

Global Health Promotion

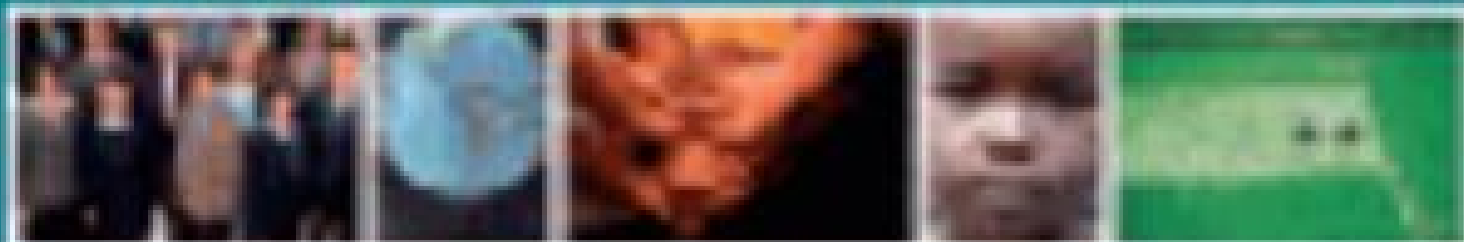


Official Journal of the International Association
of Health Promotion (IAHP)

Editorial Board: A Group of Experts in
Promotion of Health & Well-being, 2000

Published twice a year (Spring & Fall)
Subscription price: \$100 (US) / \$120 (EU)

Volume 23 Number 1 March 2014



Copyright © 2014
Taylor & Francis



Face aux défis de prévention, la mobilisation des institutions françaises pour la recherche interventionnelle en santé des populations

Norbert Ifrah¹, Gilles Bloch² et Jérôme Salomon³

Il est scientifiquement établi que la prévention, source de santé, bien-être et d'équité doit être au cœur des politiques de santé. La stratégie nationale de santé en a d'ailleurs fait son premier axe prioritaire.¹ Les attentes envers la recherche en prévention sont dès lors grandissantes et soulèvent de nombreux défis. Si plusieurs cancers ont des facteurs de risque dont le niveau de preuve est élevé, pour d'autres de tels facteurs de risque restent encore à identifier (1). Ce premier enjeu de la recherche en prévention, majeur, n'est pas le seul.

La prévention des facteurs de risque est cruciale pour les cancers mais aussi pour certaines maladies chroniques. En France 41 % des cancers pourraient être évités (2), car liés à des environnements et des comportements sur lesquels des actions de prévention efficaces sont possibles : tabac, consommation d'alcool, alimentation déséquilibrée, sédentarité, surpoids, certaines infections, expositions aux rayonnements UV sans protection, expositions professionnelles et environnementales, etc. De nombreuses avancées ont eu lieu dans ces domaines, qui méritent d'être prolongées en capitalisant sur les bonnes expériences et sur les programmes de prévention probants,² en concevant des dispositifs innovants d'intervention. En appui, la recherche doit aider à mieux comprendre comment agir sur les déterminants individuels, collectifs et socio-environnementaux de la santé et à développer une vision susceptible de quantifier l'impact attendu de différentes mesures de prévention, de les hiérarchiser, et d'agir sur les plus prometteuses.

Le dépistage est un autre de ces enjeux. Levier primordial de la lutte contre certains cancers, c'est incontestablement un champ de recherche fécond : rendre l'adhésion au dépistage naturelle quelles que soient les catégories sociales ou professionnelles, ou

le rapport à la santé, largement influencé par l'éducation, constitue un véritable défi, au même titre que le repérage plus sûr et précoce des lésions qui seront agressives.

Par ailleurs, si la dernière décennie a permis des progrès significatifs en termes de traitements, comme en attestent le développement de l'immunothérapie et son impact sur la qualité de vie (3), l'accompagnement des personnes touchées par un cancer et celui de leurs proches doivent également être facilités. L'amélioration de leur qualité de vie, l'atténuation des séquelles de la maladie et des traitements, ainsi que la réinsertion dans la vie sociale ou professionnelle constituent une priorité de la lutte contre le cancer. C'est là un troisième enjeu de la recherche en prévention, ici la prévention tertiaire (1).

Pour relever ces trois défis, il est nécessaire de connaître des modèles d'interventions susceptibles de développer des environnements et des comportements favorables à la santé, de restaurer la confiance dans les discours publics et d'accompagner les malades ainsi que leur entourage (3), en approchant l'ensemble de ces actions dans une perspective d'équité.

C'est un des objectifs de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) : tournée vers l'action, menée par des chercheurs en partenariat avec des acteurs pour l'intervention, soignants, patients, aidants, décideurs publics et les communautés de population. La diversité des acteurs façonne les projets de RISP, témoigne de la richesse de cette recherche et lui confère une place privilégiée pour observer, analyser et intervenir au plus juste dans les différents contextes et populations. Même si ces interventions sont par elles-mêmes des systèmes complexes en interaction avec leur contexte ou « systèmes d'intervention » (4), la RISP fait des avancées considérables sur la compréhension

1. Président de l'Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France.

2. Président-Directeur-Général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Paris, France.

3. Directeur Général de la santé, Paris, France.

Correspondance à : Norbert Ifrah, Président de l'Institut national du cancer (INCa), 52 avenue André Morizet, Boulogne-Billancourt, 92513, France. Email : nifrah@institutcancer.fr

des mécanismes ainsi mis en jeu, un élément clef pour leur transférabilité.

La RISP est aussi et surtout un outil prometteur pour penser des interventions capables de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et non de les accentuer. Trop d'actions bénéficient davantage aux personnes favorisées socialement, dotées de ressources socio-économiques les rendant plus aptes à se saisir des dispositifs. En France, les risques de cancers des lèvres-bouche-pharynx, du larynx et du poumon sont accrus de plus de 50% chez les hommes les plus défavorisés par rapport à ceux qui appartiennent aux catégories socio-professionnelles les plus élevées (2). Ces inégalités concernent chaque étape du continuum, de la prévention des risques à la vie après la maladie. Loin de se limiter aux expositions et facteurs uniques, la RISP accorde une place importante aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux (5,6). Cette approche est indispensable pour promouvoir l'équité en santé et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, dans les actions du secteur de la santé et en dehors.

L'Institut national du cancer (INCa), avec le soutien de la Direction générale de la santé (DGS) et en collaboration avec ses partenaires a été pionnier en France dans le développement de la RISP. Ces 10 dernières années, l'INCa a financé plus de 90 projets de RISP, dont 53 par un appel à projets dédié dont le budget s'élève aujourd'hui à plus de 14 millions d'euros. Une vingtaine de projets dits « d'amorçage³ » ont également été soutenus. Ces projets permettent de faire émerger de nouvelles questions de recherche, et de renforcer des partenariats, une gageure pour assurer la qualité des projets développés par la suite. La lutte contre les inégalités occupe une place prépondérante dans l'appel à projet RISP. Plus d'un tiers des projets s'adressent en effet aux inégalités de santé. Les inégalités y sont abordées à différents niveaux, prenant pour cible des facteurs individuels et aussi des déterminants socio-économiques et environnementaux.

Depuis sa création en 2007, l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP) et ses partenaires soutiennent des projets de recherche dont les résultats permettent d'agir sur des déterminants de santé, pour toutes les pathologies. C'est dans cette démarche que l'institut a financé à ce jour 91 projets de recherche interventionnelle en santé des populations. Parmi eux, 36 intègrent la question des

inégalités sociales de santé (dont une dizaine de contrats de définition ou projets d'amorçage et réseaux de recherche) à travers 30 appels à projets différents. Cela constitue près de 5 millions d'euros dédiés à la lutte contre les inégalités de santé dans les champs de la prévention et promotion de la santé, de la lutte contre les addictions ou encore de la perte d'autonomie.

La RISP en France est donc résolument tournée vers la question des inégalités sociales et territoriales de santé. Après une dizaine d'années de développement de ce champ de recherche, il est pertinent d'interroger en pratique sa contribution à la lutte contre les inégalités. C'est dans ce contexte que l'INCa, en collaboration avec l'IReSP, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et le soutien de la DGS, a organisé une rencontre internationale les 10 et 11 janvier 2019 à Paris. Nous avons eu l'immense plaisir d'accueillir près de 300 chercheurs, professionnels, décideurs et citoyens pour engager une réflexion transversale aux acteurs et débattre de la contribution de la recherche interventionnelle en santé des populations et en matière de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette rencontre était inscrite dans la lignée de nos actions pour promouvoir le réseau scientifique de la RISP dans la communauté francophone. C'est le quatrième colloque RISP porté par l'INCa, avec en 2010 l'un des premiers en France, sur « Inégalités face au cancer : chercher et intervenir » ; en 2014, sur le « travailler ensemble des chercheurs, décideurs et acteurs de terrain » ; et en 2016, sur les « concepts, méthodes, applications et perspectives de la RISP dans le champ des maladies transmissibles et du cancer ». L'édition 2019 a été pensée par un panel d'experts d'horizons variés à l'image des alliances disciplinaires pluri-acteurs propres à la RISP, présidé par Louise Potvin, une des scientifiques fondatrices de ce domaine de recherche au Canada (7).

Avec ce numéro spécial, il est proposé de prolonger la réflexion sur les manières d'aborder et de mettre en œuvre les interventions, et de brosser les perspectives de la recherche interventionnelle comme outil de lutte contre les inégalités. Ce numéro interroge l'état des pratiques de la RISP, alors qu'elle est promue depuis une dizaine d'années comme une science pertinente pour progresser contre les inégalités de santé. Avec un contenu à la fois conceptuel et pratique, le numéro proposé est

destiné tant à la communauté scientifique qu'aux décideurs, intervenants, ou toute personne intéressée par la promotion de la santé, dans l'espoir de mieux rééquilibrer les investissements dans notre système de santé en faveur de la prévention.

Notes

1. Lien vers le document de la stratégie nationale de santé 2018–2022 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
2. Cf. par exemple le portail de Santé publique France sur les données prometteuses et probantes en promotion de la santé : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
3. Le projet d'amorçage est la préfiguration d'un projet complet. Il vise par exemple à structurer un partenariat entre équipes de recherche et acteurs / praticiens de terrain, à élaborer des questions de recherche et le design de la recherche et de l'intervention. Le financement d'une durée de 12 ou 18 mois et d'un montant maximal de 50 000 euros permet à des chercheurs et à leurs partenaires, notamment à des jeunes chercheurs titulaires, intéressés par la recherche interventionnelle de construire un projet qui a vocation à être soumis aux éditions suivantes de l'appel à projets dédié.

Références

1. Bourdillon F, Tubiana M. Traité de prévention. Paris: Médecine Sciences Publications; 2009, p. 421.
2. IARC. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018 [cité le 9 février 2021]. Accessible à : http://gco.iarc.fr/resources/paf-france_fr.php.
3. Fauray S, Foucaud J. Health-related quality of life in cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors: a systematic review on reporting of methods in randomized controlled trials. *PLoS One*. 2020; 15: e0227344.
4. Berns A, Ringborg U, Celis JE, Heitor M, Aaronson NK, Abou-Zeid N, et al. Towards a cancer mission in Horizon Europe: recommendations. *Mol Oncol*. 2020; 14: 1589–1615.
5. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019; 19: 339.
6. Petticrew M, Viehbeck S, Cummins S, Lang T. À mêmes mots, sens différents – les difficultés de la terminologie épidémiologique avec la recherche en interventions en santé des populations. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2016; 64(Suppl 2): S43–S54.
7. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: 18–114.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Recherche, partenariat, intervention : le triptyque de la recherche interventionnelle en santé des populations

Louise Potvin¹, Christine Ferron², Philippe Terral³, Erica Di Ruggiero⁴,
Iris Cervenka⁵ et Jérôme Foucaud⁵

L'équité en matière de santé est au cœur de la promotion de la santé. De la charte fondatrice d'Ottawa en 1986 à la plus récente déclaration de Rotorua de 2019, cette exigence demeure une distinction fondamentale du champ. La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), aussi appelée science « des solutions », a un rôle essentiel dans le développement des politiques publiques et des interventions pour lutter efficacement contre les inégalités et non les accentuer. Cette recherche scientifique s'intéresse à la conception, la mise en œuvre, l'évaluation, l'adaptation, la transférabilité et la pérennité d'interventions visant l'amélioration de la santé des populations, pour produire des connaissances valides et socialement utiles. Cette approche scientifique appréhende les interventions comme des « événements dans des systèmes » (1). Elle présuppose leur élaboration dans une dynamique de co-constructions combinant des savoirs pluriels. Alors que l'évaluation scientifique des interventions en santé a une longue histoire, la nécessité d'une meilleure compréhension de comment intervenir en considérant les déterminants de santé dans ces interventions (2) n'est apparue que plus récemment. Initiée au Canada (3), elle se développe sur le plan international depuis une quinzaine d'années et dispose aujourd'hui de fondements théoriques et d'un socle de compétences (4) attestant de son dynamisme.

Aujourd'hui, avec le recul acquis sur ce type de recherche, il est nécessaire d'interroger en pratique sa contribution à la lutte contre les inégalités, et de mener une réflexion méthodologique pour l'améliorer. Le colloque international francophone « La recherche interventionnelle pour lutter contre les inégalités

sociales et territoriales de santé » a été organisé dans ce contexte. Le numéro spécial met en regard des travaux et analyses issus de ce colloque. Construit par des chercheurs, décideurs et intervenants du domaine de la promotion de la santé, son format respecte la pluralité des cultures rédactionnelles. Son objectif est d'une part de présenter la diversité des pratiques de recherche interventionnelle en santé des populations pour progresser dans la lutte contre les inégalités et le développement de l'équité en matière de santé. D'autre part, de capitaliser sur les réflexions issues de ce colloque pour aller plus loin dans l'analyse, avec la production d'articles scientifiques et de commentaires sur les apports de la RISP dans ce champ. Le numéro interroge en particulier les postures, les théories, et les méthodes de recherche sur les interventions, les modalités de partenariat entre les chercheurs, les décideurs et les acteurs impliqués dans les interventions, et les pratiques de planification et de mise en œuvre des interventions visant l'équité en santé.

Des postures et des méthodes de recherche adaptées aux contextes

Le panel d'articles et de commentaires rassemblé dans ce numéro reflète la grande diversité des approches et méthodes de recherche mobilisées par la RISP au service de la production de connaissance sur les manières de réduire les inégalités : du design d'essai randomisé (Giraudeau *et al.*) aux méthodes participatives (Picot-Ngo *et al.*), en passant par le développement de grilles d'analyse à partir de théories d'intervention (Aromatario *et al.*).

1. Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
2. Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps), Saint-Denis, Île-de-France, France.
3. Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France.
4. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.
5. Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France.

Correspondance à : Jérôme Foucaud, Institut national du cancer (INCa), 52 avenue André Morizet, Boulogne Billancourt, 92513, France. Email : jfoucaud@institutcancer.fr

Ces méthodes, liées à des positionnements théoriques et disciplinaires divers, répondent à une pluralité de questions de recherche (conception, faisabilité, implémentation, adaptation d'un modèle existant, évaluation), mais aussi et surtout à la grande diversité des contextes qui façonnent l'intervention, à partir desquels les questions de recherche et les démarches pour y répondre doivent être pensées. Les recherches prennent ainsi des tournures singulières que l'on considère le milieu pénitentiaire (Picot-Ngo *et al.*), ou des systèmes de santé (Louart *et al.*).

Des partenariats pluridisciplinaires et pluriprofessionnels confrontés à de multiples défis

L'établissement et la gestion des partenariats sont des éléments à la fois critiques et distinctifs de la RISP, concernant en particulier les interventions visant l'équité en matière de santé. Par des cas pratiques et des analyses davantage conceptuelles, ce numéro explore ce que peuvent apporter un partenariat (Fassier *et al.*) et l'interdisciplinarité (Basson *et al.*) en RISP, de même que les défis rencontrés par les différentes parties prenantes dans un partenariat (Beaubrun en Famille Diant *et al.*). Ce numéro interroge également les modalités d'appropriation des connaissances scientifiques et leur décalage avec le temps de production des résultats (Porcherie *et al.*). Les partenariats étant des phénomènes dynamiques, la dimension temporelle est d'ailleurs particulièrement importante à considérer (Gaborit *et al.*).

Des interventions visant l'équité en santé par le renforcement du pouvoir d'agir

Au cœur de ce numéro spécial se pose la question de la production d'interventions en mesure de réduire les inégalités et de produire de l'équité en matière de santé. Que ce soit dans le secteur de la santé ou en dehors de celui-ci, le pouvoir d'agir des parties prenantes est moteur pour le développement de telles interventions. Deux recherches interventionnelles sont présentées, investiguant une intervention transférée au sein d'entreprises sociales pour l'habitat auprès de locataires âgés du parc social (Trévidy *et al.*), et les

modalités de communication favorisant la participation aux dépistages organisés des cancers (Bourmaud *et al.*).

Conclusion

Pour clore le numéro spécial, et partant des échanges qui ont émergé dans le cadre du colloque, deux réflexions déterminantes pour l'orientation et l'évolution épistémologique des RISP sont explorées : la notion de « données probantes » et la nature des partenariats entre chercheurs, décideurs, intervenants et bénéficiaires des interventions (Terral *et al.*).

La France, et plus particulièrement l'Institut national du cancer (INCa) et ses partenaires, ont fortement investi ce nouveau champ qu'est la recherche interventionnelle en santé des populations. De nature essentiellement appliquée et orientée vers l'exploration de solutions durables à l'échelle populationnelle, la RISP propose une finalité pour la recherche qui est directement liée à l'amélioration des conditions équitables de vie de nos concitoyens. Cette finalité de la RISP contribue directement à la mission de l'INCa qui est d'améliorer la santé des Français par la recherche. Or, cette recherche comporte des défis particuliers appelant des solutions originales et participant à la construction du champ. Le colloque et ce numéro spécial réaffirment le dynamisme et le leadership de toutes les parties prenantes pour faire progresser cette recherche et en faire un outil incontournable pour la promotion de l'équité en matière de santé.

Références

1. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*. 2008; 336: 1281–1283.
2. Petticrew M, Viehbeck S, Cummins S, Lang T. À mêmes mots, sens différents – les difficultés de la terminologie épidémiologique avec la recherche en interventions en santé des populations. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2016; 64: S43–S54.
3. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: I8–I14.
4. Riley B, Harvey J, Di Ruggiero E, Potvin L. Building the field of population health intervention research: the development and use of an initial set of competencies. *Prev Med Rep*. 2015; 2: 854–857.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Réduire le tabagisme dans les prisons : éléments théoriques et méthodologiques nécessaires à la co-construction d'une intervention en contexte pénitentiaire

Clément Picot-Ngo^{1,2} , Joëlle Kivits³ et Karine Chevreul^{1,4}

Résumé : Révélateur des inégalités sociales de santé, le tabagisme en établissement pénitentiaire exige des interventions visant sa réduction d'être adaptées aux spécificités du milieu carcéral. Dans le cadre de la recherche interventionnelle TABAPRI, nous avons mobilisé une première étude sociologique afin d'apporter des connaissances sur cette problématique. Une enquête a été réalisée au sein de trois établissements pénitentiaires, précédant les phases de construction, d'implémentation et d'évaluation de l'intervention. Cet article décrit d'une part la démarche méthodologique et d'autre part, la contribution de la sociologie, tant dans ses apports conceptuels que méthodologiques, à la construction d'une intervention. Notre travail a notamment souligné l'importance d'aménager des espaces d'échange permettant aux professionnels et aux personnes détenues de construire ensemble les modalités d'intervention qui participent à la réduction du tabagisme en détention. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 8–14)

Mots-clés : tabac, prison, prévention, recherche communautaire / recherche participative, sociologie

Introduction

Si la prévalence du tabagisme connaît une baisse significative depuis plusieurs années en France (1), les niveaux de consommation sont extrêmement élevés chez les personnes nouvellement incarcérées (78,5 % des hommes et 63 % des femmes) et ont tendance à augmenter avec les années passées en détention (89,5 % et 67 % respectivement chez les personnes détenues permanentes) (2,3). Le tabagisme des personnes détenues a été identifié comme l'une des principales causes de pathologies chroniques et de mortalité en établissement pénitentiaire (4).

Les personnes détenues étant majoritairement issues de milieux défavorisés, les soins et la prévention en prison se présentent comme des facteurs potentiels de réduction des inégalités

sociales de santé (5). La part des détenus fumeurs atteignant entre 80 % et 90 % dans plusieurs pays, soit un taux trois fois supérieur à la population générale (2,6), l'amélioration de l'accès à la prévention du tabagisme apparaît comme une priorité (7).

À leur entrée en détention, 60% des personnes incarcérées ont émis le souhait d'arrêter de fumer (2), un résultat similaire à ce qui a été rapporté dans d'autres études internationales (8). Identifié comme un facteur de maintien de la consommation (9), le tabagisme passif reste une problématique importante en détention (10,11). En France, cela s'explique en partie par la difficile applicabilité de la loi Évin au sein de certains établissements (12). L'interdiction complète de fumer n'étant pas reconnue comme une

1. UMR 1123 Eceve, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Université de Paris, Paris, France.
2. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris, France.
3. Université de Lorraine, Unité « Adaptation, mesure et évaluation en santé. Approches interdisciplinaires » (APEMAC), Nancy, France.
4. URC Eco Île-de-France (AP-HP, Hôtel Dieu), Paris, France.

Correspondance à : Clément Picot-Ngo, UMR 1123 Eceve-Inserm, Université de Paris, UFR de Médecine – site Villemin, 10 Avenue de Verdun, F- 75010 Paris, France. Email : clement.picot-ngo@inserm.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 24 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 19 janvier 2021.)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 8–14; 993434 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975921993434 journals.sagepub.com/home/ghp

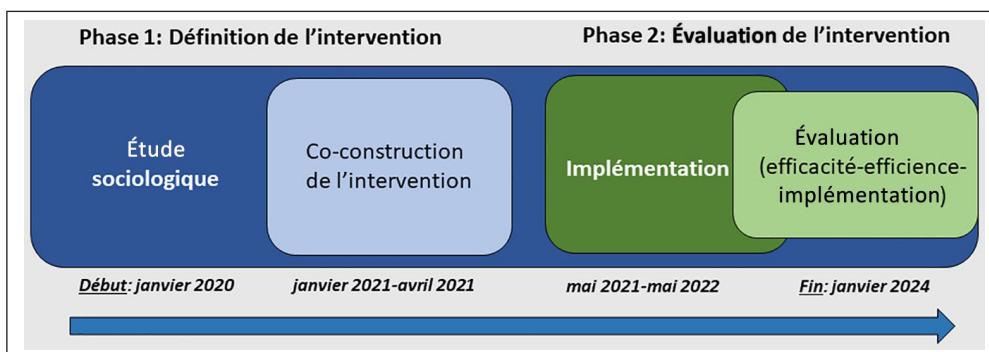


Figure 1. Chronologie de la recherche interventionnelle TABAPRI.

solution appropriée (13–15), le développement d'interventions qui permettent de réduire l'exposition au tabac en prison constitue un enjeu majeur pour la santé publique.

Configuration d'une intervention complexe en santé des populations

Le projet de recherche interventionnelle TABAPRI est né d'une collaboration entre l'unité 1123 ECEVE de l'Inserm et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), et s'étend sur une période de 4 ans. Élaboré pour la réduction du tabagisme en prison, ce projet de recherche pluridisciplinaire est organisé en deux phases (Figure 1) : la définition d'une intervention et son évaluation. S'inscrivant dans le registre des interventions complexes du *Medical Research Council* (MRC) (16), TABAPRI intègre les apports théoriques et méthodologiques issus de la sociologie dans le processus de recherche afin d'orienter et d'analyser au mieux l'intervention (17,18). La première étape d'enquête a ainsi été organisée afin de produire des connaissances sur les contextes d'intervention et d'apporter un éclairage sur les modalités d'une construction concertée de l'intervention avec les différents acteurs présents en détention.

L'objectif de cet article est de montrer comment l'application des concepts et méthodes sociologiques permet de prendre en compte les facteurs contextuels dans le cadre d'une recherche interventionnelle pour la réduction du tabagisme en établissement pénitentiaire.

Premièrement, nous verrons les apports des études d'efficacité en santé publique concernant les

méthodes de réduction du tabagisme en population générale ainsi que les particularités de l'application de ces méthodes en contexte carcéral. Ensuite, nous présenterons quelques éclairages sociologiques concernant le tabagisme au sein des établissements pénitentiaires. Enfin, nous présenterons l'articulation des différents cadres conceptuels et la démarche méthodologique qui nourrira le processus de construction d'une intervention.

Les interventions en santé publique pour la réduction du tabagisme en milieu carcéral : une approche « par milieu »

Les apports théoriques sur les méthodes de réduction du tabagisme en population générale apportent un éclairage indispensable pour développer un modèle d'intervention adapté au milieu carcéral. L'efficacité de ces interventions repose sur la complémentarité des méthodes d'accompagnement (19). Elles doivent inclure à la fois une approche comportementale et une pharmacothérapie pour produire des effets bénéfiques (20). Trois principaux leviers ont été identifiés : l'intention doit être stimulée ; l'accès aux substituts nicotiniques doit être amélioré ; le changement de comportement doit être accompagné. Ainsi, les interventions d'éducation à la santé construites à partir des théories du changement de comportement apparaissent particulièrement pertinentes dans la mesure où elles tiennent compte de l'ensemble des facteurs environnementaux des comportements de santé (21,22).

Les interventions multi-composantes ont démontré leur efficacité auprès des personnes

détenues, en proposant des actions complémentaires destinées à informer et à soutenir les personnes souhaitant s'engager dans l'arrêt du tabac pendant leur incarcération (23).

Ces composantes complémentaires prévoient la diffusion d'informations adaptées concernant les risques du tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes d'arrêt existantes (8,24,25), un accès facilité aux substituts nicotiniques (8,24,25), la mise en place d'actions de soutien psychologique et d'activités de compensation pour remédier au manque et à l'ennui (25,26), ainsi que l'aménagement de zones sans tabac (13-15).

Dans le contexte carcéral concentrant les problématiques sanitaires, les programmes d'éducation à la santé par les pairs sont largement décrits comme des modèles pertinents permettant de lutter contre les inégalités de santé (27).

Enfin, des études menées auprès des personnels pénitentiaires ont révélé une consommation de tabac également supérieure à la moyenne et une importante exposition au tabagisme passif (11). Ainsi, la démarche de santé communautaire et le modèle des établissements de santé sans tabac basés sur une approche non-oppressive et réflexive (28,29) sont à privilégier afin que l'intervention repose principalement sur des initiatives engagées par et pour les acteurs impliqués dans sa mise en œuvre (5,26,30). Par ailleurs, la formation à l'arrêt du tabac des personnels soignants qui interviennent en détention est recommandée (5).

Les particularités du tabagisme en établissement pénitentiaire

Depuis plusieurs années, les travaux en sociologie ont montré la spécificité du contexte pénitentiaire concernant l'usage du tabac. Ils ont notamment souligné que le tabac représentait un des objets les plus convoités en détention, et participait à la sociabilité et aux transactions non seulement entre prisonniers, mais également entre prisonniers et surveillants (31). Selon les sociologues de la prison, les échanges et négociations entre surveillants et surveillés sont ordinaires en détention, et caractérisent le processus disciplinaire sur lequel repose l'ordre carcéral (32,33).

Ainsi, le tabac est décrit comme une partie intégrante de la vie carcérale remplissant une série

de fonctions : monnaie de substitution, moyen de contrôle social, symbole de liberté, facteur de détente et « lubrifiant social » (34). Si la consommation de tabac apparaît comme un moyen de pallier l'ennui, la possession de cigarettes offre un « capital » aux détenus pour acheter et échanger des biens, acheter des services ou assurer leur protection (35), le tabac représentant de facto une monnaie d'échange (13,36) qui peut également être à l'origine de prostitution et de racket, pratiques courantes qui poussent certains d'entre eux à monnayer des services sexuels en échange de cigarettes et à cantiner du tabac pour leurs agresseurs (37).

La nécessité d'une étude sociologique dédiée

Ces caractéristiques spécifiques du tabac en détention interrogent sur la validité du modèle d'intervention pour l'arrêt du tabac en population générale. Peut-on supposer que l'information qui suscitera la volonté d'arrêt sera la même dans le contexte pénitentiaire en France ? Ou que les actions de soutien ou les activités de substitution pourront prendre la même forme quand il est probable que le rôle du tabac ne sera pas le même dans la vie des individus ?

Par ailleurs, si les études précédentes éclairent sur les spécificités de la situation en milieu pénitentiaire, leurs résultats ne sont pas mobilisables tels quels dans le cadre du projet en cours et ce, pour plusieurs raisons. La principale est la différence en termes de : 1) objectifs, 2) temporalité, 3) régime de détention : type d'établissement ; et ce, de façon encore plus importante quand un certain nombre de ces études n'ont pas été conduites en France (13,36,38).

Ainsi, il apparaît nécessaire de réaliser une enquête sociologique spécifique en amont du développement d'une intervention afin de produire des connaissances sur les usages quotidiens du tabac et les enjeux qui y sont associés au sein des établissements français.

Dans ce cadre, l'étude sociologique repose sur les objectifs suivants : identifier les pratiques d'usage du tabac spécifiques à la détention (similarités et contrastes avec la population générale) ; comprendre les enjeux symboliques autour de ces pratiques et les représentations liées à la démarche d'arrêt.

Afin de répondre à ces objectifs, il était primordial d'inclure l'ensemble des acteurs qui interviennent quotidiennement en détention afin d'accéder à une hétérogénéité de points de vue et d'englober au mieux les problématiques inhérentes à l'objet tabac en détention : détenus, personnels pénitentiaires et autres intervenants.

Les guides d'entretien étaient ainsi adaptés à chaque type de population enquêtée et avaient en commun d'explorer : les trajectoires de consommation des enquêtés (Comment avez-vous commencé à fumer ? Dans quel contexte ? Etc.) ; les pratiques d'usage (Quel type de tabac consommez-vous ? À quelle fréquence dans la journée ? Seul ou accompagné ? Dans quel contexte ? Etc.) ; le rôle du produit dans les relations sociales et familiales (Vous arrive-t-il de dépanner (quelqu'un) avec du tabac ? D'être dépanné ? Etc.) ; leurs représentations du produit, des risques et des mesures de prévention et réduction (Connaissez-vous les composantes d'une cigarette ? Les risques associés à la consommation ? Que pensez-vous de l'interdiction de fumer dans les lieux publics ? Connaissez-vous des méthodes pour arrêter de fumer ? Etc.).

