

Global Health Promotion

<http://ped.sagepub.com/>

Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France

Valéry Ridde and Anne Guichard
Global Health Promotion 2011 18: 47
DOI: 10.1177/1757975911412400

The online version of this article can be found at:
<http://ped.sagepub.com/content/18/3/47>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



International Union for Health Promotion and Education

Additional services and information for *Global Health Promotion* can be found at:

Email Alerts: <http://ped.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ped.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

Citations: <http://ped.sagepub.com/content/18/3/47.refs.html>

>> [Version of Record](#) - Aug 30, 2011

[What is This?](#)

Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France

Valéry Ridde¹ Anne Guichard²

Résumé : La promotion de la santé peine à faire la démonstration de sa capacité à réduire les inégalités sociales de santé. Cette recherche exploratoire utilise la démarche de l'*évaluation réaliste* pour identifier au sein de cinq actions, les mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. Des études de cas ont été effectuées à partir de cinq actions de promotion de la santé dans trois régions. Les données proviennent de 41 entrevues individuelles et de la documentation des actions. Les entrevues ont été conduites pour explorer une liste de 51 mécanismes candidats sélectionnés à partir de trois outils tirés de la littérature. L'analyse des données a été réalisée au moyen d'une analyse de contenu. Les mécanismes suivants ont été confirmés par cette étude empirique : implication de tous les partenaires clés, participation significative, valorisation des différents types d'apports et de savoirs, vision commune, leadership partagé, réflexion critique continue sur les processus et les résultats, mobilisation de ressources. Cette recherche exploratoire a permis de confirmer, par des données empiriques, l'existence de ces mécanismes spécifiques aux actions visant la réduction des inégalités sociales de santé selon le point de vue des acteurs. En même temps, elle a été en mesure de révéler de nouveaux mécanismes candidats dont l'exploration doit être poursuivie lors de nouvelles recherches. L'analyse montre cependant qu'il ne faut pas uniquement se focaliser sur les mécanismes mais aussi considérer largement le rôle des entrepreneurs politiques dans la réussite des actions. Cette recherche exploratoire montre que la démarche de l'*évaluation réaliste* est faisable, mais il conviendrait de la reproduire à une plus grande échelle pour accéder à l'ensemble des connaissances nécessaires à une compréhension plus exhaustive des mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. (Global Health Promotion, 2011; 18(3): 47–60)

Mot clés : évaluation, évaluation réaliste, mécanismes, inégalités sociales de santé

Introduction

Le développement des connaissances dans le domaine de la promotion de la santé a montré que la plupart des interventions qui ont réussi à améliorer la santé des populations dans leur ensemble, n'ont pas été en mesure de résorber les inégalités sociales

de santé (1) ou du moins d'en faire la démonstration (2). Il s'agit pourtant d'un objectif que se donne la promotion de la santé à travers ses actions (3) et sa Charte d'Ottawa. Dans les années 1990, les experts encourageaient la réalisation de devis expérimentaux pour y parvenir (4), mais le champ de la promotion de la santé s'est vite trouvé face à une impasse

1. **Correspondance à :** Département de médecine sociale et préventive, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) – Unité internationale, 3875 rue Saint Urbain, Montréal, QC, H2W 1V1, Canada. Email: valery.ridde@umontreal.ca
2. Direction des Affaires Scientifiques, Institut national de Prévention et d'Education à la Santé (INPES), 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, France.

(Cet article a été soumis le 18 mars 2010. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication en novembre 2010)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 18(3): 47–60; 412400 Copyright © The Author(s) 2011, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975911412400 <http://ghp.sagepub.com>

épistémologique (5,6). Comment, en effet, faire la démonstration de l'efficacité d'interventions aussi complexes et multisectorielles sans avoir recours aux devis expérimentaux peu appropriés dans de tels contextes ? C'est le défi que des chercheurs canadiens en promotion de la santé ont tenté de relever en mettant à l'épreuve une manière différente de réaliser des évaluations reposant sur l'approche *réaliste* (7,8). La présente recherche exploratoire s'appuie sur ces travaux précurseurs. Cet article vise à repérer les mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France déployés lors de projets de promotion de la santé, par l'intermédiaire de cinq études de cas réalisées dans trois régions.

Méthodologie

La stratégie méthodologique retenue est l'étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyses imbriqués (9). Les cas sont des actions de promotion de la santé et les niveaux d'analyses correspondent aux différents mécanismes que nous explicitons plus loin.

Cadre théorique

La recherche est de nature exploratoire car il s'agit à notre connaissance d'une des premières tentatives d'adaptation de l'approche de l'*évaluation réaliste* dans le contexte français avec une collecte de données primaires. Cette approche évaluative développée par Pawson et Tilley (10) stipule que pour rendre compte de l'efficacité d'une intervention, il faut être en mesure de relever les mécanismes causaux qui, dans un environnement donné, produisent des effets spécifiques. L'analyse de l'efficacité des interventions doit donc tenter de rendre compte de l'équation : $C(\text{ontexte}) + M(\text{écanismes}) = E(\text{ffets})$. Cette proposition de mise en évidence des récurrences CME intervient dans une tentative d'innovation méthodologique autour de l'évaluation d'actions formant des systèmes complexes et dont les modalités contextuelles et les jeux d'acteurs sont considérés comme faisant partie intégrante du déroulement de l'action et de ses résultats. Loin d'être *contrôlables*, ces données contextuelles nécessitent d'être mises au jour et pleinement (ré)investies dans le processus d'évaluation (11). Dans la perspective de Pawson et Tilley, c'est

la multiplication de la mise en évidence de ces récurrences CME et de leurs comparaisons qui permettra de construire des théories de moyenne portée, pour reprendre le terme de Merton, utiles pour comprendre les mécanismes d'action d'une intervention. L'ambition dans la présente recherche ne va pas jusque là. Nous sommes restés modestes dans ce premier essai en tentant d'identifier quelques mécanismes à partir d'actions sélectionnées en collaboration avec les acteurs institutionnels, tel que décrit plus bas.

Compte tenu du caractère exploratoire de notre démarche et de l'impossibilité de disposer de données empiriques sur les effets des interventions au plan de la réduction des inégalités sociales de santé, nous avons pris comme mesure d'effet la *perception de la réduction* des inégalités sociales de santé par les intervenants, soit la perspective émique (12). Ainsi, les informations collectées visent essentiellement à explorer la mise en œuvre de certains mécanismes.

