

Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé

ANNE GUICHARD ET VALÉRY RIDDE

Résumé : Comment analyser une action pour évaluer dans quelle mesure elle permet de lutter contre les inégalités sociales de santé ? Comme aucune grille toute faite et adaptée n'était disponible, des chercheurs canadiens et français ont, avec le soutien de l'INPES, créé une grille expérimentale. Cet outil fédère plusieurs méthodes existantes d'évaluation, de l'initiative européenne *Closing the gap* à la grille néerlandaise *Preffi* en passant par une grille canadienne qui a l'avantage d'intégrer des notions centrales en promotion de la santé comme la concertation et le pouvoir d'agir (*empowerment*). Cette grille expérimentale n'a pas la prétention de mesurer précisément l'impact d'une action sur la réduction des inégalités ; en outre, elle ne peut être utilisée qu'en complément d'entretiens approfondis entre les opérateurs de terrain et les chercheurs ou les évaluateurs. Il ne s'agit pas ici de rendre un verdict sur l'efficacité ou non d'une action, mais beaucoup plus d'accompagner les porteurs de projets en mettant à jour les points forts et les points faibles de leur démarche par rapport à la réduction des inégalités sociales de santé, et donc d'améliorer leur action. Cette grille expérimentale a été testée dans trois régions françaises (Bretagne, Limousin, Rhône-Alpes) via les comités d'éducation pour la santé. Treize actions ont été analysées, via notamment des entretiens approfondis. Il en ressort que l'outil s'est avéré fort utile aux intervenants pour interroger leurs pratiques au regard des inégalités sociales de santé.

Mots clés : démarche qualité, évaluation réaliste, instrument, mécanismes d'action, évaluation formative.

INTRODUCTION

« L'intervention que nous mettons en œuvre a-t-elle des chances de réduire les inégalités sociales de santé ? » Voici la question que se posent de plus en plus d'intervenants de santé publique en France. Mais pour répondre à cette interrogation, force est de constater que les acteurs de terrain se trouvent partiellement démunis, tant les conseils pratiques pour agir contre les inégalités sociales de santé (ISS) sont aussi rares que les chercheurs éprouvent des difficultés à les prodiguer [1]. Ainsi, l'objectif de ce chapitre est de proposer une grille d'analyse permettant de fournir des pistes de réponses à la question posée par ces intervenants. Il s'agira également de présenter la réflexion méthodologique qui a sous-tendu le processus d'élaboration de cette grille qui s'est largement inspiré de la démarche d'évaluation réaliste (voir section IV, Blaise, Marchal, Lefèvre et Kepels). Mais autant le dire tout de suite, nous ne proposerons pas une réponse toute faite pour réduire les inégalités sociales de santé. Le but est plus modeste et consiste à partager le produit d'une recherche qui visait à tester une approche méthodologique pour évaluer l'efficacité des interventions de promotion de la santé dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Le produit de ce travail de recherche comprend deux outils, dont une grille descriptive de 38 questions se rapportant aux caractéristiques des actions et des structures porteuses que sont la zone géographique, les activités mises en place, les déterminants concernés, les publics bénéficiaires partenaires associés, les financements reçus, la composition de l'équipe impliquée dans le projet, les modalités d'intervention et les résultats observés en termes d'inégalités. Cette grille ne sera pas détaillée ici, mais on trouvera une illustration de son utilisation dans l'**encadré 1**.

ENCADRÉ 1

Un processus d'adaptation de l'outil

En Bretagne, cinq professionnels issus de réseaux de promotion de la santé œuvrent au développement et à l'amélioration des pratiques d'évaluation dans le cadre du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé. En 2007, ce groupe s'implique dans la phase expérimentale du projet piloté par l'INPES et décrit dans le présent chapitre. Ainsi, cet encadré a pour but de présenter le processus d'adaptation de l'outil utilisé en Bretagne.

La mobilisation locale suscitée par ce dispositif auprès des institutions et des acteurs

de terrain nécessitait de rendre compte de leur implication et de ce qu'elle avait produit. L'intérêt indéniable suscité par l'outil encourageait le groupe à partager avec les acteurs de la région le travail réalisé et ses atouts, soit l'analyse d'actions pour leur amélioration et la diffusion d'expériences pour une mutualisation de savoirs et de savoir-faire. En outre, la complexité des grilles disponibles et l'absence de financement pour poursuivre l'accompagnement initié auprès des promoteurs d'action dans le cadre du projet de recherche - nécessaire pour qu'ils



s'en saisissent - ont convaincu le groupe de la difficulté de valoriser en l'état les outils et les analyses d'actions réalisées. Il fallait donc imaginer un outil appropriable par les acteurs de la région, susceptible de les aider à analyser seuls leurs actions et suffisamment digeste pour leur lecture par d'autres acteurs. S'appuyant sur les outils de l'INPES et les enseignements issus de leur utilisation sur le terrain, le groupe de travail du Pôle a donc construit une grille-outil dont la trame a servi de support à la restitution des analyses d'actions. Le groupe a examiné chaque rubrique et chaque item des deux grilles. Il a ainsi été décidé de fondre en un seul outil les deux grilles, d'en réduire l'ampleur et d'en simplifier les items en tenant de deux principes centraux : *i*) les termes familiers aux acteurs de la Bretagne devaient trouver leur place afin qu'ils se sentent en terrain connu, condition minimale d'une adhésion possible ; *ii*) les notions importantes de la promotion de la santé devaient clairement apparaître afin de ne pas dénaturer les concepts nécessaires au renforcement des acteurs dans leur appropriation de ce champ. Des indications ont été ajoutées afin d'explicitier le type d'informations recherchées, qui vont puiser dans la nature et la qualité de la démarche appliquée à l'action.

