de contacter l'ensemble des Missions locales et de ne retenir que celles qui

étaient intéressées par le projet et disposaient déjà d'un point santé en interne (ce qui explique que, parmi les deux cent quatre-vingt Missions locales qui ont répondu, seules cinq aient pu participer à l'étude) ;

- une contrainte éthique également : il n'était pas question d'empêcher les jeunes participants à l'étude et qui le souhaitent d'aller voir le médecin ou l'assistante sociale (les jeunes des groupes 1 et 3 pouvaient donc également consulter le médecin à leur demande, mais n'étaient pas reçus systématiquement). À l'inverse, les jeunes du groupe 2 – à qui étaient systématiquement proposé un entretien avec le médecin – restaient libres de le rencontrer ou non.

Regard des partenaires sur cette expérience commune

Centre de recherche en économie et statistique (Crest)

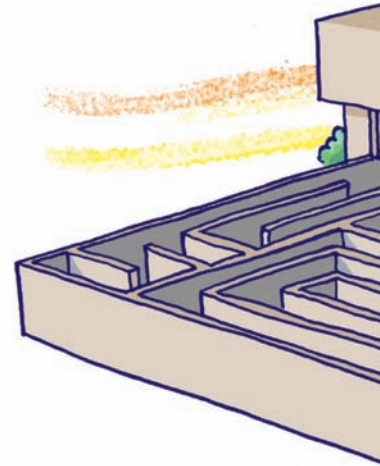
Le Crest s'est engagé, depuis plusieurs années, dans l'évaluation des politiques publiques. Il s'agit de mesurer l'impact des politiques publiques sur les bénéficiaires. Parmi les méthodes utilisées pour mener ce type de travaux figurent les évaluations dites randomisées, réalisées à partir de populations affectées au hasard à des groupes bénéficiant ou ne bénéficiant pas du programme. Le Crest et l'École d'économie de Paris ont été les pionniers du développement de ces méthodes en France, et de leur application à l'analyse des politiques publiques.

Dans le cadre de cette activité, le Crest a développé une relation particulière avec la Mission locale de Sénart. Parmi les programmes évalués par le Crest figurent en effet le programme Groupement de créateur initié par la Mission locale de Sénart.

La coopération entre porteurs et évaluateurs a été la clé de la réussite de ce projet. Initié par l'équipe de la Mission locale de Sénart, il a été bâti de concert avec les chercheurs, et d'un côté comme de l'autre, l'objectif était la mise en œuvre d'un protocole efficace et rigoureux, permettant d'évaluer la plus-value apportée par un point santé en Mission locale, sans perturber le fonctionnement de la structure.

La coopération se base en outre sur la volonté, à la fois, pour les évaluateurs,

de mieux appréhender la complexité du terrain et, pour les porteurs du projet, de mieux comprendre les exigences du protocole, sans quoi il eut été difficile de mettre le projet en place. Il est ainsi apparu rapidement que l'adhésion des équipes de chacune des Missions locales participantes au projet était une condition nécessaire à son bon fonctionnement. Ainsi, l'équipe du projet a cherché à les associer le plus étroitement possible à l'étude. Des réunions ont été organisées ainsi que des visites des chercheurs et porteurs du projet sur les cinq sites expérimentaux. Les objectifs de l'étude, la méthodologie employée ainsi que les implications pour les différents acteurs de la Mission locale ont dû être clairement expliqués. Il a fallu sensibiliser l'ensemble des équipes au principe de la randomisation et répondre aux nombreuses questions que soulève cette méthodologie. Dès le départ, il ne faisait aucun doute, au sein de l'équipe, que cette étude ne démarrerait que lorsque l'ensemble des acteurs seraient prêts.





Inserm (Équipe DS3, UMRS 707)

L'équipe de l'Inserm avait déjà l'expérience de recherches interventionnelles en milieu de soins et avait déjà collaboré avec la Mission locale de Sénart pour une précédente étude (une première pour elle) dans le milieu de l'insertion. Ce type de méthode de recherche – comparative, randomisée et contrôlée – est tout à fait classique en épidémiologie et en santé publique. Plus original était le défi de tenter d'évaluer dans quelles mesures une consultation médicale systématique et l'amélioration des conditions d'accès aux soins pouvaient influencer sur la trajectoire d'insertion de ces jeunes.

En recherche interventionnelle, notamment avec des partenaires non médicaux (peu habitués à ces méthodes) et auprès de publics vulnérables, l'enjeu majeur est de définir, avec les acteurs, le meilleur compromis entre standardisation et réalisme. L'action doit en effet être suffisamment standardisée pour être évaluée de façon rigoureuse et suffisamment

réaliste pour s'adapter aux attentes (ou à l'absence d'attente !) des bénéficiaires, tout en restant généralisable. Une condition de réussite est, toujours, de rendre l'évaluation la moins « douloureuse » possible dans un environnement contraint, où les acteurs sont déjà surchargés. Une dernière difficulté, pour le chercheur, est également de garder une bonne distance dans la co-construction du projet : conserver sa posture critique habituelle sans qu'elle devienne « paralysante », convaincre de la plus value méthodologique apportée tout en informant et tentant d'anticiper ses limites, rappeler le risque d'échec (qui reste malheureusement plutôt la règle que l'exception dans l'exercice difficile de la recherche interventionnelle) dans l'enthousiasme de l'action ! Autant dire qu'un tel partenariat entre acteurs et chercheurs ne peut se faire, comme ce fut le cas ici, que dans la durée, la confiance partagée et le respect mutuel des compétences.

Notre conviction est que la participation à ce type de projet ne consti-

tue pas – pour le chercheur – uniquement l'occasion de transférer (et encore moins d'imposer) une méthodologie, ni même de répondre seulement à une « demande sociale »... et encore moins de disposer seulement de données pour tester ses propres hypothèses ! En épidémiologie sociale notamment, ce type de co-construction de projet, cette fréquentation de dispositifs sociaux et cette rencontre, à travers eux, avec les publics vulnérables, permettent de nourrir la réflexion pour construire de nouvelles hypothèses sur la compréhension des liens complexes entre situations sociales et conditions sanitaires... une compréhension (au principe que la « marge éclairé le centre ») qui peut intéresser le corps social tout entier.

Mission locale de Sénart

Parce que les financements des Missions locales ont été de plus en plus adossés à des résultats de placement à l'emploi, la part des budgets dédiés à la santé s'est vue considérablement amoindrie. Dès lors, il a été important de ré-interpeller les financeurs en voulant ré-affirmer le postulat suivant : un meilleur état de santé améliore les chances d'insertion.

Depuis longtemps, la Mission locale de Sénart avait le désir d'évaluer son dispositif santé, ce qui s'est trouvé concrétisé par une première étude randomisée avec la même équipe Inserm DS3, qui a servi d'étude préliminaire à ce projet multicentrique. L'équipe savait que l'évaluation demandait beaucoup de rigueur, donc de contraintes, mais celle-ci nous semblait nécessaire au travail social.

Malgré tout, l'implication dans l'étude n'aura pas été la même sur tous les sites. Le positionnement des directions et des équipes des différentes Missions locales n'a pas toujours été suivi de la participation des équipes de soins, du moins telle que nous l'aurions souhaitée. Pour exemple, il a été plus difficile d'associer les psychologues à une démarche d'évaluation que les médecins et le temps nous a manqué pour le faire.

La découverte des techniques d'évaluation statistiques a fait l'objet de nombreuses discussions, voire au départ, d'incompréhensions qui ont tenu

parfois aux limites éthiques. Les points de désaccords n'ont pas bloqué la réflexion, d'autant que toute l'équipe a pris une part active au débat.

En résumé, ce fut une expérience longue, parfois difficile, où chacun a su dépasser sa posture initiale. Le milieu de l'insertion défend plutôt une approche qualitative mais la Mission locale de Sénart a su se « rallier » à l'approche quantitative et à la randomisation, tout en en percevant ses limites. De fait, l'interprétation des résultats quantitatifs, éclairée par l'approche qualitative, a permis par le croisement des différentes cultures, d'interpréter les résultats et de leur donner du sens. Les expérimentations sociales pour la Jeunesse, lancées par Martin Hirsch, ont été une parfaite opportunité de vérifier la nécessité d'une prise en compte de la santé en Mission locale, avec des moyens adaptés.

Le bilan de cette recherche interventionnelle

Les professionnels de l'insertion ne doivent pas craindre ce type de recherche pour peu qu'ils restent acteurs de cette évaluation. La recherche a permis de documenter l'impact que peut avoir une santé altérée sur l'insertion des jeunes. Concernant les questions éthiques, le gage de réussite a été de faire partager, aux jeunes des Missions locales, les objectifs ainsi que les enjeux d'une telle étude afin qu'ils puissent non seulement accepter la démarche mais s'y engager réellement.