Sélection des actions

Les interventions se déroulent dans trois régions françaises choisies pour représenter la diversité des situations régionales (taille, urbanisation, situation socio-économique). Les acteurs institutionnels régionaux ont été impliqués dans la sélection des interventions pour favoriser l'utilisation ultérieure des résultats au sein de la région. Pour des raisons de temps et de budget, la recherche a été restreinte à trois des 26 régions de France. En plus de la diversité régionale recherchée, le choix des régions a reposé sur le fait qu'elles aient été préalablement impliquées dans les problématiques d'évaluation des inégalités sociales de santé et que les partenaires aient manifesté une motivation certaine pour le projet, autant de facteurs propices à leur implication dans le processus. Les actions analysées ont été recherchées au sein des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et de tout autre dispositif dont les missions s'inscrivaient dans une problématique d'inégalités sociales de santé. Nous avons fait appel au point de vue des acteurs institutionnels régionaux en charge du suivi des actions pour juger de l'intérêt de quatre actions (par région) au regard des inégalités sociales de santé (n=12). Une fois

sélectionnées, ces actions ont été documentées sur la base d'une grille descriptive remplie par les promoteurs d'action. Les projets ont ensuite été étudiés par une équipe régionale multidisciplinaire constituée des principaux partenaires locaux impliqués sur les problématiques des inégalités sociales de santé et/ou d'évaluation des interventions. À l'aide d'une grille d'analyse dont le développement a été décrit ailleurs (13), ces équipes ont sélectionné par consensus une à deux actions sur la base de leur capacité à accroître notre compréhension du phénomène étudié, suivant ainsi la démarche d'étude de cas (14). On ne cherchait donc pas à identifier les *meilleurs* projets, mais plutôt des projets d'envergure ou d'ancienneté suffisante pour que l'on puisse dégager les mécanismes mis en œuvre.

Collecte des données

Des entretiens en profondeur

Quarante-et-un entretiens en profondeur d'une durée moyenne de deux heures ont été réalisés afin d'explorer une série de 51 mécanismes potentiels. Ces mécanismes ont été retenus à la suite d'une étude de trois instruments produits à l'occasion du projet européen sur les inégalités sociales de santé *Closing the Gap*, de la recherche canadienne précédemment discutée et de la grille Preffi des Pays-Bas (8,13,15). Compte tenu des forces et des limites de ces outils, le choix des mécanismes retenus dans l'analyse a reposé sur deux critères principaux. D'une part, des critères d'efficacité liés à toute intervention en promotion de la santé (16,17), et, d'autre part, des critères d'équité permettant de prendre directement en compte la dimension des inégalités sociales de santé (18). Ces mécanismes potentiels, ou théoriques (Tableau 1), ont ensuite été regroupés et présentés dans des sections traduisant les *étapes* (ou sous-processus) d'une intervention de promotion de la santé (planification, mise en œuvre, évaluation, pérennité) pour une plus grande lisibilité de la part des partenaires. À ces grandes étapes a été rajoutée une rubrique spécifique sur le renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*), connu comme une composante essentielle d'une intervention visant la réduction des inégalités sociales de santé et les mécanismes s'y référant intégrés (3). Comme il n'était pas possible d'approfondir l'exploration de tous les mécanismes compte tenu du temps et des moyens

disponibles, nous avons procédé à des entrevues centrées sur les mécanismes jugés par les parties prenantes comme étant les plus propices à l'efficacité des actions. Après avoir expliqué la démarche théorique sous-tendant cette recherche, nous demandions aux personnes de repérer et de décrire à partir de la grille au moins deux mécanismes qui leur semblaient avoir été les plus utiles dans le contexte de leur intervention. Puis, l'entrevue était orientée sur la perception des acteurs concernant les facteurs permettant que ce mécanisme soit présent, pourquoi, et comment fonctionnait-il.

Le nombre et le choix des personnes interrogées ont été effectués en fonction des moyens disponibles et de la capacité des acteurs à fournir des informations pertinentes sur les modalités d'action (19). Pour disposer d'un certain niveau de triangulation des informations, la répartition des personnes rencontrées a été effectuée selon trois groupes de personnes (20) : i) les *actants*, soit les intervenants participants à la mise en œuvre de l'action ; ii) les *réactants*, soit les bénéficiaires de l'action (identifiés par les actants) ; et iii) les *légitimants*, soit les responsables politiques ou administratifs régionaux concernés par l'action (élus locaux, coordinateurs de PRAPS par exemple) (Tableau 2).

Documentation concernant les actions

La documentation (protocoles, projets, évaluations, etc.) des différentes actions ainsi que celle des politiques de santé publique des trois régions concernées a été analysée (environ 5 documents analysés par action).

Analyse des données

Toutes les entrevues ont été réalisées par des sociologues ou anthropologues expérimentés. La majeure partie des entrevues a été menée en face à face, deux au téléphone. Toutes les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites intégralement dans un logiciel de traitement de texte. Chaque action, et son contexte régional, a donné lieu à une monographie réalisée par les professionnels ayant effectué les entrevues et les visites de terrain. Sur la base de ces monographies et des *verbatim* des entretiens, une analyse transversale a été produite au moyen d'une analyse de contenu (21).

Tableau 1. Mécanismes candidats des interventions de promotion de la santé visant la réduction des inégalités sociales de santé

1. Planification de l'action

Analyse du problème et des besoins

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

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

10. Le (s) différent(s) sous-groupe(s) cible(s) concerné(s) par la problématique des inégalités sociales de santé est(sont) clairement défini(s) et décrit(s) (ex : âge, sexe, formation, revenus, profession, situation professionnelle, langues écrites et parlées, zone de résidence, appartenance religieuse, environnement culturel, etc.)
11. L'action (ou certaines de ses modalités) vise les déterminants sociaux de la santé
12. L'action prend en compte différents niveaux d'action (individus, groupes, organisation, lieux de vie et société, politique)
13. L'action vise explicitement à réduire les inégalités sociales de santé
14. Les objectifs opérationnels sont cohérents avec l'analyse faite du problème des inégalités sociales de santé
15. Le choix de la stratégie d'action s'appuie sur des informations établies de façon rigoureuse (ex : rapports d'évaluation, articles scientifiques, revues de la littérature, méta-analyses, référentiels de bonnes pratiques) et potentiellement efficaces pour atteindre le(s) objectif(s) de l'action