Pour accompagner les acteurs de la région dans leur prise de connaissance des actions analysées, la grille-outil propose ainsi trois niveaux :

1. Descriptif : une grille permettant de comprendre les caractéristiques principales

de l'action. Elle est conçue comme un outil de lecture rapide de l'action pour permettre à ceux qui la consultent de savoir si elle correspond à ce qu'ils recherchent comme type de projet.

2. Méthodologique : les rédacteurs explicitent leur méthodologie d'action et portent leur vigilance sur des éléments majeurs en termes d'actions visant la réduction des inégalités sociales de santé : les conditions d'accessibilité requises par le public, le renforcement du pouvoir d'agir. Elle doit ensuite permettre de comprendre la construction du projet et d'en approfondir les caractéristiques méthodologiques. La rubrique s'achève par une ouverture sur les questionnements que l'action suscite chez son promoteur. Elle l'encourage à repérer ce qu'il aura sans doute à explorer ; elle incite les lecteurs à aborder l'action comme une expérience qui est amenée à évoluer, et non comme un cadre figé.

3. Ressources : le troisième niveau veut contribuer à la mise en lien des acteurs et à la mutualisation des expériences. Il fournit les coordonnées des promoteurs de l'action pour permettre le partage des ressources. Il indique également les dispositifs ou soutiens institutionnels dont a bénéficié l'action, susceptibles d'appuyer d'autres actions du même type.

Un séminaire et la mise en ligne des productions du Pôle soutiendront le partage de ces travaux avec les acteurs de la région.

Sonia Vergniory

La seconde grille dont traite le présent chapitre a pour objectif de permettre aux acteurs de terrain, selon une démarche d'analyse réflexive, de porter un regard nouveau sur leurs interventions afin de comprendre dans quelles mesures elles disposent du potentiel pour réduire les inégalités sociales de santé. L'**encadré 2** présente brièvement les objectifs et le cadre d'utilisation de cette dernière grille.

ENCADRÉ 2

Objectifs et cadre d'utilisation de la grille

La grille présentée dans ce chapitre a été conçue pour soutenir l'analyse spécifique des actions de terrain visant à réduire les inégalités sociales de santé. Elle s'inscrit dans une démarche qualité des actions. Elle est destinée aux promoteurs d'actions et à tous les intervenants impliqués dans la conduite de ce type de projet afin d'orienter et de stimuler une réflexion sur le déroulement du projet et des pratiques au regard de composantes se rapportant plus particulièrement à une problématique d'inégalités sociales de santé. Cette grille a été développée pour être utilisée au cours d'un entretien en profondeur conduit par une personne expérimentée en méthodologie de projet dans le champ de la promotion de la santé et disposant d'une certaine connaissance des principaux enjeux de

l'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé. Un usage autonome de la grille est possible, mais il requiert toute la vigilance des équipes concernées.

Cette grille n'est pas un outil d'évaluation des actions, elle a une visée réflexive dans le but de l'amélioration des pratiques. Son usage doit strictement se limiter à ces objectifs et ne devrait, en aucun cas, donner lieu à un jugement de la performance des projets susceptible d'interroger leur financement. Cet outil est le fruit d'un travail exploratoire qui sera affiné ultérieurement. Néanmoins, l'usage de l'outil dans sa globalité est requis, et il importe de résister à toute tentation de simplification au risque de dénaturer la démarche poursuivie par l'outil. L'encadré 1 qui précède illustre la démarche d'appropriation de cette grille.

L'INTÉGRATION DE TROIS OUTILS D'ANALYSE

Notre démarche a d'abord consisté à étudier trois instruments existants pour l'analyse des projets de promotion de la santé au regard des inégalités sociales de santé. Les critères utilisés pour sélectionner les outils sont les suivants : prise en compte des inégalités sociales de santé, usage dans le champ de la promotion de la santé, ancrage théorique, présence d'une démarche qualité, adaptabilité au contexte local et accessibilité de l'outil par les intervenant de terrain.

La grille de sélection des bonnes pratiques selon le projet *Closing the gap*

Le projet européen *Closing the gap : strategies for action to tackle health inequalities in Europe* (stratégies d'action pour la lutte contre les inégalités de santé) [2] a permis de constituer une base de données européenne des bonnes pratiques pour lutter contre les inégalités sociales de santé. La sélection des projets s'est faite à partir d'une grille élaborée en collaboration avec les représentants institutionnels des pays partenaires et des experts européens dans le domaine. La grille comprend onze critères de qualité : 1) la participation du public, 2) l'accessibilité de l'action, 3) la mise en place d'une approche par

milieux ou *settings*, 4) l'établissement d'un diagnostic des besoins, 5) le développement du pouvoir d'agir, 6) la mise en place de partenariats, 7) la conduite d'une évaluation, 8) la mise en place d'une démarche pour assurer la pérennisation, 9) le recours à une analyse coût-efficacité, 10) l'utilisation d'intermédiaires, et 11) la présence d'une démarche qualité.