Rappelons enfin que les Missions locales proposent un cadre d'intervention et un suivi des jeunes dans la durée, qui pourraient faire d'elles, un formidable espace d'innovations sociales, tant pour interpeller les politiques publiques que pour agir.

Pour Bertrand Schwartz⁴, il était impossible de dissocier les problèmes de formation, d'emploi, de logement, de santé, ces éléments étant intrinsèquement liés. L'objectif des Missions locales était de remettre en adéquation l'insertion professionnelle et l'insertion sociale. Depuis, ces structures se sont multipliées (près de 480 à ce jour en France) et outillées pour accompagner au mieux vers l'insertion les 16-25 ans

déscolarisés. Hélas, la pression du chômage a poussé les différents gouvernements à prioriser l'accès à l'emploi dans une culture du chiffre, qui tend à favoriser l'accompagnement des jeunes les plus facilement « employables » au détriment des plus vulnérables. Très concrètement, de nombreuses Missions locales ont dû fermer ou diminuer drastiquement les accueils psychologiques. Les financements des Agences régionales de santé (ARS) se réduisent continuellement alors que les besoins sociaux et sanitaires s'avèrent de plus en plus importants. Presage tendrait à montrer que ces nouvelles orientations pour les Missions locales sont préjudiciables aux jeunes les plus vulnérables.

Premiers résultats

Les premières analyses montrent que, comparativement à la population générale du même âge, les jeunes suivis en Mission locale ont un moins bon état de santé ressenti (notamment psychologique) et entretiennent des rapports plus étroits avec la maladie, en lien avec leurs modes de vie ou leurs expériences – personnelles ou familiales – actuelles ou passées. La prévalence des troubles du sommeil et des symptômes dépressifs est particulièrement élevée dans cette population (jusqu'à 77 % et 30 % respectivement) et l'immense majorité (85 %) des jeunes détectés déprimés n'en avaient jamais parlé à un médecin. De même, la fréquence des situations d'insécurité alimentaire (30 %) et de surpoids (27 %) est particulièrement élevée chez ces jeunes.

Près d'un jeune sur cinq aurait pris un risque de transmission d'infection sexuellement transmissible sans pour autant avoir fait de test de dépistage du VIH (ni volontaire, ni proposé). En revanche, les consommations d'alcool, de tabac ou de drogues sont comparables à celles de la population générale du même âge. Globalement, ces jeunes sont plus à distance de l'offre de soins primaires : ils ont moins recours à la médecine générale (et plus aux soins hospitaliers) et déclarent renoncer à des soins de médecine générale ou à l'achat de médicaments dans des proportions beaucoup plus élevées qu'en population générale.

Chez les trois cent quarante jeunes ayant accepté la consultation médicale systématique, les problèmes de santé sont difficilement exprimés spontanément. Pourtant, au moins une pathologie non traitée est retrouvée chez un tiers des consultants et au moins une pathologie chronique est décelée chez 38 %. Les médecins ont jugé qu'un traitement était nécessaire ou indispensable pour un quart des consultants et que leur état de santé interférait (ou était susceptible d'interférer) sur les chances d'insertion pour 26 % des consultants également.

Bien que les jeunes de la cohorte médicale aient plus bénéficié d'une consultation ponctuelle (77 % des cas) que d'un véritable suivi, l'analyse comparative « en intention de traiter » montre, que par rapport au groupe témoin, un an après l'inclusion, les jeunes du groupe 2 présentent de façon statistiquement significative un meilleur usage des moyens de contraception, de meilleures connaissances en santé, un taux plus élevé de déclaration d'un médecin régulier et davantage d'entrées en formation.

1. Equipe DS3 (Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins), UMRS 707, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et université Pierre et Marie Curie.

2. Centre de recherche en économie et statistique, Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

3. Moulin J.-J., Labbe E., Sass C., Chatain C., Gerbaud L. Jeunes en difficulté d'insertion : un état de santé plus fragile. *La Santé de l'homme*, 2009, n° 399 : p. 21-24. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-399.pdf>

4. Inspirateur des Missions locales avec son rapport sur l'insertion professionnelle et sociale des jeunes (1982), a été délégué interministériel à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes.

L'implication de l'Inpes dans le développement de l'évaluation des interventions de prévention

Pierre Arwidson

directeur,
direction des Affaires
scientifiques, Inpes.

La mise en œuvre d'actions de prévention nécessite de mobiliser suffisamment de savoirs afin de comprendre le plus finement possible le contexte et la situation à prévenir, ses aspects psychologiques, culturels, sociaux et sociétaux, les jeux des acteurs en présence. De cette connaissance doivent découler des pistes d'actions préventives reposant sur des théories empiriquement valides. Pour finir, il faut s'assurer, avant de la généraliser, que l'intervention proposée ait un impact positif. Ceci n'est pas toujours le cas comme le montre la littérature et en particulier les revues systématiques Cochrane dans notre champ. Des actions de prévention peuvent avoir un impact positif, aucun impact, et ce qui n'est pas acceptable puisque l'on s'adresse à des personnes bien portantes, des effets délétères.

Pour développer une approche scientifiquement fondée en France, il y a deux pistes à suivre :

- la première consiste à repérer les programmes efficaces dans la littérature internationale, dans les revues systématiques et les synthèses. Un numéro spécial de la revue Santé publique¹ de juin 2013 rassemble, par exemple, les interventions validées ou prometteuses concernant les jeunes. Une fois repéré, il convient d'étudier l'adaptabilité du programme en France. C'est ce qui a été fait avec le programme américain Strengthening Families Program (SFP) qui fait l'objet d'une étude d'adaptabilité en France par le comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes.

L'Inpes assure, dans cet objectif, une animation scientifique en invitant des chercheurs étrangers à partager leurs résultats de recherche avec des équipes françaises². Les derniers sont Cristel Russell sur les stratégies de placement de scènes liées à la consommation d'alcool dans les séries américaines et les options préventives possibles et le professeur Rona Campbell sur le projet ASSIST de prévention de l'entrée dans le tabagisme grâce aux pairs. Une équipe universitaire de Versailles-Saint-Quentin est intéressée pour réaliser une étude de faisabilité en France.

- la deuxième piste consiste à travailler à partir des initiatives françaises dont le nombre est croissant. L'Inpes a suivi cette voie en capitalisant sur les résultats d'une intervention de promotion de l'activité physique chez les collégiens (Icaps) qui a fait l'objet d'une étude randomisée en Alsace par l'équipe du professeur Chantal Simon (laboratoire Carmen Inserm U1060 – université de Lyon). Elle a fait la démonstration scientifique de l'efficacité d'une intervention socio-écologique sur l'augmentation de la pratique d'activité physique et la prévention d'une prise de poids excessive.

Dans les années à venir, c'est sur l'évaluation scientifique des actions de prévention, que nous devons faire porter notre effort. C'est un point sur lequel la France a pris du retard comme en témoigne la quasi absence de travaux français dans les revues systématiques consacrées à la prévention et à la promotion de la santé. Les projets qui nous parviennent dans ce domaine sont encore trop peu nombreux.

Il nous faudra trouver les moyens de motiver les chercheurs pour ce champ encore balbutiant de l'évaluation scien-

tifique des actions de prévention. Cela nécessitera des séminaires d'échanges et des séminaires méthodologiques. Il nous faudra aussi trouver les lieux et les moments de rencontres entre les porteurs de projets et les équipes de recherche. En effet, l'évaluation scientifique d'une intervention comprend deux projets parallèles et intégrés : une intervention de qualité et une évaluation de qualité, lesquelles font appel à des compétences d'équipes différentes pour chacune des deux approches³.

C'est pour cela que l'Inpes est associé à l'appel à projet de recherche en prévention primaire, mutualisé avec de nombreuses autres institutions sous l'égide de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). Les porteurs de cet appel à projets, ont sagement laissé six mois (jusqu'au 10 janvier 2014) pour que les chercheurs et les équipes d'intervenants de terrain puissent construire ensemble leurs propositions.

Enfin, nous avons le plaisir d'accueillir, en collaboration avec la Mildt, l'INCa et l'IReSP, la quatrième conférence de la jeune Société européenne de recherche en prévention⁴ du 13 au 15 novembre à Paris en espérant que des équipes françaises puissent ainsi tisser des liens de travail fructueux avec leurs confrères étrangers impliqués depuis plus longtemps dans la recherche interventionnelle.

1. En ligne : <http://www.sfsp.fr/santepublique/accueil.php>

2. En ligne : <http://journées-prevention.inpes.fr/session/programme/colloque-scientifique>

3. En ligne : http://ped.sagepub.com/content/20/2_suppl

4. En ligne : <http://euspr.org/euspr-conference-2013-13-15-novembre-2013-paris-france/>

Dossier

Recherche interventionnelle en santé publique

Ce *Pour en savoir plus* propose un panorama de ressources francophones permettant d'explorer la thématique de ce dossier de *La Santé en action* : la recherche interventionnelle en santé des populations. Vous y retrouverez quelques références sur la recherche en prévention et promotion de la santé, puis nous entrerons dans le cœur du sujet avec des documents définissant et décrivant la méthodologie de la recherche interventionnelle. Suivra ensuite une rubrique dédiée aux expériences de recherche interventionnelle ainsi qu'un bref agenda 2013 des événements relatifs au domaine.