Les guides d'entretien destinés aux professionnels en détention (surveillants, autres personnels pénitentiaires, personnels des unités sanitaires et intervenants extérieurs) doivent également s'intéresser aux modalités concrètes de leurs interventions auprès des personnes détenues, ainsi qu'au rôle qu'ils peuvent potentiellement avoir dans la mise en œuvre d'une intervention (Pensez-vous, à votre échelle, pouvoir jouer un rôle dans la diminution du tabagisme en milieu carcéral ? Concrètement, comment les activités que vous proposez peuvent-elles s'articuler avec une intervention de réduction du tabagisme ? Etc.).

L'enquête doit se dérouler dans plusieurs établissements afin de diversifier les contextes d'observation et les sources de données produites. Nous en avons mobilisé trois.

Une analyse thématique a permis d'identifier les principales caractéristiques du tabagisme en détention et les ressources potentielles en vue d'une réduction des consommations. La restitution des résultats s'est concentrée sur les différences entre la population générale et la population détenue.

Le Comité d'évaluation éthique (Institutional Review Board) de l'Inserm a donné un avis favorable

pour cette recherche (IRB00003888, IORG0003254, FWA00005831).

Repères conceptuels pour une intervention adaptée et méthode de construction

Les résultats de terrain comme support à la construction de l'intervention

Cinquante et un entretiens ont été conduits : 21 détenus, 12 surveillants, 7 professionnels de santé (4 infirmières et 3 médecins), 8 autres personnels pénitentiaires (direction, insertion et probation et administratif) et 3 formateurs extérieurs.

On constate que si les voies d'entrée dans le tabagisme sont relativement similaires entre la population générale et la population détenue, il existe un certain nombre de spécificités du tabagisme en détention qui devront être prises en compte afin de garantir l'efficacité et l'applicabilité de l'intervention (voir le Tableau 1 - Les résultats détaillés seront disponibles dans une autre publication).

Ainsi, si l'on considère la composante information sur les risques associés au tabac, il apparaît que le rapport à moyen et long termes entre le tabac et la santé n'est pas susceptible de modifier les comportements quand le rapport au risque des détenus s'inscrit dans une autre temporalité (caractérisée par l'immédiateté). On pourra en revanche considérer plus spécifiquement le rôle social du tabac dans la mécanique de la violence symbolique entre acteurs, où le produit constitue un vecteur de domination entre codétenus, mais également entre surveillants et détenus, et construire la composante information sur les bénéfices ou les risques en rapport avec le gain de liberté que les personnes détenues peuvent acquérir quotidiennement en renonçant au tabac.

Les activités de substitution pourront également être valorisées comme un moyen d'acquérir une autonomie et de compenser les effets du manque de nicotine.

L'influence du tabagisme passif sur les comportements d'usage a également été soulignée, ce qui encouragerait la mise en place de zones entièrement non-fumeur type « ailes sans tabac ».

Ainsi, l'étude souligne l'importance de la transmission des connaissances sociologiques

Tableau 1. Extrait des résultats de l'étude sociologique sur les spécificités d'une intervention pour la prévention du tabagisme en détention.

	<i>En population générale</i>	<i>En détention</i>
La voie d'entrée dans la consommation	L'expérimentation du tabac intervient avant 18 ans et le tabagisme régulier s'installe après la majorité.	
Le tabac comme marqueur social	L'initiation au tabac se fait sous une forte influence de la famille et des pairs. La cigarette marque de plus en plus l'appartenance aux classes populaires.	La cigarette industrielle représente un objet de distinction (« cigarette de riche ») et avoir son propre tabac procure un sentiment d'autosuffisance par opposition à la figure repoussoir de « l'indigent » qui ramasse les mégots.
Le rôle social du tabac	Le tabac est principalement un outil de socialisation.	Le tabac est un outil de domination sociale : – Contrôle social par les personnels de surveillance qui l'utilisent à des fins sécuritaires ; – Entre détenus : violences, racket, soumission et endettement.
Le rapport au risque	Les risques de maladies à long terme liés au tabac constituent un argument relativement fréquent d'arrêt.	Le rapport au risque s'inscrit dans l'immédiateté et les risques de maladies à long terme liés au tabac ne sont pas un critère d'incitation à l'arrêt du tabac.
Le niveau de tabagisme passif	Les mesures d'interdiction sont généralement respectées dans les lieux publics.	Les mesures d'interdiction sont souvent contournées par les détenus et les personnels de surveillance. L'odeur ambiante de tabac rend l'arrêt particulièrement difficile.

produites afin qu'elles soient mobilisables dans le cadre d'ateliers réflexifs et permettent de construire une intervention adaptée aux réalités vécues.

Les outils de la sociologie mobilisés pour l'implication des acteurs

Les données ci-dessus s'inscrivent dans le processus de construction, de façon à alimenter les différentes étapes de travail (39). La prochaine étape consistera à concevoir un modèle théorique d'intervention qui tienne à la fois compte des dispositifs de réduction du tabagisme existants dans la littérature ainsi que des réalités sociologiques du terrain, afin de proposer un support de travail fiable autour duquel des groupes de travail pourront s'articuler.

La construction de l'intervention s'appuiera sur une dynamique de planification participative (40) qu'il s'agira d'impulser à travers la réalisation d'une série d'entretiens de groupes (41) au sein de plusieurs établissements. Dans notre cadre, ils réuniront séparément, à cause des rapports de domination entre surveillants et détenus, et pour

des raisons organisationnelles propres à l'institution, détenus et personnels pénitentiaires et sanitaires. Cette étape présente des défis complexes : mobiliser les acteurs concernés en tenant compte de leur position dans l'institution, concilier des points de vue divergents et proposer des objectifs atteignables répondant aux préoccupations de la population des établissements, et éviter d'accroître les inégalités sociales de santé (42).

L'équipe de recherche sera pluridisciplinaire et les techniques d'observation de la sociologie seront ici mobilisées pour contextualiser les échanges et produire des données pour l'évaluation du processus de co-construction (17).

L'objectif sera de faire émerger des propositions concrètes d'actions au cours de séances de discussion ouverte autour de la pertinence des objectifs des composantes conceptuelles de l'intervention (diffusion d'informations adaptées, accès facilité aux substituts nicotiniques, mise en place d'actions de soutien et d'activités de substitution, aménagement de zones sans tabac) et des enjeux contextuels révélés par l'enquête sociologique. Ces séances auront pour objectif de

définir les modalités pratiques de chacune des composantes afin d'aboutir à la conception d'une intervention pérenne, faisable, et acceptable par l'ensemble des parties prenantes (38).

Conclusion

L'originalité du projet est de proposer des modalités d'intervention qui soient construites avec l'ensemble des acteurs présents en détention afin que leur mise en œuvre soit adaptée à l'ensemble des fumeurs, qu'ils soient détenus ou surveillants, les questions de l'accès au bien-être et à la santé des uns ne pouvant être réellement traitées qu'en lien étroit avec celles concernant l'accès au bien-être et à la santé des autres. Grâce à la pluralité des témoignages recueillis, l'enquête sociologique qui intervient en amont de la phase de construction a permis de révéler les particularités du tabagisme en établissement pénitentiaire, d'en comprendre les ressorts symboliques et d'identifier les enjeux psychosociaux liés aux usages du tabac. En apportant un éclairage indispensable aux prochaines étapes du projet, ce volet de recherche contribuera à réduire les potentiels écueils que peut induire la mise en œuvre d'une intervention de santé publique en milieu complexe, et à en améliorer l'acceptabilité, la faisabilité, et donc la pertinence.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Les auteurs ont indiqué avoir reçu le soutien financier suivant pour la recherche, la paternité ou la publication de cet article : cette recherche a été intégralement financée par l'INCa (Institut national du cancer).

ORCID iD

Clément Picot-Ngo  <https://orcid.org/0000-0002-2865-161X>

Références

- Andler R, Richard J-B, Guignard R, Quatremere G, Verrier F, Gané J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019; 15: 271-277.
- Sannier O, Gignon M, Defouilloy C, Hermant A, Manaouil C, Jardé O. Dépistage de l'asthme et de la bronchopneumopathie obstructive à la maison d'arrêt d'Amiens : étude préliminaire transversale. *Rev Pneumol Clin.* 2009; 65: 1-8.
- Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficiente et inefficace. *Presse Médicale.* 2012; 41: 375-385.
- Binswanger IA, Carson EA, Krueger PM, Mueller SR, Steiner JF, Sabol WJ. Prison tobacco control policies and deaths from smoking in United States prisons: population based retrospective analysis. *BMJ.* 2014; 349: g4542.
- Baybutt M, Ritter C, Stöver H. Chapter 16. Tobacco use in prison settings: a need for policy implementation. In: Enggist S, Möller L, Galea G, et al. (eds). *Prisons and Health.* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2014.
- Jacomot C, Guyot-Lénat A, Bonny C, Henquell C, Rude M, Dydymski S, et al. Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study. *Eur J Public Health.* 2016; 26: 122-128.
- Ritter C. Tobacco use in prisons. *BMJ.* 2014; 349: g4946.
- Makris E, Gourgoulis KI, Hatzoglou C. Prisoners and cigarettes or 'imprisoned in cigarettes'? What helps prisoners quit smoking? *BMC Public Health.* 2012; 12.
- Okoli CTC, Browning S, Rayens MK, Hahn EJ. Secondhand tobacco smoke exposure, nicotine dependence, and smoking cessation. *Public Health Nurs.* 2008; 25: 46-56.
- Ritter C, Elger BS. Second-hand tobacco smoke in prison: tackling a public health matter through research. *Public Health.* 2013; 127: 119-124.
- Semple S, Sweeting H, Demou E, Logan G, O'Donnell R, Hunt K, et al. Characterising the exposure of prison staff to second-hand tobacco smoke. *Ann Work Expo Health.* 2017; 61: 809-821.
- Moliner-Dubost M. Les détenus ont-ils le droit de vivre dans un environnement sain ? (ou sont-ils condamnés à vivre dans un environnement tabagique ?). *Rev Jurid L'environnement.* 2012; 37: 9-21.
- Richmond R, Butler T, Wilhelm K, Wodak A, Cunningham M, Anderson I. Tobacco in prisons: a focus group study. *Tob Control.* 2009; 18: 176-182.
- Clarke JG, Stein LAR, Martin RA, Martin SA, Parker D, Lopes CE, et al. Forced smoking abstinence: not enough for smoking cessation. *JAMA Intern Med.* 2013; 173: 789.
- Cropsey KL, Kristeller JL. The effects of a prison smoking ban on smoking behavior and withdrawal symptoms. *Addict Behav.* 2005; 30: 589-594.
- Datta J, Petticrew M. Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers. *BMC Public Health.* 2013; 13.
- Moore G, Cambon L, Michie S, Arwidson P, Ninot G, Ferron C, et al. Population health intervention research: the place of theories. *Trials.* 2019; 20.

18. Dupin CM, Breton É, Kivits J, Minary L. Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé Publique*. 2015; 27: 653.
19. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews: *Eur J Cancer Prev*. 2008; 17: 535–544.
20. Roberts NJ, Kerr SM, Smith SMS. Behavioral interventions associated with smoking cessation in the treatment of tobacco use. *Health Serv Insights*. 2013; 6: 79–85.
21. Michie S, Hyder N, Walia A, West R. Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addict Behav*. 2011; 36: 315–319.
22. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011; 6.
23. de Andrade D, Kinner SA. Systematic review of health and behavioural outcomes of smoking cessation interventions in prisons. *Tob Control*. 2017; 26: 495–501.
24. Etter J-F, Ritter C, Christie DH, Kunz M, Rieder J-P, Humair J-P, et al. Implementation and impact of anti-smoking interventions in three prisons in the absence of appropriate legislation. *Prev Med*. 2012; 55: 475–481.
25. Wand H, Richmond R, Adily A, Le A, Wilhelm K, Butler T. Identifying significant contributors for smoking cessation among male prisoners in Australia: results from a randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2020; 10: e034046.
26. Djachenko A, St John W, Mitchell C. Smoking cessation in male prisoners: a literature review. *Int J Prison Health*. 2015; 11: 39–48.
27. Bagnall A-M, South J, Hulme C, Woodall J, Vinall-Collier K, Raine G, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*. 2015; 15.
28. Malone V, McLennan J, Hedger D. Smoke-free hospital grounds. *Aust Health Rev*. 2020; 44: 405.
29. Bisset S, Tremblay MC, Wright MT, Poland B, Frohlich KL. Can reflexivity be learned? An experience with tobacco control practitioners in Canada. *Health Promot Int*. 2015; 13: dav080.
30. Martin RE, Turner R, Howett L, Howard T, Hanberg D, Buxton JA, et al. Twelve committed men: the feasibility of a community-based participatory HIV-prevention intervention within a Canadian men's correctional facility. *Glob Health Promot*. 2018; 25: 6–14.
31. Fassin D. *L'ombre du monde: une anthropologie de la condition carcérale*. Paris: Éditions du Seuil; 2015, 601 p.
32. Benguigui G. Contrainte, négociation et don en prison. *Sociol Trav*. 1997; 39: 1–17.
33. Rostaing C. L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire. *Droit Société*. 2014; 87: 303–328.
34. Butler T, Richmond R, Belcher J, Wilhelm K, Wodak A. Should smoking be banned in prisons? *Tob Control*. 2007; 16: 291–293.
35. Taylor P, Corteen K, Ogden C. Tobacco smoking and incarceration: expanding the 'last poor smoker' thesis an essay in honour of David Ford. *Internet J Criminol*. 2012; 1–19.
36. Lankenau SE. Smoke'em if you got'em: cigarette black markets in U.S. prisons and jails. *Prison J*. 2001; 81: 142–161.
37. Welzer-Lang D, Mathieu L, Faure M. *Sexualités et violences en prison: ces abus qu'on dit sexuels*. 2e édition. [Paris] : Lyon: Observatoire international des prisons ; Aléas; 1997, 280 p.
38. Brown A, Sweeting H, Logan G, Demou E, Hunt K. Prison staff and prisoner views on a prison smoking ban: evidence from the tobacco in prisons study. *Nicotine Tob Res*. 2019; 21: 1027–1035.
39. Fassier J-B, Lamort-Bouché M, Sarnin P, Durif-Bruckert C, Péron J, Letrilliart L, et al. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2016; 64: 33–44.
40. Bilodeau A, Allard D, Francoeur D, Chabot P. L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec1. *Nouv Prat Soc*. 2005; 17: 50–65.
41. Lannoy P, Nijs G. Chapitre 5. L'entretien collectif : un dispositif de réflexivité distribuée. In: *Les recherches qualitatives en santé*. Paris: Armand Colin; 2016, pp.101–116.
42. Bernier J. La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation. *Glob Health Promot*. 2014; 21(1_suppl): 58–63.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein : partenariat chercheurs-acteurs dans un processus de modélisation d'une intervention

Jean-Baptiste Fassier¹, Sabrina Rouat², Laure Guittard³, Guillaume Broc⁴, Julien Carretier⁵, Julien Peron³, Philippe Sarnin², Béatrice Fervers⁵, Laurent Letrilliart³, Léa Lancelot⁶, Selma Baka⁶ et Marion Lamort Bouché³

Résumé

Introduction : La reprise du travail après un cancer favorise le rétablissement de la participation sociale mais se heurte à différents obstacles. Le projet FASTRACS vise à développer, implanter et évaluer une intervention pour faciliter le maintien en emploi après un cancer du sein. Le développement de l'intervention repose sur le protocole de l'Intervention Mapping. L'objectif de cet article est de décrire les contributions du partenariat chercheurs-acteurs dans le processus de modélisation de l'intervention durant les étapes du protocole de l'Intervention Mapping.

Méthodes : Le processus de développement de l'intervention est reconstitué de façon chronologique en décrivant les méthodes mobilisées et les résultats obtenus à chaque étape du protocole grâce au partenariat chercheurs-acteurs.

Résultats : Les membres du Comité stratégique (COS) ont été choisis par échantillonnage théorique parmi quatre catégories d'acteurs concernées. Une charte a été coécrite pour structurer durablement le partenariat. Les membres du COS ont contribué à l'échantillonnage des participants à l'enquête qualitative d'évaluation des besoins et à l'interprétation des résultats. Les objectifs de l'intervention ont été hiérarchisés selon leur importance et leur faisabilité perçues. Les chercheurs et membres du COS ont évalué les outils de l'intervention et débattu sur le modèle logique de l'intervention. Les professionnels de santé participant au COS ont facilité l'adhésion des équipes d'oncologie participant à l'intervention.

Discussion : La construction du partenariat a permis de modifier les représentations des chercheurs. L'établissement de relations de confiance a nécessité du temps et de partager ses limites. Il a été difficile d'intégrer des patientes socialement défavorisées. Le recours accru à des patientes-expertes devrait être encouragé.

Conclusion : La construction d'un partenariat de recherche collaborative entre chercheurs et acteurs nécessite du temps, des méthodes, et des financements dédiés. Cet investissement est de nature à améliorer la pertinence, l'acceptabilité, la légitimité et la pérennité des interventions développées. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 15–23)

1. Université Claude Bernard Lyon 1, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (UMRESTTE) UMR T9405, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
2. Université Lumière Lyon 2, Groupe de recherche en psychologie sociale (GREPS) EA4163, Institut de Psychologie, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
3. Université Claude Bernard Lyon 1 - Collège universitaire de médecine générale, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
4. Université Paul-Valéry Montpellier 3 Laboratoire Epsilon, Montpellier, Occitanie, France.
5. Centre Léon Bérard, Département Cancer Environnement, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
6. Hospices Civils de Lyon, Service recherche et épidémiologie cliniques, pôle santé publique, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.

Correspondance à : Jean-Baptiste Fassier, Université Claude Bernard Lyon 1, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (UMRESTTE) UMR T9405, 8, avenue Rockefeller, LYON Cedex 08, F-69373, France. Email : jean-baptiste.fassier@univ-lyon1.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 24 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 18 janvier 2021.)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 15–23; 993358 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975921993358 journals.sagepub.com/home/ghp

Mots-clés : changement de comportement, collaboration / partenariat, promotion de la santé au travail, recherche participative, théorie / modèle

Introduction

L'objectif de cet article est de décrire les moyens et contributions du partenariat chercheurs-acteurs dans le processus de modélisation d'une intervention de retour au travail après un cancer du sein.

Cancer du sein et reprise du travail

Le cancer du sein survient dans la moitié des cas chez des femmes en âge de travailler (1), avec une dégradation du taux d'emploi deux ans après le diagnostic (2). L'évolution de la situation professionnelle est liée à des facteurs personnels, professionnels et du système de santé (3). Les femmes âgées de plus de 50 ans et les femmes moins qualifiées (4,5) ont plus de risque de perdre leur travail après un cancer. Jusqu'à présent, les interventions visant à faciliter le retour au travail après un cancer n'ont pas démontré leur efficacité (6,7) ni permis de réduire ces inégalités. Elles ont été conduites majoritairement en milieu hospitalier (8–10). La plupart des interventions étaient centrées sur les patientes sans viser leur environnement (social ou professionnel), et manquaient de fondements théoriques explicites (8,10). Le développement de futures interventions pour le maintien en emploi devrait intégrer des composantes multidisciplinaires et associer le milieu du travail (7,11).

Recherche dans le domaine du maintien en emploi

La métaphore du « modèle de l'arène » (terrain de sport) (12) représente le caractère intersectoriel de la problématique du maintien en emploi au carrefour du monde de la santé, du travail, de la protection sociale, et du travailleur. Elle souligne les enjeux de la collaboration des parties prenantes ayant des intérêts parfois divergents. D'autres difficultés méthodologiques portent sur la définition et les mesures du « retour au travail » conceptualisé autant comme un résultat qu'un processus intégrant de nombreuses personnes en interaction. Les interventions de retour au travail

sont des interventions complexes (13), à risque d'échec de la théorisation et de l'implantation. Il est recommandé pour développer ce type d'intervention d'associer dès le départ les personnes visées par l'intervention et celles qui la délivrent (14).

Protocole de l'Intervention Mapping (IM)

Le protocole de l'Intervention Mapping (ou cartographie d'intervention) intègre ces recommandations. Il a été utilisé notamment dans le domaine du cancer (15) et du maintien en emploi (16). Il repose sur une vision écologique des déterminants sociaux de la santé, le recours aux cadres théoriques en sciences humaines et sociales, et à une approche participative (17,18). Il établit un processus de développement en six étapes :

1. Comité stratégique ; modèle logique du problème
2. Objectifs du programme ; modèle logique du changement
3. Choix des cadres théoriques et des méthodes de changement
4. Modèle d'organisation et d'utilisation ; outils de l'intervention
5. Plan d'implantation : planification de l'adoption et de la pérennisation
6. Plan d'évaluation

Bien que le protocole de l'IM favorise le partenariat chercheurs-acteurs, ce partenariat est absent ou incomplet dans de nombreuses études utilisant cette méthodologie (15,16) et ses modalités sont rarement décrites (19). Ces constats illustrent les défis de la recherche collaborative, identifiés de longue date.

Apports de la recherche collaborative pour réduire les inégalités

La recherche collaborative est définie comme un ensemble d'interactions et de processus pour rassembler ceux qui étudient les problèmes de société (chercheurs) avec ceux qui agissent sur ou dans le

cadre de ces problèmes (décideurs, praticiens, citoyens) (20). Une participation accrue de la communauté et des parties prenantes à la recherche augmente la pertinence, la qualité, les résultats, la pérennité, l'adoption et la transférabilité des programmes (21). Les défis de ces approches portent sur la définition, le périmètre et la représentativité des « communautés » impliquées (22), l'établissement de rapports durables de confiance, et l'intégration des savoirs d'expérience des acteurs avec les savoirs théoriques et méthodologiques des chercheurs (23). Les approches collaboratives sont nécessaires pour réduire les inégalités sociales de santé (24).

Projet FASTERACS

Le protocole de l'IM a été choisi dans le cadre du projet FASTERACS (faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein) pour sa capacité à répondre aux défis précédemment décrits. Ce projet initié en 2015 dans la métropole de Lyon vise à développer, implanter et évaluer une intervention pour favoriser le retour au travail, améliorer la qualité de vie au travail, et réduire les inégalités devant l'emploi après un cancer du sein. Il répond à l'objectif 9 du Plan Cancer 2014-2019 (accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi). Le cancer du sein a été choisi pour modéliser l'intervention du fait de sa prévalence dans la population française, avec la préoccupation d'étudier les conditions de généralisation de l'intervention à d'autres cancers et pathologies chroniques. Dans le cadre de ce projet, le choix a été fait de réunir les acteurs impliqués dans un Comité stratégique (COS) pour co-construire l'intervention avec les chercheurs.

Objectifs et méthodes

L'objectif de cet article est de décrire les contributions du partenariat chercheurs-acteurs dans le processus de modélisation de l'intervention FASTERACS durant les étapes du protocole de l'*Intervention Mapping*. La section « méthodes » ci-dessous décrit les actions effectuées et les interactions chercheurs-acteurs à chaque étape du protocole. La section « résultats » présente les retombées de ces actions et interactions pour la modélisation de l'intervention en suivant la même chronologie des étapes du protocole.

Étape 1 : Comité stratégique ; modèle logique du problème

Constitution du Comité stratégique (COS)

Les membres du COS ont été identifiés par l'équipe de recherche compte tenu de leur expertise et contactés individuellement selon un échantillonnage visant à assurer une représentation équilibrée des patientes et associations, professionnels de santé, employeurs, et institutions (23). Les critères d'inclusion étaient d'avoir une expérience dans le maintien en emploi, un rayonnement dans le domaine, et l'expérience du travail en équipe. Les objectifs attendus des membres du COS étaient de partager leurs savoirs d'expérience et de participer aux décisions avec les chercheurs pour modéliser l'intervention.

Charte de partenariat

Le principe d'une charte a été adopté à la première réunion du COS (07/04/2016). Durant une discussion ouverte en petits groupes, les valeurs, besoins et engagements de chacun ont fait l'objet d'un recueil semi-structuré par des mots-clés qui ont été retranscrits. Une analyse qualitative thématique de contenu a été effectuée avec Excel™ par deux chercheurs en triangulation. Les résultats ont structuré le contenu de la charte, qui a été validée ultérieurement par consensus selon la méthode Delphi (25).

Évaluation des besoins

Les membres du COS ont contribué à identifier et recruter les participants à une enquête qualitative d'évaluation des besoins conduite par les chercheurs au moyen de focus groups (FG) et d'entretiens individuels semi-structurés (EI) auprès de patientes en rééducation après un cancer du sein (3 FG ; 10 EI), de professionnels de santé (3 FG avec des médecins généralistes ; 3 FG avec des équipes de rééducation ; 20 EI avec des oncologues), d'acteurs en entreprise (22 EI avec d'anciens patients, des collègues, encadrement et DRH) et d'institutions (6 EI avec des assistantes sociales et médecin conseil). Une analyse qualitative thématique de contenu des FG et EI a été effectuée par les chercheurs au moyen du logiciel MAXQDA™. Les membres du COS ont participé à l'interprétation des résultats durant deux réunions plénières (12/01/2017 et 25/01/2018).

Modèle logique du problème

Des listes de barrières (comportements-problèmes) et facilitateurs (comportements-aidants) pour le retour au travail identifiés chez les patientes, professionnels de santé et acteurs de l'entreprise ont été établies par les chercheurs à partir des résultats des FG et EI. Ces listes ont été complétées et hiérarchisées en réunion par les membres du COS (25/01/2018), auxquels il était demandé d'évaluer dans quelle mesure ces comportements correspondaient à leur expérience et leur semblaient contribuer au problème.

Étape 2 : Modèle logique du changement

Les chercheurs ont ensuite proposé une liste de 19 objectifs potentiels de changement des comportements-problèmes et renforcement des comportements-aidants, identifiés et répartis en trois phases : 1) Accompagner la période des soins ; 2) Préparer la reprise de l'activité professionnelle ; 3) Accompagner la reprise de l'activité professionnelle. Pour les hiérarchiser, chaque membre du COS a évalué son importance et sa faisabilité perçues avant une mise en discussion entre chercheurs et acteurs (réunion du 29/03/2018).

Étape 3 : Choix des cadres théoriques et des méthodes de changement

Ces choix ont été effectués par l'équipe de recherche, en recourant aux modèles théoriques en psychologie de la santé, en psychologie sociale et du travail (26). Les membres du COS n'ont pas été directement associés à cette phase du projet.

Étape 4 : Modèle d'organisation et d'utilisation ; outils de l'intervention

Les chercheurs ont proposé une première version du modèle d'organisation de l'intervention (qui fait quoi, où, quand) qui a été débattue en réunion plénière (03/07/2018) et dont les rétroactions ont conduit à une nouvelle version à nouveau débattue (02/04/2019). Les modalités de l'intervention ont été fixées en réunion plénière (23/01/2020) en demandant aux membres du COS d'indiquer pour chaque composante un point de vigilance, d'interrogation, et de satisfaction.

Évaluation des outils de l'intervention

Les membres du COS ont évalué deux guides (à l'intention des patientes et des employeurs) par des

questionnaires semi-structurés en ligne sur Internet, qui ont également été renseignés par des patientes et des acteurs de l'entreprise. L'évaluation portait sur les informations délivrées (clarté, exhaustivité) et l'utilisation du guide (acceptabilité, utilité).

Étape 5 : Préparation de l'implantation de l'intervention

Les chercheurs ont contacté les centres de cancérologie de la métropole de Lyon (six établissements) pour préparer la mise en place d'une étude d'évaluation basée sur un essai randomisé contrôlé dans une approche d'évaluation réaliste (27). Les membres du COS professionnels de santé ont facilité le lien avec ces établissements et leurs collègues participant à l'étude.

Éthique de la recherche

Le projet a été approuvé par le Comité de Protection des Personnes Sud-Est II (IRB n° 00009118). Les membres du COS, les participants à l'évaluation des besoins et les participantes à l'évaluation du guide « patiente » ont été informés et ont donné leur accord de participation.

Résultats

Étape 1 : Comité stratégique

Les 28 membres du COS assurent une représentation variée des patientes et associations (8 femmes), des entreprises de différentes tailles des secteurs public et privé (4 femmes, 1 homme), des professionnels de santé (6 femmes, 2 hommes) et des institutions concernées (5 femmes, 2 hommes). Ces personnes et institutions sont citées en remerciements. Les discussions ont été enrichies par la variété des membres du COS et l'interdisciplinarité des chercheurs (psychologie sociale et du travail, psychologie de la santé, santé publique, médecine et santé au travail, médecine générale, cancérologie).

Charte de partenariat

La charte comporte un préambule, 9 valeurs et 4 engagements. Tous les items ont été adoptés au premier tour de consensus avec un degré d'accord variant de 87 % à 100 % entre les 30 évaluateurs (chercheurs et acteurs). Le contenu de la charte est accessible sur le site Internet www.fastracs.fr et son élaboration est

décrite par ailleurs (25). Chaque membre du COS a signé la charte. Une conférence de presse avec les acteurs institutionnels et le Cancéropole régional CLARA a été ajournée du fait de la crise sanitaire.

Évaluation des besoins ; modèle logique du problème

Les résultats de l'évaluation des besoins et du modèle logique du problème sont détaillés dans une autre publication (28). Le modèle logique du problème intègre une vision personne-environnement (déterminants sociaux des comportements) avec la dimension chronologique du parcours de soins jusqu'à la reprise du travail. L'enjeu principal est de décloisonner la prise en charge des patientes entre les soins hospitaliers, les soins de ville et les services de santé au travail afin de faciliter la reprise du travail.

Étape 2 : Objectif du programme ; modèle logique du changement

L'objectif principal de l'intervention est de faciliter la reprise durable du travail dans la population constituée de femmes de moins de 55 ans présentant un premier cancer du sein invasif non métastatique (traité par chirurgie et chimiothérapie en situation adjuvante ou néo adjuvante) et en emploi salarié au moment du diagnostic. Le modèle logique du changement comprend plusieurs matrices associant les objectifs des comportements visés par l'intervention (par exemple : « voir son médecin du travail en visite de pré-reprise ») avec les déterminants socio-cognitifs et environnementaux dont la modification est nécessaire pour adopter ces comportements (par exemple : connaissances, attitude, sentiment d'efficacité personnelle, accessibilité du médecin du travail, etc.). La description détaillée de ces matrices fera l'objet d'une publication ultérieure.

Étape 3 : Choix des cadres théoriques et des méthodes de changement

Un modèle théorique intégrateur a été élaboré permettant d'intégrer une dimension processuelle (phases du soin et du retour au travail) et une dimension écosystémique (déterminants psychosociaux et environnementaux). Ce modèle permet d'intégrer des cadres théoriques de différents niveaux (comportement planifié, socialisation

organisationnelle). Pour chaque comportement attendu de la part des femmes et des acteurs impliqués, il décrit les ressources personnelles et/ou de l'environnement à mobiliser favorisant leur survenue. Les méthodes de changement utilisées pour agir sur ces déterminants sont inspirées de la taxonomie de Susan Michie (29) et des processus de changement de Prochaska intégrés dans le I-Change model (30,31).