La structure finale de cet outil reflète la volonté de s'adapter à la diversité des pratiques des pays partenaires, d'où sa simplification. L'action analysée devait se montrer exemplaire sur au moins un des onze critères listés pour être qualifiée de bonne pratique. Ce dispositif, qui se fonde sur une démarche qualité plutôt que sur des éléments de performance, a tout de suite suscité l'enthousiasme des partenaires, d'autant qu'il amorçait une démarche très attendue de mutualisation des connaissances et des expériences, directement utilisables par les promoteurs d'actions.

Les limites de cet outil sont notamment le fait que les critères soient trop peu discriminants et la liste à remplir trop restrictive. Il est en effet possible d'émettre certaines réserves méthodologiques sur le fait de faire reposer un jugement qualitatif sur la seule présence d'un critère parmi onze. La grille ne permet pas non plus, ou très difficilement pour les projets analysés, de justifier de l'atteinte d'effet. À l'exception d'un critère, soit l'accessibilité de l'action aux publics, la problématique spécifique des inégalités sociales de santé n'est pas prise en compte. De surcroît, compte tenu de l'importance des spécificités des contextes d'actions nationaux ou locaux, ce dispositif peine aussi à dégager les éléments de contexte dans lequel les actions sont mises en œuvre. Il ne permet pas non plus de comprendre les processus d'intervention qui se sont montrés favorables ou non à l'atteinte des objectifs.

Preffi 2.0

Preffi [3] est un outil d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé couramment utilisé aux Pays-Bas. Il peut être utilisé pour la gestion de projet et ainsi contribuer à améliorer la qualité des projets [4]. Loin de constituer un outil d'évaluation finale, l'instrument s'appuie sur l'idée qu'il existe une interaction permanente entre, d'une part, l'analyse, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'un projet et, d'autre part, les ressources humaines, organisationnelles et financières mobilisées par un projet. Les différents processus d'un projet se voient ainsi reliés dans une dynamique cyclique et systémique. L'outil peut donc être mobilisé à n'importe quel stade de développement d'un projet. Il se présente sous la forme d'un questionnaire qui reprend les différents processus d'une démarche de projet et les ressources qui s'y rattachent. Ces données sont réparties en huit catégories : 1) analyse du problème, 2) déterminants du problème, 3) groupes cibles, 4) objectifs de l'action, 5) conception de l'intervention, 6) mise en œuvre, 7) évaluation, 8) ressources et faisabilité.

Ces différents processus se décomposent en un grand nombre d'indicateurs auxquels on donne une appréciation à trois niveaux : faible, moyen et fort. Par exemple, un des indicateurs de la catégorie mise en œuvre est le caractère

ascendant ou descendant de la mise en œuvre. Les trois questions suivantes permettent de porter un jugement sur cet indicateur en fonction du niveau d'appréciation donné à chaque item :

- Le mode de mise en œuvre, soit toutes les activités nécessaires pour mener à bien une nouvelle intervention, résulte-t-il d'un choix explicite?
- Les intermédiaires ont-ils la possibilité d'adapter l'intervention à leur propre situation ?
- Si les intermédiaires ont la possibilité d'adapter l'intervention, les éléments incontournables sont-ils identifiables ?

L'originalité de la démarche Preffi réside dans l'attribution d'un niveau de preuve (1 à 5) pour chaque indicateur composant Preffi. L'attribution de ce niveau de preuve repose, la plupart du temps, sur des méthodes dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée mais aussi sur l'expérience des professionnels.

L'intérêt de Preffi est de proposer une méthode très structurée pour soutenir la planification et la gestion de projet. L'outil peut servir à la fois de guide d'aide à l'action et participer à améliorer la qualité des projets ou soutenir une démarche d'auto-évaluation. Compte tenu des objectifs poursuivis, Preffi présente les limites de tout questionnaire quantitatif, c'est-à-dire qu'il ne permet pas d'accéder aux dimensions qualitatives des projets, à la compréhension de la dynamique des processus et des interactions avec le contexte par exemple. L'instrument n'a pas intégré d'indicateurs plus spécifiques relatifs aux inégalités sociales de santé. En outre, avec un total d'une trentaine de pages, le questionnaire est long et peu adapté aux actions ponctuelles de petite envergure, qui sont majoritaires dans le champ des inégalités sociales de santé en France [5].