Nous tenons à remercier vivement les documentalistes de l'Ireps de Bretagne. Nous nous sommes en effet inspirés de leur bibliographie « Recherche interventionnelle en santé des populations » réalisée en décembre 2012.

Céline Deroche,
chef du département
Veille et Documentation,
Inpes.

RECHERCHE EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

- **Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.*** Genève : OMS, 1986 : 3 p.

EN LIGNE : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

- **Organisation mondiale de la santé (OMS). *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals.*** Budapest : OMS, 1991 : 3 p.

EN LIGNE : http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/promocija-zdravja-v-bolniscinah/datoteke/budapest_declaration_on_health_promoting_hospitals.pdf

- **Organisation mondiale de la santé (OMS). *Déclaration de Vienne.*** Vienne : OMS, 1997 : 3 p.

EN LIGNE : <http://www.ocpm.qc.ca/sites/default/files/pdf/P45/4c9.pdf>

- **Organisation mondiale de la santé (OMS). *Standards for Health Promotion in Hospitals.*** Copenhague : OMS, 2004 : 16 p.

EN LIGNE : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf

- **Butler-Jones D. *Science et pratique de la santé publique : de la fragmentation à la concordance.*** Canadian Journal of Public Health, 2009, vol. 100, n° 1 : p. 13-14.

EN LIGNE : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/download/1745/1930>

- **Gery Y., Spira A. *La recherche permet de repérer des modes d'intervention et de prévention.*** La Santé de l'homme, 2008, n° 397 : p. 27.

EN LIGNE : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>

- **Potvin L. *Quelles sont les avenues pour la recherche en promotion de la santé ?*** Intervention de Louise Potvin lors de la journée d'étude UIPES sur la recherche en promotion de la santé, 7 décembre 2011, EHESP, Rennes.

EN LIGNE : http://www.mshb.fr/accueil/actualites/60_1669/journee_detude_sur_la_recherche_en_promotion_de_la_sante

RECHERCHE INTERVENTIONNELLE : DEFINITION ET METHODOLOGIE

- **Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC)**

Débutée en 2006, et prévue pour une durée de dix ans, l'IRISPC a notamment pour missions de faire progresser la science de la recherche interventionnelle en santé des populations, de renforcer la capacité du Canada à la prendre en compte dans les politiques et les pratiques, et d'accroître la contribution du Canada au savoir mondial sur les interventions en santé des populations.

Selon l'IRISPC, la recherche interventionnelle se définit comme « l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions touchant les politiques et les programmes, dans le secteur de la santé ou à l'extérieur, et qui pourraient avoir des effets sur la santé des populations. »

SITE INTERNET DE L'INITIATIVE : <http://www.cihr.ca/ff/38731.html>

Quelques productions de l'initiative :

- **IRISPC. *Rapport de l'atelier sur l'initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada, 26-27 septembre 2006, Centre Banff, Banff (Alberta).***

EN LIGNE : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/banff_workshop_proceedings_fr

- **IRISPC. *Colloque sur l'avancement de la recherche interventionnelle en santé des populations dans le but de promouvoir la santé et l'équité en santé.*** Toronto, 29 et 30 novembre 2010 [Rapport].

EN LIGNE : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/ff/43787.html>

● **IRISPC.** *Stimuler l'innovation méthodologique et théorique dans la recherche interventionnelle en santé des populations.* Rapport sommaire de l'atelier, Toronto (Ontario), 1^{er} décembre 2010. Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC).

EN LIGNE : <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/43790.html>

● **Herreros G.** *Pour une sociologie d'intervention.* Toulouse : Erès, coll. Sociologie clinique, 2009 : 224 p.

● **Potvin L.** *La recherche interventionnelle en santé des populations : moteur d'innovation [présentation].* Paris, décembre 2012.

EN LIGNE : http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/02/RISP_-_DGS-Paris-12-122.pdf

● **Rossignol M., Bilodeau A., Mondou I.** *Guide de planification de la recherche.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011 : 30 p.

EN LIGNE : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/bx_assmpublications/978-2-89673-096-4.pdf

EXPÉRIENCES DE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

● **Institut national du cancer (INCa).** *Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires* [Séminaire]. Boulogne-Billancourt, INCa, 13 octobre 2011.

EN LIGNE : <http://www.e-cancer.fr/recherche/symposiums-colloques-inca/colloque-l-recherche-interventionnelle-visant-a-ameliorer-la-sante-de-populations-mise-en-pratique-et-retour-d-experiences-pluridisciplinaires-r>

Quelques expériences présentées lors du séminaire :

- Santé, précarité, alimentation : le projet Papilles (Laurent Zelek et Anne Festa) ;

- Le partenariat entre chercheurs et acteurs de terrain pour le dépistage du VIH : l'exemple du protocole de recherche ANRS-DRAG (Marie Suzan-Monti) ;

- En recherche interventionnelle, les acteurs communautaires sont-ils les acteurs de l'intervention et/ou acteurs de la recherche ? Comment faire converger les démarches ? (Jean-Marie Legall) ;

- Facteurs sociodémographiques et attitudes envers l'alimentation associés à la consommation de fruits et légumes dans une population à faible revenu (Hélène Bihan).

● **Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Institut de la santé publique et des populations (ISPP), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC).** *Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations de l'ISPP des IRSC et l'ISPC de l'ICIS.* Montréal : 2011.

EN LIGNE : <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/43472.html>

● **Kothari A., Edwards N., Yanicki S., Hansen-Ketchum P., Kennedy M.A.** *Modèles socio-écologiques : renforcement de la recherche interventionnelle dans le contrôle du tabac.*

Drogues, santé et société, vol. 6, n° 1, 2007 : p. 337-364.

EN LIGNE : <http://www.erudit.org/revue/dss/2007/v6/n1/016952ar.pdf>

AGENDA 2013

• Appel à projet 2013 INCa et IReSP

L'INCa et l'IReSP lancent un appel à projet portant sur la recherche en prévention primaire et la recherche interventionnelle en prévention. Cet appel vise à renforcer notre capacité collective à décrire, mesurer et comprendre les mécanismes de production de la santé, mais aussi à identifier, tester et mettre en place des interventions efficaces en santé publique. Le 27 septembre 2013, une journée d'accompagnement de cet appel à projets est organisée à Paris. L'objectif est notamment de réunir les porteurs de futurs projets – équipes de recherche, acteurs de terrain, décideurs de santé publique. Ce temps d'échange portera sur les enjeux de la prévention primaire, les approches méthodologiques et la formation d'éventuels partenariats.

Pour plus de détails :

<http://www.canceropole-idf.fr/fr/appele-a-projet/inca-iresp-recherche-en-prevention-primaire>

● **Congrès ADELFF-SFSP « Santé Publique et Prévention »** du 17 au 19 octobre 2013 à Bordeaux.

Extraits de la présentation du congrès : « *S'il manque aujourd'hui en France, une loi de santé publique érigeant la prévention et la réduction des inégalités de santé au rang de priorité nationale, beaucoup de réalisations concernant la production de connaissances ou d'actions, à tous les niveaux du système de santé, existent cependant et demandent à être valorisées. Un constat tarde toutefois à s'imposer : la recherche en santé publique est beaucoup moins développée en matière de recherche interventionnelle. [...]* ». L'objectif principal de ce congrès est donc d'intensifier les échanges entre tous les acteurs de la prévention de ce pays et du monde francophone, qu'il s'agisse de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, individuelle ou collective : chercheurs en santé publique ou en sciences humaines et sociales, représentants institutionnels, acteurs de proximité, professionnels ou associatifs, œuvrant dans le champ de l'environnement, des comportements ou du soin. L'enjeu est de parvenir à comprendre ce qui a déterminé la situation décrite ci-dessus, pour faire en sorte qu'elle évolue favorablement, de confronter les données actuelles de la science aux expériences du terrain les plus prometteuses et de continuer à progresser ensemble par un échange exigeant et respectueux entre la connaissance et l'action.

Pour plus d'informations :

<http://adelf-sfsp-2013.sciencesconf.org/>

L'enquête Baromètre Santé menée par l'Inpes en 2010 permet, par la taille de l'échantillon des personnes interrogées, d'analyser les consommations de substances addictives selon le secteur d'activité.

Usage de substances psychoactives et milieu de travail

François Beck,

chef du département Enquêtes et analyses statistiques,

Romain Guignard,

chargé d'études et de recherche,

Christophe Léon,

chargé d'études et de recherche,

Colette Ménard,

chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé,

Jean-Baptiste Richard,

chargé d'études et de recherche, direction des Affaires scientifiques de l'Inpes.