Étape 4 : Modèle d'organisation et d'utilisation ; outils de l'intervention

Guide à l'intention des patients

Il a été élaboré dans l'objectif de faciliter l'adoption de trois comportements aidant la reprise du travail : rencontrer son médecin généraliste, rencontrer son médecin du travail en visite de pré-reprise, garder ou reprendre le contact avec l'entreprise avant la reprise. La seconde partie du guide propose des exercices de développement personnel favorisant la gestion des émotions et la prise de décision. Les résultats de l'évaluation du guide « patientes » ont conduit à modifier sa structure et son contenu pour simplifier son utilisation par les femmes socialement défavorisées (23/01/2020).

Guide à l'intention des employeurs et de l'encadrement

Ce guide comporte une partie informative (enjeux, réglementation, rôle des acteurs) et des outils pour réussir le retour et le maintien en emploi après une maladie chronique ou un cancer. Il pourra être remis par la patiente à son médecin du travail et/ou à son encadrement selon les modalités qu'elle choisira elle-même.

Aide-mémoire pour le médecin traitant

Cet outil est destiné à structurer une « consultation de transition » en médecine générale en fin de radiothérapie (ou de chimiothérapie), permettant une évaluation et une prise en charge personnalisée des besoins de santé, et une première évaluation du projet de reprise du travail.

Aide-mémoire pour le médecin du travail

Cet outil est destiné à structurer la visite de pré-reprise selon une temporalité choisie par la patiente

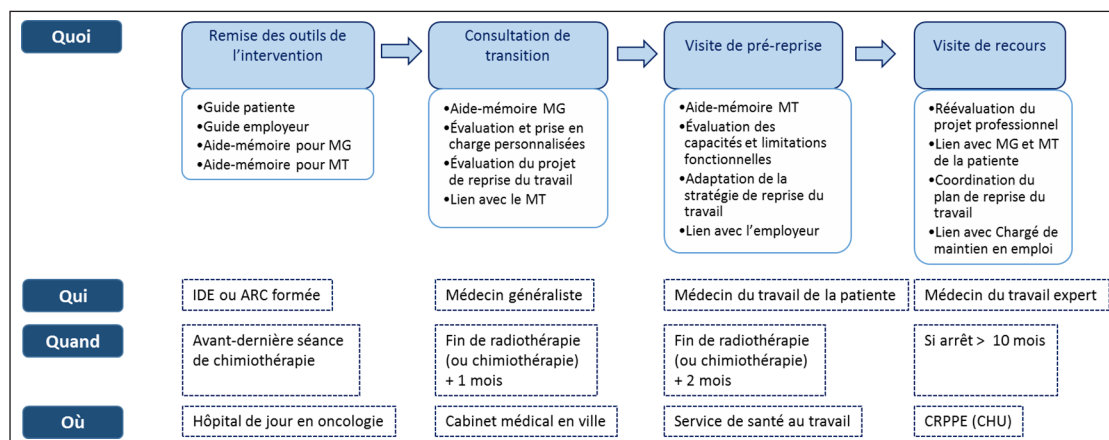


Figure 1. Modèle logique d'organisation de l'intervention.

MG, médecin généraliste ; MT, médecin du travail ; IDE, infirmière diplômée d'État ; ARC, attaché de recherche clinique ; CRPPE, centre de ressources en pathologie professionnelle et environnementale ; CHU, centre hospitalier universitaire.

et son médecin traitant, afin d'évaluer les capacités et les limitations fonctionnelles, les possibilités d'aménagement du poste de travail, et d'ajuster la stratégie de reprise du travail.

Modèle logique d'organisation de l'intervention

L'intervention FASTRACS consiste à structurer le parcours des patientes depuis leur prise en charge hospitalière jusqu'au retour dans l'entreprise. Elle comporte quatre étapes représentées en Figure 1.

Discussion

Un partenariat innovant

Les résultats de cette étude sont les premiers à décrire un partenariat chercheurs-acteurs dans l'élaboration d'une intervention de maintien en emploi. En associant un comité représentatif des acteurs dès l'analyse du problème, cette étude répond aux recommandations sur les conditions d'un partenariat durable et fructueux (23,32).

Un partenariat générateur de représentations partagées et d'engagement

Le processus d'élaboration de la charte a permis d'explicitier plusieurs tensions inhérentes à la

problématique et de construire un socle commun auquel se référer. Le risque d'imposer une pression sociale contraignant les patientes à reprendre le travail a été contrasté avec l'importance de respecter leur liberté de choix à reprendre ou non le travail, dans des délais et à un rythme choisis. Pour autant, l'importance a été reconnue d'accompagner plus spécifiquement les personnes socialement défavorisées qui sont les plus à risque de perdre leur travail au décours du cancer. En termes symboliques, la charte a été perçue comme un objet concret de la collaboration, pouvant être utilisé comme vecteur de communication valorisant l'engagement dans le projet. En termes conceptuels, la charte a permis de synthétiser la complexité de la problématique en intégrant les représentations partagées. En termes politiques, la charte a permis de formaliser l'engagement partagé par les signataires.

Un partenariat source d'enrichissement de l'intervention et des objectifs d'évaluation

Les intérêts des acteurs ont conduit à formuler d'autres d'objectifs pour l'intervention que la reprise du travail, comme par exemple la qualité de vie, la situation financière, et la productivité au travail. La tension entre une intervention personnalisable aux besoins des patientes (point de vue des acteurs), et une intervention suffisamment homogène pour être généralisée

(point de vue des chercheurs) a conduit à dépasser une vision trop normative de l'intervention. Cette tension s'est résolue dans le modèle logique de l'intervention en positionnant les médecins généralistes comme pivots permettant une prise en charge individualisée.

La question du moment opportun pour aborder la question du travail avec les patientes était partagée entre les tenants d'une information précoce (en phase de chimiothérapie) permettant aux patientes d'anticiper, et les tenants d'une information plus tardive (après la radiothérapie) pour ne pas les brusquer. Cette tension a été dépassée en proposant l'intervention FASTER en fin de chimiothérapie, mais en abordant la question du travail plus explicitement après les traitements.

L'évaluation par les membres du COS des supports de l'intervention a été déterminante pour les ajuster aux besoins des patientes et des entreprises. Cette expérience conduit à recommander fortement que des patient(e)s-expert(e)s soient directement impliqué(e)s avec les chercheurs dès la conception des supports des interventions.

Conditions de succès et retombées du partenariat

Le partenariat chercheurs-acteurs pour développer l'intervention FASTER s'inscrit dans le mouvement de reconnaissance du savoir expérientiel des patients illustré par le modèle de Montréal (33). Notre expérience est cohérente avec les résultats publiés décrivant des retombées du partenariat en termes concrets (supports de l'intervention) et structurels (processus de prise en charge) (34). La participation des patients-partenaires dans le COS peut être décrite en termes de patients-ressources contribuant à définir l'organisation des soins, et de patients-chercheurs contribuant à produire et utiliser les résultats de la recherche (35).

Limites et exigences du partenariat

Malgré les efforts, il a été difficile d'intégrer des patientes socialement défavorisées dans le processus de recherche, attestant la nécessité de poursuivre les efforts dans ce but. La construction et la pérennité du partenariat ont nécessité d'y consacrer du temps régulièrement dédié par les acteurs et les chercheurs.

Perspectives

Si les résultats favorables de l'intervention sont confirmés, les modalités de l'intervention pourront être étendues à d'autres cancers, voire d'autres maladies chroniques, et à d'autres bassins de population. Le protocole de l'IM pourra être promu pour développer d'autres programmes en promotion de la santé.

Conclusion

Le projet FASTER a bénéficié d'un partenariat avec les différentes parties prenantes impliquées dans le retour au travail après un cancer du sein, dans le cadre d'une approche de recherche collaborative. Les fruits de ce partenariat ont été identifiés à chaque étape du protocole de l'Intervention Mapping pour développer, implanter et évaluer l'intervention. Ce partenariat a nécessité de la part des chercheurs une attitude ouverte dans la conceptualisation de leur objet de recherche pour intégrer les savoirs d'expérience des parties prenantes. Il a également nécessité un temps important pour planifier, conduire et tirer le meilleur profit des rencontres entre les chercheurs et les acteurs. Il s'agit à notre connaissance de la première intervention en France à mobiliser un partenariat structuré pour assurer la pertinence et la faisabilité d'une intervention visant à faciliter la reprise du travail. Les effets de ce partenariat sur l'implantation, l'efficacité et la pérennité de l'intervention seront évalués durant la dernière phase du projet par un essai randomisé contrôlé réaliste dont le lancement est prévu en 2021.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les membres du Comité stratégique de FASTER (depuis 2015) : ALLEON Catherine ; ALTER-FEROTIN Eléonore ; AMARGIER Séverine ; AUDOIN Anita ; BARTHET DERRIEN Marie-Sophie ; BIAUDET Julien ; BOUCHE Pascale ; BRUYAS Amandine ; CALMELS Paul ; CHAMBAT Janine ; CHARUEL Catherine ; CLAER Isabelle ; COHEN Noémie ; CONFAVREUX Claire ; CONFOLANT SUZANNE Barbara ; COURTOIS Sophie ; DE-LARQUIER Anne ; DELARUE Florence (†) ; DESBAS Amélie ; DEYZIEUX Sylvie ; DODIN Agathe ; DOUILLET Philippe ; DUCROQUET Samantha ; DUMAS Aurélie ; DUPREY Angélique ; FLANDIN Pierre ; GIRIER Pierre ; HERR Andrée-Laure ; ISSARTELE Patrick ; MANUEL Gilles ; MARNIER Elisabeth ; MICHON Servane ; MILHAU

Manuelle ; NEGULESCU Laurence ; NOGUEIRA Maria Manuela ; PASSI-PETRE Muriel ; PETITGENET Céline ; RADIER Mélanie ; REYNAUD, Marie-Odile ; ROMESTAINING Pascale ; RUSTERHOLTZ Thierry ; SEVEIGNES Sylvaine ; TAINURIER Valérie ; THIRRY Dominique ; TRIVIER Renée ; VADEBOIN Claude ; VALLET-RENART Nathalie ; VARAS Séverine ; VIDAL Patricia.

Les auteurs remercient les associations, les entreprises et les institutions de FASTRACS :

Agence régionale de santé Auvergne – Rhône-Alpes ; ALDES ; ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) ; Assurance maladie (service médical régional de Lyon, service prévention et service social de la CARSAT 69) ; CASINO ; CAP EMPLOI-SAMETH ; DIRECCTE Auvergne Rhône-Alpes ; centre hospitalier du Vinatier ; centre Léon Bérard ; Entreprise et cancer ; Europa Donna ; hôpital privé Jean Mermoz ; Hospices civils de Lyon ; Juris santé ; Ligue contre le cancer du Rhône ; SNCF.

Les auteurs remercient les étudiants ayant contribué à FASTRACS.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Les auteurs ont indiqué avoir reçu le soutien financier suivant pour la recherche, la paternité ou la publication de cet article : Direccte Auvergne Rhône-Alpes, CRPCEN, Institut national du cancer et Métropole de Lyon.

ORCID iD

Jean-Baptiste Fassier  <https://orcid.org/0000-0003-3885-4987>

Références

1. INCa. Le cancer du sein : institut national du cancer. 2019 [cité le 2 février 2021]. Accessible à : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Le-cancer-du-sein>
2. INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer : de l'annonce à l'après-cancer. Institut national du cancer/INSERM; 2014.
3. Tiedtke C, de Rijk A, de Casterle BD, Christiaens MR, Donceel P. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*. 2010; 19: 677–683.
4. Blinder VS, Patil S, Thind A, Diamant A, Hudis CA, Basch E, et al. Return to work in low-income Latina and non-Latina white breast cancer survivors: a 3-year longitudinal study. *Cancer*. 2012; 118: 1664–1674.
5. Mujahid MS, Janz NK, Hawley ST, Griggs JJ, Hamilton AS, Graff J, et al. Racial/ethnic differences in job loss for women with breast cancer. *J Cancer Surviv*. 2010; 5: 102–111.
6. Sun Y, Shigaki CL, Armer JM. Return to work among breast cancer survivors: a literature review. *Support Care Cancer*. 2017; 25: 709–718.
7. de Boer AG, Taskila TK, Tammenga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 9: CD007569.
8. Lamore K, Dubois T, Rothe U, Leonardi M, Girard I, Manuwald U, et al. Return to work interventions for cancer survivors: a systematic review and a methodological critique. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 1343.
9. Caron M, Durand MJ, Tremblay D. [Interventions to support the return-to-work process after cancer: a literature review]. *Santé Publique*. 2017; 29: 655–664.
10. Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ. Exploration of return-to-work interventions for breast cancer patients: a scoping review. *Support Care Cancer*. 2017; 25: 1993–2007.
11. Nazarov S, Manuwald U, Leonardi M, Silvaggi F, Foucaud J, Lamore K, et al. Chronic diseases and employment: which interventions support the maintenance of work and return to work among workers with chronic illnesses? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 1864.
12. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*. 2005; 15: 507–524.
13. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337: 979–983.
14. Hawe P. Lessons from complex interventions to improve health. *Annu Rev Public Health*. 2015; 36: 307–323.
15. Lamort-Bouche M, Sarnin P, Kok G, Rouat S, Peron J, Letrilliart L, et al. Interventions developed with the intervention mapping protocol in the field of cancer: a systematic review. *Psychooncology*. 2017; 27: 1138–1149.
16. Fassier JB, Sarnin P, Rouat S, Peron J, Kok G, Letrilliart L, et al. Interventions developed with the intervention mapping protocol in work disability prevention: a systematic review of the literature. *J Occup Rehabil*. 2019; 29: 11–24.
17. Eldredge LKB, Markham CM, Ruiter RAC, Fernandez M, Kok G, Parcel G. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. 4th ed. Jossey-Bass: San Francisco, California; 2016, p.704.
18. Fassier JB, Lamort-Bouché M, Sarnin P, Durif-Bruckert C, Péron J, Letrilliart L, et al. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2016; 64: 33–44.
19. Majid U, Kim C, Cako A, Gagliardi AR. Engaging stakeholders in the co-development of programs or

- interventions using Intervention Mapping: a scoping review. *PLoS One*. 2018; 13: e0209826.
20. Denis JL. Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research. *J Health Serv Res Policy*. 2003; 8(Suppl 2): 1–6.
 21. Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, Salsberg J, Bush PL, Henderson J, et al. Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Q*. 2012; 90: 311–346.
 22. MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001; 91: 1929–1938.
 23. Demange E, Henry E, Préau M. De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique ANRS (French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis); Paris, 2012.
 24. Société française de santé publique. Actes du séminaire d'échanges entre acteurs « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé »; 2015.
 25. Dupoyet C, Guittard L, Rouat S, Letrilliart L, Carretier J, Lamort-Bouché M, et al. Retour à l'emploi après cancer du sein : apports de la recherche collaborative en santé au travail et d'une charte de partenariat entre acteurs concernés. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 2020; 81: 797–810.
 26. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, Mullen PD, Parcel GS, Ruiter RA, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychol Rev*. 2016; 10: 297–312.
 27. Bonell C, Fletcher A, Morton M, Lorenc T, Moore L. Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Soc Sci Med*. 2012; 75: 2299–2306.
 28. Fassier JB, Lamort-Bouche M, Broc G, Guittard L, Peron J, Rouat S, et al. Developing a return to work intervention for breast cancer survivors with the intervention mapping protocol: challenges and opportunities of the needs assessment. *Front Public Health*. 2018; 6: 35.
 29. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011; 6: 42.
 30. de Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ Res*. 1988; 3: 273–282.
 31. De Vries G, Mudde A. Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychol Health*. 1998; 13: 369–385.
 32. National Institutes of Health. Principles of community engagement. Contract No.: NIH Publication No. 11-7782; 2011.
 33. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le “Montreal model” : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015; 1(Suppl): 41–50.
 34. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci*. 2018; 13: 98.
 35. Michel P, Brudon A, Pomey MP, Durieu I, Baille N, Schott AM, et al. Approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2020; 68: 51–56.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Recherche interventionnelle en santé des populations et lutte contre les inégalités sociales de santé : les partenariats « en train de se faire » de la Case de Santé de Toulouse, France

Jean-Charles Basson¹, Nadine Haschar-Noé², Thierry Lang³, Fabien Maguin⁴ et Laurence Boulaghaf⁵

Résumé : Une recherche interventionnelle en santé des populations permet d'analyser les modalités de lutte contre les inégalités sociales de santé que pratique la Case de Santé de Toulouse (France). Créée en 2006, selon une approche de santé communautaire, cette organisation associative comprend un centre de santé de premier recours et un pôle santé-droits visant à accroître les capacités, individuelles et collectives, d'agir des très nombreux usagers-patients démunis qu'elle accueille afin d'améliorer leur santé et leurs conditions de vie. Cette expérimentation à visée de changement social rend nécessaires des arrangements partenariaux qu'une étude menée par le bas, selon les principes de la sociologie de l'action organisée, autorise à porter au jour. Il apparaît alors que la difficulté réside dans l'articulation entre, d'une part, la création, l'entretien et le bon fonctionnement des partenariats institutionnels induits par le projet et son financement et, d'autre part, les désajustements de ces derniers provoqués par des modes d'intervention associatifs proposant un modèle alternatif en santé. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 24–30)

Mots-clés : recherche interventionnelle en santé des populations, inégalités sociales de santé, expérimentation sociale, collaboration / partenariat, interdisciplinarité, évaluation

Introduction : une étude par le bas des arrangements partenariaux en santé

Scruter en profondeur les caractéristiques des interventions visant la santé des populations, incluant leurs effets et leur contexte de mise en œuvre, recourir pour ce faire à une démarche scientifique éprouvée, poser comme fondement la

coopération entre les professionnels intervenants, les décideurs et les chercheurs, tels sont les ingrédients de la recherche interventionnelle en santé des populations [qui] se définit comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques [visant] à modifier la distribution des facteurs de risque des maladies ou

1. Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), Centre de recherche sciences sociales sport et corps (CreSco), Laboratoire d'Épidémiologie et Analyses en Santé Publique (LEASP), Laboratoire des sciences sociales du politique (LaSSP), Université Paul Sabatier de Toulouse III, Toulouse, France.
2. Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), Centre de recherche sciences sociales sport et corps (CreSco), Laboratoire des sciences sociales du politique (LaSSP), Université Paul Sabatier de Toulouse III, Toulouse, France.
3. Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), Laboratoire d'Épidémiologie et Analyses en Santé Publique (LEASP), Université Paul Sabatier de Toulouse III, Toulouse, France.
4. Case de Santé de Toulouse, France.
5. Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), Centre de recherche sciences sociales sport et corps (CreSco), Université Paul Sabatier de Toulouse III, Toulouse, France.

Correspondance à : Jean-Charles Basson, Université Paul Sabatier Toulouse III – Faculté de Médecine Rangueil, IFERISS, 37 allée Jules Guesde, Toulouse, 31062, France. Email : jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 23 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 22 décembre 2020.)
Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 24–30; 987802 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975920987802 journals.sagepub.com/home/ghp

des déterminants de la santé dans une population (1).

Reprenant à notre compte de tels « ingrédients », nous proposons d'analyser les modalités de la lutte contre les inégalités sociales de santé que pratique la Case de Santé de Toulouse en étudiant les partenariats qu'elle tisse et entretient au gré des arrangements, des contingences et des vicissitudes que connaît son expérimentation en santé à visée de changement social. Pour démêler ce qui se joue au cœur de ces partenariats, nous sollicitons la sociologie de l'action organisée qui fait « référence aux processus par lesquels une situation d'interactions se stabilise entre des acteurs individuels et collectifs, et donc, aux normes et arrangements que ces derniers ont développés (plus ou moins dans la durée) et à partir desquels ils produisent et entretiennent des modes de fonctionnement collectifs » (2). Est alors posée la question de l'articulation entre la création, l'entretien et le bon fonctionnement de partenariats institutionnels induits par le projet et son financement, d'une part, et les désajustements de ces derniers que provoquent les modes d'intervention mis en place par l'association proposant un modèle alternatif en santé, d'autre part.

La Case de Santé, une expérimentation à visée de changement social

Dans la recherche interventionnelle en santé des populations, la prise en considération des particularités du contexte étudié est indispensable. Afin de « ne pas perdre de vue que chaque situation est unique, fondée sur l'histoire et les relations entre les acteurs et secteurs impliqués » (1), nous livrons le cadre contextuel au sein duquel intervient notre recherche.

Créée en 2006, selon une approche de santé communautaire inspirée de la Charte d'Ottawa et des traditions québécoises et belges, la Case de Santé de Toulouse comprend un centre de santé de premier recours et un pôle santé-droits qui accueille 3 200 usagers-patients par an. Constituant un système d'innovation sociale en santé territorialisé, inclusif et participatif, l'association est implantée dans le dernier quartier populaire du centre-ville, nourri de vagues d'immigrations et en cours de gentrification. Selon une visée de santé globale, la Case de Santé se définit comme une alternative à la médecine libérale. Prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, elle se positionne en tant qu'acteur de son environnement et milite pour une

santé de proximité, intégrée et participative reposant sur un travail en inter-professionnalité. Son organisation autogestionnaire et la participation active des usagers-patients à son fonctionnement visent à accroître leurs capacités individuelles et collectives d'agir afin d'améliorer leur santé et leurs conditions de vie (3).

La Case de Santé emploie 27 personnes : cinq médecins généralistes, deux psychologues, une sage-femme, quatre assistants sociaux, six médiateurs en santé, trois membres du pôle de coordination administrative et financière, quatre accueillants, une chargée de projet et un agent d'entretien, auxquels s'ajoutent des stagiaires, des internes en médecine et des juristes bénévoles. Lauréate de « l'appel national à projets-pilotes sur l'accompagnement à l'autonomie en santé », la Case de Santé est financée à hauteur de 1 025 000 euros par le Ministère de la santé, pour une durée de cinq ans (2017–2021). Agréé par la Préfecture en 2008, le centre de santé est sous convention avec l'Assurance maladie et bénéficie de financements de l'Agence régionale de santé, du Conseil départemental et de la Caisse primaire d'assurance maladie. Son projet-pilote repose sur trois axes : une dynamique de santé communautaire considérée comme un accélérateur d'autonomie en santé ; la médiation en santé conçue comme le levier de cette autonomie ; et la formation et la participation à la construction d'un référentiel pour le métier de « médiateur en santé de premier recours ». Tous les dispositifs mis en œuvre sont gratuits pour les usagers-patients. Enfin, le projet comporte une dimension évaluative assurée par une équipe interdisciplinaire de chercheurs. Consacrée à lutter contre les inégalités sociales de santé, l'expérimentation volontariste menée par la Case de Santé vise à associer les populations les plus précaires à l'accession et à la défense de leurs droits et à aboutir à la reconnaissance institutionnelle du bien-fondé de ses activités.

Une méthode partenariale, collaborative et évaluative soumise aux contingences

Les partenariats qui animent la recherche interventionnelle en santé des populations sont conçus « non seulement pour assurer la durabilité des solutions recherchées, mais aussi pour en accroître la pertinence » (1). Y parvenir suppose de

ménager un rôle de choix aux acteurs de terrain, professionnels issus de secteurs différents, membres d'institutions publiques présentes sur le territoire et usagers-patients ancrés dans des trajectoires biographiques multiples. Une telle configuration empêche de verser dans les travers descendants d'une recherche faisant du terrain empirique investigué le champ de validation d'hypothèses préconstruites en laboratoire. À rebours d'une caution scientifique artificiellement apposée sur le projet, une démarche partenariale, collaborative et évaluative peut associer les différents acteurs dans une relation symétrique. L'approche choisie permet d'y prétendre. En effet,

la sociologie de l'action organisée [...] relève d'une démarche inductive à double titre. D'une part, du fait de la posture qu'elle adopte par rapport au terrain d'enquête : ce dernier n'est pas un moyen de vérifier des hypothèses, mais un espace à investir, dans lequel s'immerger pour en découvrir les ressorts et les modes de fonctionnement concrets. D'autre part, du fait qu'elle prend appui sur les résultats empiriques pour progressivement élaborer des questions de recherche et faire émerger une problématique (2).

L'ambition préjuge toutefois le partage entre tous les acteurs de certaines conditions : échanges préexistants à la recherche ; postures respectives d'ouverture ; dispositions sociales et intellectuelles relativement homogènes ; volonté commune d'améliorer l'offre de santé ; goût pour la réflexivité. Si ces prérequis autorisent la réalisation et l'analyse de l'intervention dans sa plénitude (soit sa conception, son inscription à l'agenda, sa mise en œuvre, son appropriation par les populations ciblées, son évaluation et sa transférabilité), de telles conditions sont difficiles à garantir. Mais la faculté de recherche n'étant pas l'apanage des seuls chercheurs académiquement estampillés, l'intérêt de la démarche réside dans la confrontation des points de vue et des manières de faire propres à l'ensemble des partenaires sollicités, seul gage d'amélioration des pratiques d'intervention. Il en résulte un brouillage des frontières entre chercheurs et acteurs de terrain et la nécessité de composer ensemble au gré de l'avancée de la recherche. Respectant les différences qui donnent sens à la collaboration en train de s'inventer, le jeu consiste à tenter des rapprochements, au risque de laisser apparaître des divergences et des conflits. C'est la logique-même de la co-construction d'une recherche

interventionnelle en santé des populations impliquante pour chacun des acteurs concernés.

Notre recherche croise ainsi travaux scientifiques et pratiques d'intervention, savoir-faire et visions du monde en santé portés par l'ensemble des parties prenantes situées aux différentes échelles du projet : cycles de séminaires nationaux avec le Ministère ; réunions régulières du comité de suivi du projet regroupant les acteurs publics locaux (Agence régionale de santé, Mairie et Préfecture) ; interactions fréquentes avec les nombreux partenaires du territoire investi, parmi lesquels nous comptons les usagers-patients qui fréquentent la Case de Santé et s'engagent dans son fonctionnement. Acquis au plus près des publics présentant des vulnérabilités en santé, les travaux des chercheurs sont discutés collectivement pour mesurer leur capacité à objectiver la situation de la Case de Santé et son projet.

En respect de ces principes partenariaux, les méthodes utilisées dans notre recherche sont plurielles et principalement qualitatives. Elles mêlent entretiens semi-directifs, entretiens biographiques et récits de vie des différentes catégories d'acteurs impliqués : les professionnels de la Case de Santé ($n = 27$) ; les usagers-patients accompagnés dans leur parcours de santé ($n = 40$) et/ou accueillis au sein des espaces collectifs en santé communautaire ($n = 28$) ; les participants aux séminaires de travail associant acteurs professionnels et chercheurs ($n = 13$) ; les partenaires publics locaux participant au comité de suivi du projet ($n = 15$). S'y ajoutent des observations participantes à des formations (20 heures) et à des séminaires partagés avec les principaux intervenants, professionnels, salariés, bénévoles, militants et usagers-patients de l'association (83 heures), ainsi que des observations non participantes des différentes scènes de la Case de Santé (120 heures). Par ailleurs, sont administrés des questionnaires de satisfaction des usagers-patients accompagnés ($n = 20$) et des questionnaires Delphi pour tester la transférabilité du projet dans un autre territoire ($n = 15$). Enfin, les documents élaborés par l'association pour son fonctionnement interne et/ou destinés à une diffusion extérieure sont analysés et les différents chercheurs tiennent des carnets de terrain ethnographique respectifs.

« Les chevauchements entre recherche interventionnelle en santé des populations et évaluation étant nombreux » (1), notre recherche tente de cerner les

effets, l'efficacité, la cohérence et la pertinence des interventions développées par la Case de Santé pour réduire les inégalités sociales de santé en considérant la multiplicité, la complexité, la cumulativité et la variabilité des déterminants de santé concernés. Menée chemin faisant, sur le temps long du projet-pilote, et impliquant collectivement chercheurs, porteur du projet, partenaires et publics bénéficiaires, l'évaluation vise à comprendre comment l'approche de la Case de Santé permet d'accroître l'autonomie et le pouvoir d'agir en santé des personnes vulnérables qui la fréquentent et des professionnels qui les accompagnent. Les pratiques, les méthodes, les dispositifs, les modes d'organisation, les outils d'intervention, les formations dispensées, la mobilisation conjointe des professionnels des secteurs de la santé, du social et du médicosocial, la participation des usagers-patients à des collectifs, les relations soignants-patients sont analysés à cette aune. Il s'agit de « considérer que les politiques [de santé] existent concrètement à travers ce que font les agents de terrain. Leurs pratiques ne sont pas seulement l'application plus ou moins fidèle d'orientations politiques préexistantes, mais sont parties prenantes du processus continu de fabrication de l'action publique dans lequel elles peuvent jouer un rôle décisif » (4). Alors que les dispositifs en cours de mise en œuvre n'ont pas encore produit tous les bénéfices attendus, la mesure de trois types d'effets est engagée.

Prioritairement, l'évaluation concerne les effets des interventions sur l'autonomie en santé des usagers-patients. Afin d'appréhender les conditions d'acceptabilité sociale et les degrés d'appropriation des différents dispositifs proposés, les niveaux d'adhésion et de participation à chacun d'entre eux sont mesurés. Ainsi les ateliers collectifs de formation à la gestion de la santé s'apparentent à des instances socialisatrices qui dotent les bénéficiaires de ressources relatives à l'accès aux droits, aux soins et à la prévention, permettent d'accroître leur niveau de littératie en santé et organisent les soutiens sociaux, juridiques et sanitaires nécessaires. Grâce aux techniques d'animation de l'éducation populaire, les effets de ces ateliers sur les usagers-patients tiennent, d'une part, au retournement du stigmate dont ces publics sont porteurs dans leurs relations institutionnelles et, d'autre part, à la construction d'une relation de confiance fondée sur le respect de leur dignité, la libération de la parole individuelle et la reconnaissance des compétences propres à chacun,

lesquelles autorisent la construction d'une conscience collective.

D'autre part, l'évaluation porte sur la dimension innovante des dispositifs et de l'organisation de la Case de Santé. Sa structuration en deux entités (un centre de santé de premier recours et un pôle santé-droits) lui conférant la capacité à penser les interventions en santé en liens avec les questions sociales et juridiques, l'association cumule les singularités. Elle est, à la fois, un système de proximité, territorialisé au cœur d'un quartier central et populaire de Toulouse ; un système inclusif qui pratique l'accueil inconditionnel et l'accompagnement de personnes situées aux marges du modèle traditionnel de prise en charge ; un système participatif qui privilégie l'éducation et la mobilisation de ses usagers ainsi que l'investissement du débat et de l'espace publics ; un système interprofessionnel et intersectoriel caractérisé par une double coordination, interne entre tous les métiers et externe avec tous les partenaires ; enfin, un système basé sur des rapports égalitaires à dimension coopérative entre soignants et soignés.