L'outil du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé

À la demande de Santé Canada (ministère fédéral chargé de la santé publique), des chercheurs membres du consortium canadien de recherche en promotion de la santé ont développé une idée originale pour l'évaluation de l'efficacité des interventions [6-7]. Face aux différents modèles d'évaluation de l'efficacité et des processus, l'approche suggérée par ce groupe est plus sensible aux éléments contextuels et s'attarde sur la relation indissociable qui existe entre le contexte, les processus et les effets des actions [8] (voir section IV, Blaise, Marchal, Lefèvre et Kepels). Il s'agit finalement moins de décrire des bonnes pratiques que des meilleures pratiques, compte tenu du contexte dans lesquelles elles sont mises en œuvre [9]. Le cœur de l'analyse repose sur le concept de mécanisme qui a également été expliqué dans le chapitre Blaise *et al.*

À la suite d'un travail théorique et d'une étude exploratoire des écrits scientifiques portant sur l'évaluation d'interventions en promotion de la santé, des mécanismes particuliers, *a priori* efficaces, ont été repérés et sont reproduits au **tableau I**. Ces trois composantes de l'efficacité des interventions que sont la planification concertée, l'organisation et action communautaire et la pour-

suite de changements individuels, communautaire et systémiques ne constituent en fait que de mécanismes candidats, car la démarche canadienne s'est arrêtée à ces propositions théoriques sur la base des écrits scientifiques.

La force de cette grille est que son approche est fondée sur la prise en compte du contexte et de ses relations avec les mécanismes ou processus d'action de l'intervention plutôt que la focalisation sur les étapes de projet. Nous savons en effet que les processus ne sont jamais aussi linéaires et monolithiques [10] que les manuels de gestion de projets le laissent à penser. De plus, la grille prend en compte le pouvoir d'agir ou *empowerment*, une dimension essentielle de la réduction des inégalités sociales de santé [11]. Toutefois, une des limites majeures de cet outil est qu'il n'a pas été créé spécifiquement pour analyser les projets qui visent la réduction des inégalités sociales de santé. Les mécanismes mis au jour ne concernent donc pas spécifiquement la réduction des inégalités sociales de santé mais les projets de promotion de la santé en général. De plus, l'outil et ses mécanismes ne reposent que sur l'étude partielle d'écrits scientifiques et, à notre connaissance, aucune utilisation ou validation empirique n'a eu lieu.

TABLEAU I**Mécanismes candidats de l'efficacité en promotion de la santé**

Planification concertée	Organisation et action communautaires	Changements systémiques et communautaires
• Implication de tous les partenaires clés	• Occasions de formation, d'apprentissage	• Impact sur les normes communautaires
• Participation signifiante	• Leadership partagé	• Attraction de nouveaux partenaires
• Valorisation des différents types d'apports et de savoirs	• Engagement constant des partenaires	• Information sur les succès
• Une vision commune (une analyse commune du contexte)	• Réflexion critique continue sur les processus et les résultats des actions	• Capacité à convaincre les décideurs de l'importance des succès
• Mise en place de processus réflexifs et de dialogue critique	• Mobilisation de ressources	• Développement/adoption/adaptation de stratégies d'échange de savoirs
• Négociation des relations de pouvoir dans la prise de décisions	• Suivi systématique et ajustements aux besoins	• Adoption/adaptation du projet par un plus large ensemble de partenaires
• Responsabilité et imputabilité partagées	• Réflexion critique pour adapter les plans à la réalité	• Changement de modèle de pratique professionnelle
• Planification de l'action	• Impact sur l'amélioration individuelle de l'éveil, des connaissances et des comportements de santé	
• Stratégie d'évaluation participative		

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE NOUVELLE GRILLE POUR L'INPES

Ainsi, l'analyse détaillée de ces trois outils a mis au jour leurs forces et leurs faiblesses, présentées au **tableau II** et a justifié leur intégration et leur adaptation pour la création d'un outil spécifique que nous avons testé auprès de plusieurs interventions dans trois régions françaises, soit la Bretagne, le Limousin et la région Rhône-Alpes. Compte tenu des forces et des limites des outils existants et de notre volonté de produire une grille utile pour repérer et analyser les interventions visant la réduction des ISS, nous avons été amenés à faire preuve de créativité. Les critères que nous avons retenus sont de deux ordres : des critères d'efficacité liés à toutes interventions en promotion de la santé [12-13], et des critères que l'on pourrait qualifier d'équité de sorte à prendre en compte la réduction des inégalités sociales de santé [14].

TABLEAU II

Forces et faiblesses des trois outils analysés

	Forces	Faiblesses
Closing the Gap	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des ISS • Souplesse dans son utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu adapté à l'échelle locale • Faible prise en compte du contexte • Pas de démarche qualité • Lourdeur du dispositif d'utilisation
Preffi	<ul style="list-style-type: none"> • Bien structuré • Items avec niveaux de preuve • Structuration par étapes de projet • Démarche qualité • Auto-évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Généraliste et pas spécifique aux ISS • Lourdeur du dispositif d'utilisation • Faible prise en compte du contexte
Consortium canadien	<ul style="list-style-type: none"> • Assises théoriques • Structuration par composantes et mécanismes. • Prise en compte du contexte. Modèle d'évaluation adapté à l'échelle locale 	<ul style="list-style-type: none"> • Généraliste et pas spécifique aux ISS • Lourdeur du dispositif d'utilisation • Très théorique • Non testé empiriquement