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres Santé, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Le Baromètre santé 2010, par son large échantillon, offre la possibilité d'analyser ces comportements sur différentes catégories de populations. Le présent article traite des usages de substances psychoactives au sein de la population active et selon le secteur d'activité des personnes interrogées.

Usages de substances psychoactives au sein de la population active

Parmi la population active âgée de 16 à 64 ans, à l'instar de l'ensemble de la population, le tabac et l'alcool demeurent les produits les plus fréquemment consommés. Quatre personnes actives sur dix (40,6 %) déclarent fumer

ne serait-ce qu'occasionnellement, un peu plus d'un tiers quotidiennement (35,8 %), un quart fumant au moins dix cigarettes par jour. Après une certaine stabilité observée entre 2000 et 2005, la consommation de tabac apparaît, en 2010, en augmentation, en particulier chez les femmes de 45 à 64 ans. On peut notamment attribuer cette hausse à un effet générationnel (ces femmes appartenant à la première génération à être véritablement entrée dans le tabagisme). Par ailleurs le contexte politique a été davantage centré sur le tabagisme passif entre 2005 et 2010.

En ce qui concerne l'alcool, les résultats indiquent une diminution de la consommation quotidienne, tendance observée depuis plusieurs décennies. En revanche, certains autres indicateurs de consommations, tels que les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API, mesurée par le fait de boire six verres ou plus lors d'une même occasion) ou les ivresses déclarées, apparaissent en augmentation, concernant respectivement 40,9 % et 21,8 % des actifs sur les douze derniers mois en 2010.

L'usage de cannabis, que ce soit au cours de l'année (7,8 %) ou au cours du mois (4,4 %), apparaît stable depuis 2005, tandis que l'expérimentation a augmenté pour concerner 36,7 % des actifs. Des évolutions similaires sont observées en ce qui concerne l'usage de poppers ou d'ecstasy, avec stabilisation des consommations actuelles et augmentation des expérimentations. Le

L'ESSENTIEL

Entre 16 et 64 ans, le tabac et l'alcool sont les produits les plus fréquemment consommés par la population active.

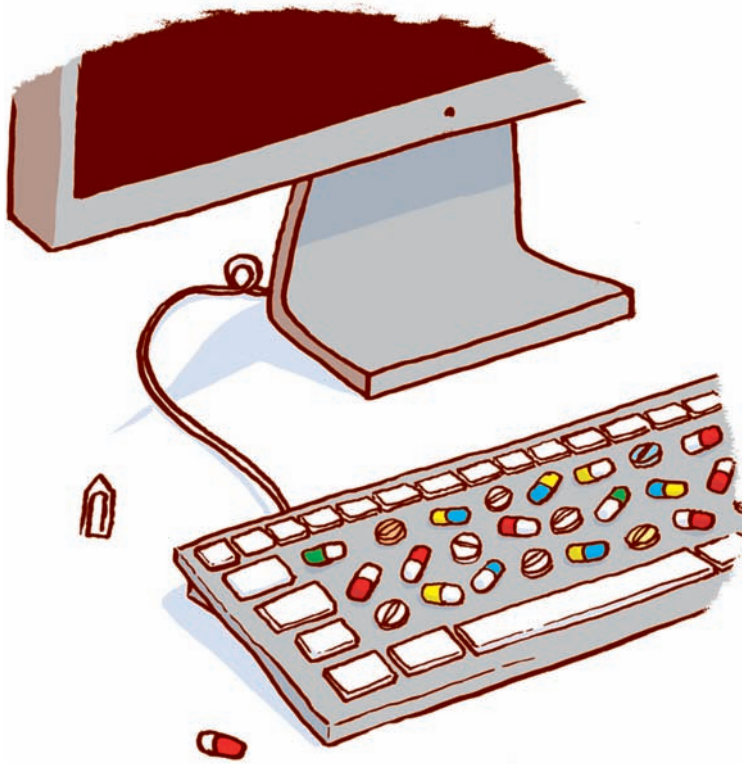
Entre 2005 et 2010, on relève une augmentation des épisodes d'alcoolisation ponctuels et, chez les femmes, de la consommation de tabac. L'usage au cours de l'année de cocaïne est en hausse, tandis que celui de cannabis, d'ecstasy et des poppers apparaît stable.

L'usage de substances addictives est lié à la situation professionnelle, ainsi les chômeurs présentent un profil de surconsommation de ces substances.

Certains secteurs d'activité présentent une part plus importante d'utilisateurs de substances psychoactives mais la nature des consommations diffère selon les secteurs professionnels observés.

développement de la consommation de cocaïne se confirme : son usage au cours de l'année parmi les actifs est ainsi progressivement passé de 0,3 % en 2000 à 0,9 % en 2010, et son expérimentation de 2,0 % à 4,3 % (sont en jeu : une plus grande disponibilité du produit, une relative baisse des prix, mais aussi sa démocratisation au sein de populations jusque-là peu concernées...).

Les chômeurs présentent, quant à eux, un profil de surconsommation de substances psychoactives : 51,1 % (vs 33,5 % chez les actifs occupés)



consomment du tabac régulièrement, 15,1 % (vs 7,9 % chez les actifs occupés) présentent une consommation d'alcool à risque chronique ou de dépendance, au sens du test Audit-C. La prévalence de l'usage actuel de cannabis (dans l'année) est de 15,2 % (vs 6,7 % chez les actifs occupés) et l'expérimentation de drogues illicites (autres que le cannabis) est plus élevée quel que soit le type de drogue. En outre, pour certains comportements (consommation d'alcool à risque chronique, consommation de cannabis, etc.), les évolutions observées, depuis 2005, s'avèrent plus défavorables parmi les chômeurs que parmi les actifs occupés, semblant indiquer que les politiques de prévention menées ont eu relativement moins d'impact sur les populations précaires, dans un contexte de crise économique.

Usages de substances psychoactives dans certains secteurs de travail

Le Baromètre santé 2010 confirme que certains secteurs professionnels présentent une part plus importante d'usagers de substances psychoactives. Ainsi, les consommations quotidiennes d'alcool sont particulièrement fréquentes dans les secteurs de l'agriculture et de la construction, des API et des ivresses se rencontrant plutôt dans les métiers de l'industrie, la res-

tauration, l'information/communication, ainsi que les arts et spectacles.

L'usage de tabac s'avère plus fréquent dans l'industrie, la construction, les activités de commerce, la restauration. La consommation de cannabis est particulièrement observée dans la construction, la restauration et de manière encore plus prononcée dans les arts et spectacles (16,6 % de consommateurs dans l'année vs 7,8 % dans l'ensemble). Enfin, l'expérimentation d'autres drogues illicites (cocaïne, ecstasy, poppers, champignons hallucinogènes) présente également quelques spécificités : le milieu de la construction apparaît plus souvent expérimentateur de cocaïne et de champignons hallucinogènes, tandis que les milieux de la restauration, de l'information/communication et des arts et spectacles se révèlent particulièrement polyconsommateurs.

Se démarquent également quatre secteurs d'activités, dont les consommations sont significativement plus faibles que le reste des actifs pour la quasi-totalité des substances : l'administration publique, l'enseignement, le milieu de la santé humaine, de l'action sociale et les activités de services des ménages.

Toutefois, les analyses par secteur d'activité sont à interpréter avec précaution, du fait du caractère fortement

sexué de certains d'entre eux (par exemple, la construction compte 90 % d'hommes et la santé/action sociale 83 % de femmes) et des différences de consommation de certaines substances selon le genre déjà bien connues. Cependant, en se focalisant sur les hommes, on observe bien une surconsommation dans les secteurs de l'agriculture et de la construction notamment.

Usages identifiés comme liés au travail ou à la situation professionnelle

Plus du tiers des fumeurs réguliers (36,2 %), 9,3 % des consommateurs d'alcool et 13,0 % des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leurs consommations à cause de problèmes liés à leur travail ou à leur situation professionnelle au cours des douze derniers mois. Le renforcement de ces conduites addictives est significativement plus important chez les chômeurs que chez les actifs occupés : 48,3 % des chômeurs déclarent avoir augmenté, au cours des douze derniers mois, leur consommation de tabac (vs 33,3 % des actifs occupés), un sur cinq (20,2 %) sa consommation d'alcool (vs 7,5 %) et plus d'un quart (26,1 %) celle de cannabis (vs 9,7 %).

Par ailleurs, il est à noter que 16,4 % des actifs occupés ayant une consommation au moins occasionnelle d'alcool

déclarent avoir consommé de l'alcool sur leur temps de travail (hors repas et pots) au moins une fois au cours des douze derniers mois, les hommes significativement plus que les femmes (18,9 % vs 10,3 %), et 40,0 % avoir consommé de l'alcool à la sortie du travail, entre collègues (43,0 % des hommes et 32,6 % des femmes).