Enfin, l'évaluation concerne la médiation en santé. Les pratiques professionnelles des médiateurs sont fondées sur une posture de tiers combinant le « aller vers » les publics, les institutions et les professionnels du social et de la santé et le « faire avec » les personnes. Toutefois, la Case de Santé n'entend pas cantonner la médiation dans son rôle d'interface chargé d'informer, orienter et accompagner les populations vulnérables. Refusant de faire peser sur la personne accompagnée les exigences de la responsabilité, les médiateurs ajoutent deux principes à leur dispositif : le « être avec » et le « faire ensemble ». Par le premier, la médiation en santé concerne l'ensemble de la population car « elle est un moyen de répondre au dysfonctionnement général du système de santé ». Par le second, les médiateurs se situent « du côté des personnes accompagnées afin de contrebalancer le rapport existant entre elles et les institutions ». La recherche interventionnelle en santé des populations vise à parachever le processus de médiation par la référentialisation du métier de « médiateur en santé de premier recours ». Toutefois, l'ensemble de ces effets ne peuvent intervenir que si les partenariats parviennent à se stabiliser et créent les conditions favorables à l'épanouissement de dispositifs soumis aux aléas de l'engagement des institutions publiques en la matière.

Les vicissitudes des arrangements partenariaux en santé

L'étude des déterminants sociaux structurant la santé des usagers-patients de la Case de Santé a « tout à gagner [...] d'une intégration des méthodes de recherche appliquée provenant d'une diversité de disciplines » (5). La collaboration à l'œuvre au sein de notre recherche fait ainsi dialoguer entre eux les cadres d'analyse respectifs des chercheurs impliqués : la science politique, la sociologie, la philosophie éthique et l'épidémiologie sont confrontées les unes aux autres en vertu de leur capacité à couvrir les objets situés au cœur du contexte investi par l'expérimentation accompagnée. Néanmoins, au regard de la question que nous nous donnons présentement, un choix s'impose. L'accent est donc placé sur la sociologie de l'action organisée (2) et sa propension à croiser la sociologie des organisations et la sociologie politique de l'action publique de santé (6) afin de se départir d'une lecture descendante, sectorielle, administrative et institutionnelle des questions de santé peu à même de rendre compte des enjeux partenariaux en cours.

Selon ce cadre théorique, l'organisation est pensée comme un processus constitutif d'un ordre local au sein duquel « le pouvoir et la règle » (7) sont le produit dynamique de l'action collective des individus et le résultat inachevé et contradictoire d'un jeu complexe et instable d'acteurs divers, porteurs de visions du monde différentes et constamment en tension. Si leurs interactions tendent à « faire système », c'est au prix de mécanismes empiriques de stabilisation des rapports sociaux. « Les bonnes relations ou, au contraire, les conflits, l'absence de relations ou, à l'inverse, leur intensité et leur densité sont de puissants indicateurs des marchandages, des échanges, des négociations, des déséquilibres, des alliances, des coalitions » (2) qui, dans le cas présent, tentent de réguler une initiative locale, ascendante, non gouvernementale, inclusive et participative qui induit des changements dans les routines administratives et des arrangements institutionnels inédits, dont certains peuvent générer des dissonances majeures, des différends fondamentaux, voire des antagonismes irréductibles.

Les vicissitudes des arrangements partenariaux que la Case de Santé entretient avec les acteurs institutionnels majeurs de son environnement direct que sont la Mairie, la Préfecture et l'Agence

régionale de santé relèvent de différents ressorts qui caractérisent la recomposition actuellement en cours du gouvernement territorial de la santé (8–10). À la forme traditionnelle de résistance aux changements manifestée par l'administration française s'ajoutent la fragilisation du système de protection sociale, la réduction du montant des dotations de l'État aux collectivités territoriales et une série d'aléas peu propices à l'accommodement des alliances et à la stabilisation des compromis pourtant indispensables à la durabilité de l'impact des dispositifs créés par l'association en santé communautaire.

Cette incertitude s'illustre par des enjeux de répartition de compétences entre les différentes institutions issus de la complexité du système administratif français. À ce titre, la Mairie se montre critique envers les pratiques de la Case de Santé qu'elle vit comme une forme de concurrence envers les dispositifs d'action publique en santé qu'elle développe sur son territoire d'élection qu'elle veille à ne pas voir investi par des options alternatives. Un cadre municipal estime ainsi que « les interventions de la Case de Santé interfèrent avec les actions que nous menons depuis longtemps. On serait une ville qui n'a pas de dispositifs de santé, je comprendrais. Mais à Toulouse, la Mairie fait déjà le travail ! » De même, à l'occasion des comités de suivi, les représentants de la ville spécifient les compétences des agents municipaux. « Nos professionnels font de la médiation sans le dire, *précise un cadre du service de santé*. Ce n'est pas très différent de ce que fait la Case de Santé. Sans compter qu'on a beaucoup plus de personnel pour le faire et qu'on est légitime dans cette mission de service public. » À ce sujet, la campagne électorale de juin 2020 a été l'occasion d'une réponse de la Case de Santé qui indique, dans un communiqué de presse du 26 du mois :

Toulouse n'a jamais eu de politique volontariste en matière de santé [...] C'est d'autant plus décevant que Toulouse a sur son territoire, avec l'existence de la Case de Santé, une expérience innovante [...] qui porte des expérimentations évaluées par le Ministère de la santé. Au lieu d'investir pour accompagner un projet qui répond aux besoins de santé de la population et aux aspirations nouvelles des jeunes professionnels de la santé et du social, la collectivité regarde passer les trains !

Par ailleurs, la pandémie de la Covid-19 attise ces tensions qui s'apparentent à des oppositions ouvertes et prennent la forme de suppressions de subventions du fait de la confusion entre santé publique et ordre public. La Préfecture est très sensible à cette question et relève qu'une partie du public de la Case de Santé est constituée de migrants et de sans-papiers qui constituent des « menaces en période de risques terroristes ». Ce à quoi la Case de Santé réplique que la loi française interdit d'expulser et prévoit de régulariser toute personne étrangère gravement malade résidant en France qui ne peut se soigner dans son pays d'origine. Relatant par le détail les situations vécues, dans son communiqué de presse du 27 mars 2020, l'association menace à son tour :

Depuis le début de l'état d'urgence sanitaire, les contrôles de police ciblent de plus en plus les abords de la Case de Santé [...] : des hommes en armes barrant l'accès du centre de santé, des patients empêchés d'aller en consultation médicale, des cris, des propos irrespectueux adressés à nos personnels soignants [...] Ces contrôles ciblés ont pour conséquence de créer des barrières dans l'accès aux soins et aux droits des personnes qui s'adressent à nous. Ils font peser une insécurité supplémentaire sur des personnes en grandes difficultés. Ils engendrent abusivement des mises en rétention de personnes suivies pour des pathologies graves, avec des risques sanitaires et les ruptures de parcours en santé qui y sont liés [...] L'urgence sanitaire doit faire passer la réponse aux besoins sanitaires au-dessus des obsessions sécuritaires de certaines autorités publiques [...] L'urgence sanitaire [...] que certains responsables politiques semblent découvrir à présent que l'épidémie de Covid-19 éclaire crûment certaines réalités indigentes du système de santé, les acteurs du soin la vivent depuis des années. On la vit, on fait face et on la dénonce. Sans réponse de la puissance publique jusque-là. Alors aujourd'hui, l'urgence sanitaire nous fait dire : laissez-nous bosser ! Et demain, nous ne manquerons pas de vous demander des comptes !

Ces revirements partenariaux et franches oppositions exacerbent, en retour, les réticences de l'association autogestionnaire à jouer le jeu des

institutions, quand bien même elle bénéficie d'un financement ministériel. Un membre du pôle administratif de l'association ne fait pas mystère des convictions associatives en matière de démocratie directe :

Bien sûr qu'il faut présenter notre démarche aux acteurs institutionnels du territoire, chercher des complémentarités, des combinaisons, les amener à investir notre dynamique collective. Mais la population doit être au cœur de cette dynamique. C'est pas parce qu'on s'appuie sur les acteurs du territoire qu'on va toucher la population. On est dans une société très fragmentée et les institutionnels souffrent tous d'une forme de discrédit de la part de la population, que ce soit les élus, les services de l'État ou des collectivités locales. Travailler seulement avec les acteurs institutionnels du territoire, c'est rester à la surface. Nous, on veut aller chercher la population !

Un tel plaidoyer ne peut manquer de heurter l'Agence régionale de santé. Si celle-ci soutient l'expérimentation sociale incarnée par un acteur de son territoire et trouve ainsi l'opportunité de faire valoir une forme d'innovation locale auprès du Ministère, elle avoue son incompréhension relative à la nature-même de la Case de Santé : « Entre nous, *confie un cadre de l'Agence*, on a du mal à comprendre ce que signifie la dimension communautaire de l'association. Les plus critiques y voient même des pratiques étrangères à la logique du service public à la française. » Inégalement contrebalancées par un soutien indéfectible du tissu associatif, syndical et politique local, la Case de Santé faisant figure de position avancée à défendre, de telles vicissitudes attestent que les partenariats « en train de se faire » peuvent également se défaire.

Conclusion. Ce que « co-construire » veut dire

L'étude par le bas des partenariats en santé tentée par notre recherche interventionnelle atteste qu'elle doit composer avec un jeu complexe d'arrangements et de contingences entre une multitude d'acteurs aux pratiques et aux intérêts variés parfois difficiles à concilier. Illustration que « les politiques [...] de la santé [...] existent moins sous la forme de lois ou de

budgets qu'au travers des lieux, des acteurs et des situations qui les concrétisent » (4), l'expérience retracée ici livre sept enseignements de ce que « co-construire » veut dire. *Le premier* consiste à rester soi-même dans la diversité des compétences respectives. Ce qui n'empêche pas, voire rend nécessaire, que se construise, *deuxième enseignement*, une empathie réciproque, distanciée et, *troisième enseignement*, couplée à une bienveillance critique et salvatrice. En effet, *quatrième enseignement*, si la confrontation de ses propres lectures et pratiques à d'autres modalités d'analyse et d'action comporte son lot de déstabilisations, elle peut compter, *cinquième enseignement*, sur ces deux qualités, diversement distribuées chez les chercheurs et les acteurs de terrain, que sont la réflexivité et l'objectivation pour évaluer ce que la recherche fait de et à l'action de terrain et, réciproquement, ce que l'action de terrain fait de et à la recherche. *Sixième enseignement* hypothétique et vertueux, c'est dans cette dialectique que résident l'intérêt et la force de la recherche interventionnelle, sachant que, *septième et dernier enseignement*, ce rapprochement est d'autant plus aisé que les chercheurs et les acteurs de terrain qui s'y engagent incarnent la marge la plus ouverte de leurs milieux respectifs d'appartenance.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Aucun financement déclaré.

ORCID iDs

Jean-Charles Basson  <https://orcid.org/0000-0003-2683-4452>

Thierry Lang  <https://orcid.org/0000-0003-3406-8970>

Références

1. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller JA. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La Santé en Action*. 2013; 425: 13–16.
2. Musselin C. Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour un même objet ? *Rev Fr Sci Politique*. 2005; 55: 51–71.
3. Haschar-Noé N, Basson JC. Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social. Un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. *La Case de santé de Toulouse, France. Innovations*. 2019; 60: 121–144.
4. Dubois V. Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain. *Gouv Action Publique*. 2012; 1: 83–101.
5. Hawe P, Potvin L. Qu'est-ce que la recherche interventionnelle en santé des populations ? *Rev Can Santé Publique*. 2009; 100: I8–I14.
6. Bergeron H, Castel P. *Sociologie politique de la santé*. 1e ed. Paris: PUF; 2015.
7. Friedberg E. *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*. 2e ed. Paris: éditions du Seuil; 1997.
8. Honta M, Basson JC. La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique. *Gouv Action Publique*. 2017; 6: 63–82.
9. Basson JC, Honta M. Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse. *Terrains Trav*. 2018; 32: 129–153.
10. Honta M, Basson JC, Jaksic M, Le Noé O. Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé. Introduction. *Terrains Trav*. 2018; 32: 5–29.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Temporalités et appropriations des connaissances dans une démarche de recherche partenariale : les décalages à l'œuvre dans le projet GREENH-City

Marion Porcherie¹, Emmanuelle Faure², Clément Bader³,
Anne Roué Le Gall⁴, Stéphane Rican⁵, Zoe Heritage⁶,
Zoé Vaillant⁵, Jean Simos⁷, Nicola Cantoreggi⁷, Nina Lemaire⁸
et Marie-Florence Thomas⁹

Résumé : Cet article interroge les effets des modalités partenariales de recherche du projet GREENH-City associant des chercheur.e.s au Réseau français des Villes-Santé OMS (RfVS). Il propose une analyse de l'appropriation des connaissances scientifiques liées au projet par les villes membres du RfVS à partir du modèle de partage de connaissances. L'article montre qu'un décalage temporel peut s'opérer entre la production et l'utilisation des données liées au projet et interroge les modalités de partage de connaissances comme les pratiques de cette recherche interventionnelle. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 31–38)

Mots-clés : collaboration / partenariat, équité, recherche interventionnelle, santé dans toutes les politiques, espaces verts, transfert de connaissances

Introduction

Le creusement des inégalités sociales et territoriales de santé (1,2) incite la communauté scientifique à interroger ses pratiques de recherche (3). La recherche interventionnelle est une des propositions actuellement développées dans une perspective d'utilité sociale (4,5). Selon le niveau et l'intensité d'intervention, ses

modalités de recherche peuvent être différentes (6). Elles peuvent notamment impliquer différents niveaux d'intervention des chercheur.e.s : de l'intervention directe auprès des populations à l'observation d'une intervention en cours, soit *d'une politique, d'un programme ou d'une action* (7). Cette manière d'appréhender les interventions rejoint les

1. Ingénieure de recherche, École des hautes études en santé publique, Laboratoire Arènes, UMR CNRS 6051, Rennes Cedex, France.
2. Ingénieure de recherche, Laboratoire Dynamiques sociales et recomposition des espaces (LADYSS), Université Paris Nanterre, Université Paris Nanterre, Nanterre, France.
3. Chargé de mission, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS de 2017 à 2019, Rennes, France.
4. Enseignante-chercheuse, École des hautes études en santé publique, DSET, Laboratoire Arènes, UMR CNRS 6051, Rennes, France.
5. Enseignant-chercheur, Laboratoire Dynamiques sociales et recomposition des espaces (LADYSS), Université Paris Nanterre, Université Paris Nanterre, Nanterre, France.
6. Chargée d'études, Santé publique France, St Maurice, France.
7. Enseignant-chercheur, Institut de santé globale, Université de Genève, Genève, Suisse.
8. Cheffe de projet, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, Rennes, France.
9. École des hautes études en santé publique, Leres, Irset UMR- Inserm S 1085, Rennes, France.

Correspondance à : Marion Porcherie, École des hautes études en santé publique, Laboratoire Arènes, UMR CNRS, Rennes, 6051, France. Email : Marion.porcherie@ehesp.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 18 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 9 novembre 2020.)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 31–38; 978287 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975920978287 journals.sagepub.com/home/ghp

expérimentations naturelles (*natural experiment*) qui permettent d'étudier la manière dont se déroulent les interventions dans leur contexte (8). Le design de ces recherches dépend aussi de l'appréhension des rapports avec le terrain. Dans la veine des *recherches participatives impliquant les communautés*, l'implication des acteurs de terrain peut aller jusqu'à l'association au processus de recherche (9). Ces degrés dans le partenariat impactent la manière dont se déroule la recherche, la nature des résultats produits et leur appropriation par les acteurs de terrain (10). Le projet GREENH-City (GoveRnance for Equity, ENvironment and Health in the City) (11) sur lequel s'appuie cet article permet d'interroger les effets d'une forme hybride de design de recherche associant une intervention de type *expérimentation naturelle* à la participation d'un acteur de terrain dans le processus de recherche. Projet interdisciplinaire et intersectoriel, il associe en effet des chercheur.e.s en santé publique, environnement et géographie de la santé avec un acteur opérationnel : le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (RfVS). Il vise à caractériser les modalités d'appropriation du principe de santé dans toutes les politiques à l'échelle municipale favorisant la mise en place d'espaces verts publics en tant qu'outils de promotion de santé et d'équité. Nous¹ nous intéressons ici au partenariat défini comme l'articulation entre les chercheur.e.s du projet et le RfVS, l'acteur opérationnel. Ce réseau regroupe 92 villes et intercommunalités, est présidé par une des villes membres, piloté par 3 salariés, en lien avec un bureau et un conseil d'administration composés d'élu.e.s et technicien.ne.s issus des villes adhérentes. Six villes d'entre elles ont constitué le terrain d'étude du projet GREENH-City (Saint-Denis, Grenoble, Orléans, La Rochelle, Perpignan et Cannes).

Nous posons l'hypothèse que la nature partenariale et intersectorielle du projet favorise le transfert de connaissances de la sphère académique aux acteurs de terrain, et ce grâce au rôle pivot du RfVS.

Tout d'abord, nous décrirons les activités de recherche, du RfVS et des villes membres en lien avec le projet GREENH-City. Nous interrogerons ces activités au regard du cadre théorique de partage et de transfert de connaissances. Cette analyse nous mènera à observer les décalages temporels entre la production et l'utilisation des données de recherche par les acteurs de terrain. Pour comprendre ces décalages, nous reviendrons sur les pratiques partenariales de recherche pour analyser les facteurs explicatifs. Cet article contribue à documenter

les effets produits par les recherches partenariales et interventionnelles sur le partage et le transfert de connaissances et à nourrir le champ des *sciences en implémentation* (12).

Méthode

Dans un premier temps, nous cherchons à décrire puis à situer dans le temps le processus de recherche et les différentes activités menées par l'équipe académique et par le RfVS. Pour ce faire, nous nous basons à la fois sur le protocole de recherche publié (11) et sur les données expérientielles recueillies par le RfVS tout au long du projet et regroupées dans un tableau de bord.

Dans un second temps, nous analysons ces activités au regard du cadre de transfert de connaissances (13) dont les étapes sont : la production, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation des connaissances (Figure 1).

Résultats

Description des différents types d'activités liées au projet de 2017 à 2020

La Figure 2 représente une frise temporelle des activités des différents partenaires du projet et des villes membres du RfVS devant bénéficier des résultats de la recherche.

• Les activités académiques (pilotage et réalisation de la recherche)

En termes de gouvernance, le partenariat avec le RfVS a été mis en place dès la conception du projet. Le RfVS a ainsi été impliqué dans la rédaction du projet et sa structuration, a participé aux instances décisionnelles (comités de pilotage) et opérationnelles du projet (séminaires de travail).

L'équipe académique est garante de la réalisation du projet (état de l'art, collecte et analyse) dont le protocole a été discuté de manière collégiale et publié dès 2017. Les activités de recherche ont démarré par un premier questionnaire à destination des services santé et des services espaces verts de l'ensemble des villes membres. Elle a réalisé l'analyse statistique des résultats mais sa diffusion et sa gestion (relance, recueil des données) ont été assurées par le RfVS.

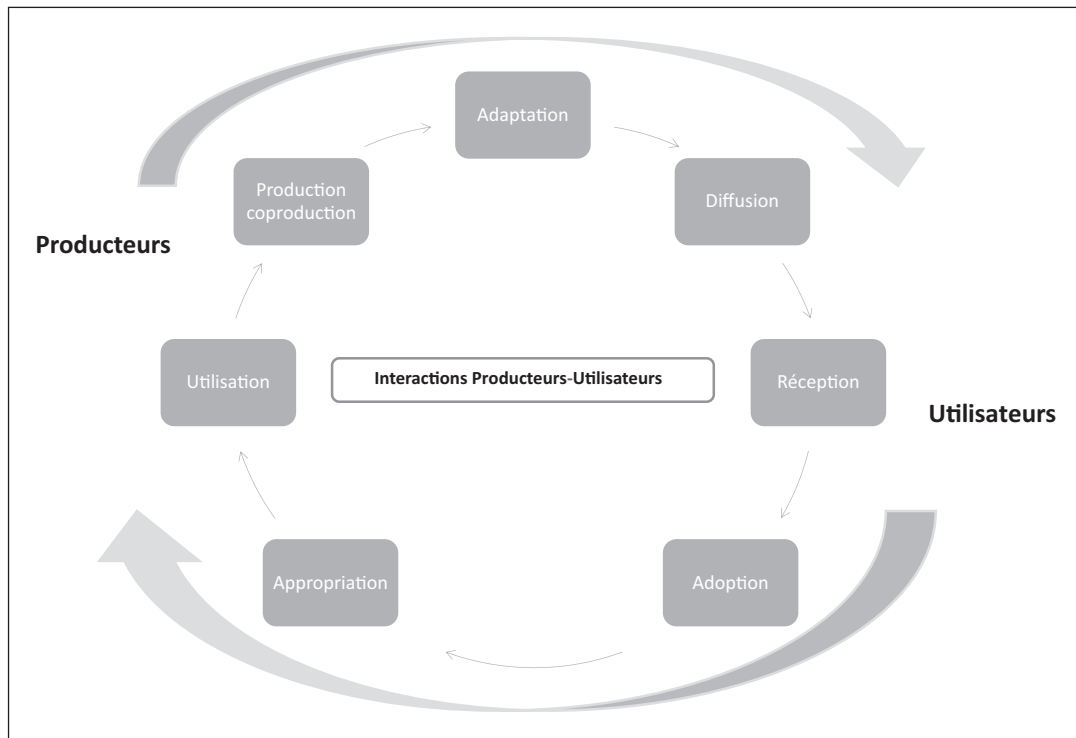


Figure 1. Etapes du cycle de partage et transfert de connaissance, adapté de l'INSPQ, Lemire et al. (2009).

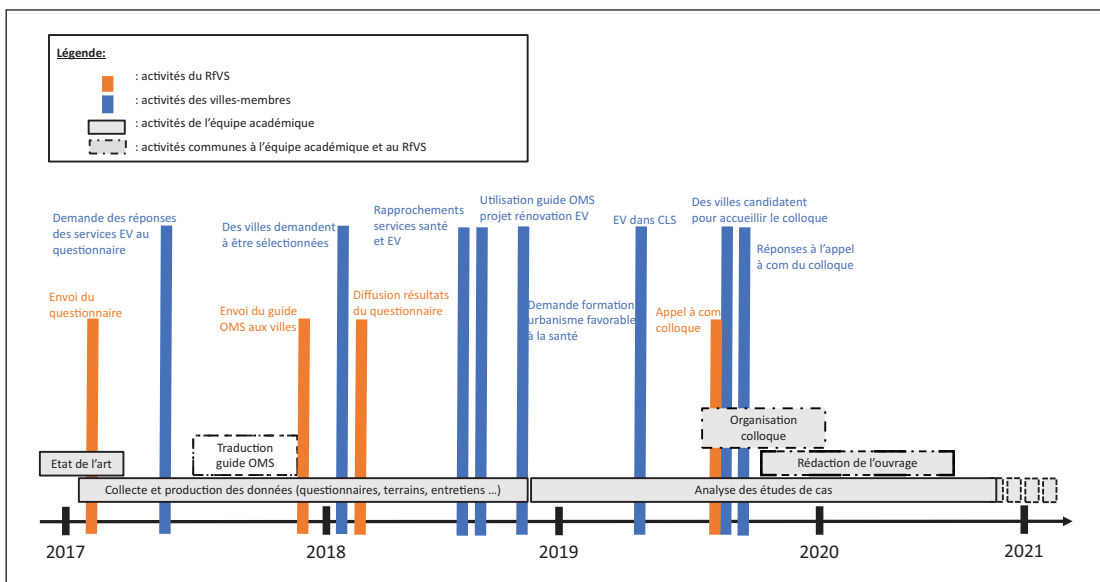


Figure 2. Description des activités liées au projet GREENH-City, des équipes académiques, du RfVS et des villes-membres, de 2017 à 2021.

- **Les activités du RfVS**

Le RfVS a, dès le début, communiqué sur le projet à travers des temps institutionnels avec les réseaux régionaux des villes membres et les organismes financeurs. Pour asseoir sa participation à la recherche, il a également fait valider sa participation par son Conseil d'Administration et l'a tenu informé tout au long du projet.

Outre la diffusion du questionnaire, il a aussi produit une analyse descriptive des résultats et en a fait part aux villes sous la forme d'un document court.

Dans le cadre du financement du projet, mais indépendamment de la réalisation des études de GREENH-City proprement dites, le RfVS a traduit en français pour le compte de l'OMS, le guide « Urban Green Spaces : a brief for action » paru en 2017 (14). Il en a ensuite assuré la diffusion auprès de ses membres, accompagnée par un document de synthèse des résultats du questionnaire de GREENH-City.

Il a aussi assuré la logistique de deux temps forts du projet à destination des villes membres : le colloque annuel du RfVS dédié en 2020 au thème de GREENH-City « Espaces verts, équité et santé » et l'ouvrage de vulgarisation scientifique.

- **Les activités partagées entre équipe académique et RfVS**

Le RfVS a été impliqué dans la collecte des données sur le terrain, ce qui a nécessité une formation conjointe à l'utilisation des outils de recueil développés par l'équipe académique.

La conception du colloque s'est faite conjointement entre l'équipe académique, le réseau et la ville organisatrice. De même, l'ouvrage a été prévu dès la conception du projet comme une co-production du réseau et de l'équipe académique.

- **Les remontées d'actions des villes membres**

Tout le long du projet, les villes ont partagé leurs actions avec le RfVS.

Suite à la passation du questionnaire, plusieurs services de santé ont demandé à connaître les réponses des services espaces verts de leur commune pour envisager des collaborations.

De plus, d'après l'enquête interne du RfVS menée en

2018, le thème des espaces verts est une priorité majeure des villes. Par exemple, à la suite de la diffusion du guide de l'OMS, la ville de Romans-sur-Isère a fait part de l'utilisation du guide dans un projet de rénovation d'un espace vert urbain.

Les villes ont également rapporté de nouvelles collaborations entre services de santé et espaces verts (Roubaix, Metz, Angers, Lorient), notamment en appui à des démarches de consultation citoyenne (Romans-sur-Isère, Bourg-en-Bresse).

Dans certaines villes-projet, comme Perpignan, leur participation à GREENH-City a impulsé la mise en place de formations sur l'urbanisme favorable à la santé. Le contrat local de santé de la ville de Roubaix a intégré un thème, plus ciblé sur les « Espace verts ».

Enfin, la mobilisation des villes pour communiquer sur leurs actions en lien avec les espaces verts au moment du colloque, a témoigné de leur intérêt pour la thématique et le projet : 53 initiatives proposées par 24 villes.

L'analyse chronologique de ces activités montrent que les échanges entre les différentes parties prenantes (équipe académique, partenaire et villes membres) ont pris place dès le démarrage du projet avant toute production scientifique.

Ce constat nous amène à interroger le processus de production vers l'utilisation des connaissances liées au projet.

Analyses des activités au regard des étapes de partage et transfert de connaissances

La Figure 3 resitue les activités de chaque partie prenante de la recherche au regard des étapes du cadre théorique de partage et de transfert de connaissances.

Dans les modèles classiques de partage des connaissances le cycle de diffusion ne débute qu'une fois le cycle de production des données achevé (voir Figure 1) Dans ce modèle, d'un côté, les chercheurs produisent/co-produisent, adaptent et diffusent les connaissances issues de la recherche quand de l'autre côté, les utilisateurs/acteurs de terrain, réceptionnent, adoptent, s'approprient puis utilisent les connaissances produites.

Nous constatons dans le cas du projet que, d'une part, le partenaire de terrain (RfVS) est impliqué très tôt dans le processus et, à ce titre, est à la fois producteur et utilisateur ; et que, d'autre part, l'équipe académique, au-delà de la production investit le champ de l'utilisation en mettant en place

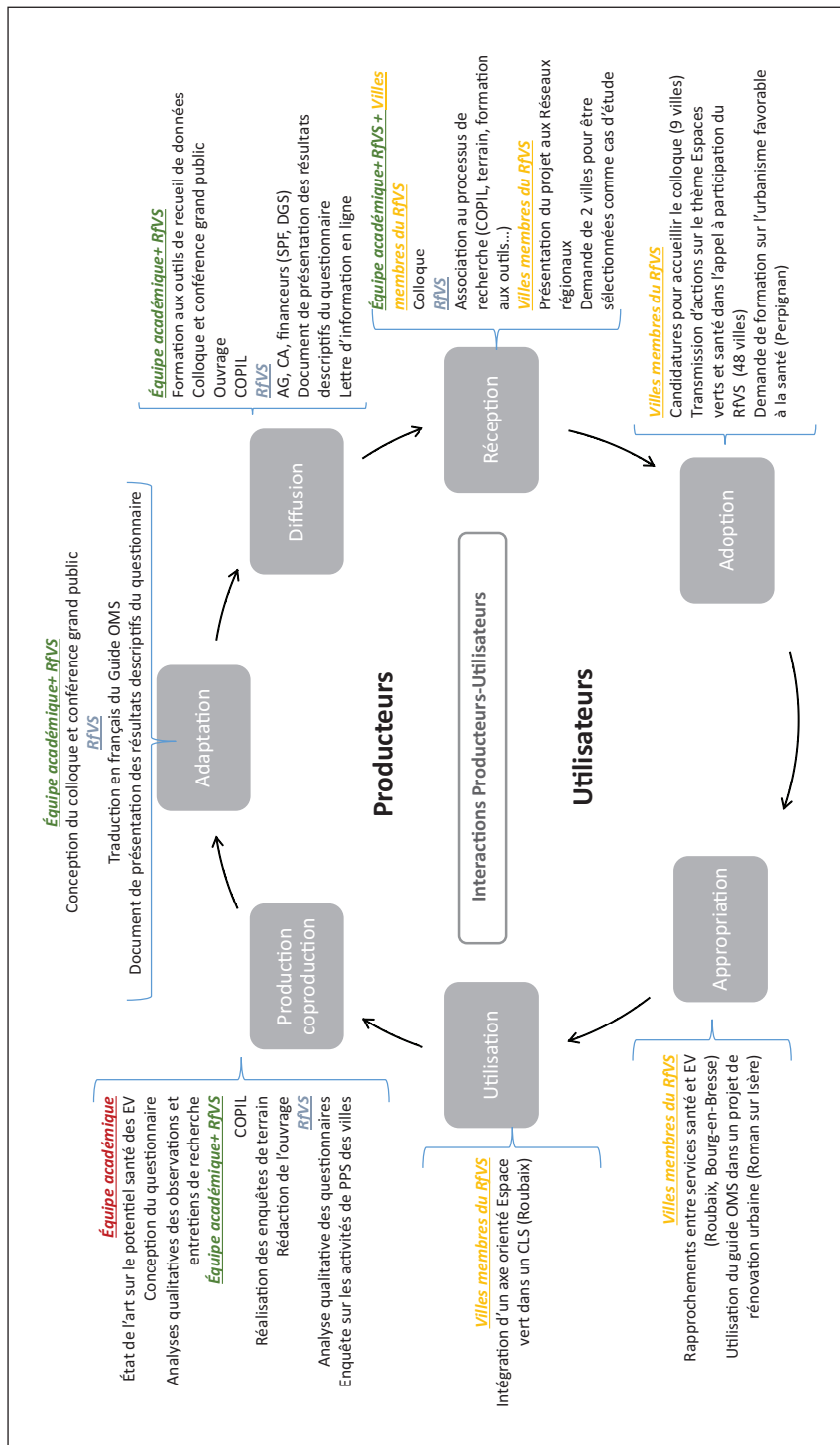


Figure 3. Phasage des activités liées au projet GREENH-City des équipes académiques, du RVS et des villes membres du RVS au regard des étapes du cycle de transferts de connaissance, adapté de l'INSPQ, Lemire et al. (2009).

un contexte favorable au partage de connaissances. Enfin, les villes membres, utilisatrices des données, s'approprient la thématique avant même toute production de résultats de recherche.