En ce qui a trait aux critères d'efficacité, la méthode utilisée pour développer notre grille est fondée sur l'hypothèse qu'une action qui cherche à réduire les inégalités sociales de santé doit, avant toute chose, remplir les critères généraux et classiques de qualité du processus d'une intervention, et notamment de celles en promotion de la santé. De manière implicite, et ce depuis la charte d'Ottawa, on s'entend pour accorder un objectif de réduction des inégalités sociales de santé aux actions de promotion de la santé [15]. L'efficacité d'une intervention doit donc être évaluée à l'aune des quatre sous-processus classiquement associés aux interventions : planification, mise en œuvre, pérennisation et évaluation [16-17]. Ces éléments ont été retenus sur la base de plusieurs critères : pertinence, présence commune dans les trois outils, utilisation facilitée dans une optique d'analyse. C'est ainsi que les critères les plus pertinents des trois outils, organisés autour de ces quatre éléments fondamentaux, ont été retenus. Mais cela ne suffit pas pour lutter contre les inégalités sociales de santé. À ces critères d'efficacité, nous avons ajouté des critères d'équité. La nature même de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé impose aux

promoteurs de projets une adaptation des actions spécifiquement en ce sens. Le critère d'équité doit être intégré et doit englober l'ensemble des quatre processus décrits au chapitre précédent et tel qu'il est précisé dans l'introduction (voir section IV, Ridde et Pommier). Par exemple, il est indispensable de se préoccuper de l'accessibilité de l'action aux publics cibles, de prendre en compte différents sous-groupes de population dans la planification et l'évaluation, et d'agir à de multiples niveaux et sur une myriade de déterminants sociopolitiques. Cette adaptation a été rendue possible par notre expérience et une synthèse des écrits scientifiques sur les inégalités sociales de santé. Nous avons ajouté les mécanismes de la grille canadienne qui ne figuraient pas dans les deux autres outils, par exemple les items concernant le leadership ou la concertation, afin que l'outil final intègre toutes les dimensions du modèle sous-jacent de l'évaluation réaliste. L'objectif concernant le renforcement du pouvoir d'agir, *empowerment*, a été ajouté puisqu'il s'agit d'un résultat intermédiaire à la réduction des inégalités sociales de santé et d'un effet attendu des interventions de promotion de la santé [18].

Finalement, en ce qui concerne la présentation visuelle de la nouvelle grille, et pour en faciliter son appropriation par les intervenants français familiers d'une approche par étapes de projet, il a été décidé de structurer la grille à partir de ces étapes et d'y ajouter une rubrique spécifique concernant le pouvoir d'agir pour des raisons précédemment évoquées. L'adaptation de la grille s'est enfin attachée à prendre en compte certaines spécificités du contexte français, comme par exemple la régionalisation de la santé publique et de l'éducation pour la santé, l'expertise et les ressources régionales. Cette prise en compte a été rendue possible grâce à la participation et à la validation de cet outil par les principaux partenaires de l'INPES dans les trois régions pilotes afin de s'ajuster au plus près des besoins des acteurs.

PRÉSENTATION DE LA GRILLE

La grille est finalement composée de cinq rubriques : planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation et pouvoir d'agir, pour lesquels nous avons développé cinquante et un critères d'appréciation. Ces critères se présentent sous la forme de questions listant les éléments jugés importants pour mener à bien des actions dans le domaine des inégalités sociales de santé. Pour les besoins de l'étude, qui visait à explorer de façon approfondie les mécanismes de l'efficacité des actions au cours d'un entretien de recherche, il était demandé, pour chacun de ces critères, de poser une appréciation sur une échelle à quatre niveaux : faible, moyen, bon, excellent. Cette échelle d'appréciation, qui n'a pas été conservée dans la dernière version de la grille, n'avait pas pour objectif de juger de la performance des acteurs et encore moins de les comparer. Il s'agissait plutôt d'une appréciation pour stimuler un travail d'analyse et dégager les mécanismes recherchés dans notre étude. L'outil dispose d'une colonne permettant de décrire et de répondre à chacune des questions afin de lier les processus de l'action aux éléments de contexte qui avaient pu se montrer favorables ou non, dans le déroulement de l'action. Enfin, un glossaire et un guide

d'aide au remplissage de la grille ont été produits afin de faciliter l'usage de l'outil. La grille est présentée à l'**encadré 3**.