Quelques éléments de compréhension

Les liens entre secteurs d'activité et pratiques addictives renvoient à plusieurs dimensions : les dimensions culturelles (tel secteur est plus propice à tel type de consommation, avec parfois une véritable socialisation professionnelle liée au produit, l'alcool notamment) ; des pratiques qui sont de l'ordre du rituel (casse-croûte alcoolisé, y compris en matinée, bière et vin le midi, pots divers, *afterwork*, etc.), ainsi qu'une dimension de souffrance au travail, avec les substances psychoactives qui peuvent devenir une sorte de béquille. Il y a également une dimension de recherche de la performance qui peut être assimilée à une forme de dopage. Cela va impliquer des produits comme les amphétamines ou, de plus en plus souvent, la cocaïne qui est, en plus, envisagée comme un booster de créativité. Notons enfin que les postes à forte contrainte (poste de sécurité par exemple) sont les plus consommateurs de substances.

L'exercice d'une activité professionnelle reste globalement un facteur de protection des conduites addictives. Ainsi, au même titre que d'autres caractéristiques du passage à l'âge adulte, telles que l'installation en couple ou la naissance du premier enfant, l'entrée dans le monde du travail semble être l'occasion d'une réduction des consommations pour une majorité des individus usagers au cours de leur jeunesse. ■

1. Les femmes enceintes ont été exclues de l'analyse portant sur la consommation d'alcool dans la mesure où les questions qui leur étaient posées étaient différentes.

BIBLIOGRAPHIE

- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (Audit): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*, 1993, vol. 88, n° 6 : p. 791-804.

- Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. The audit alcohol consumption questions (Audit-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 1998, vol. 158, n° 16 : p. 1789-1795.

En ligne : <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208954>

- Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In: Tremblay M.-E., Lavallée P., El Hadj Tirari M. dir. *Pratiques et méthodes de sondage*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2011 : p. 310-314.

- Fontaine A., Fontana C. *Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*. OFDT, 2003 : 166 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap03/epxfaj.html>

- Fontaine A. Usages de drogues et vie professionnelle. Recherche exploratoire. *Tendances*, décembre 2002, n° 25 : 4 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxafic.pdf>

- Labat L., Dehon B., Lhermitte M. Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Annales de toxicologie analytique*, 2004, vol. 16, n° 4 : p. 269-274.

En ligne : www.ata-journal.org/articles/ata/pdf/2004/04/ata20044p269.pdf

- Devos C., Masson N. Conduites addictives et travail : enquête nationale chez les chauffeurs affiliés à la Mutualité sociale agricole. Actes du 29^e congrès national de médecine et santé au travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2006, vol. 67, n° 2 : p. 212.

- Ménard C., Léon C. Activité professionnelle et santé. Quels liens ? In: Beck F., Guibert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportement de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres Santé, 2007 : p. 414-444.

En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf

- Beck F., Legleye S., Spilka S. Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. In: Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 168-221. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf

- Beck F., Legleye S., Maillochon F., de Peretti G. Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives. *Médecine/Sciences*, 2010, vol. 26, n° 1 : p. 95-97.

En ligne : www.medecinesciences.org/articles/medsci/pdf/2010/02/medsci2010261p95.pdf

« Saisir l'opportunité de la visite médicale du travail pour aborder la question de la consommation de l'alcool »

**Entretien avec
Gérald Demortière,**
médecin du travail, coordinateur,
Ametif Santé au Travail.

La Santé en action :

Comment réagissez-vous à l'enquête de l'Inpes sur l'usage des substances psychoactives en milieu de travail ?

Gérald Demortière: Le premier constat est l'effet protecteur du travail par rapport à l'utilisation des substances psychoactives puisque l'on constate une consommation plus forte chez les personnes en situation de chômage ou de précarité.

Un autre résultat est à pointer : 16 % des actifs ayant une consommation au moins occasionnelle d'alcool déclarent avoir consommé sur leur temps de travail, hors repas et pot, et donc dans la journée à une heure non attendue. C'est une situation potentiellement à risque qui doit retenir notre attention : quel type d'alcool consomment-ils et pourquoi ? Il serait intéressant de creuser ce résultat. Rappelons que le Code du travail demeure « laxiste » en la matière puisqu'il nous laisse encore la possibilité de consommer vin, bière, cidre et poiré au travail...

S.A. : Comment amorcer une démarche de prévention face à ces consommations à risque ?

G.D. : Les intervenants en santé au travail doivent prendre le problème à bras le corps, ne pas se focaliser uniquement sur les personnes en situation de dépendance, qui représentent moins de 1 % des salariés en ce qui concerne

l'alcool, mais s'intéresser aussi aux consommateurs dits à risque. Ces derniers, sept fois plus nombreux que les dépendants en entreprise, ont un niveau de consommation tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en France, susceptible d'induire des dommages à court ou moyen termes. Quand on fait de la prévention collective en entreprise, on s'intéresse à tous les acteurs, des cadres de direction aux opérateurs de terrain. Il nous faut donc contribuer à ouvrir le dialogue sur la consommation des produits psychoactifs – licites ou illicites – de la même façon et avec tous.

Lorsque j'anime des sessions de sensibilisation auprès des adhérents entreprises, je plante le décor en citant les propos du professeur Penneau-Fontbonne sur les modalités de consommation. Elle résume en catégorisant trois modes : j'importe, j'acquière, je m'adapte¹. Il est utile de se poser cette question pour les 16 % d'actifs cités plus haut : consomment-ils pour s'adapter à leur situation de travail ? Dans ce cas l'alcool est-il une béquille ? Un outil pour se détresser ? Un soutien stimulant ? Un produit qui va permettre de « tenir » avec, en filigrane, du risque psychosocial dans l'entreprise.

Pour revenir à l'enquête de l'Inpes, on constate que les actifs ont accepté facilement de répondre sur ce sujet. Ceci ne me surprend pas, car j'ai l'habitude, en tant que médecin du travail, de questionner systématiquement les salariés sur leur consommation. Cela fonctionne si on leur ouvre la porte du

dialogue et de l'échange, sous le sceau du secret professionnel. Dans ce contexte non jugeant et non confrontant, nombre de salariés se livrent facilement.

S.A. : Dans cette approche de prévention, a-t-on besoin d'un dépistage biologique ?

G.D. : L'ouverture au dialogue doit prévaloir. En dehors d'une situation de dépendance, l'utilisateur n'a aucune réticence à parler de sa consommation. Il suffit de poser la question, celui qui consomme sait, il ne s'agit pas d'une affection inconnue comme dans le cadre du dépistage d'un cancer ou d'un diabète. Le dialogue est la bonne entrée pour travailler en confiance avec le salarié, plutôt que de lui proposer un dépistage, façon de lui dire : « je vais tout savoir sur vous puisque je vais vous dépister biologiquement ».

S.A. : L'instauration du dialogue est donc la voie prioritaire ?

G.D. : Absolument, et les recommandations pour la pratique clinique sur le « Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel », rendues publiques le 20 mars 2013 par la Société française d'alcoologie, et cosignées par la Société française de médecine du travail, nous le confirment². Les experts recommandent en effet le repérage « clinique » avec une approche systématique par le dialogue en face-à-face en utilisant, par exemple, des questionnaires validés d'évaluation. Il faut donc que chaque intervenant santé – médecin ou infirmier santé au travail,

ce dernier est le nouvel acteur du champ qui monte en puissance progressivement – se saisisse de ce moment privilégié qu'est la visite médicale du travail ou l'entretien infirmier pour échanger sur ce sujet. Et nous avons dans ce cas de vraies bonnes surprises, y compris avec des salariés occupant des postes de sécurité avec qui l'on peut mener des échanges en confiance sur ce thème jugé tellement tabou par les intervenants santé eux-mêmes. À ce moment précis où s'instaure le dialogue, nous devons profiter de notre statut d'expert (médical, paramédical) pour échanger avec cet autre « expert » qu'est le salarié, expert de sa propre vie et de ses relations aux produits, pour l'inviter, via un repérage précoce et une intervention brève de type motivationnel, à réduire sa consommation. Lui seul peut en décider. Le professionnel ne doit pas formuler une injonction mais proposer et suggérer.

S. A. : L'intervention brève alcool donne-t-elle des résultats probants ?

G.D. : L'étude EIST a clairement démontré que le repérage précoce et l'intervention brève étaient efficaces : 50 % des salariés consommateurs à risque se sont retrouvés en dessous des seuils de risque à un an [1, 2]. C'est particulièrement vrai pour les jeunes et les femmes. Sur le plan de la santé publique, il est donc intéressant de ne pas s'en priver. Et donc de ne pas se précipiter sur le dépistage biologique, lequel peut par ailleurs être utile dans des situations aiguës pour confirmer un état d'imprégnation.