D'autres modes de partage de connaissances ont ainsi opéré, produisant des effets auprès des villes membres, comme en témoignent les remontées d'action :

- La diffusion du guide de l'OMS comme une phase d'adaptation des connaissances scientifiques;
- Le colloque, qui a réuni et impliqué toutes les parties prenantes et a été un temps de réception important pour les villes membres;
- L'appel à communication pour l'ouvrage des actions de promotion de la santé;
- L'ouvrage à venir intégrant des éléments de la recherche.

Nous avons donc observé des décalages de deux ordres : de manière temporelle entre les activités des producteurs et des utilisateurs, dans la nature de l'appropriation des connaissances produites par les utilisateurs finaux (les villes membres), qui va de la réception à l'utilisation, c'est-à-dire l'intégration dans leur pratique dans un but de changement. A ce titre, le partenariat de recherche avec le RfVS a constitué un facteur déterminant.

Discussion : les dimensions partenariales de la recherche qui influencent les modalités et temporalités d'appropriation des connaissances

Afin de mieux comprendre les décalages identifiés entre temps de production et temps d'appropriation des connaissances, nous interrogeons différentes dimensions qui paraissent influencer les résultats.

Le RfVS comme courtier de connaissances

Le RfVS, véritable partenaire de la recherche a joué un rôle de relai favorisant la dissémination des connaissances scientifiques liées au projet à l'ensemble des villes (13). Il a utilisé différents canaux de diffusion de connaissances pour mobiliser les villes autour de la thématique et maintenir leur

intérêt jusqu'à la production des résultats du projet qui les intéresseront plus spécifiquement. Les liens de confiance tissés entre chercheur.e.s et l'acteur opérationnel (liens interpersonnels) ont été des facteurs déterminants de l'engouement suscité par le projet à son démarrage (9,15-18). Le crédit accordé aux données diffusées de l'EHESP au RfVS, puis aux villes a donc pu favoriser leur adoption et leur utilisation rapides. Certaines villes se sont ainsi comportées comme des « adoptantes précoces » promouvant la thématique des espaces verts favorables à la santé au sein de leurs municipalités, d'autres comme des « individus innovants », amenant une sensibilisation à des thèmes plus larges tels que l'urbanisme favorable à la santé (19).

L'acculturation mutuelle des parties prenantes

Le bagage culturel des acteurs de la recherche et du terrain a été un facteur de réussite, permettant à chacun de nourrir un intérêt personnel pour mener à bien ce projet (20). L'intérêt partagé entre les équipes de recherche et le réseau sur le thème de la santé urbaine et de l'urbanisme favorable à la santé a été à l'origine même de la collaboration, et du montage de ce projet de recherche. Ensuite, nous nous sommes appuyés sur l'expérience antérieure des équipes en matière de recherche interventionnelle (10,11,21,22). L'intérêt du partenaire opérationnel dans les démarches de recherche a aussi facilité son engagement dans le projet.

La formalisation des relations entre les partenaires de recherche

Le partenariat avec le RfVS a fait l'objet d'une formalisation via une convention de collaboration liée à l'octroi du financement mais également d'une clarification du niveau de participation du réseau dans la conduite de la recherche (23). Cette formalisation a servi de document cadre pour la gestion du projet, expliciter les engagements mutuels des partenaires et éviter les conflits liés au partage des activités de chacun.

Le maintien du partenariat chercheur.e.s/acteur.e.s a aussi tenu à la gestion d'un équilibre subtil entre une sollicitation à chaque étape de décision et la conservation de l'indépendance intellectuelle de la recherche. Par exemple, le RfVS a tenu au respect du calendrier prévu et donc à ce que l'ouvrage paraisse

à la date initialement fixée alors que les chercheur.e.s auraient privilégié une publication plus tardive permettant d'inclure les résultats finaux. Il s'agit néanmoins de l'une des spécificités de la recherche interventionnelle, à savoir l'adaptation au terrain et aux contraintes des partenaires.

Des facteurs contextuels favorisant la réception des connaissances

Malgré un design facilitant le partage et malgré la volonté des équipes, des conditions contextuelles favorables doivent aussi être réunies (24) et analysées. Il s'agit de prendre en compte le contexte politique et organisationnel des terrains préexistant au projet. Le projet s'est, en partie, inscrit dans une période préélectorale, « fenêtre d'opportunité », qui a pu favoriser une prise de position volontariste de la part de certaines municipalités (25). De plus, indépendamment du projet GREENH-City, certaines villes du RfVS disposent d'une dynamique intersectorielle quand d'autres municipalités restent encore dans des fonctionnements en silo. Le projet a pu ainsi renforcer une dynamique déjà présente, ou bien faire émerger une dynamique, un intérêt pour une démarche intersectorielle entre santé et espaces verts (26). Cette analyse fait partie de l'évaluation finale du projet pas encore aboutie à ce jour. Elle sera toutefois prise en compte, y compris pour comprendre a posteriori la manière dont les connaissances scientifiques ont été diffusées et utilisées.

Conclusion

La manière dont s'est déroulé le projet GREENH-City démontre l'intérêt d'intégrer des acteurs relais déjà sensibilisés à la thématique dans le cadre d'une recherche participative pour favoriser l'appropriation des connaissances scientifiques. Les résultats du projet de recherche viennent alors comme une adaptation contextualisée des résultats scientifiques qui ont déjà convaincu le terrain de leur importance. Leur utilité sociale s'en trouve alors renforcée.

Remerciements

Les auteur.e.s remercient Maude Luherne, Directrice du RfVS en remplacement de Zoe Héritage pour sa relecture du manuscrit.

Ethique

Le protocole du projet GREENH-City a reçu l'accord du Comité d'évaluation éthique pour les recherches en santé de l'Université Paris Descartes (N°2017-36).

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Les auteur.e.s ont indiqué avoir reçu le soutien financier suivant pour la recherche, la paternité ou la publication de cet article : le projet GREENH-City fait l'objet d'un financement de l'Institut national du cancer (RI-2017-03).

ORCID iD

Marion Porcherie  <https://orcid.org/0000-0002-4575-4549>

Note

1. Le « nous » employé dans cet article reflète le caractère partenarial du projet en ce que les résultats ici présentés ont été partagés et discutés entre le RfVS et les chercheur.e.s, tou.te.s co-auteurs.

Références

1. Bureau Régional de L'Europe. Rapport sur la santé en Europe 2018. Au-delà des chiffres, des bases factuelles pour tous. Faits marquants. 2018; 24.
2. Leclerc A, Fassin D, Granjean M, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte; 2000.
3. Boaz A, Gough D. Towards a systems perspective on evidence-based policy. *Evid Policy*. 2014; 10: 311–312.
4. Alla F, Cambon L. Transformation of health systems: contribution of population health intervention research. *Lancet Public Health*. 2017; 2: e539.
5. Porcherie M, Le Bihan-Youinou B, Pommier J. Les évolutions des modes d'action pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France. *Santé Publique (Paris)*. 2018; 1: 33–46.
6. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: Suppl I8–Suppl I14.
7. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015; 350: h1258.
8. Craig P, Cooper C, Gunnell D, Haw S, Lawson K, Macintyre S, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66: 1182–1186.
9. Jagosh J, Bush PL, Salsberg J, Macaulay AC, Greenhalgh T, Wong G, et al. A realist evaluation of

- community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*. 2015; 15: 725.
10. Viot M, Vaillant Z, Harel L, Rican S, Dauchez MB, Baron M, et al. Knowledge co-production and local transfer to reduce inequalities of access to breast cancer screening|Transfert de connaissances pour réduire les inégalités infra-communales d'accès au dépistage du cancer du sein. *Santé Publique (Paris)*. 2015; 27: 321–330.
 11. Porcherie M, Vaillant Z, Faure E, Rican S, Simos J, Cantoreggi NL, et al. The GREENH-City interventional research protocol on health in all policies. *BMC Public Health*. 2017; 17: 820.
 12. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019; 19: 1–7.
 13. Lemire ST, Souffez K, Laurendeau M. Animer un processus de transfert de connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2009.
 14. World Health Organization. Urban Green Spaces: A Brief for Action. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2017, p.24.
 15. Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Educ Behav*. 2002; 29: 683–698.
 16. Drahota A, Meza RD, Brikho B, Naaf M, Estabillo JA, Gomez ED, et al. Community-academic partnerships: a systematic review of the state of the literature and recommendations for future research. *Milbank Q*. 2016; 94: 163–214.
 17. Lau AS, Rodriguez A, Bando L, Innes-Gomberg D, Brookman-Frazee L. Research community collaboration in observational implementation research: complementary motivations and concerns in engaging in the study of implementation as usual. *Adm Policy Ment Health*. 2020; 47: 210–226.
 18. Corbin J, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot Int*. 2018; 33: 4–26.
 19. Rogers EM. Diffusion of preventive innovations. *Addict Behav*. 2002; 27: 989–993.
 20. Hoekstra F, Mrklas KJ, Sibley KM, Nguyen T, Vis-Dunbar M, Neilson CJ, et al. A review protocol on research partnerships: a Coordinated Multicenter Team approach. *Syst Rev*. 2018; 7: 217.
 21. Roué Le Gall A, Lemaire N, Jabot F. Lessons learned from co-constructing a guide on healthy urban planning and on integrating health issues into Environmental Impact Assessments conducted on French urban development projects. *Impact Assess Proj Apprais*. 2018; 36: 68–80.
 22. Faure E, Hernandez-Gonzalez E, Luxembourg C. La ville: quel genre ? L'espace public à l'épreuve du genre. Montreuil: Le temps des Cerises; 2017, p.310.
 23. Hoekstra F, Mrklas KJ, Khan M, McKay RC, Vis-Dunbar M, Sibley KM, et al. A review of reviews on principles, strategies, outcomes and impacts of research partnerships approaches: a first step in synthesising the research partnership literature. *Health Res Policy Syst*. 2020; 18: 1–23.
 24. Moullin JC, Dickson KS, Stadnick NA, Albers B, Nilsen P, Broder-Fingert S, et al. Ten recommendations for using implementation frameworks in research and practice. *Implement Sci Commun*. 2020; 1: 42.
 25. Kingdon J. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd ed. Harlow: Pearson; 2013, p.240.
 26. Rycroft-Malone J, Wilkinson J, Burton CR, Harvey G, McCormack B, Graham I, et al. Collaborative action around implementation in Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care: towards a programme theory. *J Health Serv Res Policy*. 2013; 18(3 Suppl): 13–26.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Étudier de près les modes de coordination pour construire un partenariat visant à réduire les inégalités épistémiques

Emilie Gaborit¹ , Philippe Terral²  et Jean-Paul Génolini³

Résumé : Cette recherche interventionnelle analyse les dynamiques d'engagement dans la collaboration entre des chercheur.se.s de sciences humaines et sociales et deux soignantes en cancérologie, pilotes d'un dispositif d'éducation thérapeutique de patient.e.s sous anticancéreux oraux. Nous nous attachons à analyser et à réduire les asymétries de savoirs et de pouvoirs pour favoriser les relations d'échange entre diverses expertises. Cet article retrace plus particulièrement les processus sociaux et épistémiques qui font évoluer les modes de coordination entre acteur.ice.s. Une enquête ethnographique (par observation participante et entretiens auprès des enquêtés) des trois années de partenariat permet de relever, au sein de différentes arènes collaboratives, la variabilité des formes de traduction entre ces acteur.ice.s et les ajustements méthodologiques de la recherche lorsqu'elle se confronte aux enjeux de l'intervention. Différents registres de médiation sont mobilisés par les chercheur.se.s, comme par les pilotes, qui impactent les formes de coordination. Nos résultats montrent que des négociations et des accords sont réalisés sans aboutir à des coordinations maximalistes, qui autoriseraient un travail commun de promotion de la RISP. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 39–46)

Mots-clés : collaborations / partenariats, transfert des connaissances, éducation, éducation pour la santé, santé publique

Une intervention nourrie de l'analyse des modes de coordination entre chercheur.se.s et intervenant.e.s

Cette recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), en dehors de ses enjeux d'intervention, analyse les dynamiques d'engagement dans diverses collaborations¹ dans le cadre de la conception et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Les chercheur.se.s investissent, par l'observation participante, ce terrain de recherche propice à l'étude des collaborations et du partage, ou, pour parler

comme certain.e.s acteur.ice.s, à la *co-construction des savoirs*. Le programme d'ETP s'adresse à des patient.e.s traités sous anti-cancéreux oraux (ACO) et répond aux difficultés d'accompagnement rencontrées suite aux progrès médicamenteux qui favorisent le virage ambulatoire. La délocalisation des soins au domicile pose deux problèmes majeurs aux soignant.e.s : l'observance des traitements et la gestion des effets secondaires.² Par-delà l'acquisition de connaissances et de savoirs procéduraux liés à la pathologie, ces ateliers visent la consolidation de compétences psychosociales et la verbalisation de l'expérience patient.e.s (1). Cette mise en œuvre de

1. Docteure en sociologie, associée au laboratoire Centre de recherches sciences sociales sports et corps (CRESCO), Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France.
2. Professeur des universités, Centre de recherches sciences sociales sports et corps (CRESCO), Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France.
3. Maître de conférence, Centre de recherches sciences sociales sports et corps (CRESCO), Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France.

Correspondance à : Emilie Gaborit, Centre de recherches sciences sociales sports et corps (CRESCO), Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France. bureau 211, 118 route de Narbonne, Toulouse, 31062, France. Email : gaborit.emilie1@yahoo.com

(Ce manuscrit a été soumis le 18 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 15 décembre 2020.)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 39–46; 986709 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975920986709 journals.sagepub.com/home/ghp

l'ETP circonscrit un espace-temps de confrontation des expertises plurielles qui pousse les soignants à mettre en place des relations plus horizontales avec les patient·e·s. C'est sur ce terrain propice à la régulation des jeux de savoirs et de pouvoirs que se construit la collaboration entre les pilotes³ du dispositif et les chercheur·se·s en sciences humaines et sociales (SHS).⁴ La RISP ajoute à l'enjeu de promotion de la participation des patient·e·s, celui de réduction des inégalités de santé. Elle interroge les chercheur·se·s et les pilotes sur les inégalités épistémiques qui résultent de l'intervention en ETP, à savoir « un type particulier d'inégalité qui se manifeste dans l'accès, la reconnaissance et la production des savoirs et des différentes formes d'ignorance » (2). Pour cette raison, les chercheur·se·s étudient dans ces espaces des ateliers, les modes de coordination entre les expertises soignant·e·s et patient·e·s et les phénomènes de co-construction des savoirs.

Cet article traite particulièrement de l'intervention des chercheur·se·s dans la RISP EXPERTISS.⁵ L'étude des modes de coordination comme « formes d'ajustement des personnes entre elles ou avec leur environnement dans des actions concrètes » (3) nous permet d'analyser l'interdépendance des rapports de savoirs et de pouvoirs à l'œuvre (4). Ceci implique des formes de médiation entendues comme la mobilisation de ressources pour faciliter l'intercompréhension et maximiser les coordinations. Nous revenons sur les opérations de traduction au cours des médiations qui opèrent des déplacements dans les connaissances, les identités d'action et les engagements (5) et nous permet de considérer l'évolution des coordinations au regard des aspects épistémiques et sociaux qui les structurent (4). Le travail des chercheur·se·s, s'il s'appuie sur un partage de valeur quant à la promesse (6,7) de réduire les inégalités épistémiques (2), s'éprouve lorsqu'il s'agit de se comprendre et de considérer les savoirs et les relations entre acteur·ice·s de façon plus symétrique. La notion d'*épreuve* est employée comme une figure d'engagement dans un continuum en lien avec *différentes conceptions et pratiques de la diffusion et de la circulation des connaissances* (8).

Problématique : l'impact des modes de coordination entre expertises plurielles sur la qualité de la recherche et l'intervention

Dans cet article, nous questionnons la fluctuation

des modes de coordination au regard de la compréhension/incompréhension, symétrie/asymétrie des savoirs et des relations entre les acteur·ice·s de la RISP. Caractériser les modes de coordination et leur fluctuation nous permet d'éclairer les ajustements méthodologiques de la recherche en SHS lorsqu'elle se confronte aux enjeux de l'intervention. L'étude des coordinations contribue ainsi à alimenter nos réflexions sur les postures de recherche adoptées lorsqu'il s'agit de faire exister la RISP et les SHS dans un centre anti-cancer. Nous étudions notamment l'évolution des postures sociologiques fondamentales ou plus fonctionnelles (9) selon les enjeux interdépendants de la recherche, de sa promotion et de l'évolution du partenariat.

Histoire relationnelle du partenariat : réduire les asymétries de savoir et de pouvoir

Ce partenariat se construit dès le projet d'amorçage REFLEXISS⁶ autour d'une relation de co-formation. Basée sur la reconnaissance, par les différent·e·s acteur·ice·s, des savoirs et expertises des chercheur·se·s, intervenantes, et bénéficiaires, elle est le produit d'une réflexion sur les objets communs et construit la RISP. Une post-doctorante contractuelle et des chercheur·se·s statutaires travaillent avec les pilotes du dispositif à rendre visible et lisible, dans le programme d'ETP, chaque registre expert afin de ne pas renforcer les inégalités épistémiques existantes. Le statut de la médiatrice comme chercheuse contractuelle employée implique cependant des relations distendues malgré les statuts hiérarchiques au sein de son administration. La « médiation contributive critique » (10) fait référence au travail relationnel et épistémique que les chercheur·se·s orientent vers plus de symétrie. Depuis REFLEXISS les espaces partenariaux se multiplient ouvrant différentes arènes.⁷

Méthodologie : étudier les modes de coordination pour saisir les processus de transfert de connaissances susceptibles d'optimiser l'intervention

Notre méthodologie de recherche s'appuie sur l'enquête ethnographique (par observation participante et entretiens auprès des enquêtés) des

trois années de partenariat, permettant d'observer l'évolution des relations entre chercheur·se·s et pilotes. Nous analysons, au sein des différentes arènes et étapes de la RISP, la variabilité des formes de traduction entre ces acteur·ice·s qui sous-tendent les médiations mises en œuvre. Nous nous appuyons sur une douzaine d'heures d'enregistrement des Comités de pilotage (COPIL) pour appréhender les dynamiques d'échanges des savoirs et leur traduction entre six chercheur·se·s et les deux professionnelles des soins de support. Nous analysons également ces mécanismes entre la médiatrice et les pilotes durant des temps informels, recueillis dans un carnet de terrain, tout au long de l'enquête sur le programme d'ETP. Dès lors, la méthode ethnographique, employée dans une démarche interventionnelle et collaborative, facilite le travail de médiation entre les différents acteur·ice·s et peut être vue comme un moyen d'anticipation et de prolongement des COPIL trimestriels.

Nous retraçons ici l'évolution des modes de coordination entre les chercheur·se·s et les pilotes, afin de montrer comment, dans la chronologie de la RISP, se construit le travail de médiation. Différents registres sont alors mobilisés par les chercheur·se·s, comme par les pilotes, afin de maximiser les formes de coordination. Des formes plus minimalistes trouvent leur fondement sur des modalités d'intercompréhension guidées par le partage d'un bien commun quant à la réduction des inégalités épistémiques. Leur poursuite dans le temps et l'espace invite les acteur·ice·s à éprouver plus concrètement la collaboration qui était affichée au regard des divergences épistémiques et organisationnelles. Les coordinations se maximisent en discutant de l'intervention et l'utilité de la RISP sans pour autant arriver à fédérer les acteur·ice·s pour promouvoir en acte son utilité.

Au début de la collaboration : problématiser un bien commun

À la suite du projet d'amorçage REFLEXISS, se met en œuvre une enquête qualitative préalablement discutée entre les pilotes et les chercheur·se·s au cours de leur réponse à l'appel à projet (AAP) à l'origine d'EXPERTISS. Cette étape est marquée par la négociation continue des investissements et des temporalités de l'action que nous renvoyons aux enjeux de médiation de la recherche et de sa méthodologie.

L'enquête exploratoire : manque de visibilité et de maîtrise de la recherche

Des médiations peu effectives et des coordinations peu maximalistes trouvent leur fondement sur l'antériorité du travail sur l'AAP, support externe des appuis conventionnels, qui n'a pas été négocié depuis sa soumission. C'est à ce titre que la cadre justifie son incompréhension de la RISP en évoquant un manque de visibilité du déroulement de l'enquête et de ses objets. Elle circonscrit alors le partenariat au seul programme d'ETP et tolère l'unique présence de la médiatrice pour éviter une montée en généralité des chercheur·se·s sur la base d'une seule observation. L'incompréhension d'ordre épistémique alimente la méfiance et la volonté de maîtriser le protocole de recherche (en demandant à valider les guides d'entretien) pour anticiper les risques encourus quant aux règles de l'éthique médicale et de la responsabilité juridique des patient·e·s considérés comme la *propriété légale de l'hôpital*. Elle ouvrira et fermera le terrain d'observation jugeant également devoir les protéger de ce qui serait susceptible de les déstabiliser durant l'entretien individuel. La responsabilité professionnelle et politique invoquée définit ici une vision juridique des patient·e·s, élément de compréhension de leur absence dans la RISP. À ce titre, la médiatrice apprend à se soumettre à certaines exigences implicites, définissant ses conditions de travail dès l'entrée dans le service. Le travail de médiation consiste à répondre au contrôle exigé par la cadre rappelant à la médiatrice qu'elle n'est pas qu'une observatrice à des fins de recherche, mais qu'elle fait partie des acteur·ice·s dans une chaîne d'interventions couvertes par le secret médical. Ces enjeux organisationnels relevés par les pilotes sont mis en discussion au cours des COPIL.

Le premier COPIL : les inégalités épistémiques comme support des accords

Les coordinations qui structurent le premier COPIL répondent à une demande de formalisation des rencontres avec les chercheur·se·s et visent donc à rassurer les professionnelles sur la démarche de recherche, en s'accordant sur le sens de la RISP. Avec la volonté de traduire les questionnements mutuels et de négocier l'accès au terrain d'enquête, multiples registres de médiation sont déployés. Ils justifient l'utilité de l'intervention médicale et élargissent le

spectre des déterminants impliqués dans l'intervention. Il s'agit pour les chercheur·se·s de rassurer sur l'intérêt de l'enquête et de limiter les distorsions produites par des représentations implicites des rôles ou fonctions de la médiatrice. Le travail de médiation, qui passe par des traductions multiples des enjeux, s'appuie préalablement sur la reconnaissance de préoccupations axiologiques, évoquées par les professionnelles à propos de l'implication des patient·e·s dans les soins de support. La médiatrice et la cadre échangent alors sur les tensions et inquiétudes générées par un fascicule qui explique aux patient·e·s les précautions à prendre liées aux ACO. L'échange évolue vers l'expression d'une vision commune sur la nécessité de prendre en compte les regards et les attentes des patient·e·s. La médiatrice propose des éléments d'explication de leur réaction au regard de leur rapport à la maladie et leurs conditions de vie. C'est donc sur la base de l'expérience de terrain, notamment à travers des anecdotes rappelant des réactions de patient·e·s, que sont envisagés ces derniers comme acteur·ice·s d'évolution du dispositif. Les traductions ponctuelles effectuées durant l'enquête permettent alors de partager des expériences et de formaliser des représentations communes lors des COPIL afin d'opérer une montée en généralité des chercheur·se·s.

Le psychosociologue : A quel moment les compétences de patients, les connaissances apprises peuvent être mobilisées pour agir sur le dispositif ?

Le directeur scientifique : Il faut repositionner les effets de l'intervention dans un niveau plus global ... À quelle mission, quels besoins répond le programme ?

Ces dernier·ère·s introduisent par leurs questionnements des dimensions contextuelles structurantes du programme (institutionnelles, politiques) en faisant dialoguer différents niveaux d'échelle pour interroger les déterminants sociaux de santé. Cette sensibilité sur les inégalités épistémiques fait le lien entre les problématiques des pilotes attentives à l'analyse des cas et celles des chercheur·se·s centrées sur l'approche structurelle et processuelle des inégalités de santé. C'est sur la base de ce lien, en précisant leur méthode d'enquête, que les chercheur·se·s justifient le besoin de prélever des données pour travailler sur ces questions co-construite dans le cadre du COPIL.

Maintenir la collaboration entre chercheur·se·s et professionnelles : intéresser les pilotes à l'approche sociologique

Le travail de contextualisation du programme que mènent les chercheur·se·s auprès des pilotes vise l'intéressement de ces dernières à l'approche sociologique. Si la psychologie est d'une utilité quasi logique pour les pilotes car proche de l'intervention et du soin, il n'en est pas de même pour la sociologie surtout lorsqu'elle s'éloigne de la relation directe soignant – soigné.

Traduction des savoirs et co-construction des COPIL : la réunion de préparation du deuxième COPIL

Des modes de coordination, initiés précédemment, s'étendent dans l'espace et le temps, prenant la forme d'échanges réguliers au cours de l'enquête. Ils favorisent les possibilités de compréhension et d'accord entre les différents acteur·ice·s et permettent à la médiatrice de résoudre des incompréhensions qui pourraient entacher la collaboration – par exemple, une réunion avec les deux porteuses a été organisée à la suite d'une rencontre fortuite entre la cheffe de service et la médiatrice. Visant à construire l'ordre du jour du prochain COPIL, les pilotes reviennent sur l'incompréhension qui subsiste depuis REFLEXISS de certaines connaissances sociologiques jugées *trop surplombantes* par la cheffe de service. « On m'a montré ces cartes de réseaux [graphes de sociologie des réseaux utilisés par les chercheur·se·s], j'y ai vu des étoiles. »

Cette amorce du deuxième COPIL montre que les coordinations se structurent autour d'une critique des outils conceptuels apportés par le sociologue. Si les pilotes n'ambitionnent pas de faire de la sociologie, elles souhaitent s'approprier le cadre de la recherche et faire des liens entre les questionnements. La cadre demandera d'ailleurs à la médiatrice de revenir sur les trois axes problématiques présentés lors du dernier COPIL pour leur permettre de prendre des notes. Le cadre partagé de la RISP dans le projet initial s'analyse alors comme « les dépôts d'un passé » qui prennent « l'allure d'un accord explicite » (3). Cette ressource immuable cristallisée par l'AAP n'autorise, tant qu'elle n'est pas expérimentée par les acteur·ice·s, que des modes de coordination minimalistes. Ceci implique

pour la médiatrice de mobiliser des ressources internes, issues de sa pratique professionnelle, pour dissiper les incompréhensions et justifier d'une forme d'utilité. Quand la cheffe de service évoque la difficulté d'inscrire les soins de supports parallèlement au parcours de soins, critiquant les soignant.e.s qui y orientent ponctuellement les patient.e.s, la médiatrice interprète ces problématiques organisationnelles comme une prescription des soins de supports échos de pratiques de diagnostic plus classiques en médecine.

Le deuxième COPIL : l'intéressement des pilotes au travail sociologique

Le deuxième COPIL s'inscrit dans la continuité de cette réunion de préparation pour déterminer un projet commun. L'intéressement des pilotes est une activité de longue haleine qui suppose qu'elles puissent elles-mêmes intéresser leurs collègues et plus généralement une hiérarchie éprise du 'gold standard' de l'essai expérimental.

Le directeur scientifique : Nous, on arrive avec nos langages ... les COPIL sont des instances de traduction pour savoir comment le diffuser dans ces espaces.

Les médiations antérieures facilitent l'appropriation par les pilotes des enjeux de la recherche. La cadre, en réponse aux chercheur.se.s qui s'enquière de leurs attentes et de leur bilan sur les collaborations passées, décrit ainsi les retombées positives de la RISP au regard de leurs propres enjeux épistémiques, axiologiques et organisationnels.

REFLEXISS a permis d'aboutir à trois années supplémentaires sur le terrain et ça s'arrêtait là. Je n'avais pas d'attente sur les rendus ... ça m'a convaincue que ça valait le coup de travailler sur plusieurs années pour mettre en évidence le travail basé sur les patients et mettre en relation les effets du travail parallèle au soin.

Les COPIL sont perçus comme des pauses, intellectuellement stimulantes, générant un *alignement des intérêts* (10) à analyser les déterminants sociaux de l'ETP et à rapporter les luttes et enjeux organisationnels au sein de l'hôpital.

La cadre du service : Le fait d'organiser un COPIL comme ça régulièrement, le fait de prendre du temps ... et que ce soit reconnu dans la charge de travail des soignants, c'est déjà un grand pas.

La négociation en interne du statut de salarié pour une sociologue et le temps pris par les pilotes pour participer au COPIL sont évoqués comme les preuves d'une avancée en mesure de décloisonner les spécialités, de donner du sens à la transversalité des soins de support et de légitimer une axiologie de l'inter, voire de la transdisciplinarité.

La cadre du service : Le fait qu'il y ait une sociologue avec un statut de salariée à l'ICR ... le monde de la santé est quand même ultra fermé et le fait d'introduire les SHS c'est déjà un grand pas en avant. Qu'un sociologue puisse faire des entretiens avec des patients sur la file active au même titre que des chercheur.se.s en recherche clinique, des médecins ou des étudiants en bio ... Voilà on avance.

Pour autant, ce qui peut être considéré comme la réappropriation par les pilotes des arguments préalablement déployés par les chercheur.se.s, initie une mise à distance de nouvelles formes de collaboration qui auraient pu émerger.

Mobiliser par les controverses sur les inégalités épistémiques : l'enrôlement des professionnelles

Le troisième COPIL est marqué par la contribution des différent.e.s acteur.ice.s et la reconnaissance des rôles de chacun.e dans le débat sur la reproduction des inégalités épistémiques, au travers de la question d'une sélectivité plus ou moins explicite du programme d'ETP.