ENCADRÉ 3

Grille d'appréciation des actions de réduction des inégalités sociales de santé

1. PLANIFICATION DE L'ACTION	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
Analyse du problème et des besoins	
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).	
Les déterminants comportementaux susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiées sont décrits.	
Les déterminants sociaux, culturels, politiques et environnementaux (ex. : chômage, discriminations, criminalité...) susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiées sont décrits.	
Des déterminants différents ont été identifiés pour les différents sous-groupes cibles de la population (âge, sexe, culture, position sociale...) concernés.	
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, analyse des besoins, études épidémiologiques, modèles théoriques explicatifs des inégalités sociales de santé,...).	
La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur l'avis d'experts et/ou de professionnels de la problématique.	
La description du problème des inégalités sociales de santé a pris en compte l'avis du(des) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s).	
Le(s) groupe(s) cible(s) identifiés découlent de l'examen de la situation au regard des inégalités sociales de santé (pertinence du groupe cible).	
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	
Le(s) différent(s) sous-groupes 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...).	
L'action (ou certaines de ses modalités) vise les déterminants sociaux de la santé.	
L'action prend en compte différents niveaux d'action (individu, groupes, organisation, lieux de vie et société, politique).	
L'action vise explicitement à réduire les inégalités sociales de santé.	
Les objectifs opérationnels sont cohérents avec l'analyse faite du problème des inégalités sociales de santé.	
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)	
Les principaux partenaires (ex. : associations, institutions, organisations, financeurs) concernés par l'action ont été impliqués au moment de la planification de l'action.	
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.	
Le(s) groupe(s) cible(s) ont été impliqués dans la conception de l'action.	
Les intervenants ont été impliqués dans la conception de l'action.	
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.	
2. MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION	
Organisation et pilotage du projet	
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.	
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.	
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...).	
Les rôles, tâches et responsabilités de tous les acteurs (partenaires, intervenants, et/ou public) impliqués dans l'action sont clairement définis.	
Les responsables de l'action ainsi que les intervenants sont suffisamment qualifiés pour mener les activités/tâches exigées par le projet.	
Leadership	
Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'action.	
L'action tend à faire évoluer les capacités de leadership des intervenants et/ou du(des) groupe(s) cible(s).	
Le responsable de l'action est clairement identifié.	
L'action a eu recours à une expertise régionale sur les inégalités sociales de santé.	
Adaptation et accessibilité de l'action au(x) public(s) cible(s)	
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.	
Les contraintes économiques pour que le(s) groupe(s) cible(s) puisse(nt) participer ont été prises en compte.	
L'accessibilité physique des actions (accès handicapé, distance) a été prise en compte.	
Les sources de stigmatisation / discrimination (sexuelles, religieuses, culturelles, socio-économiques...) ont été prises en compte.	
3. ÉVALUATION	
Un dispositif de surveillance/suivi de la mise en œuvre de l'action menant à des ajustement du processus d'intervention a été mis en place (fournir au moins un exemple).	
Les modalités de l'évaluation (devis, méthodes, questions, calendrier...) de l'action ont été prévues dès l'étape de planification de l'action.	
Les différents acteurs (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) concernés par le projet ont participé à la conception du plan d'évaluation.	
Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la conception du plan d'évaluation.	



Les différents acteurs, (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) ont participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont été formulées de manière participative entre les « évaluateurs et les non-évaluateurs » (ex. : public cible, intervenants)	
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...).	
L'évaluation s'interroge sur d'éventuels circonstances ou effets secondaires imprévus ou contreproductifs (ex. : accroissement des inégalités sociales de santé).	
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.	
4. PÉRENNISATION	
Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets à la suite de l'arrêt de l'action ont été prévues dès le début de la planification du projet.	
Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'intervention.	
Des risques organisationnels (recrutements, locaux, écriture de projets...) ont été pris en faveur des activités de l'action.	
5. CAPACITÉ/POUVOIR D'AGIR (EMPOWERMENT)	
L'intervention vise à renforcer la capacité/pouvoir d'agir du(des) public(s) cible(s).	
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.).	
Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences techniques (savoir-faire, capacités) des public(s) cible(s) et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet.	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, groupes de parole...) sont organisées pour développer l'estime de soi : satisfaction personnelle, fierté de participer au projet, confiance en soi) du(des) public(s) cible(s).	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, discussions de groupe...) sont mises en place pour améliorer la « conscience critique » (conscientisation), 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.	

Limites méthodologiques et cadre d'utilisation de la grille

Cette grille a été développée pour être utilisée durant un projet de recherche, mais elle peut aussi être utile aux intervenants et autres acteurs de terrain. Cette grille était instrumentale à notre processus de recherche, car nous l'avons utilisée pour repérer les interventions et surtout les configurations contexte-mécanisme-effet (voir section IV, Blaise, Marchal, Lefèvre et Kepels). Par ce repérage, nous pouvions par la suite organiser des entretiens en profondeur avec les acteurs clés afin de disposer de données empiriques qualitatives pour mieux comprendre ces configurations et récurrences, ce qui fera l'objet ultérieurement d'un article scientifique.

Cette grille s'inscrit dans une démarche qualité des actions afin d'orienter et de stimuler une réflexion sur le déroulement du projet et les pratiques au regard de composantes se rapportant plus particulièrement à une problématique d'inégalités sociales de santé. Elle peut être utile aux intervenants pour planifier leurs interventions, étudier leurs pratiques ou vérifier qu'elles ont le potentiel de réduire les inégalités sociales de santé. Son usage doit strictement se limiter à ces modestes objectifs qui se veulent ancrés dans la perspective de professionnels réflexifs, comme cela est de plus en plus demandé aux acteurs de santé publique et de promotion de la santé [19-20].

Bien que le développement de cette grille ait emprunté à un modèle d'évaluation, il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des actions au sens d'une reddition de comptes, et il ne devrait surtout pas être compris comme un étalon des bonnes pratiques qui permettrait de justifier l'octroi ou l'arrêt de financement pour un domaine qui en dispose déjà de très peu. Son utilisation ne doit en aucun cas se substituer à un processus d'évaluation rigoureux qui permettrait de porter un jugement sur les interventions mises en œuvre [21].