S. A. : Comment l'intervention brève fonctionne-t-elle ?

G.D. : L'intervenant santé effectue un repérage clinique, c'est-à-dire échange avec le salarié sur sa consommation déclarée ou/et via un questionnaire standardisé et validé³, de façon à évaluer le niveau du risque. Si le salarié est dans une consommation à risque, une intervention brève est délivrée, elle cherche à susciter chez le salarié l'envie de réduire sa consommation. Cette intervention ne dure pas plus de dix minutes, elle repose sur une technique précise qui s'acquiert via une formation pratique avec mises en situations. L'intérêt pour les professionnels intervenants santé et travail à se former est évident⁴.

S. A. : Si cette stratégie de prévention fonctionne, pourquoi n'est-elle pas davantage répandue ?

G.D. : Il y a 6 800 médecins du travail en France, environ 8 % d'entre eux sont formés au repérage précoce et à l'intervention brève. Ce pourcentage est plus faible encore chez les infirmiers du travail car c'est une profession nouvelle. Il y a donc effectivement un effort considérable à mettre en œuvre pour former ces professionnels. Le principal obstacle est le manque de formateurs en lien avec l'aspect du financement de ces formations.

Dans ce champ, le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer, mais rappelons que le médecin du travail a une position de préventeur naturel car il voit des personnes qui ne consultent pas leur médecin traitant, en particulier les jeunes. Ainsi, le tiers de la population salariée suivie ne consulte pas un autre médecin que celui du travail sur l'année.

L'Inpes a récemment publié un ouvrage qui reprend une enquête menée auprès de 750 médecins du travail [3] et dont les résultats sont particulièrement éclairants : en 2009, près de 90 % des médecins du travail interrogent systématiquement le salarié sur sa consommation de tabac et ils ne sont que 46 % à le faire sur la consommation d'alcool. Or, seul l'alcool a des répercussions sur le plan sécuritaire en milieu de travail. Il nous faut donc faire changer les représentations pour « décomplexer » les intervenants par rapport à l'approche de la problématique alcool.

S. A. : Et les consommateurs en situation de dépendance ?

G.D. : La problématique est autre car ils ne répondent pas à l'intervention brève. Pour eux, nous devons activer nos réseaux de proximité : adresser au médecin traitant ou à une consultation spécialisée d'addictologie comme celles que l'on trouve au sein des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa). Ces salariés représentent environ 1 % des actifs. Rappelons que les consommateurs à risque représentent quant à eux près de 7 % des actifs. Enfin, il nous apparaît par ailleurs indispensable que chacun des intervenants santé se pose la question

L'ESSENTIEL

- ▶ Les médecins du travail sont en première ligne, avec les généralistes, pour la prévention de l'alcool en situation professionnelle.
- ▶ Le repérage et l'intervention de ces professionnels ont démontré leur efficacité, la démarche aide les personnes à réduire leur consommation.
- ▶ Il reste toutefois à former en masse les professionnels – médecins et infirmiers du travail en premier lieu – afin que la prévention puisse être efficace.

de sa propre relation aux produits – et l'alcool en particulier – pour faire évoluer sa pratique et s'engager pleinement dans la démarche préventive telle que préconisée dans la loi du 20 juillet 2011 qui missionne les services de santé au travail dans la prévention des risques liés à la consommation d'alcool et de drogues en milieu de travail. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. Les modalités de consommation sont à mettre en lien avec trois mécanismes possibles : importation (consommation dans la vie privée débordant à terme sur le travail), acquisition (à l'occasion de « pots », repas d'affaires, faisant partie intégrante de la culture du métier en facilitant le lien social ou la production), adaptation (automédication pour tenir au travail, dopage pour être performant).
2. Recommandations accessibles en ligne sur les sites Internet de ces deux sociétés.
3. Questionnaires Audit et Face, validés par des études épidémiologiques, notamment en France.
4. Formation sur deux jours, notamment proposée par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Demortière G. Étape 1 – Passe d'entrée : le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB). *Le Concours médical*, 2013, tome 135, n° 1 : p. 25-31.
- [2] Michaud P., Kunz V., Demortière G., Carré A., Lancrenon S., Ménard C., et al. *Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail. Premiers résultats de l'étude EIST*. Saint-Denis : Inpes, coll. Évolutions, 2008, n° 14 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1112.pdf>
- [3] Ménard C., Demortière G., Durand É., Verger P., Beck F., dir. *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 189 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1384.pdf>

Ce long métrage est une ode à l'acceptation de soi, soulignant l'importance de se détacher des identités assignées de l'extérieur, sans jugement de valeur qui affirmerait qu'une voie est meilleure qu'une autre.

Les Garçons et Guillaume, à table !

Un film de Guillaume Gallienne

France, 2013, 1 h 25

Catherine Lemaire,
animatrice,
Michel Condé,
docteur ès lettres, animateur, Centre
culturel Les Grignoux,
Liège (Belgique).

Le film

Depuis sa plus tendre enfance, Guillaume est persuadé qu'il est naturellement une fille... Il est vrai que sa mère a sans doute favorisé ce malentendu en lui manifestant de multiples façons qu'elle le considérait comme une fille. Cette conviction va bien sûr poser, au fil des années, de plus en plus de problèmes à Guillaume, en particulier dans ses relations aux autres.

Le film de Guillaume Gallienne (tiré d'un spectacle théâtral) s'apparente ainsi à une espèce d'auto-analyse où, avec énormément d'humour, il retrace tout son parcours personnel qui se termine d'ailleurs par un étonnant *coming-out*...

À quels spectateurs est destiné le film ?

Cette comédie, qui comporte certainement une grande part autobiographique, s'adresse à un large public à partir de 14 ans environ.

Relations avec la problématique santé

Le cas de Guillaume peut paraître singulier, presque pathologique, mais la dimension comique et légèrement caricaturale du film permet précisément de dédramatiser les questions liées à l'identité et à l'orientation sexuelles du personnage principal. Plus largement, l'exercice d'auto-analyse auquel il se livre permettra sans doute à chacun



© DR

d'évoquer de façon indirecte des problématiques qui sont vécues très généralement sur un mode implicite et qui restent de fait non-dites.

Quelques pistes d'animation

Un bon point de départ pour la discussion pourra être la réflexion de Guillaume qui ouvre le film : « *Le premier souvenir que j'ai de ma mère c'est quand j'avais quatre ou cinq ans. Elle nous appelle, mes deux frères et moi, pour le dîner en disant : « Les garçons et Guillaume, à table ! » et la dernière fois que je lui ai parlé au téléphone, elle raccroche en me disant : « Je t'embrasse ma chérie » eh bien disons qu'entre ces deux phrases, il y a quelques malentendus.* »

Il s'agira donc dans un premier temps de retracer ces différents malentendus. L'on s'interrogera ensuite sur ce qui les a occasionnés. Enfin, nous verrons si ces malentendus, ces problèmes, ont été aplanis ou non, et par quels moyens.

En outre, il nous semble pertinent d'aborder dans un dernier temps l'aspect autobiographique du film, la manière

dont un individu peut se mettre en scène et la portée thérapeutique d'une telle distanciation créatrice, en particulier sous le prisme de la comédie.

Le « problème » de Guillaume : identité et orientation sexuelles

Une première remarque importante concerne la distinction entre identité sexuelle ou de genre et orientation sexuelle.

On entend par identité sexuelle le genre que s'assigne un individu ou que la société assigne à un individu. Dans la grande majorité des cas, l'identité sexuelle est soit homme, soit femme³. L'identité sexuelle peut être différente du sexe biologique d'une personne, ainsi des personnes transgenres dont l'identité sexuelle est en inadéquation avec leur sexe biologique et qui peuvent alors choisir de s'assumer en accord avec leur genre, choisissant ou non de subir une réassignation des organes sexuels.

L'orientation sexuelle n'a pas de lien direct avec l'identité sexuelle. Il s'agit de l'attraction d'un individu pour

Cinésanté

Les Garçons et Guillaume, à table !

des personnes du sexe opposé, du même sexe ou des deux sexes. Hétérosexualité, homosexualité et bisexualité sont donc les trois types d'orientations sexuelles.

Les théories du genre considèrent que l'identité sexuelle est un construit, ou découle d'une bonne part de construction sociale, tandis que l'orientation sexuelle, si elle peut avoir été influencée par des facteurs sociaux ou des événements précis dans la vie d'un individu, découle fondamentalement d'un désir, d'une émotion, d'un sentiment dont l'origine reste largement inconnue.

À partir de ces clarifications, pouvons-nous définir l'identité sexuelle et l'orientation sexuelle de Guillaume ? Et comment pouvons-nous étayer nos réflexions ?