Un double travail de traduction autour d'un processus invisible : sélectionner ou élire

Le troisième COPIL marque particulièrement l'impact des coordinations préalablement établies sur l'appropriation des questions de la recherche jusqu'à en négocier les termes et les concepts. Suite

à l'enquête exploratoire, la médiatrice expose des hypothèses concernant un *effet de sélection* des patient·e·s par les soignant·e·s sur l'accès à l'ETP. La cheffe revient sur le terme *sélection* qui lui paraît polémique afin d'en discuter les limites avec les chercheur·se·s. « Sélectionner – je n'aime pas ce terme. »

La construction de catégories d'analyse est une des ambitions de la RISP menant à certains travaux établissant des glossaires pour faciliter le travail d'accord entre acteur·ice·s (11). La remise en cause du terme *sélection* amène les chercheur·se·s à opérer des formes de traduction cognitive et langagière qui commencent en admettant la difficulté pour les pilotes de penser l'intervention en terme de sélectivité. Ils décrivent alors le processus par un vocable plus positif introduisant la notion d'élection.

Le directeur : On peut réfléchir ça ensemble. On peut dire encadrer ?

La cheffe : Sélectionner on a l'impression que c'est du point de vue du soignant éducateur.

Le psychosociologue : C'est sélectif, électif.

Le directeur : Ça peut être formulé comme ça un processus électif.

L'effort conceptuel permet aux pilotes de distinguer un fait invisible ou induit par l'intervention tout en ouvrant une réflexion sur les implicites à l'origine de l'entrée des patient·e·s dans le programme ainsi que les formes variées que prend leur participation. C'est notamment le cas dans un questionnement de la cheffe de service sur l'implication d'un patient.

La cheffe de service : Il y a un profil que je trouve plus interpellant c'est celui qui vient vendre quelque chose. On découvre qu'il est énergéticien et il laisse son portable durant le programme d'ETP. Je suis étonnée de le retrouver à la table des usagers [un autre projet d'usagers]. Je trouve dérangeant quand on vient avec une démarche commerciale.

La cadre : L'interaction si on veut qu'elle soit la plus globale possible pour produire quelque chose qui ait du sens, il faut qu'elle soit le plus large possible avec y compris des extrémistes.

La cheffe de service (s'adressant aux chercheur·se·s) : Tout ça pour vous dire que la sélection que vous nous soupçonnez de faire il n'y a pas de sélection et ça questionne.

Le travail de traduction a de fait pour objectif, non pas d'expliquer aux pilotes des concepts que les chercheur·se·s utilisent, mais plutôt de co-construire, autour d'une dynamique de reconnaissance mutuelle, des catégories d'analyse sur des faits révélés par l'enquête ethnographique.

Le directeur : ... si tu mets derrière le terme, des individus qui vont en sélectionner d'autres, le terme ne va pas, parce que c'est plus complexe que ça. Mais si tu mets derrière, des stratégies pour avoir une complexité de profil, ce que vous avez dit pour les ateliers de co-construction du programme.

La cheffe : Là c'est un choix.

Le directeur : Oui. On n'a pas dit qu'ils sélectionnent bien ou mal.

Produire un savoir commun est une voie de mobilisation des pilotes qui, accompagnées par les chercheur·se·s, permet de donner une visibilité à la RISP et répond aux enjeux épistémologiques qui la sous-tendent.

Instrumentalisation de la RISP : porter des innovations organisationnelles au sein de l'hôpital

Cette question de la continuité des coordinations s'éprouve au sein de ce troisième COPIL. L'engagement se circonscrit toutefois autour d'un entre-soi réflexif qui peine à être envisagé dans des modes d'action concrets en dehors d'une valorisation d'ordre symbolique. La présentation des travaux de recherche permet de légitimer les efforts consentis pour ouvrir les pratiques hospitalières et dépasser le stade incantatoire d'une utilité intellectuelle. A cette occasion, il est demandé d'envisager la participation des chercheur·se·s à des événements de l'hôpital. Les pilotes, préférant communiquer autour des SHS plutôt que l'ETP, encadrent ici la RISP pour qu'elle réponde au service de leurs intérêts et projet politique :

des SHS qui nourrissent la reconnaissance de l'ETP à l'hôpital.

La cheffe de service : Tout le monde s'en gargarise des SHS donc ça peut très bien être qu'est ce qui se fait comme recherche en ce moment.

S'impliquer dans une recherche en SHS ne bénéficiant pas de la légitimité des essais cliniques, leur confère une position symbolique de promotrices d'innovations, permettant d'agir sur les ISS. Cette médiation réalisée par les pilotes elles-mêmes marque une forme d'instrumentalisation réciproque qui trouve ses fondements dès l'origine de la collaboration. Si elles se perçoivent comme *des rats* de laboratoire pour les chercheur.se.s qui observent leurs pratiques, elles reconnaissent ici les avantages symboliques retirés de cette soumission tout en démontrant d'un certain contrôle de la RISP.

Conclusion

Cet article révèle l'importance d'étudier les partenariats au regard d'un cadre théorique qui permet de considérer avec plus de recul les fluctuations, à notre sens inévitables, des modes de coordination dans une RISP. Ces trois séquences révèlent que les rapports de savoirs et les rapports sociaux tendent à se symétriser dans un travail constant de médiation. La reconnaissance des valeurs partagées implique des enjeux plus militants qui se déplacent à mesure que les savoirs sont discutés et co-construits. Ces enjeux sous-tendent des formes de coordination qui se maximisent suivant leur utilité perçue pour les pilotes mais aussi pour les chercheur.se.s. Pour autant, si des négociations et des accords sont réalisés, ils ne permettent pas nécessairement d'aboutir à des coordinations maximalistes durables, qui autoriseraient un travail commun de promotion de la RISP au-delà de ce partenariat en envisageant un réseau d'acteur-ice-s plus étendu (patient-e-s, soignant-e-s), répondant en acte à la problématique des inégalités épistémiques. Dans tous les cas, on l'a vu, les partenariats ne peuvent pas seulement s'afficher et en rester à l'état de déclarations. Ils s'éprouvent dans des modes de coordination variables dont il convient d'étudier la dynamique (8).

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Aucun financement déclaré.

ORCID iDs

Emilie Gaborit  <https://orcid.org/0000-0002-3297-4008>

Philippe Terral  <https://orcid.org/0000-0002-8958-8458>

Notes

1. Entre chercheur-se-s, décideur-se-s, intervenant-e-s, usager-ère-s.
2. Pour y répondre, l'ETP s'organise avec pour commencement un diagnostic éducatif qui réunit un/une patient-e et un/une soignant.e, suivi de cinq modules collectifs de trois heures. Ces ateliers rassemblent trois à huit patient-e-s et deux soignant.e.s.
3. La cadre d'un dispositif de soin d'un dispositif, infirmière de profession diplômée d'un master d'ETP et sa cheffe de service, oncologue.
4. Un sociologue des sciences et directeur scientifique de la RISP, une sociologue des socialisations, un psychosociologue, un socio-historien de l'action publique et une médiatrice sociologue de l'action publique travaillant dans le même laboratoire de recherche tous titulaires.
5. Financement INCa 2018–2022.
6. Séminaires de REFLEXivité sur la coordination des expertises dans la recherche interventionnelle visant la lutte contre le cancer et la réduction des ISS. INCa 2015.
7. Ces arènes sont au nombre de trois : l'espace administratif autour du financement de la collaboration et des attentes sur l'utilité du travail à l'hôpital ; des outils collaboratifs (comme les Comités de pilotage (COPILS)) espaces de concertations et de partage des connaissances entre chercheur-se-s et porteuses du programme ; les interventions en ETP.

Références

1. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient: champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*. 2014; 35: 9–48.
2. Godrie B, Dos Santos M. Présentation: inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*. 2017; 49: 7–31.
3. Dodier N. Les appuis conventionnels de l'action. *Éléments de pragmatique sociologique*. Réseaux. 1993; 62: 63–85.
4. Terral P. Corps efficients, Corps pathologiques et Expertises plurielles: Les sciences face aux critiques utilitaristes [Synthèse des travaux en vue de l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches]. [Toulouse]: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2013.
5. Callon M. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*. 1986; 36: 169–207.

6. Audétat M. Sciences et technologies émergentes : pourquoi tant de promesses ? Paris: Hermann; 2015.
7. Granjou C, Louvel S, Arpin I. Des promesses scientifiques aux engagements épistémiques. Le cas de la nanomédecine et des sciences de la biodiversité. In: Audétat M. Sciences et technologies émergentes: pourquoi tant de promesses? Paris: Hermann; 2015, pp.211–226.
8. Terral P. La recherche interventionnelle en santé : divers engagements dans la production collaborative de connaissances. RFSIC. [Internet]. 31 déc 2018.
9. Uhalde M. L'instrumentalisation de la sociologie en situation d'intervention : analyse critique d'une notion ordinaire. Sociologies pratiques. 2008; 16: 95–113.
10. Ackrich M, Callon M, Latour B (eds). Sociologie de la traduction. Paris: Presses des Mines; 2006
11. Villeval M, Ginsbourger T, Bidault E, Alias F, Delpierre C, Gaborit E, et al. L'interdisciplinarité en action : les « mots-pièges » d'une recherche interdisciplinaire. Santé Publique. 2014; 26: 155–163.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Étude sur la transférabilité d'une intervention d'éducation en santé dans le parc HLM : une méthode de recherche à l'épreuve du transfert pour décrire autrement les fonctions-clés

Frédérique Trévidy¹, Daniela Torrot-Arrocet², Vanida Brunie³, Marie Makdessi Peyronnie⁴, Jacques Wolfrom⁵, Guillaume Brugidou⁶ et Rémi Gagnayre⁷

Résumé : La transférabilité des interventions en santé est un enjeu essentiel à la réduction des inégalités sociales de santé. Mais ces interventions sont complexes et leur efficacité n'est pas garantie lors d'un transfert d'un contexte à l'autre. La description des fonctions-clés des interventions concourt à une meilleure transférabilité. Toutefois, celle-ci repose rarement sur une méthode permettant de concevoir l'intervention en situation de transfert.

Cet article explicite le processus méthodologique permettant l'identification des fonctions-clés de l'intervention en situation de transfert, et leurs déclinaisons nommées : « éléments de passation » (EP). Nous nous sommes appuyés sur une recherche collaborative orientée par la conception (RoC) visant à concevoir une intervention d'éducation pour les locataires âgés du parc social, leur permettant de décider et d'agir pour adapter leur logement à leurs besoins.

Deux cycles de recherche sont menés au sein d'entreprises sociales pour l'habitat (ESH) avec des comités de recherche réunissant chercheurs, locataires et professionnels. Plusieurs étapes collaboratives ont été nécessaires : l'étude du contexte de l'ESH1 et la création d'une culture commune ; la formation des professionnels impliqués dans l'intervention d'éducation ; la déclinaison du modèle selon les critères de transférabilité d'ASTAIRE (outil pour l'analyse de la transférabilité des interventions en promotion de la santé) ; l'identification des variations et des éléments stables du modèle au moment du transfert vers deux autres ESH ; l'identification des fonctions-clés du modèle et de ses « éléments de passation ».

À l'épreuve du transfert, l'intervention est décrite en quatre catégories de fonctions-clés, déclinées en EP. Les EP sont des résultats issus de la RoC jugés significatifs par les acteurs de la recherche. Ce sont

1. Docteure en sciences de l'éducation, Directrice du pôle Ingénierie sociale, Association ALFI, groupe Arcade VYV. Chercheuse associée, Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412 de l'Université Sorbonne Paris Nord, France.
2. Chargée de recherche, Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412 de l'Université Sorbonne Paris Nord, France.
3. Docteure en santé publique. Pharmacien, service de pharmacie, hôpital Émile Roux, HUH, AHP. Chercheuse associée au Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412 de l'Université Sorbonne Paris Nord, France.
4. Psychologue clinicienne, psychothérapeute. GHEF - Site de Meaux. Chargée de recherche, Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412 de l'Université Sorbonne Paris Nord. Fondatrice et présidente de l'association « Tendre à (S') Entendre », France.
5. Directeur général du groupe Arcade – VYV, France.
6. Délégué général de l'ALFI, groupe Arcade VYV, France.
7. Professeur en sciences de l'éducation. Médecin, Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412 de l'Université Sorbonne Paris Nord, France.

Correspondance à : Frédérique Trévidy, Association ALFI, groupe Arcade VYV. Chercheuse associée au Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé UR3412 de l'Université Sorbonne Paris Nord, 74 rue Marcel Cachin, Bobigny, 93017, France. Email : frederique.trevidy@alfi-asso.org

(Ce manuscrit a été soumis le 12 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 4 janvier 2021.)

des phénomènes explicatifs révélant des situations à prévoir pour réussir le transfert et rendre l'intervention efficace. Ils permettent de donner sens aux fonctions-clés pour que les acteurs souhaitant transférer l'intervention dans leur contexte puissent mieux s'y préparer. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 47–55)

Mots-clés : transférabilité, inégalités, personnes âgées, éléments de passation, fonctions-clés

Introduction

Selon plusieurs auteurs de santé publique, la transférabilité permet d'estimer dans quelle mesure le résultat d'une intervention réussie évaluée dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte (1,2). Toutefois, les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé sont complexes et souffrent d'un manque de description des éléments théoriques potentiellement transférables (3), rendant leur transférabilité difficile (4). Le contexte est prégnant et doit être pris en compte dans la transférabilité d'une intervention complexe en santé (5) au risque de ne pas avoir d'effet sur les populations cibles (6), voire de provoquer des effets négatifs, comme ce fut le cas d'un programme de lutte contre la toxicomanie chez de jeunes américains en milieu scolaire (7).

Pour tenir compte de cette complexité de l'intervention dans son contexte, des modèles et des outils ont été proposés par plusieurs chercheurs. Sans être exhaustifs, nous citerons l'outil ASTAIRE (8), composé d'une première grille pour concevoir une « intervention mère » en vue de la rendre potentiellement transférable et d'une seconde grille pour transférer cette intervention dans un autre contexte et évaluer les écarts d'effets. Le modèle FIC (Fonction-clé/Implémentation/Contexte) (3) qui permet de structurer une description fine des interventions de manière à favoriser leur transférabilité potentielle et leur évaluation. Le modèle PIET-T (Population Intervention Environnement Transfert - Transférabilité) visant à accompagner les décideurs dans le processus d'évaluation de la transférabilité d'une intervention en santé avant d'opter pour son transfert au contexte cible (9). Dans chacun des modèles, on trouve dans la description de l'intervention, des éléments fondamentaux (ou théoriques), nommés aussi « fonctions-clés » (10), qui permettraient d'assurer sa transférabilité.

Ces descriptions des interventions sont généralement effectuées en prévision du transfert (8,9) ou a posteriori (3,8). La littérature apporte toutefois peu d'éléments sur des méthodes où le transfert serait

partie prenante de la conception de l'intervention.

Or, l'analyse permise par cette mise en situation, pourrait apporter des enseignements riches pour décrire encore plus finement l'intervention, de manière à favoriser sa transférabilité.

Les fonctions-clés sont des processus jouant un rôle majeur dans la transférabilité d'une intervention puisqu'elles en sont les éléments théoriques potentiellement transférables (3), et assurent son efficacité (8). Pour étudier autrement ces fonctions-clés dans la perspective d'améliorer la transférabilité, nous proposons d'analyser un modèle d'intervention conçu grâce à des mises en situation de transfert. Nous avons utilisé pour cela une méthode de recherche collaborative orientée par la conception (RoC) (11). Cette méthode a été choisie pour plusieurs raisons : d'une part, elle s'inscrit dans la lignée des recherches écologiques permettant d'étudier les situations dans leur complexité, au plus proche des situations vécues par les acteurs (12). D'autre part, elle est itérative, alternant des phases de conception et de mise en œuvre des interventions (11) avec possibilité d'intégrer des contextes différents. Enfin, elle est collaborative, impliquant les acteurs et parties prenantes du milieu étudié. Cette collaboration permet de construire des rapports dialectiques entre pratique et théorie et de tenir compte des contraintes du contexte (11).

Cette recherche a été conduite entre 2014 et 2018 au sein de trois entreprises sociales pour l'habitat (ESH) d'un même Groupe HLM, aux contextes géographiques et organisationnels différents. S'appuyant sur le concept d'identité-logement (13), elle consistait à modéliser une intervention d'éducation destinée aux locataires âgés, afin qu'ils puissent développer leur pouvoir d'agir et de décider, en réalisant des apprentissages et en effectuant des choix éclairés sur l'adaptation de leur logement. L'intervention était réalisée au domicile. Les aménagements choisis devaient être mis en œuvre par les ESH et financés en quasi-totalité par le dégrèvement de leur taxe foncière. L'intervention confirmée par la recherche avait

vocation à être transférée dans d'autres ESH.

Cet article visera dans un premier temps à expliquer le processus méthodologique ayant permis de définir les fonctions-clés de ce modèle d'intervention destinées à soutenir sa transférabilité, et dans un second temps, à présenter une déclinaison originale de ces fonctions-clés rendue possible par des cycles de transfert au cours de la conception de l'intervention.

Méthode

La dynamique collaborative

Des comités de recherche se sont réunis mensuellement sur la durée de l'étude pour concevoir le modèle d'intervention. Ils ont rassemblé : cinq chercheurs académiques (santé publique et sciences de l'éducation) dont un coordinateur, vingt-quatre co-chercheurs dont huit locataires âgés de plus de 65 ans, treize professionnels d'ESH, deux ergothérapeutes et une psychologue. Le chercheur coordinateur avait un double statut : chercheur associé de l'université et professionnel d'une association appartenant au même Groupe HLM que les ESH étudiées.

Chaque ESH disposait de son propre comité de recherche. A partir de la seconde itération de recherche, un comité commun rassemblant des membres des trois ESH s'est réuni également chaque trimestre. Le recueil et l'analyse des données étaient assurés par les chercheurs académiques. Les autres membres des comités participaient de manière conjointe avec les chercheurs à la co-construction du modèle d'intervention ; à sa mise en œuvre (implantation au sein de l'ESH, formation des intervenants) ; et à l'interprétation des résultats. Certains membres ont participé à l'intervention d'éducation : les professionnels pour animer les séances, et les locataires pour apprendre à adapter leur logement.

Le processus de conception du modèle d'intervention

La population ciblée pour participer à l'intervention répondait aux critères d'inclusion suivants : être locataire de l'ESH, âgé de 65 ans et plus ; avoir déjà chuté ; être volontaire pour adapter son logement. Les personnes recrutées étaient âgées de 67 à 91 ans (moyenne = 79,3 ans). Dix ménages dont un couple ont participé à la première

expérimentation sur l'ESH1. Seize ménages dont quatre couples ont été inclus dans la seconde expérimentation sur l'ESH2 et l'ESH3.

Deux itérations ont été requises (Figure 1) : Le cycle 1 pour concevoir à partir de la proposition théorique de l'identité-logement, le modèle d'éducation A adapté à l'écosystème de l'ESH1, puis pour l'expérimenter et l'évaluer (modèle A') (14) ; Le cycle 2 pour transférer ce modèle au sein de deux autres écosystèmes (ESH2 et ESH3) et le confirmer pour ses effets sur les locataires (Modèle A'') (Figure 1).

Les fonctions-clés intrinsèques à l'intervention n'ont pu être identifiées et décrites qu'à la fin du processus de conception de ce modèle (Figure 2).

Les principales étapes collaboratives de conception du modèle ayant permis d'aboutir à la définition des fonctions-clés étaient les suivantes :

- a. Une étude de l'écosystème de l'ESH1 et la création d'une culture commune au sein du comité de recherche pour adapter la proposition théorique du modèle issu de l'identité-logement à une intervention réalisable en milieu naturel (15).
- b. Dans les deux cycles, une formation des intervenants afin qu'ils puissent connaître, expliquer et mener l'intervention éducative auprès des locataires âgés ainsi que s'échanger les informations. Celle-ci fut réalisée sur les trois ESH et animée par des membres du comité de recherche (chercheurs académiques, ergothérapeute, gardien d'immeuble, travailleur social).
- c. En fin de cycle 1, l'utilisation de la grille n°1 d'ASTAIRE (8) pour décliner le modèle A' selon des critères de transférabilité jugés pertinents par le comité. Cette déclinaison effectuée selon les quatre catégories de la grille (population, environnement, mise en œuvre, accompagnement au transfert de connaissances) a permis de faciliter la prise en compte du contexte des trois ESH.
- d. En début de cycle 2, pour chaque composant du modèle A' décliné selon les critères de transférabilité, l'identification par les membres du comité de l'ESH « cible », de trois types de modalités de transfert (Tableau 1) : « Accommodation » lorsque le modèle A' devait être adapté à l'écosystème de l'ESH cible, par exemple en intégrant des profils

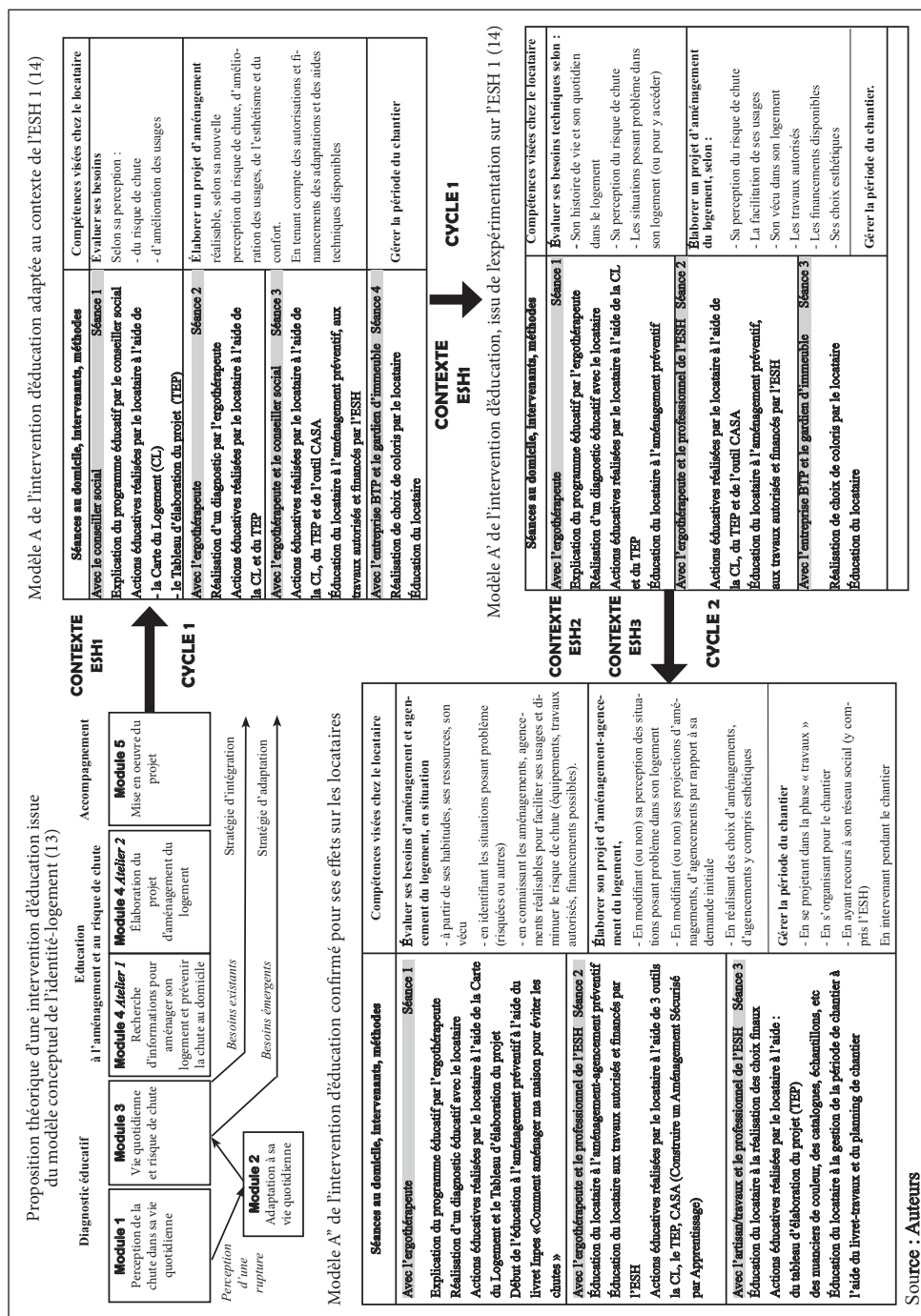


Figure 1. Processus de conception du modèle d'intervention.

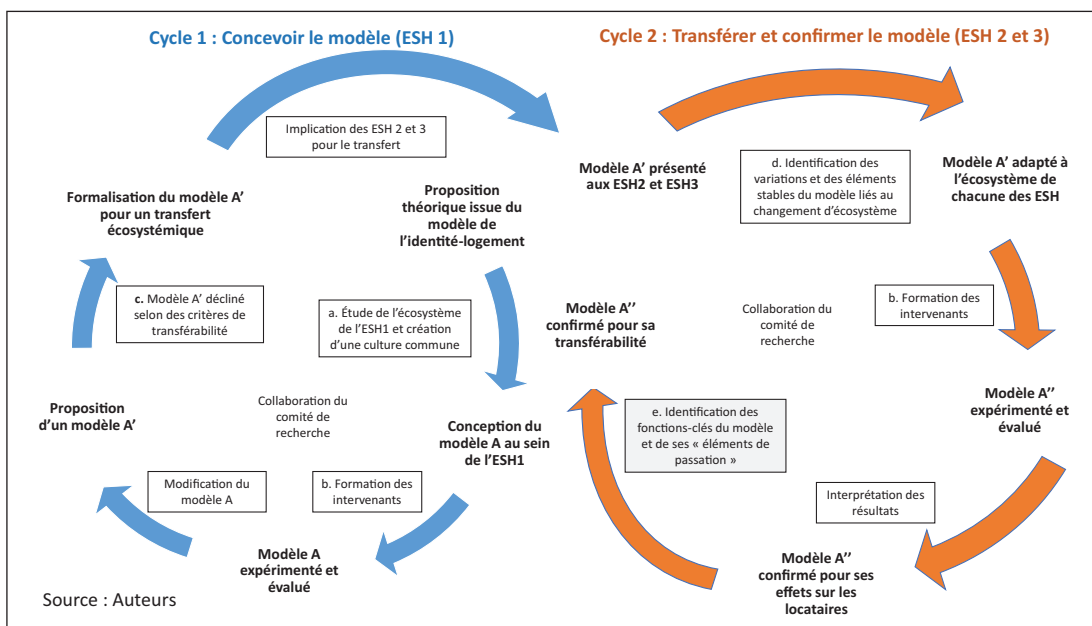


Figure 2. Les cycles avec étapes et transferts pour la définition des fonctions-clés.

différents d'intervenants selon les ESH ; « Modification » lorsque l'écosystème devait s'adapter au modèle A', par exemple en modifiant les questionnaires existants au sein de l'ESH sur les besoins d'adaptation des logements ; « Intégration » lorsqu'aucune adaptation n'était requise. Des commentaires ont été rédigés par les chercheurs, sur les éléments qui permettraient d'assurer la transférabilité (Tableau 1).

La définition des fonctions-clés du modèle

En fin de cycle 2 (e), la définition des fonctions-clés fut réalisée par une triangulation de trois sources de données : les commentaires sur la transférabilité (Tableau 1), les résultats de l'évaluation finale de l'expérimentation du modèle A'', les résultats d'un focus group composé des membres du comité commun (trois ESH).

Le recueil de données de l'expérimentation A'' a été effectué par les chercheurs : auprès des locataires, par entretien semi-dirigé suite à l'intervention d'éducation, puis après les travaux ; auprès des intervenants animant le programme (personnel de proximité et gérants immobiliers des ESH, ergothérapeutes, artisans) par focus group et entretiens semi-dirigés ; auprès des

coordinateurs de travaux par entretiens semi-dirigés. Une analyse thématique (16) a été réalisée par trois chercheurs. Une triangulation a été effectuée selon les axes thématiques suivants : « programme éducatif », « identité-logement », « implication des locataires », « travaux », « formation », « communication » et « recherche », lesquels ont été déclinés en rubriques, puis en thèmes.

Un focus group fut animé par deux chercheurs auprès des membres du comité avec comme objectif de recueillir les opinions sur les éléments fondamentaux du modèle devant être présents quelle que soit l'ESH pour que le modèle éducatif puisse se mettre en place, fonctionner et être efficace. Les données furent recueillies par les chercheurs. Ces données furent ensuite alimentées en séance par la présentation des résultats de l'analyse thématique (thèmes et rubriques) et ceux de l'analyse des commentaires sur la transférabilité (Tableau 1). Sur cette base, les membres du comité sont arrivés à un consensus en réunion pour établir une liste des fonctions-clés du modèle et une déclinaison de ces fonctions en « éléments de passage ».

Résultats

À l'épreuve des cycles de transfert, quatre catégories de fonctions sont identifiées : « C1 : une démarche

Tableau 1. Exemples de déclinaisons du modèle A' avec modalités de transfert.

Composants du modèle A'	Déclinaisons au contexte	Déclinaisons au contexte	Modalités de transfert vers l'ESH2	Commentaires sur la transférabilité
	ESH1 (cycle 1)	ESH2 (cycle 2)		
ASTAIRE : Catégorie : mise en œuvre. Critère de transférabilité : modalité d'intervention (recrutement des locataires)				
Critères d'inclusion : + 65 ans, souhaiter une adaptation du logement et avoir déjà chuté	Ajout d'une question sur la chute dans le questionnaire destiné au recrutement des locataires	Ajout d'une question sur la chute dans le questionnaire destiné au recrutement des locataires	Modification écosystémique	L'écosystème peut s'adapter à ce changement pour accueillir le modèle. Au sein de l'ESH1 et de l'ESH2 : le questionnaire existant destiné aux locataires sollicitant une adaptation du logement a été complété par un item sur la chute.
ASTAIRE : Catégorie : mise en œuvre. Critère de transférabilité : les ressources mobilisées				
Intervenants pour animer les séances d'éducation	Travailleurs sociaux et gardiens (ESH) Ergothérapeutes libéraux Personnels d'entreprises BTP	Gérants immobiliers (ESH) Ergothérapeutes libéraux ; Personnels d'entreprises BTP	Accommodation du modèle	Le modèle doit pouvoir accueillir des profils différents de professionnels de l'ESH animant les séances, ces derniers variant selon les ESH.
ASTAIRE : Catégorie : mise en œuvre. Critères de transférabilité : les modalités de mobilisation et compétences des intervenants				
Prestataires mobilisés par l'ESH : Entreprises BTP	- Entreprises Tous Corps d'État - Sélectionnées sur devis - Entreprises du bâtiment compétentes dans les travaux d'adaptation du logement pour les Personnes à Mobilité Réduite (PMR)	- Entreprises spécialisées - Contrat de prestation avec l'ESH - Entreprises du bâtiment compétentes dans les travaux d'adaptation du logement pour les PMR	Accommodation du modèle Intégration	Le modèle doit pouvoir s'adapter aux marchés passés entre l'ESH et les entreprises BTP. Néanmoins deux éléments doivent être maintenus quel que soit l'écosystème : la compétence reconnue de(s) entreprise(s) dans l'adaptation des logements PMR. Une coordination solide de(s) entreprise(s) pour sécuriser l'ensemble du projet d'aménagement.
Prestataires mobilisés par l'ESH : Ergothérapeutes	Ergothérapeute(s) compétent(s) dans l'adaptation du logement	Ergothérapeute(s) compétent(s) dans l'adaptation du logement	Intégration	Compétence préalable essentielle de l'ergothérapeute quel que soit l'écosystème (à évaluer lors du recrutement par l'ESH).