Cadre d'utilisation

Cette grille est le fruit d'un travail de recherche exploratoire. Elle a été développée pour être utilisée au cours d'un entretien en profondeur conduit par une personne expérimentée en méthodologie de projet dans le champ de la promotion de la santé et au fait des principaux enjeux de l'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé. Un usage autonome de la grille est toujours possible, mais il requiert toute la vigilance des équipes concernées. En effet, et malgré une présentation qui pourrait paraître universitaire, l'usage de l'outil dans sa globalité est nécessaire, et il importe de résister à toute tentation de simplification au risque de dénaturer la démarche poursuivie par l'outil.

Différentes étapes de travail sont à prévoir pour faire évoluer et affiner l'instrument, notamment par la poursuite de l'étude des mécanismes d'intervention impliqués dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, mais aussi par un travail avec les usagers de l'outil afin de développer un cadre et une méthodologie d'utilisation répondant encore mieux aux besoins des intervenants.

L'approche réaliste à l'épreuve du terrain

Au total, treize projets ont été analysés avec la grille et une quinzaine d'entretiens approfondis ont été conduits avec différentes personnes ayant participé au processus de remplissage de la grille (porteurs de projets, membres des équipes régionales ayant mené les entretiens avec les porteurs d'actions). Ces entretiens ont porté sur l'intérêt et les limites de l'outil et plus généralement du dispositif d'entretien. Une journée de travail avec le pôle de compétence de Bretagne, responsable du projet en Bretagne, a été entièrement consacrée à l'analyse de la grille et à ses modalités d'usage. Nous en rapportons ici les principaux enseignements selon le point de vue des acteurs ayant participé

au processus. Les résultats issus de l'utilisation de la grille ne sont pas traités dans ce chapitre et feront l'objet d'une autre publication.

L'outil, tel qu'il est présenté, permet de dépasser les résistances initiales à l'évaluation selon la culture des résultats et de la performance [22] qui est souvent comprise comme synonyme de contrôle et de sanction. En ce sens, cet outil promeut une culture de qualité plutôt qu'une culture des résultats. En France, l'institutionnalisation de l'évaluation dans les années 1990 a fait en sorte qu'elle soit étatisée et dépendante de l'autorité gouvernementale [23]. La grille propose une autre approche à l'évaluation qui met l'accent sur la qualité de la démarche plutôt que sur la preuve de son efficacité. Il s'agit d'une approche pragmatique de l'évaluation, utile à la décision [24], adaptée aux projets locaux et à la réalité des interventions en milieu complexe. L'outil permet de relativiser les attentes des financeurs, souvent disproportionnées et inadaptées par rapport aux actions. Il s'agit d'un mode d'évaluation porteur de sens qui éclaire les pratiques quotidiennes et le comment.

Au-delà du constat de l'effet produit, l'outil permet de comprendre la mécanique d'action. En essayant de comprendre ce qui fonctionne, pourquoi, comment, pour qui et dans quelle circonstance, l'approche se démarque du modèle d'évaluation classique qui se limite généralement à constater l'effet produit de l'action sans en comprendre les étapes intermédiaires, sans tenter d'entrouvrir les mystères et les dédales de cette boîte noire. La grille a permis de dégager des effets de trajectoires, des jeux d'acteurs ainsi que des enjeux organisationnels dont l'intrication est souvent rendue insaisissable par les méthodes quantitatives classiques. Ces dimensions sont pourtant déterminantes des orientations des projets.

La grille est un instrument de réflexion. Elle a été conçue par des chercheurs dans une optique de sélection de projets. Mais ses utilisateurs la situent dans une véritable démarche qualité et pédagogique, faisant ainsi la distinction entre démarche d'évaluation et démarche de performance. En pratique, les acteurs interrogés ont perçu l'outil comme leur ayant permis de situer le niveau de qualité de leurs projets, de réajuster leurs objectifs, de résoudre des situations problématiques, de dégager des pistes d'amélioration, de définir de nouveaux partenariats à développer, notamment par rapport à la démarche évaluative, ou simplement de se doter d'objectifs de formation. Ainsi, l'outil a été en quelque sorte approprié, selon une démarche réflexive assez rare en promotion de la santé [19]. De telles démarches d'adaptation nous semblent d'autant plus importantes à entreprendre que les interventions sélectionnées pour notre étude n'avaient finalement pas pour objectif premier la réduction des inégalités sociales de santé. Elles visaient parfois certains sous-groupes de la population sans agir sur la réduction des écarts entre les sous-groupes et le gradient de santé. Grâce à cet outil et à cette recherche, chercheurs et intervenants se sont finalement rendu compte ensemble que plusieurs critères figurant dans l'outil ne pouvaient pas être appréciés ni pris en compte, tout simplement parce que les projets n'étaient pas planifiés pour réduire les inégalités sociales de santé. Il s'agissait en effet le plus souvent d'actions de petite envergure n'ayant pas développé de méthodologie propre à s'attaquer aux inégalités sociales de santé et

portées par des associations dont nous connaissons les difficultés structurelles et récurrentes. Ainsi, la grille a parfois été perçue comme trop sophistiquée et faisant peu de sens pour les acteurs dont la pratique est fortement ancrée dans le vécu. Mais elle a tout de même pu servir à ces mêmes acteurs pour s'interroger sur leurs pratiques. D'autres se sont approprié cette démarche et l'ont parfois adaptée à leur contexte d'utilisation. L'**encadré 1** présente la démarche d'adaptation réalisée par une équipe de Bretagne.