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

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

(suite page suivante)

Tableau 1. (Suite)

	2. Mise en œuvre de l'action
<i>Organisation et pilotage du projet</i>	
21. Des mesures incitatives (ex : dédommagement du temps de travail, formations spécifiques, reconnaissance institutionnelle, diplômes/certificats de participation, etc.) ont été déployées pour encourager les intervenants à se mobiliser	
22. Des mesures incitatives (ex : formation certifiée, compensation financière, tickets restaurants, certificats de participations, etc.) ont été déployées pour encourager le(s) groupe(s) cible(s) à participer	
23. Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et les contributions du(des) groupe(s) cible(s) ont été utilisées ? (ex : comité des usagers, formations, etc.)	
24. Les rôles, tâches et responsabilités de tous les acteurs (partenaires, intervenants, et/ou public) impliqués dans l'action sont clairement définis	
25. Les responsables de l'action ainsi que les intervenants sont suffisamment qualifiés pour mener les activités/tâches exigées par le projet	
<i>Leadership</i>	
26. Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'action	
27. L'action tend à faire évoluer les capacités de leadership des intervenants et/ou du(des) groupe(s) cible(s)	
28. Le responsable de l'action est clairement identifié	
29. L'action a eu recours à une expertise régionale sur les inégalités sociales de santé	
<i>Adaptation et accessibilité de l'action au(x) public(s) cible(s)</i>	
30. Les outils/supports de communication sont adaptés aux différents sous groupes cible(s) de la population concernés par la problématique des inégalités sociales de santé	
31. Les contraintes économiques pour que le(s) groupe(s) cible(s) puisse(nt) participer ont été prises en compte	
32. L'accessibilité physique des actions (accès handicapé, distance) a été prise en compte	
33. Les sources de stigmatisation / discrimination (sexuelles, religieuses, culturelles, socio-économiques, etc.) ont été prises en compte	
	3. Evaluation
34. Un dispositif de surveillance / suivi de la mise en œuvre de l'action menant à des ajustements du processus d'intervention a été mis en place (fournir au moins un exemple)	
35. Les modalités de l'évaluation (devis, méthodes, questions, calendrier, etc.) de l'action ont été prévues dès l'étape de planification de l'action	
36. Les différents acteurs (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) concernés par le projet ont participé à la conception du plan d'évaluation	
37. Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la conception du plan d'évaluation	
38. Les différents acteurs (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) ont participé à la mise en œuvre de l'évaluation	
39. Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la mise en œuvre de l'évaluation	
40. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont été formulées de manière participative entre les <i>évaluateurs</i> et les <i>non évaluateurs</i> (ex : public cible, intervenants)	
41. Les indicateurs d'effets prennent en compte les sous-groupes de la population (désagrégation des indicateurs entre riches/pauvres, hommes/femmes, urbains/ruraux, entre catégories socioprofessionnelles, etc.)	
42. L'évaluation s'interroge sur d'éventuels circonstances ou effets secondaires imprévus ou contreproductifs (ex : accroissement des inégalités sociales de santé)	
43. Il existe une procédure de suivi des effets à long terme après l'achèvement de l'action permettant de connaître le maintien ou non des bénéfices (et/ou résultats) de l'action	

(suite page suivante)

Tableau 1. (suite)

4. Pérennisation	
44.	Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets à la suite de l'arrêt de l'action ont été prévues dès le début de la planification du projet
45.	Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'intervention
46.	Des risques organisationnels (recrutements, locaux, écriture de projets, etc.) ont été pris en faveur des activités de l'action
5. Capacité/pouvoir d'agir (<i>Empowerment</i>)	
47.	L'intervention vise à renforcer la capacité/pouvoir d'agir du(des) public(s) cible(s)
48.	Des activités sont entreprises pour favoriser la participation du(des) public(s) cible(s) (ex : comité des usagers, formation, guide pratique de la participation, etc.)
49.	Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences techniques (savoir-faire, capacités) des publics cibles et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet
50.	Des activités (ex : formations, jeux de rôle, groupes de parole, etc.) sont organisées pour développer l'estime de soi (satisfaction personnelle, fierté de participer au projet, confiance en soi) du(des) public(s) cible(s)
51.	Des activités (ex : formations, jeux de rôle, discussions de groupe, etc.) sont mises en place pour améliorer la « conscience critique » (consentissement) (c'est-à-dire, être capable d'identifier les causes du problème que l'on cherche à résoudre, de comprendre que les causes et les solutions du problème vécu ne relèvent pas de la seule responsabilité du public cible, etc.)

Résultats

Contexte et description des actions

L'action 1 se déroule dans un quartier d'une zone urbaine dite sensible où les habitants bénéficient plus que les autres des aides sociales. L'action est née à la suite d'une crise interne à l'association soutenue par la ville et de l'impulsion d'un nouveau directeur. De nombreux partenaires institutionnels sont impliqués. L'action répond à des besoins mais elle n'émane « absolument pas d'une demande des habitants » selon les personnes qui l'ont sélectionnée. Il s'agit d'intervenir auprès des personnes âgées ou en situation d'exclusion pour favoriser une dynamique participative liée à la nutrition et à la santé entre les habitants et les professionnels à travers des activités d'éducation pour la santé. Elle est principalement financée par l'État et l'assurance maladie.

L'action 2 est située dans une capitale régionale d'une région rurale où l'exode des jeunes est important. En arrivant en ville, ils sont isolés et l'insertion est difficile, « y a rien à faire ici » dit un jeune. L'action est organisée par une mission locale (ML) dont la fonction est l'insertion professionnelle. D'un « point santé » en 1993 où les jeunes rencontraient des professionnels de la santé, le projet s'est transformé en une action insérée dans la ML et organisée par une infirmière. Elle joue un rôle d'intermédiaire et oriente les jeunes dans le dédale de l'administration socio-sanitaire. Elle réalise des entretiens individuels et des modules collectifs d'éducation pour la santé et d'accompagnement aux soins. Le financement provient principalement de subventions d'État.