Tableau 2. Une démarche centrée sur le locataire : fonctions-clés et éléments de passation.

Catégorie I : Démarche centrée sur le locataire

Fonctions-clés du modèle A"

Éléments de passation

1. Une participation volontaire du locataire

Besoin d'informer et d'échanger avec le locataire préalablement au programme ; création d'une relation de confiance (possibilité d'ambassadeur locataire). Choix de participer à la démarche. Choix d'utiliser les outils pédagogiques (acceptabilité pour le locataire). Les candidats potentiels existent : locataires âgés ayant chuté, locataires en demande d'adaptation du logement. Adaptation possible du public recruté par l'ESH.

2. Des compétences visées chez le locataire

Compétence 1 « Évaluer ses besoins d'aménagement-agencement » : expliquer ses habitudes, ses ressources, les situations-problèmes. Nécessité de connaître ce qui est réalisable pour exprimer ses besoins en situation. Apports de l'ergothérapeute (personnel/logement); apports de l'ESH (travaux réalisables, autorisés, financés). **Compétence 2 « Élaborer son projet d'aménagement-agencement »**. Le locataire construit son projet en évoluant au cours des séances selon des questionnements et idées émergeant des échanges, l'acquisition de nouvelles connaissances. **Compétence 3** : elle requiert plusieurs « capacités ». **Se projeter dans la phase « travaux »** : échanger avec l'entourage, percevoir les désagréments, organiser son espace de vie. **S'organiser pour le chantier** : Vider, ranger ses meubles, nettoyer en prenant son temps, en sollicitant de l'aide ; organiser sa vie quotidienne, conserver certaines habitudes, déplacer des rendez-vous (auxiliaire de vie). **Avoir recours à son réseau social** pour déplacer les objets ou meubles et nettoyer avant/après chantier, pour se faire héberger ou utiliser la salle de bain. **Intervenir pendant le chantier** : ajuster les aménagements en cours avec l'entreprise (conseils d'utilisateur, refus d'aménagements non prévus ou mal positionnés). Alerter l'ESH en cas de problèmes. Vérifier le repositionnement des meubles en fin de chantier.

3. Une temporalité propre à chaque locataire

Le locataire chemine avec le temps. Émergence d'idées avec l'ergothérapeute, évolution du projet, éventuels abandons ou modifications au cours du programme. Modifications des perceptions sur le risque de chute et sur les besoins d'aménagement. Émergence de nouveaux besoins par rapport à la demande initiale y compris après les travaux. Ceci nécessite d'avoir le temps de réfléchir et d'être rassuré, pour effectuer ses choix. Projections parfois des bénéfices des travaux par rapport à la durée de vie perçue. Projections des aménagements par le locataire.

4. Le locataire dans son logement, « constructeur-gestionnaire » de son projet

Le locataire porteur du projet d'adaptation de son logement (dossier locataire). Participation active du locataire au projet : implication selon la capacité de chacun ; des mises en situation dans son quotidien; expression de ses besoins, affirmation de ses choix; appropriation des aménagements.

5. Un projet du locataire qui soit réalisable

Le locataire construit son projet au fur et à mesure des séances, selon ses besoins évalués et ses choix. Les professionnels l'aident à intégrer le plus tôt possible les contraintes techniques liées au logement, les travaux financés et autorisés par l'ESH. Le projet final doit être réalisable et mis en œuvre par l'ESH. La liste des travaux autorisés et financés devra être formalisée par l'ESH en amont de l'intervention.

6. Une adaptation du logement qui ne soit pas standardisée

Chaque locataire a une identité-logement singulière, des besoins particuliers et effectue des choix différents. Les projets des locataires sont tous personnalisés quelle que soit la configuration du logement. Le logement est relaté comme « l'univers du locataire », « sa richesse », « ses souvenirs », « son bien de famille ». Les aménagements réalisés par l'ESH doivent être conformes au projet du locataire. Les agencements à la charge du locataire consistent généralement à rendre accessible les objets, prévenir le risque de chute, adapter l'environnement à son état de santé, à embellir, désencombrer, intégrer de nouveaux objets ou meubles.

7. Un rôle éducatif des professionnels

Les séances éducatives produisent des effets d'autant plus positifs lorsque les intervenants professionnels sont **didactiques** : discussion et dialogue avec le locataire, explications, conseils, apport d'idées nouvelles. Ceci permet aux locataires de mieux comprendre pour s'organiser ou pour faire des choix ; sont à l'**écoute**, se montrent **disponibles** pour laisser les locataires choisir selon leurs besoins, ou les aider à l'utilisation des outils pédagogiques ; **accompagnent** le locataire pour le mettre en confiance (y compris dans la phase des travaux) et pour l'associer à la vérification des aménagements réalisés.

centrée sur le locataire » et « C2 : une équipe projet sur la durée » garantissent la nature éducative du modèle et son efficacité ; « C3 : des conditions nécessaires au sein de l'ESH » et « C4 : une amélioration du programme en continu » participent à son appropriation par les professionnels des ESH.

Les fonctions-clés sont déclinées en « éléments de passation ». Ces éléments sont des résultats jugés significatifs par les membres du comité de recherche pour permettre une transférabilité de l'intervention. Ils se caractérisent par des phénomènes explicatifs de la fonction-clé. Ils sont destinés à accompagner les acteurs souhaitant transférer l'intervention dans leur contexte.

Le Tableau 2 présente à titre d'exemple la catégorie « C1 : une démarche centrée sur le locataire », déclinée en fonctions-clés et en « éléments de passation ».

Discussion

Les limites de cet article résident dans la circonscription des méthodes de recherche à la seule identification des fonctions-clés, sans détailler par ailleurs celles de l'évaluation du modèle d'intervention dans son ensemble. De même, nous n'avons pas présenté les effets de l'intervention sur les locataires ni la liste exhaustive des fonctions-clés identifiées et leurs déclinaisons. L'éclairage de cet article portait plutôt sur le processus d'identification des fonctions-clés d'une intervention conçue en situation de transfert, et d'une nouvelle description pour servir sa transférabilité. Hawe et al. ont modifié la manière de décrire et donc d'appréhender les interventions complexes en santé, en évoquant les processus fonctionnels de l'intervention (fonctions-clés) et leurs formes d'adaptation au contexte (10). Nos résultats apportent une possible contribution à cette description : des « éléments de passation » (EP) comme des déclinaisons des fonctions-clés de l'intervention. C'est par une dynamique collaborative que les chercheurs, locataires et professionnels de la RoC se sont forgés une expérience collective de la recherche permettant de donner sens aux résultats dans un souci de transférabilité. Elle s'est construite grâce à la création d'une culture commune ; à la co-construction de l'intervention comprenant son adaptation au contexte primaire et son transfert à des contextes différents ; à une analyse collaborative pour définir les fonctions-clés et les « éléments de passation ». Ces EP mettent en lumière des phénomènes communs aux ESH portant sur l'intervention. Ceux-ci sont parfois

inattendus. Par exemple, l'émergence de nouveaux besoins chez certains locataires suite aux aménagements réalisés. Ces effets inattendus sont courants dans les interventions en promotion de la santé. Gugglberger et al. (17) les qualifient d'effets secondaires souhaitables ou indésirables. Les anticiper permettra aux acteurs de mieux s'y préparer. D'autres phénomènes révélés dans les EP peuvent être liés au transfert. Par exemple, pour que les personnes âgées puissent endosser le rôle central de « constructeur-gestionnaire » de leur projet et le rendre réalisable, les décideurs devront définir les aménagements autorisés avant le transfert (variables selon les ESH). À la différence des travaux réalisables qui, variant selon les contraintes techniques du logement, seront à ajuster avec le locataire en cours d'intervention. En révélant le phénomène, les EP permettent aux acteurs de se préparer à adapter l'intervention aux variations contextuelles, avant sa mise en œuvre, mais également lors de sa réalisation. Le modèle de Schloemer et Schröder-Bäck « suggère que les réflexions sur la transférabilité devraient se concentrer sur la question de savoir si et par quels moyens il est possible d'obtenir le succès de l'intervention tant dans le contexte cible que sur la « reproduction » des effets du contexte primaire, car les influences contextuelles dans le contexte cible diffèrent généralement des influences dans le contexte primaire » (9) (p.8). Les EP révélés par la RoC sont des clés de compréhension pour les acteurs souhaitant transférer l'intervention dans leur contexte. Ils sont basés sur des phénomènes jugés significatifs par les acteurs de la recherche. Ils traitent de l'intervention et de son transfert.

Conclusion

La description fine des interventions en santé publique comprenant la mise en évidence de leurs fonctions-clés permettrait d'améliorer leur transférabilité potentielle (18). En utilisant une méthode de RoC, nous avons expérimenté plusieurs transferts pour définir les fonctions-clés d'une intervention complexe en santé visant à favoriser le développement du pouvoir d'agir et de décider des locataires âgés du parc social. Ces fonctions se déclinent en « éléments de passation » révélés par la recherche, grâce à l'expérience collaborative des acteurs. Ces EP alimentent la description des fonctions-clés par des informations concrètes sur des phénomènes communs aux contextes étudiés, traitant de l'intervention et de

son transfert. Des perspectives intéressantes pourraient consister à tester la transférabilité de l'intervention en s'appuyant sur cette nouvelle description des fonctions-clés. Cette recherche pourrait voir le jour prochainement puisque le transfert de cette intervention d'éducation est programmé auprès de 13 ESH du même Groupe HLM.

Remerciements aux membres du comité de recherche

Jolan Vaz, Thierry Berruer, Roger Agaesse, Gisèle Le Gall, Marcel Drouyer, Irène Drouyer, Gérard Brochard, Pierre Flahaut, Marielle Fritz, Laurence Pibre, Christophe Robert, Anne Laure Dehaut, Kelly Sampil, Lydia Leveillé, Aurore Poissonnet, Bertrand Dubois, Gilbert Dubreuil, Gildas Nogue, Caroline Giroux, Nicolas Deshoux, Fabrice Dausque, Philippe Vallé, Karine Rover, Kevin Pérus.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Les auteurs ont indiqué avoir reçu le soutien financier suivant pour la recherche, la création et/ou la publication de cet article : la Fédération nationale des ESH (Fonds pour l'innovation sociale), la Caisse de garantie du logement locatif social (Fonds de soutien à l'innovation). Cette recherche a également bénéficié de l'aide des partenaires financeurs de l'IRESP dans le cadre de l'appel à projets Général 2016-Volet Prévention (référence projet « GAGNAYRE-AAP16-PREV-06 »).

ORCID iD

Frédérique Trévidy  <https://orcid.org/0000-0003-4034-4142>

Références

1. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int*. 2006; 21: 76–83.
2. Burchett H, Umoquit M, Dobrow M. How do we know when research from one setting can be useful in another? A review of external validity, applicability and transferability frameworks. *J Health Serv Res Policy*. 2011; 16: 238–244.
3. Fianu A, Villeval M, Naty N, Favier F, Lang T. Analyser la transférabilité d'une intervention: application du modèle fonction-clé/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète. *Santé Publique*. 2017; 29: 525–534.
4. Schieber AC. De la difficulté de décrire et transférer les interventions de réduction des ISS. In : Haschar-Noé N, Lang T, éditeurs. Réduire les inégalités sociales de santé – Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse (France): PUM; 2020, pp. 50–54.
5. Weinmann S, Gühne U, Kösters M, Gaebel W, Becker T. Team-based community psychiatry: importance of context factors and transferability of evidence from studies [German]. *Nervenarzt*. 2012; 83: 825–831.
6. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in North London. *BMJ Clinical Research*. 2006; 332: 815–820.
7. Muhlhausen DB. Evaluating Federal Social Programs: finding out what works and what does not. *Res Soc Work Pract*. 2012; 22: 100–107.
8. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014; 26: 783–786.
9. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*. 2018; 13: 88.
10. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ*. 2004; 328: 1561–1563.
11. Sanchez É, Monod-Ansaldi R. Recherche collaborative orientée par la conception. Un paradigme méthodologique pour prendre en compte la complexité des situations d'enseignement-apprentissage. *Éducation et didactique*. 2015; 9: 73–94.
12. Wang F, Hannafin MJ. Design-based research and technology-enhanced learning environments. *ETR&D*. 2005; 53: 5–23.
13. Trévidy F, d'Ivernois J-J-F, Mourad J-J, Brugidou G, Gagnayre R. Une modélisation de l'identité-logement pour une éducation de la personne âgée au risque de chute à domicile. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ [Internet]*. 2015; 7.
14. Trévidy F, les membres du comité de recherche, Makdessi Peyronnie M, Brunie V, Toro-Arrocet D, Brugidou G, Wolfrom J, Gagnayre R. Vieillir et s'adapter : apprendre pour aménager son domicile. *Gérontologie et société [Internet]*. 2019; 159.
15. Trévidy F, Wolfrom J, Sebbane G, Brugidou G, Bonnetin D, Gagnayre R. Concevoir une intervention éducative pour prévenir la chute des personnes âgées en logement social : description d'une méthode de recherche. *Santé Publique*. 2017; 29: 623–634.
16. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2012.
17. Gugglberger L, Flaschberger E, Teutsch F. 'Side effects' of health promotion: an example from Austrian schools. *Health Promot Int*. 2017; 32: 157–166.
18. Villeval M, Gaborit E, Berault F, Lang T, Kelly-Irving M. Do the key functions of an intervention designed from the same specifications vary according to context? Investigating the transferability of a public health intervention in France. *Implementation Science*. 2019; 14: 35.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'évaluation de programmes en visioconférence destinés à promouvoir l'activité physique des patients en cours de traitement d'un cancer

Olivier Aromatario¹, Cécile Charles², Perrine Moysan³,
François Alla¹ et Linda Cambon¹

Résumé : La prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS) est une des préoccupations des programmes de santé. Ceux développés à partir d'interfaces numériques imposent un regard spécifique sur les ISS lié aux caractéristiques de l'outil. Ce commentaire a pour but de présenter une méthode d'analyse innovante des ISS dans les dispositifs numériques, basée sur une théorie d'intervention, à partir d'un exemple d'application sur un programme utilisant une interface numérique de visioconférence pour le développement de l'activité physique de patients suivis en oncologie. Il illustre l'intérêt et la faisabilité d'une mobilisation des acteurs du soin et de la recherche autour d'un outil d'évaluation et de réflexion simple, pour une retombée clinique concrète et immédiatement disponible allant dans le sens de la réduction des ISS. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 56–58)

Mots-clés : inégalités sociales de santé, e-santé, activité physique, oncologie, collaborations, partenariats

La prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS) est une des préoccupations des programmes de santé. Dans ce cadre, si les interfaces numériques sont présentées comme permettant un accès plus large à l'information et aux changements de comportement, la réalité n'est pas si simple. En effet, la première question est l'accessibilité aux technologies incluant des limites à la fois financières et technologiques (certaines inégalités territoriales d'accès persistent encore) (1). S'y ajoutent des caractéristiques culturelles, sociales et individuelles qui influencent non seulement cet accès mais également l'utilisation de ce type d'outils (2). La nature même des interventions numériques fait que leur utilisation ne permet pas directement l'amélioration des déterminants les plus influents sur les inégalités de santé, ceux relatifs aux conditions économiques et sociales des individus

notamment. Il convient donc d'être attentif à ce que ce type d'intervention ne participe pas à l'augmentation des ISS par l'approche essentiellement individuelle qu'il supporte. Le risque est que la « fracture numérique » entraîne une « fracture sanitaire » (3).

Ce commentaire a pour objectifs de présenter une méthode d'évaluation de la prise en compte des ISS validée et spécifique des interventions numériques, à partir d'un exemple d'application concret en oncologie, et de discuter de l'intérêt de la collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain au cours de cette procédure pour améliorer la prise en compte des ISS dans l'élaboration de programmes de santé à visée de changement de comportement.

Le programme d'activité physique adaptée (APA), « TREVISE », délivré en totalité par visioconférence, s'adresse aux patients en cours de traitements pour

1. Population Health Research Center (BPH), Inserm, Université de Bordeaux, Bordeaux, France.
2. Hôpital Universitaire Gustave Roussy, Villejuif, France.
3. École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes, France.

Correspondance à : Olivier Aromatario, Centre Inserm U 1219, Bordeaux Population Health, Université de Bordeaux, ISPED, 33000, Bordeaux, France. Email : olivier.aromatario@u-bordeaux.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 18 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 18 décembre 2020.)

un cancer. Son but est de les accompagner vers une pratique régulière de l'activité physique malgré les barrières liées à la maladie et aux effets secondaires. Des séances APA sont proposées en groupe de quatre à six personnes et encadrées par une structure¹ de l'économie sociale et solidaire, dont des professionnels sont formés et spécialisés dans l'accompagnement en APA à distance pour des personnes fragilisées par différentes formes de pathologies chroniques.

La méthode d'évaluation qui a été appliquée au programme « TREVISE » repose sur une procédure en deux temps et s'appuie sur une grille, dite « grille ISS », composée de 35 critères répartis en 10 dimensions (pour plus de précisions relatives à la grille, se référer à l'article de validation (4)). Cette grille s'ancre dans un modèle analytique spécifique à l'utilisation de dispositifs numériques en santé, en particulier dans les domaines de l'activité physique et de l'alimentation. Elle a été élaborée à partir d'une théorisation d'intervention, qui permet d'appréhender la capacité des dispositifs numériques à accompagner le changement de comportement et à caractériser la façon avec laquelle ils prennent en compte les ISS (4).

Le premier temps d'évaluation a été réalisé par deux chercheurs extérieurs au programme (OA, PM) en appliquant la grille ISS à partir du protocole écrit du programme « TREVISE », d'abord de façon indépendante, pour procéder ensuite à une mise en commun et à une discussion des résultats jusqu'à obtention d'un consensus. Un second temps d'évaluation a rassemblé les deux mêmes chercheurs et les professionnels impliqués dans la conception, la coordination et la mise en œuvre du programme. Cette seconde phase d'analyse s'est déroulée sous la forme d'un atelier de travail, intégrant la présentation détaillée de la grille ISS, ainsi que du modèle théorique sur lequel elle repose. La validation de la présence ou de l'absence de chacun des critères de la grille appliquée au programme s'est effectuée par recherche d'un consensus au sein du groupe.

Au final, l'analyse du programme a mis en évidence que sept des dimensions étaient présentes dans leur intégralité : nature des inégalités sociales prise en compte dans la conception ; déterminant social lié au soutien social ; déterminants environnementaux physiques et sociaux ; transparence vis à vis d'enjeux commerciaux et d'influence et qualité ; adaptation des contenus aux différences de représentations/attentes ; adaptation à la littératie des utilisateurs ; renforcement

du pouvoir d'agir. Les dimensions non présentes ou partiellement présentes étaient : nature des inégalités sociales prise en compte dans la participation du public (critère absent : « Un groupe d'utilisateurs a participé à la conception du programme ») ; déterminants économiques (critères absents : « Le programme prend en compte les contraintes budgétaires auxquelles peuvent être confrontés les utilisateurs dans ses conseils et activités » et « Le programme ne nécessite pas la toute dernière version et permet un fonctionnement optimal sur de multiples versions et pas seulement les plus récentes ») ; accessibilité (critère absent : « L'accès au programme est universel : ne nécessite pas internet en continue pour fonctionner »). Le contenu des critères absents porte sur des caractéristiques externes au programme, liées au public et particulièrement à ses capacités d'accès à un équipement numérique fonctionnel. Ainsi, même si l'ensemble des autres critères intrinsèques aux utilisateurs a été pris en compte comme par exemple la littératie et le renforcement du pouvoir d'agir, l'accès au programme reste conditionné par une problématique matérielle. Ce constat a permis de définir et proposer des axes d'amélioration pour optimiser la prise en compte des ISS par le programme « TREVISE » : d'une part, l'intégration d'un groupe de patients pour l'adaptation du programme ; d'autre part, la facilitation de l'accès au numérique par le prêt de tablettes.

La comparaison des évaluations réalisées dans la première (chercheurs seuls) et dans la deuxième phase (chercheurs et professionnels impliqués dans le programme) a montré une divergence pour seulement quatre critères (sur 35), principalement liée à la connaissance partielle du programme par les chercheurs (uniquement par son protocole). L'intérêt de ces deux étapes d'évaluation collective se révèle triple : 1) combiner points de vue « objectif » et « subjectif », dans le sens où les chercheurs, n'étant pas parties prenantes du dispositif, auraient un regard plus neutre (avec la limite qu'ils connaissent moins bien le dispositif), et les professionnels, au contraire directement impliqués, apporteraient un niveau plus fin de connaissance du dispositif (avec la limite qu'ils sont liés de façon plus « affective » à celui-ci) ; 2) avoir une approche la plus globale et précise possible du dispositif évalué, qui tienne compte des aspects conceptuels sous-jacents au programme (intention initiale, traduite dans le protocole écrit) et de son fonctionnement en vie

réelle (expérience terrain) ; 3) familiariser les acteurs de terrain avec un outil et une théorie, qu'ils pourront ainsi réutiliser par la suite pour développer de nouveaux programmes, en prenant mieux en compte les ISS.

En conclusion, nous avons illustré une des façons possibles de mieux évaluer la prise en compte des ISS dans les dispositifs numériques de promotion de la santé, à l'aide d'un outil valide et simple d'utilisation (4). Un des intérêts notables de ce travail collégial, rassemblant chercheurs et acteurs de terrain, est qu'il contribue à sensibiliser les professionnels qui élaborent les programmes de santé à la prise en compte des ISS, au moyen d'outils qu'ils s'approprient et intègrent à leurs pratiques. Cette approche séquencée et pluridisciplinaire d'évaluation participe aussi de manière essentielle à la qualité des conclusions d'étude et à la pertinence des propositions d'amélioration au regard de la culture et des besoins de terrain. L'intérêt de recourir à cette méthode dès la conception du dispositif numérique, en y intégrant les usagers, est actuellement en cours d'étude, avec l'hypothèse que seront d'autant mieux anticipés les risques d'ISS.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Aucun financement déclaré.

ORCID iD

Olivier Aromatario  <https://orcid.org/0000-0003-0118-4801>

Note

1. Mooven

Références

1. Aromatario O. Applications santé, objets connectés, interfaces digitales à distance dans le champ de l'alimentation et de l'activité physique : conditions d'efficacité et modalités de prise en compte des inégalités sociales de santé [Thèse de doctorat, Spécialité Sciences Politiques, Santé Publique]. [Paris]: RENNES 1, EHESP UMR 6051 ARENES; 2020.
2. Cambon L. Health smart devices and applications ... towards a new model of prevention? Eur J Public Health. 2017; 27: 390–391.
3. Cambon L. Objets connectés, mobiles, communicants en prévention : dépasser l'outil, penser l'intervention ... Santé Publique. 2016; 28: 5.
4. Aromatario O, Van Hoya A, Vuillemin A, Foucaut A-M, Pommier J, Cambon L. Using theory of change to develop an intervention theory for designing and evaluating behavior change SDApps for healthy eating and physical exercise: the OCAPREV theory. BMC Public Health. 2019; 19: 1435.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Les défis de l'inclusion des patients et du public dans la recherche interventionnelle pour lutter contre les inégalités sociales de santé

Laury Beaubrun en Famille Diant¹ , Marie-Anne Durand²,
Veronique Witkowski³, Myriam Dordonne Honore³,
Nathalie Clastres⁴, Carole Linon³, Pascale Journet³,
Béatrice Netens³ et Aurore Lamouroux⁵ 

Résumé : L'implication des patients et du public (IPP) dans la recherche interventionnelle est incontournable mais présente des défis à relever. L'IPP requiert une réflexion éthique et collégiale en amont de la conception de l'étude, des moyens et une gouvernance adaptée afin de tenir compte des enjeux collectifs et individuels qui sous-tendent ce nouveau partenariat. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 59–61)

Mots-clés : collaboration / partenariat, dépistage et prévention du cancer, recherche communautaire, recherche participative

Introduction

L'apparition des mouvements associatifs militants questionne le paradigme médical et la gestion du système de soin. L'émergence de l'expertise du patient donne un nouveau souffle aux droits des patients et à leur participation active dans les protocoles de soins et de décision partagée (1). Impliquer les patients et le public (IPP) dans le processus de recherche est devenu une nouvelle modalité de partenariat (2).

Bénéfices de l'IPP dans la recherche

L'IPP est définie comme étant effectuée avec des membres du public ou par eux, plutôt qu'à leur sujet

ou pour eux (3). Plusieurs études (4–6) démontrent l'intérêt et les bénéfices de l'IPP tant dans la recherche clinique et interventionnelle (6) qu'auprès des chercheurs en général (7). Des bénéfices sont attestés pendant la phase de conception, la mise en œuvre, jusqu'à la diffusion des résultats (8,9). L'IPP permet de cibler les questions de recherche importantes pour les publics, réaligne le processus de recherche et les résultats pour qu'ils soient centrés sur le patient et les publics ciblés par les interventions (10). L'engagement des publics améliore la pertinence, la faisabilité, la rigueur (6) et la qualité de la recherche (11). L'IPP influe sur le recrutement, les modes de collecte, l'analyse et la diffusion des données (3,11,12). L'IPP permet aux chercheurs de réévaluer leurs réflexions sur le processus de la recherche (11–

1. Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, Laboratoire Centre d'études et de recherche en psychopathologie et santé (CERPPS) (EA741), Université Toulouse II Jean Jaurès, Toulouse, France.
2. Chercheure, UMR 1295, Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des Populations (CERPOP), équipe EQUITY, Université Toulouse III - Paul Sabatier, France. Professeure associée adjointe, Dartmouth College, Lebanon, USA. Adjointe scientifique, Unisanté, Lausanne, Suisse.
3. Patient-expert, Aix-Marseille Université, Marseille, Provence-Alpes-Côte d'Azur, France.
4. Ligue nationale contre le cancer, Paris, Île-de-France, France.
5. Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, Marseille, France. CoDES 84, Avignon, France.

Correspondance à : Aurore Lamouroux, Espace Santé AP-HM, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM), 28, Boulevard de la Padouane, Cité des Ayalades, Marseille, 13015, France. Email : aurore.lamouroux@ap-hm.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 23 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 8 janvier 2021.)

14). Elle contribue notamment à des stratégies de recrutement plus efficaces (9). L'IPP éclaire les chercheurs sur l'intelligibilité des informations et promeut l'utilisation d'un langage compréhensible pour le public. Leur participation contribue à démocratiser la recherche notamment auprès de publics plus vulnérables, résidant dans des zones mal desservies (12). Les bénéfices sont notables auprès des communautés à forte prévalence d'inégalités sociales considérées comme difficiles à atteindre (13).

Exemple d'IPP dans un projet de recherche interventionnelle

Notre recherche a pour objectif principal d'améliorer le recours au dépistage du cancer colorectal (CCR) en zones défavorisées. Il s'agit d'une formation de médecins généralistes au dépistage du CCR en tenant compte du niveau de littératie en santé de leurs patients et en fournissant des livrables adaptés à un public ayant un faible niveau de littératie en santé. Elle suit une démarche de recherche participative communautaire (Community-based participatory research, CBPR) qui implique les membres de la communauté, les représentants des organisations, les chercheurs et autres acteurs dans tous les aspects de la recherche, en considérant leurs contributions comme égales (15).

Pour ce faire, nous avons constitué un Conseil consultatif communautaire (CCC) qui se compose de professionnels : 1. médecins généralistes exerçant en zones ayant un indice de défavorisation supérieur à 5 (score le plus élevé calculé sur la base d'un géocodage qui agrège des critères de défavorisation) ; 2. d'institutionnels impliqués dans le dépistage organisé du cancer colorectal (CPAM, Santé publique France) ; 3. d'associations (Ligue contre le cancer, Acadel) ; 4. de patients experts et de membres du public (personnes concernées par le cancer et/ou issues des territoires ciblés).

Nous avons élaboré conjointement une charte d'engagement qui contractualise les attentes et les rôles de chaque partie. Les membres du CCC interviennent à toutes les étapes de la recherche. Ils participent à la réflexion, la rédaction, l'élaboration et la lecture des productions scientifiques issues de cette recherche, à raison d'une réunion tous les trois mois.

Quels défis pour les chercheurs, les patients et le public ?

Ces nouvelles modalités de partenariat patients-public-chercheurs répondent à des nécessités allostatiques indispensables au développement de la recherche interventionnelle. Le recrutement des publics en tant que partenaires de la recherche doit par conséquent dépasser la forme symbolique et tokéniste, et s'ancrer dans le réel (16). Pour ce faire, le chercheur doit faire face à plusieurs enjeux éthiques et défis associés : qui et comment recruter les participants ? Comment inscrire leur participation dans la durée ? Comment reconnaître socialement leur part active dans la recherche ?

L'IPP permet un équilibre des pouvoirs entre savoirs académiques et savoirs expérientiels. Le patient devient un « réformateur social » (17) qui renforce son pouvoir d'agir et de décision.

Toutefois, cet engagement dans la recherche devient un vrai travail, que Strauss (18) qualifiait de « trajectoire de maladie » pour désigner l'activité des patients dans leur participation effective aux soins. Bien que basé sur le volontariat, reconnaître le travail fourni par le public engagé dans la recherche constitue un enjeu important pour soutenir l'engagement des publics dans la recherche interventionnelle. Le coût devient le point d'achoppement de l'engagement pour les patients. La question de la rémunération ou de la valeur associée à l'activité se pose difficilement en France. La participation confronte chaque partie à de nouveaux statuts et à de nouvelles places socialement définies. Cela présuppose une contractualisation entre les partenaires qui définit les rôles et les missions de chacun ainsi que la valeur associée à cet engagement dans les processus décisionnels.

Conclusion

L'IPP est un levier indéniable pour la recherche. De nombreux guides de bonnes pratiques existent (19). Cependant, la pérennité et la reconnaissance de ce type d'engagement n'est pas sans obstacles. Leur application dans des stratégies participatives confrontent à des questions de pouvoirs et d'éthique qui sont sans cesse à questionner pour s'assurer de ne pas inscrire les publics dans une participation utilitariste qui ne servirait qu'un seul intérêt.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Ce projet est réalisé avec le soutien de l'Institut national du Cancer (INCa).