Après discussion, une première constatation que les participants pourront avoir mis à jour est l'aspect « dynamique » ou changeant de l'identité et orientation sexuelles perçues par Guillaume lui-même, tandis que sa famille ne changera sa perspective sur lui qu'avec mauvaise grâce. En effet, Guillaume passera par plusieurs remises en questions successives avant de se définir comme un garçon hétérosexuel⁴, ce que sa mère aura des difficultés à comprendre⁵.

Comment Guillaume se voit lui-même...

Comme une fille

Guillaume embrasse, dans un premier temps, le genre féminin largement assigné par sa mère : il est une fille (tant qu'il est enfant, la question de son orientation sexuelle ne sera pas du tout abordée). Il fera donc tout pour correspondre à cette identité, en particulier en imitant scrupuleusement sa mère et les amies de celle-ci, dans leurs démarches, tons, discours et goûts. Il imitera si bien sa mère qu'il pourra d'ailleurs prétendre être cette dernière de manière crédible en plusieurs circonstances.

Guillaume valorise toute une série de comportements habituellement considérés comme « féminins » (comme l'attention aux vêtements ou à la gestuelle), tandis qu'il aura de l'indifférence, voire du dégoût, pour des comportements ou goûts généralement associés aux hommes (comme l'intérêt pour le sport).

Cela signifie-t-il que Guillaume est transgenre ? Ces premières considérations pourraient le laisser penser. Mais l'on voit rapidement qu'il n'en est rien. D'une part, la croyance est largement induite du dehors, par une mère à l'influence considérable, et l'on peut penser que, si Guillaume s'est approprié cette croyance, elle ne correspond pas au sentiment profond d'une inadéquation entre sexe et identité telle que la ressentent les transgenres. D'autre part, l'imitation (de la mère et des femmes en général) joue un rôle déterminant et sera poussée à un degré extrême, ce qui révèle, plus qu'une hypothétique nécessité identitaire d'être une fille, une prédisposition à « représenter » les autres, c'est-à-dire à jouer la comédie (ce qui est évident par le fait que Guillaume Gallienne est effectivement comédien).

Comme un garçon homosexuel

Dans une deuxième partie, Guillaume acceptera, avec un choc certes, mais sans sentiment de révolte, une identité de garçon (à nouveau induite du dehors par sa mère lors de leur discussion sur un garçon dont Guillaume est tombé amoureux). Ce sera alors la question de son orientation sexuelle qui se posera. Tant qu'il se considérait comme une fille, aimer un garçon ne suscitait aucune interrogation particulière, étant dans « l'ordre des choses ». À partir du moment où il s'accepte et se considère comme garçon, ne devient-il pas automatiquement homosexuel, parce qu'il est amoureux d'un autre garçon ?

Il fera alors diverses incursions dans le milieu homosexuel, dont il ne connaît cependant pas les codes. Il apparaîtra vite que là aussi il est en décalage, par rapport aux canons de beauté notamment (la scène de rencontre après échange sur internet et la déception très claire de son partenaire), aux codes comportementaux (il dénote dans la boîte de nuit) ou aux goûts supposés de la communauté gay (sa vue horrifiée d'un homme nu particulièrement bien membré). Ses tentatives se soldant par des échecs cuisants, il lui faudra envisager une autre « solution » quant à son problème.

Comme un garçon hétérosexuel

Ce n'est que tardivement, dans un final en forme de conclusion (tous les malentendus étant levés), que Guillaume



© DR

accepte enfin qui il est, s'avoue ses propres désirs et les assume. Si l'on peut penser qu'un gros travail d'auto-analyse aura préparé le terrain, le film nous montre cette acceptation de soi comme le résultat d'un choc émotionnel puissant : Guillaume est amoureux. Son identité n'est pas remise en question (il reste un garçon « sensible », « délicat »), c'est la nature de ses désirs qui s'éclaire. Il aime une femme et se sent heureux.

Le rappel des étapes du parcours de Guillaume, éclairé par la distinction entre identité et orientation sexuelles, permet ainsi de montrer que le film est une ode à l'acceptation de soi, soulignant l'importance de se détacher des identités assignées de l'extérieur, sans jugement de valeur qui affirmerait qu'une voie est meilleure qu'une autre.

Comment les autres voient Guillaume...

Structure familiale et origine du problème

Si Guillaume effectue une importante remise en question par rapport à lui-même, il semble que son environnement familial soit beaucoup moins disposé à le faire.

Dès le début du film, alors qu'il est encore vraisemblablement un « petit enfant » (même si Guillaume Gallienne adulte joue son personnage à tous les âges de la vie), on constate que sa mère le prend pour une fille et que c'est le regard qu'elle porte sur lui qui détermine son identité sexuelle, celle d'une fille.

Mais, si pendant l'enfance sa mère peut l'éduquer comme elle éduquerait vraisemblablement une fille, lors de l'adolescence cela ne peut plus convenir, et sa mère opérera alors un glissement qui va de « garçon efféminé » à « homosexuel ».

Son père et ses frères ont quant à eux sans doute toujours fait cette confusion. Ainsi, lors d'une scène marquante entre Guillaume et son père dans la salle de bain, ce dernier – d'habitude une des rares personnes qui, en entendant seulement la voix Guillaume, ne le confond pas avec sa mère, c'est à dire sa propre femme – fera cette fois la confusion. L'interprétation de Guillaume – « Papa a compris que je suis une fille ! » – est erronée, mais le père, déstabilisé, se rendant compte de l'importance de la « féminité » de son fils, en conclut seulement que son fils est homosexuel. Après un nouvel épisode – il le surprend en train de jouer à Sissi Impératrice – il décidera, en pure perte, « d'inverser la tendance » et de « l'endurcir » en l'envoyant en internat.

Ses frères sont quant à eux beaucoup plus directs, et, lors des quelques scènes dans lesquelles ils apparaissent, ils font allusion explicitement au fait que leur frère est une « tapette ».

L'entourage proche fait ainsi la confusion entre identité et orientation, et cette confusion sera transmise à Guillaume lui-même. Le contexte familial apparaît donc comme largement responsable de ses troubles identitaires: s'il n'avait pas été catégorisé de cette façon dès le plus jeune âge, on peut supposer qu'il se serait construit très différemment et n'aurait peut-être pas eu à passer par des phases de grande remise en question.

Contexte social

Si son cercle familial le catégorise toujours comme un garçon efféminé et, de façon erronée, comme homosexuel, on remarque que le contexte social (au sens large) ne le déterminera pas systématiquement comme tel. Ce dernier jouera tour à tour un rôle de renforcement ou d'effacement de son identité ou de son orientation supposées, car il y sera vu en effet de manière tout à fait différente. Ces divergences sont ainsi des preuves que le contexte social dans lequel on grandit joue un rôle

essentiel dans la vision que l'on a de soi-même et dans la construction de son identité propre.

Ainsi, lors de son séjour en Espagne, on propose à Guillaume d'apprendre une danse locale, mais, sans qu'il s'en rende compte à danser comme une fille, et non comme un garçon, même si rien ne distingue objectivement ces façons différentes d'entrer dans la danse...

A contrario, lorsqu'il sera envoyé en pensionnat en Angleterre, il s'y sentira beaucoup plus à l'aise, parce que des traits considérés en France comme « féminins » y sont perçus seulement comme « originaux ». Les autres ne verront donc en lui qu'un garçon raffiné, sans « problème », et, pour la première fois, il se sentira accepté et « normal ».

La narration de soi comme élément de thérapie

Même si Guillaume (le personnage du film) résout son problème identitaire et d'orientation comme le contrecoup d'une émotion forte – l'amour – qui vient bousculer puis contredire ses croyances sur lui-même, on peut penser que Guillaume (l'acteur/réalisateur) poursuit ou approfondit à travers son film un travail de retour sur soi, d'analyse de lui-même à travers la mise en scène distanciée de sa propre expérience. Un tel travail permet sans aucun doute de mettre en lumière les « dysfonctionnements » de son parcours personnel.

Ce travail de distanciation, loin de se cacher sous le masque de la fiction, est affirmé comme tel à plusieurs reprises, ce qui ne signifie pas néanmoins que l'ensemble soit entièrement basé sur des « faits »: au contraire, le grossissement comique des traits des personnages souligne très clairement la part de réinterprétation que comporte le film.

Mais l'aspect le plus significatif de ce retour sur sa propre expérience consiste sans doute dans le choix du réalisateur d'interpréter son propre rôle à tous les âges de sa vie, sans avoir recours à un acteur enfant pour jouer son rôle d'enfant. Dans la même perspective, on ne peut qu'admirer la performance de Guillaume Gallienne

L'ESSENTIEL

▣ Situé en Belgique, le Centre des Grignoux propose notamment aux enseignants et aux éducateurs des analyses de films qui peuvent faire l'objet d'un travail avec les adolescents de niveau collège ou lycée¹.

▣ L'un des objectifs est d'aborder ainsi, via une discussion ouverte, des questions centrales à l'adolescence, avec des professionnels médiateurs: faits de société, questions éthiques, sexualité, amour, relations garçons-filles, etc.