L'action 3 s'organise dans une grande ville régionale où l'exclusion de populations vulnérables est peu appréhendée. Le contexte est d'ordre clinique car enchâssé dans un projet d'établissement hospitalier. Si l'idée émane de travailleurs sociaux, la présence de médecins convaincus du bien-fondé du projet a été utile. L'action vise l'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale des populations démunies (sans domicile fixe, demandeurs d'asile, gens du voyage, etc.) et une meilleure articulation des champs sanitaire, social et médico-social. Elle propose des activités d'accueil, d'orientation, et de suivi psychologiques et infirmiers individuels ainsi qu'une prise en charge globale de la personne par des activités en réseau. Elle accompagne, informe

Tableau 2. Répartition des entrevues selon les actions et les groupes d'acteurs

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

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

et forme les équipes professionnelles de première ligne (sanitaires et sociales). Elle est principalement financée par l'État et l'assurance maladie.

Les actions 4 et 5 se déroulent dans une grande métropole où l'un des thèmes transversaux de la politique de santé publique régionale est la réduction des inégalités sociales de santé.

L'association responsable de l'action 4 est spécialisée dans les actions de prévention et de promotion de la santé via l'alimentation. L'action a pour objectif la prévention primaire de l'obésité dans les milieux scolaires par des interventions de prévention et de sensibilisation à l'équilibre alimentaire et la promotion de l'activité physique. Elle cible les enfants (éducation pour la santé, ateliers cuisine, etc.), les enseignants et les parents (sensibilisation/formations, tables rondes). Le projet a démarré dans quelques écoles puis a été étendu dans d'autres quartiers considérés comme en grandes difficultés en s'appuyant sur des infirmières scolaires. L'enthousiasme des enseignants a contribué au développement de l'action. L'assurance maladie est le principal financeur.

L'action 5 se déroule dans un quartier central en pleine gentrification où les populations précaires restent présentes. Le besoin de les aider a fait naître un projet organisé par une association née de la volonté d'une jeune personne socialement engagée. L'action est imprégnée du désir de renforcer le pouvoir d'agir des bénéficiaires, en faisant en sorte qu'ils soient aussi acteurs du changement. L'action vise l'amélioration de la situation nutritionnelle des personnes en situation de précarité à travers des activités d'aide alimentaire directe (épicerie solidaire), d'éducation à la nutrition (ex : ateliers cuisine, informations) et la mise à disposition d'espace de convivialité favorisant la *mixité sociale* dit la responsable. L'action est principalement financée par l'État et les collectivités territoriales.

Quelques mécanismes

Le contexte de l'action 1 est enchâssé dans un système institutionnel complexe et relativement rigide. Cela joue sur la manière de mettre en œuvre les projets car « les freins institutionnels, c'est très insidieux », dit une des responsables de l'action largement imprégnée de ces contraintes organisationnelles mais s'adaptant pour que la temporalité des acteurs d'*en bas* puissent quelque peu s'accorder à celle de ceux d'*en haut* pour la réussite de l'action. Ainsi, la dynamique locale tente de s'ajuster à celle des institutions d'un niveau plus élevé pour espérer aboutir à des formes de ralliement : « on a avancé malgré les contraintes, avec deux bouts de ficelles ». Face à la multitude des institutions et l'enchevêtrement des missions que ce type d'action mobilise, les difficultés de communication et de coordination sont importantes et souvent vécues comme des *fardeaux* importants avec ses conséquences pour les populations. Une opératrice d'une association concernée précise que « les habitants sont très sensibles à ces incohérences institutionnelles ». Les cultures de ces différents systèmes et organisations sont souvent très hétérogènes, les objectifs, les temporalités, et les cadres de référence des acteurs sont multiples et entraînent une série d'incompréhensions et de malentendus. L'apprentissage autour de la primauté des processus de l'action est long :

faut faire comprendre aux politiques la dimension relationnelle, d'apprentissage, de lever d'obstacles, il ne suffit pas de créer un centre d'examen.

Le projet ne suffit pas toujours à faire converger les points de vue et les intérêts au bénéfice de l'action. Ces difficultés interinstitutionnelles, si elles sont connues, peinent à trouver une voie d'expression

au sein même de l'organisation de l'action et se décantent souvent en périphérie du projet (dans les *couloirs*). On est donc au cœur d'un mécanisme global *d'adaptation des démarches, des rythmes et des relations au contexte institutionnel*. Les anglo-saxons évoqueraient là aussi la stratégie des petits pas :

on part des habitants locaux d'un quartier avec une sensibilisation qui s'affirme au fur et à mesure pour faire tâche d'huile dans leur environnement. (un responsable régional)

Un projet trop bien planifié ne pourrait peut être pas réussir. Il faut qu'il se construise aussi au fur et à mesure, qu'il *laisse de la place à l'adaptation et à l'improvisation*, que les relations hiérarchiques trop marquées fléchissent et que des « espaces conviviaux », dit-on, émergent. Cette stratégie d'action est probablement liée à un contexte qui doit composer avec un nombre important d'institutions, des exigences bureaucratiques et surtout la nature de l'action qui intègre des activités de l'ordre du social et du médical. Dans ces conditions, un autre mécanisme a du être emprunté pour la mise en œuvre de l'action, soit la *création d'alliances*. Il faut rechercher des partenaires, disposer de *relais, d'alliés*, et créer des alliances favorables au projet.

De la même façon, le mécanisme central retrouvé dans l'**action 2** résulte du besoin, voire de la nécessité, *d'adapter les modalités d'intervention* au contexte de l'institution qui la déploie. Ici, nous avons affaire à une organisation dont le mandat central est la réinsertion professionnelle, loin donc de la santé. Pour faciliter l'abord du public, les intervenants utilisent les activités liées à l'emploi comme « porte d'entrée » disent-ils :

en fait c'est dans le cadre du suivi des jeunes par rapport à leurs projets professionnels. Ils ont différents ateliers ; dans ces ateliers il y aurait cette information santé.