CONCLUSION

L'outil, développé à partir de trois grilles existantes dans le domaine de la promotion de la santé et adapté au contexte spécifique de la réduction des inégalités sociales de santé en France, pose les bases d'une analyse réflexive sur les interventions. L'outil a semblé très utile aux différents intervenants pour interroger leurs pratiques au regard des inégalités sociales de santé. C'est dans cette optique d'analyse que l'outil doit être employé. Un tel outil n'a pas la prétention de servir de référentiel, il pose les jalons d'une démarche qualité pour agir contre les inégalités sociales de santé. À ce jour, et même si des ajustements restent à faire, l'outil peut, d'ores et déjà, entrer dans le cadre d'un processus formatif/méthodologique d'accompagnement des équipes de terrain et ainsi participer à l'explicitation et à l'amélioration des connaissances et des pratiques pour agir contre les inégalités sociales de santé. Il doit presque nécessairement s'accompagner d'entretiens et de discussions en profondeur. Répondre aux questions proposées reste finalement instrumental à l'analyse réflexive. L'outil peut aussi trouver sa place dans le fonctionnement habituel des associations et être utilisé comme une ressource, à tout moment, dans une démarche de projet ou d'analyse des actions au regard des inégalités sociales de santé, mais certaines précautions sont à prendre. Ainsi, il s'agit d'un dispositif dont l'originalité et l'intérêt résident dans sa dimension qualitative car la grille est indissociable de l'entretien en profondeur.

Bibliographie

- [1] Ridde V., Guichard A. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. In : Niewiadomski C., Aïach P., dir. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Éditions EHESP, 2008 : p. 57-80.
- [2] Portail DETERMINE [site Internet]. 2009 En ligne : <http://www.health-inequalities.eu> [dernière consultation le 03/12/09].
- [3] Molleman G., Louks P., Hommels L., Ploeg M. *Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Preffi 2.0*. Document traduit par l'INPES. Saint-Denis : INPES, 2003 : 37 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf [dernière consultation le 03/12/09].
- [4] Molleman G. R., Ploeg M. A., Hosman C. M., Peters L. H. Preffi 2.0- a quality assessment tool. *Promotion & Éducation*, 2006, vol. 13, n° 1 : p. 9-14.
- [5] Evalua. *Évaluation nationale du lancement des PRAPS de deuxième génération (2003-2006), Rapport DGS*. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 131 p.

- [6] Hills M., O'Neill M., Carroll S., MacDonald M. *Efficacité des interventions communautaires visant à promouvoir la santé. Un instrument d'évaluation*. Montréal : Santé Canada, Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé, 2004 : 223 p.
- [7] Hills M. D., 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. *Promotion & Éducation*, 2004, numéro spécial 1 : p. 17-21.
- [8] Pawson R., Tilley N. *Realistic evaluation*. Londres : Thousand Oaks, 1997 : 235 p.
- [9] Patton M.Q. Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. *American Journal of Evaluation*, 2001, vol. 22, n° 3 : p. 329-336.
- [10] Lemieux V. *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2002 : 195 p.
- [11] Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network, 2006 : 37 p.
- [12] Union internationale pour la promotion et l'éducation à la santé. Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES. *Promotion & Éducation*, 2004, vol. 11, n° 1 suppl. : 54 p.
- [13] McQueen D.V., Jones C.M., dir. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer, 2007 : 417 p.
- [14] Potvin L., Ridde V., Mantoura P. Évaluer l'équité en promotion de la santé. In : K. Frohlich M. De Koninck P. Bernard L. Demers., dir. *Les Inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2008 : p. 355-378.
- [15] Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Éducation*, 2007, vol. 14, n° 2 : p. 63-67.
- [16] Pluye P., Potvin L., Denis J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 2004, vol. 27, n° 2 : p. 121-133.
- [17] Ridde V., Pluye P., Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2006, vol. 54, n° 5 : p. 421-431.
- [18] Ridde V., Delormier T., Gaudreau L. Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts? In : McQueen D. V., Jones C. M., dir. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer, 2007 : p. 389-403.
- [19] Boutillier M., Mason R. Le praticien réflexif en promotion de la santé : de la réflexion à la réflexivité. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I., dir. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives critiques*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval, 2006 : p. 399-420.
- [20] Calhoun J. G., Ramiah K., Weist E. M., Shortell S. M. Development of a core competency model for the master of public health degree. *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 9 : p. 1598-1607.
- [21] Ridde V., Dagenais C., dir. *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : 368 p.
- [22] Trosa S. *Le guide de la gestion par programme. Vers une culture du résultat*. Paris : Éditions d'Organisation, 2002 : 254 p.
- [23] Thoenig J.-C. L'évaluation : un cycle de vie à la française. In : Lacasse F., Verrier P. E., dir. *30 ans de réforme de l'État. Expériences françaises et étrangères. Stratégies et bilans*. Paris : Dunod, 2005, p. 117-127.
- [24] Patton M.Q., La Bossière F. L'évaluation axée sur l'utilisation. In : Ridde V., Dagenais C., dir. *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : p. 143-158.