▣ Le film *Les Garçons et Guillaume, à table !* permet notamment, sous le prisme de l'humour, d'aborder la différenciation entre identité sexuelle ou de genre et orientation sexuelle.

qui interprète son propre rôle (d'enfant ou d'adolescent) mais également celui de sa mère !

Même s'il serait absurde de demander à chacun une telle performance, l'exercice imaginaire consistant à réinterpréter son parcours personnel comme celui de ces proches ne manque sans doute pas pour beaucoup d'entre nous d'un certain intérêt ni d'un certain piquant ! ■

1. <http://www.grignoux.be>

2. Sortie en France et en Belgique à partir de novembre 2013.

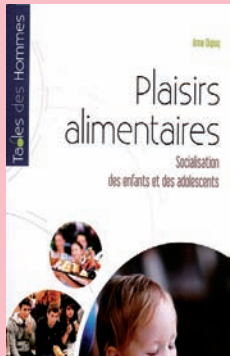
3. Une troisième catégorie de personnes, représentant d'après différentes études jusqu'à 1 % de la population, se définissent comme « intersexe », soit un mélange de caractéristiques biologiques et génétiques masculines et féminines à des degrés divers. Leur identité sexuelle intersexe découle de leur sexe biologique.

4. Mâle hétérosexuel étant un étalon majoritaire, il est généralement considéré comme « naturel », c'est à dire ne relevant pas ou peu d'une construction sociale. *Les garçons et Guillaume, à table !*, en faisant justement ressortir l'aspect construit de l'identité et la complexité de l'orientation, met sur un pied d'égalité les différentes identités et orientations, l'aspect caricatural et comique de l'ensemble aidant largement à identifier les stéréotypes.

5. Ainsi un des derniers dialogues du film dans lequel Guillaume annonce à sa mère « Amandine et moi allons nous marier ! », à quoi sa mère rétorque « Avec qui ? ». Outre l'effet indéniablement comique de la réplique, il s'agit là d'une incapacité pour la mère de considérer Guillaume comme un garçon hétérosexuel.

Plaisirs alimentaires. Socialisation des enfants et des adolescents.

Anne Dupuy



Anne Dupuy est maître de conférences en sociologie de l'alimentation à l'Institut supérieur du tourisme, de l'hôtellerie et de l'alimentation (Isthia) – Centre d'étude et de recherche travail organisation pouvoir (Certop), UMR 5044 de l'université de Toulouse 2. Elle consacre cet ouvrage à la place du plaisir dans le processus de socialisation infantine.

Elle décrit d'abord le mécanisme de socialisation des enfants et des adolescents, puis examine la question de la relation affective à la nourriture pour analyser le lien entre ces deux éléments. L'auteur s'est basé sur une méthodologie rigoureuse et documentée de collecte des données, mais a néanmoins dû faire face à une difficulté d'analyse intrinsèque au sujet : le plaisir alimentaire se trouvant à la frontière entre les dimensions biologique et culturelle. Il relève à la fois de l'expérience personnelle et de dispositions socio-culturelles et est aussi constitutif de l'identité que de la socialisation de l'individu.

Cette recherche conclut à l'attachement des Français au modèle alimentaire traditionnel de la commensalité (partage du repas avec des proches). Il insiste sur la notion de transmission verticale des pratiques alimentaires notamment parentales et familiales. En cas de défaut de transmission, on constate cependant que le modèle « traditionnel commensal » subsiste chez les enfants et les adolescents. L'auteur établit un lien direct entre plaisir et commensalité mais aussi convivialité ; toutefois, il signale un décalage important concernant le type d'aliments désignés comme procurant du plaisir, ce qui relèverait plus du choix individuel que de la sphère sociale.

Céline Deroche

Tours, Rennes : Presses universitaires François Rabelais / Presses universitaires de Rennes, coll. Tables des hommes, 2013, 510 p., 24 €.

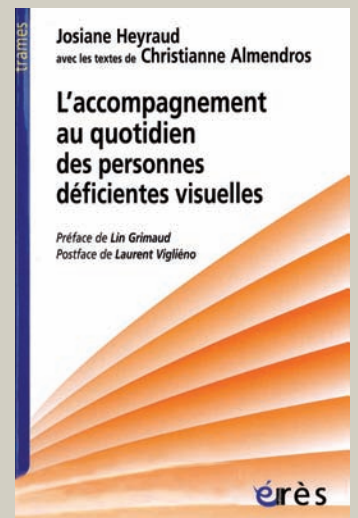
L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles

Josiane Heyraud, avec les textes de Christiane Almendros

Josiane Heyraud a un parcours d'éducatrice spécialisée, d'institutrice et de formatrice en autonomie de la vie journalière (AVJ). Cette spécialiste de la compensation sensorielle invite dans cet ouvrage à comprendre le fonctionnement spécifique du déficit visuel, dans le but de proposer une aide adéquate aux personnes concernées : déficients visuels mais aussi aidants familiaux ou professionnels. En effet, dans le cas de déficiences visuelles de naissance, la capacité d'acquisition par mimétisme visuel n'est pas envisageable et relève alors souvent de vérités de personne voyantes. L'apprentissage de compensation sensorielle a pour objectif majeur de limiter l'aide d'autrui, d'encourager la confiance en soi et de donner des clés pour une liberté d'agir. Ce processus de suppléance visuelle permet ainsi de s'affranchir de mécanismes de contrôle au profit de gestes quotidiens plus automatiques, et qui par conséquent libèrent l'individu au profit d'autres objectifs ou activités. Cette approche originale est également indiquée dans le cas de cécités acquises. Les réponses techniques sont adaptées en conséquence selon l'âge ou le style de vie, les professionnels de l'AVJ fournissant les moyens de faire face au quotidien et de ne pas se couper de ses activités antérieures.

Céline Deroche

Toulouse : Érès, coll. Trames, 2013, 227 p., 14 €.



Salle de shoot. Les salles d'injection supervisée

Pierre Chappard,
Jean-Pierre Couteron



Préfacé par Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), cet ouvrage retrace l'historique des débats sur la réduction des risques en France, depuis l'adoption de la loi du 31 décembre 1970 qui pénalise l'usage de stupéfiants, loi que les auteurs qualifient de « péché originel ». Écrit peu de temps avant le feu vert donné par le gouvernement à l'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques à Paris, ce livre apporte sa pierre à l'édification d'un corpus de connaissances partagées pour les professionnels et le mouvement associatif. L'objectif des auteurs – Pierre Chappard est président de PsychoACTIF et coordinateur du Réseau français de réduction des risques et Jean-Pierre Couteron est psychologue, président de la Fédération Addiction – est de se saisir du débat sur les salles de consommation, afin de placer la politique de réduction des risques sur le devant de la scène, dans le but que la population en soit informée.

Olivier Delmer

Paris : La Découverte, coll. Les empêcheurs de tourner en rond, 2013, 201 p., 12,50 €.



Attraction – le manga

Un nouvel outil d'intervention pour la prévention du tabagisme auprès des jeunes

Pour lutter contre le tabagisme des jeunes, l'Inpes et le ministère chargé de la Santé ont lancé en 2010 un dispositif inédit de communication : le manga Attraction, expérience interactive uniquement accessible sur internet. En 2013, l'Inpes prolonge cette action en proposant aux acteurs du secteur de la jeunesse un nouvel outil d'intervention conçu autour de ce manga.

Composé d'un DVD permettant de réaliser l'expérience et d'un livret d'accompagnement, l'outil Attraction - le manga a pour but d'**aider les professionnels** du secteur de la jeunesse et tout adulte encadrant des jeunes de 11 à 18 ans à **construire et animer une session de**

prévention du tabagisme autour du manga.

À travers des éléments de connaissance synthétiques, le livret donne à l'animateur, les moyens de se forger une culture rapide sur la question du tabagisme et de préparer et animer la session ; il propose ensuite des pistes de débats centrés sur les grands thèmes abordés dans le manga afin de susciter des échanges et des questionnements de la part des jeunes sur leur rapport au tabac.



Attraction – Le manga peut être commandé sur le site de l'Inpes www.inpes.sante.fr

équilibres

www.inpes.sante.fr
inpes

Tous les mois, recevez Équilibres, la newsletter de l'Inpes.

➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...

➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.

➔ *Équilibres* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation

- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr



PARCE QUE LA VIE N'A PAS DE PRIX



NOUVELLE COUR - TBWACORPORATE - Illustration : A. Mahaut

Claudia TAGBO - PATSON
Djedje APALI - Phil DARWIN - FÉFÉ - Denis MARÉCHAL

TOI-MÊME TU SAIS 3

Une série de J.G BIGGS et Stéphane POCRAIN



NOUVELLE SAISON À DÉCOUVRIR SUR LASANTEPOURTOUS.COM



Réf. Revue : 125-42513-R