Cette approche semble, aux yeux des responsables, « très exceptionnelle » pour ce type d'organisations. La stratégie du cheval de Troie permet donc d'aborder des sujets santé, jugés essentiels pour les intervenants dans une perspective d'insertion, mais qu'il est difficile d'aborder directement:

cela me permet d'intervenir sous différents thèmes et c'est le groupe qui va amener le thème. La

dernière fois, à l'atelier, c'était que des jeunes filles. Habituellement c'est bien mélangé au niveau de la vie professionnelle mais là y'a que des jeunes filles. On a pu rebondir sur la contraception et du coup, je suis repartie sur une information collective sur la contraception

En plus d'illustrer notre propos, cette citation révèle une démarche d'intervention empreinte de *respect à l'égard du public cible, en cherchant à le mettre au cœur du processus du changement*, sans le brusquer. Des exemples sont fournis par les responsables, notamment lorsqu'ils ont organisé des soirées « Slam » où des jeunes parfois illettrés ont bien voulu prendre la parole en public, sur une scène et ainsi (re)prendre, dans une certaine mesure, confiance en eux. Cet exemple permet aussi de mettre en évidence une autre difficulté de l'action, soit l'intervention individuelle ou collective. Les intervenants profitent des regroupements collectifs pour aborder certains sujets de santé qui seront, c'est le but ultime, approfondis lors d'entretiens individuels à la demande des jeunes. Ces réunions servent de « porte d'entrée pour les entretiens individuels » dit l'intervenante. Ce mécanisme d'intervention paraît adapté et efficace selon elle. Cependant, il se heurte à une administration et des politiques qui désirent :

que je touche un maximum dans le domaine collectif, un maximum de jeunes [...] ça fait partie des demandes de la structure et des demandes aussi par rapport aux subvention.

Deux logiques différentes s'opposent : d'un côté l'accompagnement individualisé et de l'autre l'action collective.

En lien avec la première donnée concernant cette action, l'autre mécanisme important de cette action est le recours à une *démarche interdisciplinaire*, ou « multi-professionnelle » pour reprendre les mots de la principale animatrice. Le fait qu'une professionnelle de la santé agisse de concert avec des experts de l'insertion professionnelle participe à la réussite du projet et à son adhésion par les jeunes. Mais cette force peut aussi constituer une faiblesse quand il s'agit d'obtenir des financements à la croisée du social, du médical et du professionnel. Les lignes budgétaires des organismes de financement, souvent réparties par thème et pour un secteur donné, s'accommodent

mal des formes d'interdisciplinarité. Les modes de financements des actions médico-sociales sont ainsi perçus comme des freins aux actions et à leur efficacité dans la mesure où ils limitent les possibilités de tendre les passerelles entre les secteurs d'activités. De fait, cette action peine depuis des années à assurer la continuité de son activité, faute de financement récurrent ou de ressources humaines stables.

Les caractéristiques de l'action 3 sont assez particulières puisqu'elle émane d'un milieu hospitalier et s'aventure dans une démarche de nature plus sociale. Étant donné l'éloignement souvent ressenti entre la culture hospitalière et l'univers de l'action sociale, c'est la pertinence et la légitimité de l'action 3 qui ont d'abord été interrogées. Aussi, pour que cette dernière voit le jour et se *mette en place graduellement*, il a fallu « agir avec discrétion » :

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

Ici donc, pour que l'action existe et prenne sa place à l'interface du social et du sanitaire, il fallu user de ce *mécanisme de la discrétion*. Mais pour pouvoir intervenir et atteindre le public cible, notamment les personnes sans domicile fixe, il a fallu « sortir comme ça des murs » se souvient un psychologue, et *faire preuve d'innovation*. Par innovation, cet intervenant entend la nécessité de se dégager de l'espace hospitalier mais aussi des cloisons disciplinaires. L'action, de par sa nature, nécessite pour exister de s'émanciper de la rigidité de l'administration hospitalière et de nouer un partenariat serré avec des travailleurs sociaux.

Encore une fois, le mécanisme qui consent une large place au *partenariat et aux alliances* a été mis en branle. Mais cela n'est pas toujours évident car, pour rester dans les métaphores architecturales, les murs des territoires d'intervention des partenaires ne sont pas toujours étanches.

La difficulté c'est que le réseau, le partenariat, on se rend compte à un moment, il y a de la territorialité qui fonctionne, il y a des conflits de territoire, vraiment aussi d'une manière inconsciente.

Si on entre dans des conflits de territoire, il y a à un moment quelque chose du partenariat, ou du réseau, qui coince, ou en tout cas, on est dans une illusion de travailler ensemble.

Finalement, cette action a réussi à gagner graduellement sa place, une identité propre et sa légitimité au sein de la mission hospitalière pour *in fine* tirer les bénéfices organisationnels et financiers que ce type d'administration peut offrir et ainsi s'inscrire dans la durée.

L'action 4 a pris soin de cibler des quartiers et des écoles dans leur globalité sans prendre le risque de stigmatiser certains enfants en particulier. *L'approche par milieu* est en effet une stratégie qui réduit ce type de risques. Cette précaution a été renforcée par le choix des promoteurs de ne pas user de principes diététiques normatifs, faisant en sorte de concilier plaisir et équilibre nutritionnel « nous n'avons pas de norme du bien manger », dit l'intervenante. C'est donc une double prudence dans l'approche qui a été employée, tant du côté du public que de l'objet visé par le changement de comportement. Ensuite, le fait d'avoir *agi par étapes*, graduellement d'une école à une autre, d'un quartier à un autre, a certainement été un mécanisme favorable à l'adaptation et la réussite du projet. Dans le même ordre d'idées, l'action a été organisée par modules (passant du *savoir faire* au *savoir être*), de sorte qu'elle peut être mise en œuvre par étapes mais aussi par des intervenants différents une fois que ces derniers ont réussi à se l'approprier. Par exemple, « ici, on engage l'infirmière scolaire dans l'intervention », dit l'animatrice du projet, de façon à ce que cette personne s'approprie le projet et assure une continuité de l'action. Un dernier mécanisme a été relevé, à savoir un certain degré de *participation des différentes parties prenantes* de l'action. Les enfants sont acteurs des activités, les enseignants participent également à l'action qui devient souvent un projet d'école et enfin les parents sont conviés à certains moments plus conviviaux (ex : goûters thématiques) rassemblant enfants et parents. Malheureusement, cette dernière activité ne semble pas avoir pris suffisamment en compte le contexte et la vie des parents car, phénomène assez classique en promotion de la santé, le public qui participe à ces activités ne se révèle pas toujours être « ceux qui en ont le plus besoin ». L'action 4 est la seule des cinq actions à avoir mis en place un *processus évaluatif*.

Certes, le plan d'évaluation et la méthodologie retenus seraient à affiner, nous disent les intervenants, mais cette volonté de l'équipe de disposer de données d'évaluation pour revisiter leur démarche et améliorer leur action doit être soulignée dans la mesure où ce retour sur l'action a constitué une étape essentielle dans son développement, son financement et sa notoriété dans la région. D'ailleurs, nous disent les personnes interrogées, le partenariat établi avec l'Observatoire régional de la santé autour de l'évaluation de l'action constitue auprès des autorités sanitaires de la région un gage de bonne conduite de l'action engagée renforçant par là sa légitimité. L'évaluation est ici conçue par ses promoteurs comme un outil au service de l'action et de ses bénéficiaires.

Si l'action 5 est d'abord centrée sur l'accès à l'alimentation, elle n'en fait pas un objectif en soi et vise plutôt *l'individu dans sa globalité* dans une perspective de réinsertion sociale. Par exemple, une conseillère conjugale est aussi présente de temps à autre de manière à répondre aux difficultés identifiées parmi les publics fréquentant l'épicerie solidaire. Ainsi, « on s'adapte en fonction de la personne qu'on a en face de nous » dit une intervenante. Le minimum est évidemment « qu'elle puisse manger, qu'elle fasse manger ses enfants » mais cela n'est pas le seul but. Il s'agit d'abord de travailler à *renforcer le pouvoir d'agir* et l'estime de soi de la personne en lui témoignant de la considération et du respect. Parmi les principes à la base de l'action, il y a la volonté de ne pas stigmatiser le public. C'est pourquoi l'assistantat et les formes dérivées d'infantilisation perçues autour de l'aide aux publics en difficulté sont fortement rejetés par la responsable du projet. Le fait que la promotrice principale de l'association ait une expérience personnelle du recours à ce genre de structure participe assurément de cette volonté d'agir différemment. Le second mécanisme adapté au contexte tourne toujours autour de la manière d'approcher les personnes qui se rendent dans l'association, la façon de les aborder et de leur parler. *La convivialité et le caractère informel* surtout sont au cœur de l'intervention individuelle. On constate une tentative d'individualisation de l'action et cela se déroule souvent autour d'un café :

d'arriver ici de pas déjà avoir un accueil très institutionnel avec, ça m'a fait beaucoup de bien et puis ça passe par un café et puis c'est plus convivial, c'est plus tranquille. Ça m'a fait beaucoup de bien. (une bénéficiaire)

Parmi les mécanismes favorables à l'efficacité de l'action, on trouve tout un travail organisé autour du développement de la *mixité sociale* au sein de l'épicerie. Revendiquée par les promoteurs de l'action, cette mixité est organisée autour d'un partenariat signé par l'association avec une Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne de la région et permettant de proposer aux habitants/adhérents du quartier des paniers biologiques à venir retirer à l'épicerie. En favorisant les espaces et les échanges entre personnes de milieux (relativement) différents, l'action vise à tisser des liens entre les milieux sociaux, et à renforcer les capitaux et les réseaux sociaux nécessaires à la vie sociale et/ou à l'insertion des bénéficiaires de l'épicerie.

Discussion

Limites de l'étude

Cette étude était exploratoire, le nombre d'entrevues est resté limité. Nous ne disposons donc pas de suffisamment de connaissances concernant les actions étudiées pour analyser l'ensemble des mécanismes. Seuls quelques mécanismes ont pu être étudiés plus en profondeur, mettant ainsi certainement de côté d'autres mécanismes essentiels à la compréhension des processus des interventions dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. De plus, la notion de mécanisme a été ici comprise plus au sens des stratégies mises en œuvre que des attitudes et réactions des acteurs, telle que l'approche de Pawson et Tilley le suggère. La limite la plus importante a été de partir de la perspective émique de la réduction des inégalités sociales de santé et non d'une mesure plus *objective*. Mais de telles mesures ne sont pas disponibles actuellement dans le contexte français de ces actions.

Actions sélectionnées et contexte national

La nature des actions sélectionnées dans le contexte français s'ajoute aux limites méthodologiques. En effet, les actions analysées avec la grille sont majoritairement des actions de prévention ou d'éducation pour la santé portées par des associations, ciblées sur des publics et des thèmes prédéterminés et qui ne se structurent pas nécessairement autour d'une véritable démarche de promotion de la

santé (démarche participative, mise en place de partenariats, renforcement du pouvoir d'agir, approche intersectorielle, etc.) (22). Ce constat, loin de constituer une critique, doit être mis en relation avec un mode de financements publics accordés prioritairement au système de soin en France (23). La mise en œuvre de ces actions reflète un certain nombre de difficultés bien connues des associations françaises (bénévolat, temps partiel et roulement du personnel, soucis budgétaires, etc.). Après cette recherche exploratoire pilote, il serait intéressant d'élargir l'usage de la grille à d'autres types d'actions et de projets inter-institutionnels de plus grande envergure tels que les Ateliers santé-ville.

Quelques mécanismes propres à la promotion de la santé

Nous avons argumenté ailleurs que l'une des particularités des actions de promotion de la santé — contrairement à celle de santé publique — était de viser la réduction des inégalités sociales de santé (3). Les actions sélectionnées ici partaient de ce postulat et les personnes chargées de les repérer ont procédé en fonction de cet objectif, ou du moins de la compréhension qui peut en être faite dans le contexte français. Ainsi, le fait de retrouver dans les actions étudiées des mécanismes avant tout caractéristiques et centraux des actions de promotion de la santé (8,16,24) confirme notre hypothèse. User d'une approche par *étape*, ne pas stigmatiser les bénéficiaires d'une intervention, agir de manière individualisée et en prenant en compte la globalité des besoins des personnes, œuvrer selon une démarche participative sont autant de modalités d'intervention déterminantes d'une démarche de promotion de la santé. Dans les cinq actions étudiées, ces mécanismes ont été la plupart du temps adaptés aux contextes locaux, mais ils restent globalement génériques en promotion de la santé (6,17,25). Ainsi et compte tenu de la démarche exploratoire de cette étude, les mécanismes mis au jour doivent encore être compris comme des mécanismes « candidats ». Cependant, le fait que certains confirment ce que la seule recherche à notre connaissance avait relevé comme étant des mécanismes candidats (8), nous permet de les qualifier de mécanismes candidats confirmés (MCC), dans les limites de la présente étude (Tableau 3). En revanche, d'autres mécanismes apparus dans la

présente recherche n'étaient pas connus dans la recherche canadienne, ils sont donc ici compris comme de nouveaux mécanismes candidats (NMC) qui viennent confirmer empiriquement les mécanismes théoriques (MT) que nous avons précisés au Tableau 1. Enfin, certains mécanismes préalablement notés n'ont pas été retrouvés dans les actions françaises analysées. Pour ces derniers, il semble raisonnable de leur conserver un statut de mécanisme candidat (MC) pour lesquels d'autres recherches devront être entreprises. Il faut en effet rappeler que les MC de la recherche canadienne étaient tirés d'écrits scientifiques non validés empiriquement.

En lien avec la section précédente, le contexte social et institutionnel français participe certainement à l'explication de la mise au jour de ces NMC. Les institutions publiques sont relativement fortes et présentes, ce qui implique d'adapter les actions à ce contexte en évitant la confrontation directe, en faisant preuve d'innovation, de processus graduels ou informels. La planification trop formelle n'est donc pas toujours essentielle dans ce contexte. La rareté des processus évaluatifs, notamment participatifs, doit être notée car ils paraissent pourtant essentiels à l'amélioration des interventions, tel que la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé a jugé important de le rappeler (26). Enfin, si le renforcement du pouvoir d'agir, mécanisme directement lié aux effets attendus des interventions de promotion de la santé (3), n'a pas été confirmé par cette étude empirique, il reste un nouveau mécanisme candidat comparativement à la recherche canadienne. En effet, les responsables de cette dernière n'avaient pas développé les mécanismes liés aux effets alors que notre grille d'analyse considérait cette précision importante compte tenu des objectifs particuliers de la promotion de la santé (3).

Le rôle central des entrepreneurs politiques

Les entrevues en profondeur ont permis de faire ressortir l'importance du rôle des acteurs sociaux. En effet, si certains mécanismes (candidats ou confirmés) évoquent la présence des acteurs et leur rôle dans leur mise en œuvre, c'est toujours en filigrane. Ainsi, l'approche *réaliste* en évaluation pourrait introduire un biais de sélection méthodologique en orientant le regard analytique sur les seuls mécanismes (ou les configurations CME) et rendre moins vigilants les chercheurs à l'égard des

Tableau 3. Mécanismes candidats des interventions de promotion de la santé visant la réduction des inégalités sociales de santé

Mécanismes*	MC	MCC	NMC
1. Implication de tous les partenaires clés		X	
2. Participation significative		X	
3. Valorisation des différents types d'apports et de savoirs		X	
4. Vision commune		X	
5. Mise en place de processus réflexifs et de dialogue critique	X		
6. Négociation des relations de pouvoir dans la prise de décisions	X		
7. Responsabilité et imputabilité partagées	X		
8. Planification de l'action	X		
9. Stratégie d'évaluation participative	X		
10. Occasions de formation et d'apprentissage	X		
11. Leadership partagé		X	
12. Engagement constant des partenaires	X		
13. Réflexion critique continue sur les processus et les résultats		X	
14. Mobilisation de ressources		X	
15. Suivi systématique et ajustements aux besoins	X		
16. Réflexion critique pour adapter les plans à la réalité	X		
17. Attraction de nouveaux partenaires	X		
18. Publicisation des succès	X		
19. Capacité à convaincre les décideurs de l'importance des succès	X		
20. Développement/adoption/adaptation de stratégies d'échange de savoirs	X		
21. Adoption/adaptation du projet par d'autres partenaires	X		
22. Changement de modèle de pratique professionnelle	X		
23. Adaptation de l'action au contexte institutionnel			X
24. Laisser de la place à l'adaptation et l'improvisation			X
25. Création d'alliances			X
26. Mise en œuvre graduelle de l'intervention			X
27. Faire preuve d'innovation			X
28. Prendre en compte les individus dans leur globalité			X
29. Renforcer le pouvoir d'agir			X
30. Œuvrer selon un processus convivial et informel			X
31. Ne pas stigmatiser le public cible			X

*la formulation des mécanismes dans ce tableau est restée plus proche de celle proposée par Hills et al. que ce que nous avons proposé au tableau 1. Deux mécanismes ont été supprimés car ils nous semblent être plus de l'ordre des effets attendus que de mécanismes liés au processus des interventions, soit : i) impact sur l'amélioration individuelle de l'éveil, des connaissances et des comportements de santé et ; ii) impact sur les normes communautaires.

**MC = mécanisme candidat (source : Hills *et al*) ; MCC = mécanisme candidat confirmé (source : Hills *et al*) ; NMC = nouveau mécanisme candidat (source : présente recherche)

acteurs sociaux et de leurs interactions. Or, une interprétation plus socio-anthropologique des projets ici étudiés nous a également permis de relever l'importance des acteurs et notamment des entrepreneurs politiques. En effet, face à l'idée répandue d'une organisation administrative française (comprise aussi comme un acteur social) jacobine relativement sclérosante, l'étude met plutôt en avant le rôle déterminant de certains acteurs dans l'émergence (action 3 ou 4) ou la mise en œuvre (action 2) des actions. Les politologues qualifieraient ces personnages d'entrepreneurs politiques

(27), évoqueraient leurs marges de manœuvres (28) ; on les qualifierait plutôt d'entrepreneurs sociaux au sein de programmes de promotion de la santé (29). Ici, ce sont les caractéristiques individuelles et la connaissance du système et des rouages politico-administratifs qui favorisent la réussite de l'organisation d'une action et la capacité à mobiliser les ressources (pas uniquement financières) nécessaires. En outre, le rôle du porteur de l'action et son rapport à cette dernière paraissent essentiels à prendre en compte. On trouve, d'un côté, les porteurs entretenant un rapport personnalisé (voir un

vécu) à la problématique des inégalités sociales de santé, de la pauvreté et, de l'autre, des porteurs se référant à des valeurs fortes de justice sociale et dont l'action repose d'abord sur un domaine de compétence professionnelle. Ce rapport à « l'objet » est d'autant plus important qu'il semble influencer la nature et les méthodes des actions mises en place. Les actions 4 et 5 illustrent bien ce point. L'action 4 présente un aspect très structuré fondé sur les données de la littérature, mise en œuvre par des professionnels experts (ex : psychologues, enseignants, infirmiers) et ayant intégré, dès le début du projet, un prestataire extérieur chargé de l'évaluation de l'action. D'un autre côté, l'action 5 relève plutôt de l'assistance et du militantisme avec un projet d'abord construit sur un mode intuitif, ancré dans l'expérience personnelle passée de la précarité et de l'aide alimentaire du promoteur principal de l'action. L'action est mise en œuvre par des collaborateurs engagés socialement et dont les compétences valorisées relèvent plutôt des qualités personnelles en faisant une large place aux usagers dont la satisfaction permet de démontrer le bien fondé de la démarche.

Les marges de manœuvres, pour reprendre un vocabulaire connu des interactionnistes (12,28), existent et sont largement utilisées par les acteurs qui savent les déceler. Aussi, l'approche d'analyse par les acteurs leurs représentations, et leurs stratégies d'actions offrent un nouvel éclairage sur le déroulement des projets, leurs succès et leurs échecs, permet de compléter les analyses d'actions souvent peu portées à documenter les croyances et les intérêts des acteurs impliqués dans les projets. Ajoutons enfin que l'on voit également combien l'organisation des acteurs en réseaux et la mise en place d'alliances stratégiques (30) permettent de faire face à des environnements parfois peu favorables au développement d'activités de promotion de la santé. Cela étant dit et comme nous avons pu le constater lors des entretiens, il ne faudrait pas sous estimer le « coût humain » (stress, épuisement professionnel, etc.) d'un environnement et d'une organisation administrative et financière peu adaptés au développement et à la pérennisation de ce type de projets.

Conclusion

Comprendre en quoi les interventions de promotion de la santé permettent de réduire les inégalités sociales de santé est un défi majeur. D'abord, il faut

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

Remerciements

Nous tenons à remercier très sincèrement toutes les personnes des régions qui ont bien voulu passer du temps et de l'énergie à participer à ce projet de recherche et notamment à sélectionner et étudier les actions concernées dans ce rapport. Nous remercions particulièrement Ivan Sainsaulieu, Christine Rolland, Gaëlle Rougier, Sara Bensaude de Castro Freire pour leur soutien dans la collecte et l'analyse des données. Valéry Ridde dispose d'une bourse salariale (Nouveau Chercheur) des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Cette recherche a été financée par l'INPES en collaboration avec le centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM). Valéry Ridde étant le Rédacteur associé pour la langue française de *Global Health Promotion*, le processus anonyme de révision par les pairs a été coordonné par Michel O'Neill, professeur à l'université Laval (Canada). Nous tenons à le remercier chaleureusement pour sa disponibilité ainsi que les évaluateurs pour leurs commentaires constructifs.

Références

1. Barbeau EM, Krieger N, Soobader MJ. Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health*. 2004; 94(2): 269–78.
2. Ridde V, Guichard A, Houéto D. Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver: Action for Fair Equality of Opportunity. *Promot Educ*. 2007; Supp. 2: 12–6.

3. Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promot Educ.* 2007; XIV(2): 63–7.
4. Mackenbach J, Gunning-Schepers LJ. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *J Epidemiol Community Health.* 1997; 51(4): 359–64.
5. Ridde V, Guichard A. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. In: Niewiadomski C, Aïach P (eds). *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles.* Rennes: Edition EHESP; 2008: 57–80.
6. Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES). L'efficacité de la promotion de la santé : agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe. Partie deux : données probantes. Paris: Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé; 1999.
7. Hills MD, Carroll S, O'Neill M. Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents. *Promot Educ.* 2004; Supp. 1: 17–21.
8. Hills M, O'Neill M, Carroll S, MacDonald M. Efficacité des interventions communautaires visant à promouvoir la santé : un instrument d'évaluation. Rapport de recherche présenté à Santé Canada par le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé ; 2004.
9. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods.* 2nd ed. Oaks T (ed). London, New Delhi: Sage s; 1994.
10. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* London; Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1997.
11. Blaise P, Marchal B, Lefèvre P, Kegels G. Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. In: Potvin L, Moquet MJ, Jones C (eds). *Réduire les inégalités sociales de santé.* Saint-Denis: INPES coll Santé en action; 2010.
12. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant; 2008.
13. Guichard A, Ridde V. Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In: Potvin L, Moquet MJ, Jones C (eds). *Réduire les inégalités sociales de santé.* Saint-Denis: INPES coll Santé en action; 2010.
14. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds). *Handbook of qualitative research.* 2nd ed. London: Sage; 2000: 435–54.
15. Molleman GR, Ploeg MA, Hosman CM, Peters LH. Preffi 2.0 – a quality assessment tool. *Promot Educ.* 2006; 13(1): 9–14.
16. Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES, ed). *Efficacité de la promotion de la santé.* Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES. Paris: UIPES; 2004; Supp. 1.
17. McQueen DV, Jones CM (eds). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness.* New York: Springer Science & Business Media; 2007.
18. Porvin L, Ridde V, Mantoura P. Évaluer l'équité en promotion de la santé. In: Frohlich K, De Koninck M, Bernard P, Demers L (eds). *Les Inégalités sociales de santé au Québec.* Montréal: Les Presses de l'université de Montréal; 2008: 355–78.
19. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods.* 3rd ed. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage; 2002.
20. Monnier E, Spenlehauer V. L'évaluation dans le triangle de la décision. *Opinions singulières et processus pluraliste. Politiques et management public.* 1992; 10(3): 61–82.
21. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Paris: Colin; 2003.
22. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B et al. (eds). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives: WHO Regional Publications.* European Series, No. 92; 2001.
23. Moatti J-P, Arwidson P. L'évaluation socio-comportementale des interventions en éducation pour la santé : combler le retard français. *Promot Educ.* 2004; Supp. 1(11): 41–3.
24. O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I (eds). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives Critiques.* Saint-Foy: Les presses de l'Université Laval; 2006.
25. WHO-HEN. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Report. Copenhagen, Denmark: WHO Europe; February 2006.
26. WHO. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT. Geneva: World Health Organization; 2008.
27. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives and Public Policies.* 2nd ed. New York: Harper Collins; 1995.
28. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système.* Paris: Éditions du Seuil; 1977.
29. de Leeuw E. Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health. *Health Promot Int.* 1999; 14(3): 261–9.
30. O'Neill M, Lemieux V, Groleau G, Fortin F, Lamarche P. Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. *Health Promot Int.* 1997; 12: 79–87.