ORCID iDs

Laury Beaubrun en Famille Diant  <https://orcid.org/0000-0001-9877-4204>

Aurore Lamouroux  <https://orcid.org/0000-0003-2089-0322>

Références

1. Haute Autorité de Santé. (Page consulté le 01/08/2020). Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974297/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat (HAS, 2016).
2. Bird M, Ouellette C, Whitmore C, Li L, Nair K, McGillion MH, et al. Preparing for patient partnership: A scoping review of patient partner engagement and evaluation in research. *Health Expectations*. 2020; 23: 523–539.
3. National Institute for Health Research. Patient and Public Involvement in Health and Social Care Research: A Handbook for Researchers [en ligne]. 2014. [cité 2 février 2021]. Disponible sur : <https://www.nihr.ac.uk/about-us/CCF/funding/how-we-can-help-you/RDS-PPI-Handbook-2014-v8-FINAL.pdf>
4. Skovlund PC, Nielsen BK, Thaysen HV, Schmidt H, Finset A, Hansen KA, et al. The impact of patient involvement in research: a case study of the planning, conduct and dissemination of a clinical, controlled trial. *Res Involv Engagem* [Internet]. 19 juill 2020 [cité 4 août 2020]; 6. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370448/>
5. Howe A, Mathie E, Munday D, Cowe M, Goodman C, Keenan J, et al. Learning to work together - lessons from a reflective analysis of a research project on public involvement. *Res Involv Engagem*. 2017; 3: 1.
6. Crocker JC, Ricci-Cabello I, Parker A, Hirst JA, Chant A, Petit-Zeman S, et al. Impact of patient and public involvement on enrolment and retention in clinical trials: systematic review and meta-analysis. *The BMJ* [Internet]. 28 nov 2018; 363. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6259046/>
7. Mann C, Chilcott S, Plumb K, Brooks E, Man M-S. Reporting and appraising the context, process and impact of PPI on contributors, researchers and the trial during a randomised controlled trial - the 3D study. *Res Involv Engagem*. 2018; 4: 15.
8. Brett J, Staniszewska S, Mockford C, Herron-Marx S, Hughes J, Tysall C, et al. Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2014; 17: 637–650.
9. Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, Wang Z, Nabhan M, Shippee N, et al. Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2014; 14: 89.
10. Concannon TW, Fuster M, Saunders T, Patel K, Wong JB, Leslie LK, et al. A systematic review of stakeholder engagement in comparative effectiveness and patient-centered outcomes research. *J Gen Intern Med*. 2014; 29: 1692–1701.
11. Forsythe LP, Carman KL, Szydlowski V, Fayish L, Davidson L, Hickam DH, et al. Patient engagement in research: early findings from the patient-centered outcomes research institute. *Health Affairs*. 2019; 38: 359–367.
12. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ*. 2016; 188: E474–E483.
13. Walmsley J. Involving users with learning difficulties in health improvement: lessons from inclusive learning disability research. 2004, 11: 54–64.
14. Manafo E, Petermann L, Mason-Lai P, Vandall-Walker V. Patient engagement in Canada: a scoping review of the 'how' and 'what' of patient engagement in health research. *Health Res Pol Syst*. 2018; 16: 5. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0282-4>
15. Newman SD, Andrews JO, Magwood GS, Jenkins C, Cox MJ, Williamson DC. Community advisory boards in community-based participatory research: a synthesis of best processes. *Prev Chronic Dis*. 2011; 8: A70.
16. Hahn DL, Hoffmann AE, Felzien M, LeMaster JW, Xu J, Fagnan LJ. Tokenism in patient engagement. *Fam Pract*. 2017; 34: 290–295.
17. « A New Social Reformer: The Patient », Préface in *Behavioral aspects of Aids and other sexually transmitted diseases*, éd. D. G. Ostrow, New York, Plenum, 1990.
18. Strauss A. La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste. Paris, 1992, L'Harmattan.
19. Haute Autorité de Santé (HAS). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire [en ligne]. [cité 2 février 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Leçons d'un colloque : les enjeux épistémiques et politiques de la recherche interventionnelle en santé des populations

Philippe Terral¹ , Christine Ferron² et Louise Potvin³

Résumé : Ce texte explore deux grands enjeux, engageant à la fois des questions épistémiques et politiques qui nous semblent majeures pour l'implantation durable de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) comme champ de recherche en santé. Nous interrogeons la notion de « données probantes » en montrant l'intérêt d'une appréhension à la fois exigeante et ouverte de cette catégorie dans le contexte d'expertises plurielles des RISP qui visent des modes de coordination plus fluides et étendus entre chercheurs, décideurs, intervenants et bénéficiaires des interventions dont les rapports sont potentiellement marqués par des inégalités épistémiques. Nous questionnons ensuite la nature de ces partenariats en invitant à une analyse plus approfondie de la dynamique des collaborations. Il semble en effet pertinent de considérer à la fois les séquences temporelles mais aussi les différentes échelles de contexte qui marquent les modes de coordination entre ces acteurs-experts du dispositif considéré. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 62–65)

Mots-clés : recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), données probantes, partenariats

Introduction : une pluralité de modes de production et de validation des savoirs

Partant des réflexions collectives qui ont émergé dans le cadre du colloque « Recherches interventionnelles pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé » (Paris, janvier 2019), ce texte explore deux enjeux critiques par rapport auxquels devra se positionner la RISP pour s'implanter durablement comme champ de recherche en santé. Ces enjeux engagent les grandes orientations épistémiques et politiques qui animent ce champ de recherche.

La RISP s'intéresse à une classe singulière d'objets sociaux, les interventions en santé des populations, soit celles qui visent à modifier la distribution de la santé et de ses déterminants dans une population

(1). Sur un plan épistémologique et de positionnement général, il semble fondamental, car heuristique, que la RISP continue à œuvrer à la pluralisation des modes de production et de validation des savoirs sur les interventions en santé des populations. Outre la diversification des expertises scientifiques et de leur rapport à la causalité (essai expérimental, recherches qualitatives ou quantitatives privilégiant des modes de pensée plus inductifs, etc.), cette perspective concerne également la mobilisation d'expertises variées : celles des acteurs extérieurs au monde de la recherche, qu'il s'agisse de décideurs, d'intervenants ou des personnes concernées par les dispositifs d'intervention considérés. La RISP s'affirme bel et bien comme un domaine de recherches collaboratives induisant des phénomènes de circulation, de partage et de co-construction de savoirs entre des acteurs

1. Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France.
2. Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnés), Saint-Denis, Île-de-France, France.
3. École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal, Québec, Canada.

Correspondance à : Philippe Terral, Centre de recherches sciences sociales sports et corps (CRESCO), Université Toulouse III - Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, Toulouse Cedex 09, 31062, France. Email : philippe.terral@univ-tlse3.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 15 octobre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 6 décembre 2020.)

différemment situés par rapport au dispositif d'intervention. Il semble donc utile d'ouvrir, mais aussi d'analyser plus en détail, les catégories « données probantes » et « acteurs de terrain », fréquemment utilisées en RISP, afin de ne pas délimiter et circonscrire trop vite les domaines de savoirs et les compétences susceptibles de nourrir les interventions.

Des données probantes sur quoi et pour qui ?

Sur un plan théorique et conceptuel, une des voies heuristiques semble passer par la mise en discussion de la distinction classiquement établie entre « Intervention » et « Contexte ». L'adoption de la notion de « système interventionnel » ou d'« écologie d'intervention » par exemple invite à considérer le contexte de l'intervention comme étant l'une de ses composantes (2). L'enjeu, dès lors, est de décrire et de comprendre les mécanismes sur lesquels repose la dynamique de ce système interventionnel. Il convient en effet de mieux appréhender et analyser la complexité des interventions qui font l'objet des RISP. L'une des incidences directes de ce positionnement est la mise en discussion des ressorts strictement causaux de l'intervention. Si la causalité est à l'évidence un schème explicatif pertinent pour saisir les mécanismes fondant la dynamique du système interventionnel, d'autres modèles peuvent être mobilisés pour rendre compte par exemple de phénomènes d'interdépendance, d'influences réciproques, ou de circularité plus que de linéarité des mécanismes.

Dans tous les cas, il s'agit d'insister sur le caractère dynamique et évolutif des interventions dont on peut saisir différentes séquences, marquées par des continuités et des ruptures, mais que l'on peut aussi appréhender à diverses échelles « spatiales » en termes de contexte. Le système interventionnel ne concerne en effet pas le seul contexte où un/des intervenant(s) est/sont en interaction avec un/des bénéficiaire(s). Il y a un avant et un après ce moment-là et de multiples espaces qui cadrent cette interaction comme le contexte organisationnel et institutionnel dans lequel s'ancre le dispositif, ou la dynamique passée des collaborations entre les acteurs concernés, qu'ils appartiennent au monde de la recherche, de

l'intervention ou de la décision. Au delà de la seule situation d'intervention, il semble par exemple utile de prendre en considération la tension entre les éléments des politiques, des environnements ou des milieux, faisant potentiellement obstacle au déploiement de la santé, et les objectifs des interventions des acteurs de santé publique et de promotion de la santé. Cette tension implique d'investiguer davantage les transformations politiques et sociales en jeu dans les recherches interventionnelles, qu'elles en soient l'objet ou la finalité.

Considérer le fait que les interventions sont prises dans des dynamiques évolutives permet également de montrer combien elles sont elles-mêmes productrices de savoirs, notamment du fait des effets de co-formation émergeant des interactions liées à leur implantation. Ce point nous invite à élargir la notion de « connaissance utile à l'action et à la décision », et à rendre compte des processus de capitalisation et de valorisation des savoirs expérimentiels et professionnels produits collectivement au cours ou à l'issue des interventions. La RISP consiste donc moins à saisir une photographie figée et « universelle » des mécanismes des interventions efficaces ou pertinentes, qu'à rendre compte des processus dynamiques engageant différentes échelles de contexte. Parler d'interventions « efficaces ou pertinentes » amène d'ailleurs à poser la question : « efficaces ou pertinentes », pour qui ? Interrogation qui montre combien l'axiologique et le politique s'invitent nécessairement dans cette « science des solutions ». On ne peut non plus négliger combien les enjeux de savoirs (qu'il s'agisse de savoirs théoriques ou de savoirs d'action) impliquent également des rapports de force, voire de domination liés à des enjeux de pouvoir. Il convient dès lors de ne pas « dépolitiser » la RISP par la production d'un savoir scientifique prescriptif qui serait porteur d'une vision exclusivement descendante du transfert de connaissances mais bien d'interroger les modes de mutualisation, de partages et d'accords concrets entre les acteurs-experts impliqués, pour produire une connaissance « efficace et pertinente » dans leur contexte particulier d'exercice. Ce point renvoie finalement à la nécessaire gouvernance et coordination des espaces de collaboration que constituent les RISP.

RISP et partenariats : vers une analyse plus approfondie de la dynamique des collaborations

Si l'on part de l'idée que les chercheurs mais aussi les autres acteurs de la RISP ou même encore les objets « techniques » (outils numériques, supports de présentations, dossiers documentaires, divers écrits et notes, ...) sont porteurs d'expertises différenciées qui gagnent à être partagées pour construire des interventions efficaces et pertinentes, il semble important, non seulement d'analyser la dynamique des modes de coordination entre ces expertises, mais aussi de l'accompagner, voire de l'encadrer pratiquement. Au-delà de l'amélioration des capacités de description et de compréhension des RISP, cette science des solutions s'incarne fortement dans les pratiques et notamment dans la capacité à soutenir la rencontre et le partage entre ces différentes expertises pour favoriser leur hybridation et par là même, la production de nouvelles expertises et un transfert de connaissance non unidirectionnel. Si la première tendance a été de penser le transfert et le partage des connaissances des chercheurs vers les autres acteurs, l'observation des collaborations en RISP montre que ce n'est pas le seul mode de circulation des savoirs. La complexité des phénomènes de co-construction des connaissances et des solutions utiles à l'action et à la décision incite à envisager des modalités de transfert bien plus diverses. Organiser et favoriser pratiquement des échanges fluides et étendus entre tous les acteurs humains et non humains (objets techniques plus ou moins élaborés) en observant la dynamique évolutive de ces modes de coopération pour mieux les soutenir peut ainsi constituer l'une des perspectives heuristiques qui émerge parmi les défis auxquels les RISP sont en train de se confronter.

La question des partenariats et de l'articulation de diverses expertises est en effet bien inscrite dans le programme scientifique de la RISP. On ne peut d'ailleurs qu'inviter les recherches à venir se pencher davantage sur ce qui se joue, s'éprouve, se fait, se défait, se refait dans ces modes de coordination qui évoluent au fil des interventions et des projets de recherche. La RISP gagnerait à notre avis à dépasser les effets d'affichage et les déclarations d'intention liés à ces partenariats pour les constituer en objets d'étude à part entière, impliquant alors un positionnement théorique et des investigations empiriques bien circonscrites pour analyser la nature

et la dynamique des collaborations entre les diverses formes d'expertise. Il s'agit en quelque sorte d'ouvrir ce que l'on peut encore trop souvent considérer comme la « boîte noire des collaborations » pour rendre compte des dynamiques effectives des modes de coordination entre tous les acteurs-experts impliqués dans une RISP, de la construction à l'évaluation de cette coordination, en passant par sa mise en œuvre concrète. Les partenariats entre ces acteurs de cultures différentes, qui ne partagent pas toujours les mêmes enjeux ou les mêmes finalités, ne vont en effet pas de soi ; ils nécessitent des adaptations, ajustements, négociations et recadrages constants. L'analyse fine de ces étapes-clés et la production de connaissances sur ces partenariats semble s'imposer pour les rendre plus fluides et plus efficaces. Il est également important d'interroger la pertinence même des partenariats car tous ne sont pas nécessairement sources d'avancées dans la construction de connaissances robustes. Certaines collaborations, par exemple lorsqu'elles sont marquées par des enjeux commerciaux et industriels, peuvent être un frein à une démarche de production de connaissance indépendante et désintéressée et produisent de la cacophonie, du flou, voire de l'ignorance sur certains sujets. Comme déjà évoqué, il est donc important d'étudier conjointement les enjeux de savoir et de pouvoir et notamment les phénomènes d'instrumentalisation des non chercheurs par les chercheurs mais aussi l'inverse.

Conclusion

Ce secteur de recherche qui est aussi un domaine d'intervention et de partenariat implique donc à la fois des capacités de description et d'analyse, mais aussi des compétences concrètes à mobiliser, à organiser et à accompagner des collectifs et des réseaux d'acteurs à même de partager et diffuser des ressources aussi utiles à l'action, à la décision politique, qu'à la recherche sur l'intervention. C'est également en portant une attention accrue aux rapports épistémiques souvent inégalitaires et à la valeur attribuée aux connaissances produites ou mobilisées par les différents acteurs-experts engagés, que les RISP actualiseront leur potentiel de contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Aucun financement déclaré.

ORCID iD

Philippe Terral  <https://orcid.org/0000-0002-8958-8458>

Références

1. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: I8–I14.
2. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019; 19: 339.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Perspectives sur l'état d'avancement de la recherche interventionnelle en santé des populations : une réflexion diachronique sur le colloque 2019 « La RISP pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé »

Erica Di Ruggiero

Les 20 dernières années ont connu plusieurs avancées dans la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP). Plusieurs acteurs parmi lesquels des chercheurs, des praticiens, des universités, des organismes de financement de la recherche, et des rédacteurs en chef de revues scientifiques ont contribué à sa définition et à l'établissement d'éléments structurants pour accroître la quantité, la qualité et l'utilisation de cette recherche par les intervenants, décideurs et responsables de l'élaboration de politiques publiques. La RISP a ceci de particulier que c'est l'« intervention » elle-même qui est l'objet principal d'étude. Les interventions en santé des populations (SP) incluent des politiques, programmes, événements ou autre type de phénomène qui opèrent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci. L'effet de ces interventions est à l'échelle de la population, en affectant les conditions sous-jacentes qui influencent la distribution de risques en santé. La RISP fait appel à des théories et méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur ces interventions et leurs effets sur la SP et sur les inégalités de santé (1).

Dans ce contexte, il semble important d'éclairer ici trois thématiques : la relation entre la RISP et la recherche descriptive en SP, le rôle du contexte dans l'étude des interventions en SP, et les perspectives d'avenir, en particulier l'enjeu de la réduction des inégalités dans le domaine de la RISP.

La relation entre la RISP et la recherche descriptive

La RISP est souvent mise en opposition à la recherche qui domine en SP, c'est-à-dire celle qui

décrit les facteurs écologiques, socioéconomiques et autres déterminants de santé ou d'inégalités en santé et non pas comment mieux intervenir pour réduire ces inégalités. Afin de faire évoluer un champ de recherche et lui accorder un certain profil et une légitimité scientifique, il faut parfois le définir en matière de ce qu'il n'est pas, ou comment il peut compléter d'autres domaines de recherche. Cette démarcation parfois rigide entre l'étude de problèmes en santé et l'étude de solutions (ou interventions), est-elle toujours utile, possible, ou nécessaire surtout quand l'intervention n'est pas facile à définir? Est-ce surtout une question de retrouver un meilleur équilibre en matière de qualité, quantité, financement durable et capacité approfondie de chercheurs en RISP (y compris la formation de nouveaux chercheurs en RISP afin d'assurer sa continuité) ?

Plusieurs acteurs ont fait appel à cette recherche dite complémentaire à la recherche descriptive pour répondre à leurs questions vexantes et proposer des solutions. Cette relation, même en tension entre la RISP et la recherche descriptive est sûrement présente, mais n'a pas été explicitement évoquée lors du colloque RISP de 2019. L'utilisation des données probantes est un enjeu majeur en SP (vu la pluralité et la complexité des acteurs et secteurs impliqués) – mais quelles données sont privilégiées dans la prise de décisions ? En quoi consistent leurs origines disciplinaires ? Quelle est la place des données provenant de la recherche interventionnelle ? Quels cadres disciplinaires dominant et influencent la prise de décisions ? Avons-nous créé une demande suffisante pour la RISP ? Certains participants au colloque ont évoqué le manque de liens entre différentes disciplines en SP – surtout en sciences sociales et humaines, et en

“Associate Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

Correspondance à : Erica Di Ruggiero, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Health Sciences Building, 155 College Street, Room 408, Toronto, ON M5T 3M7, Canada. Email: e.diruggiero@utoronto.ca

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 66–68; 986776 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com/uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975920986776 journals.sagepub.com/home/ghp

épidémiologie (que l'on retrouve ailleurs). Cela a des conséquences sur l'avancement des connaissances, peut faire reculer la valorisation de champs de recherche en émergence comme la RISP qui dépendent de collaborations interdisciplinaires. Il est question de trouver un meilleur équilibre.

Le rôle du contexte dans l'étude des interventions en santé des populations

Depuis au moins vingt ans qu'on s'intéresse à la RISP, on discute également de comment cette recherche néglige le contexte. Les renvois au contexte ont surtout attiré l'attention ces dernières années, avec un intérêt croissant envers les interventions complexes. Une étude a conclu qu'à quelques exceptions près, l'importance accordée au contexte était négligeable (2). Pour certains chercheurs (surtout en sciences sociales), le contexte est omniprésent et non pas un concept séparé à mieux comprendre ou à privilégier. En SP et en RISP, il n'existait toujours aucune directive formelle sur la prise en compte du contexte avant le document publié par le NIHR/IRSC (3). Mais qu'entendons-nous par contexte en rapport à la RISP ? Plusieurs définitions conçoivent les interventions et leur relation avec le contexte comme des pratiques sociales qui sont « mises en place, adaptées et vécues par des personnes influencées par les circonstances sociales, culturelles, politiques et économiques dans lesquelles elles vivent – circonstances qu'elles influencent également » (3). Quels aspects contextuels méritent le plus d'attention en ce qui concerne les interventions qui peuvent réduire les inégalités en santé ? Il ne s'agit pas de faire une liste exhaustive. Le document préparé par NIHR/IRSC propose une synthèse d'options. Les aspects contextuels sont d'ordre social et économique, organisationnel, politique, géographique et environnemental. Il reste à évaluer ces différents aspects contextuels en RISP en utilisant des théories et méthodes valides.

À plusieurs reprises au cours du colloque, il a été question du contexte et de son importance pour la RISP. Les inégalités de santé sont socialement construites et leurs causes sont souvent liées au contexte – une raison majeure pour mieux le comprendre. Comme certains participants l'ont évoqué, il faut évaluer un système interventionnel (et non pas une intervention discrète ou un ingrédient interventionnel à la fois) (4). Par définition, cette

approche ne sépare pas l'intervention de son contexte. Dans une perspective de co-construction, les acteurs sur le terrain sont essentiels à l'élaboration de la théorie de ce système d'interventions. Ces théories de moyenne portée peuvent servir de dispositif et de pont entre le(s) chercheur(s) et les acteurs pour valoriser les propriétés contextuelles importantes – par exemple, le contexte de prise de décision ou les normes et règles informelles du jeu, en tenant compte des enjeux et contraintes auxquels les intervenants font face. Il faut traiter le contexte comme un objet de recherche dynamique à mieux comprendre en lien avec ce système d'interventions (surtout quand il s'agit d'interventions complexes) et non pas comme une menace à la fidélité d'une intervention, quelque chose à contrôler, à ignorer ou à ne pas décrire du tout. Cela pose des enjeux pour l'application de méthodes de recherche qui tiennent compte du contexte dynamique et des aspects temporels – par exemple, les études de cas et des études comparatives au sein du territoire, entre régions et avec d'autres pays peuvent être utiles (3).

Perspectives pour l'avenir

Il reste plusieurs enjeux à l'échelle mondiale, surtout la réduction des inégalités de santé. Quelle est la place de la RISP au sein de ces agendas de politiques publiques et de recherche en SP ? Quels acteurs ont un rôle important à jouer dans la promotion de la RISP ?

Les 17 objectifs de développement durable identifiés par l'ONU soulignent les grands défis mondiaux liés à « la pauvreté, aux inégalités, au climat, à la dégradation de l'environnement, à la prospérité, à la paix et à la justice » (5). Les objectifs sont interconnectés, et requièrent une approche intersectorielle et en amont afin de ne laisser personne de côté. Quelle est la valeur ajoutée de la RISP par rapport à la réussite de ces objectifs, en particulier la réduction des inégalités ? Plusieurs interventions dites efficaces (c'est-à-dire qu'elles ont un effet sur la SP) sont implantées par des acteurs publics et privés, ainsi que des organisations non-gouvernementales, mais ne réduisent pas les inégalités. Au contraire, elles continuent (parfois involontairement) à accentuer ces inégalités (6). Comment encourager et financer de nouvelles approches de recherche qui tiennent compte du contexte dans l'évaluation des interventions ?

L'appel à l'action dans la Déclaration d'Ottawa de 2016 issue du sommet « Provoquer des solutions

sur la recherche interventionnelle en santé des populations » offre quelques suggestions qui sont toujours aussi pertinentes en 2021 (7). Cet appel lance un défi aux chercheurs et à des revues scientifiques en SP. Selon ses auteurs, la RISP est en pleine évolution, mais afin de maintenir cet élan, plusieurs questions restent à résoudre. En voici quelques exemples :

- « Comment pouvons-nous mieux tenir compte du rôle de la réplication dans les études interventionnelles ?
- Comment devrait-on décrire ce qui constitue l'intervention en santé des populations à l'étude et les éléments contextuels pertinents qui influencent l'intervention (et la réduction des inégalités en santé) ?
- Quelle est l'ensemble de théories et méthodes de recherche valides pour étudier des interventions en santé des populations et leurs effets sur les inégalités en santé ?
- Quelles sont les questions d'éthique pertinentes soulevées par des études d'intervention et de mise en œuvre complexes, et par l'utilisation de nouvelles méthodes de recherche en santé des populations ? (Les questions d'éthique soulèvent souvent des questions d'équité et sont essentielles à intégrer dans la RISP.)
- Comment encourager la publication de résultats non significatifs, d'interventions qui n'ont pas fonctionné afin de faire avancer la RISP, les connaissances et les investissements qui en découlent ? » (7).

Pour conclure, il faut davantage encourager les chercheurs à décrire de façon plus explicite leur processus de développement de la théorie d'intervention, surtout quand l'intervention ou le système interventionnel est complexe et difficile à caractériser. Il faut équiper des comités de réviseurs avec des critères d'évaluation appropriés pour évaluer ce genre de RISP. Une stratégie de financement de la RISP est progressive si elle finance à la fois les chercheurs et la recherche ainsi que la formation de nouveaux chercheurs, des courtiers de partage de

connaissances, ainsi que des espaces hybrides qui existent à l'interface de la recherche et du milieu pratique et qui font le pont entre les deux. Ces espaces peuvent faciliter des programmes de RISP collaborative et interdisciplinaire, co-gouvernés par des chercheurs et des intervenants, soutenir des mécanismes de réflexion sur ce qui fonctionne, et soulever des questions éthiques et d'autres enjeux qui ont un impact sur l'équité.

Références

1. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: I8–I14.
2. Shoveller J, Viehbeck S, Di Ruggiero E, Greyson D, Thomson K, Knight R. A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Crit Public Health*. 2016; 26: 5.
3. Craig P, Di Ruggiero E, Frohlich K, Mykhalovskiy E, White M, on behalf of the CIHR-NIHR Context Guidance Authors Group. The CIHR-NIHR Context Guidance Authors (listed alphabetically): Rona Campbell, Steven Cummins, Nancy Edwards, Kate Hunt, Frank Kee, Charlotte Loppie, Laurence Moore, David Ogilvie, Mark Petticrew, Blake Poland, Valery Ridde, Jeannie Shoveller, Sarah Viehbeck, Daniel Wight. Taking Account of Context in Population Health Intervention Research: Guidance for Producers, Users and Funders of Research. UK National Institute for Health Research; 2018 [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/downloads/FullReport-CIHR-NIHR-01.pdf>.
4. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019; 19: 339.
5. United Nations. The 17 Sustainable Development Goals [Internet] [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
6. Edwards N, Di Ruggiero E. Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scand J Public Health*. 2011; 39(Suppl 6): 43–49.
7. Di Ruggiero E, Potvin L, Allegrante JP, Dawson A, Verweij M, De Leeuw E, et al. Ottawa statement from the sparking solutions summit on population health intervention research. *Can J Public Health*. 2016; 107: e492–e493.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

En quoi la navigation des patients pourrait-elle aider à promouvoir l'équité en santé en Afrique subsaharienne ? Une étude qualitative menée auprès d'experts de la santé publique

S. Louart, E. Bonnet, K. Kadio et V. Ridde

En Afrique subsaharienne, les démunis ont longtemps été exclus des politiques de santé. Malgré les efforts récents de certains pays pour leur permettre d'avoir accès gratuitement aux services de santé, ils rencontrent une multitude d'obstacles d'ordre non financier qui les empêchent d'accéder aux soins. Les interventions visant à aborder les nombreux obstacles aux soins au niveau des patients, telles que les interventions pour la navigation des patients, pourraient aider à renverser cette tendance. Cependant, notre examen exploratoire de la littérature a montré qu'aucune intervention pour la navigation des patients dans des pays à faibles revenus ne ciblait les démunis. L'objectif de cette étude qualitative est, par conséquent, de dépasser le manque de données probantes et de discuter d'approches pertinentes pour agir en faveur de l'équité des soins de santé. Nous avons interrogé 22 experts de la santé publique dans le but de découvrir quelles actions liées à des programmes de navigation des patients pouvaient être pertinentes et/ou adaptées aux démunis. Pour chaque capacité d'accès aux soins décrite par Levesque et ses collègues nous avons ainsi pu répertorier les opportunités et les difficultés potentielles de la mise en œuvre de chaque type d'action au bénéfice des démunis en Afrique subsaharienne. Dans l'ensemble, tous les experts avaient le sentiment que les programmes de navigation des patients étaient très pertinents à mettre en œuvre pour les démunis. Ils ont souligné la nécessité d'un suivi personnalisé et d'actions holistiques afin de tenir compte du contexte de la situation de pauvreté dans son ensemble. Les recommandations émises par ces experts peuvent orienter la prise de décisions politiques, tout en laissant la possibilité d'adapter les lignes directrices proposées en fonction des différents contextes. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 75–85)

Le design de l'essai randomisé est-il adapté à la recherche interventionnelle en santé des populations ?

B. Giraudeau et C. Alberti

Les essais randomisés sont fréquemment utilisés dans la recherche clinique et sont considérés comme la référence, mais ils sont moins fréquents dans la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP). Nous abordons des problématiques qui sont tantôt communes, tantôt distinctes entre la RISP et la recherche clinique, en particulier l'unité de randomisation, la conception, la standardisation de l'intervention, le ou les résultats et les questions éthiques. En fin de compte, la RISP et la recherche clinique ont pour objectif commun l'évaluation des interventions, et les essais randomisés devraient être plus largement utilisés dans le cadre de la RISP, à condition que leur planification et leur réalisation soient adaptées au contexte de la RISP. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 86–88)

Quelles stratégies de communication pourraient améliorer les interventions visant à lutter contre les inégalités sociales dans le dépistage organisé du cancer en France ?

A. Bourmaud et F. Chauvin

Des interventions destinées à accroître la participation aux programmes de dépistage du cancer ont été développées et évaluées par notre équipe de recherche. Les résultats observés fournissent une opportunité de considérer quelles méthodes de communication devraient être encouragées afin d'améliorer ces interventions. L'objectif de ce commentaire est de recommander les stratégies de communication qui devraient être adoptées afin de rejoindre et de soutenir plus efficacement les personnes défavorisées pour les amener vers des comportements favorables à leur santé en matière de dépistage du cancer. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 89–92)

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Faced with the challenges of prevention, French institutions mobilize for population health intervention research

Norbert Ifrah¹, Gilles Bloch² and Jérôme Salomon³

It is scientifically established that prevention, a source of health, well-being and equity, must be at the heart of health policies. The National Health Strategy has made this its first priority.¹ Expectations of prevention research are therefore growing and raise many challenges. While several types of cancer have risk factors which are supported with strong evidence, such risk factors have yet to be identified for other types (1). This first and major issue in prevention research is not the only one.

The prevention of risk factors is crucial for cancers but also for certain chronic diseases. In France, 41% of cancers could be avoided (2), because they are linked to environments and behaviors for which effective preventive actions are possible: tobacco, alcohol consumption, unbalanced diet, sedentary lifestyle, overweight, certain infections, exposure to unprotected UV radiation, occupational and environmental exposures, etc. Much progress has been made in these areas, which deserves to be continued by capitalizing on good experiences and successful prevention programs², and by designing innovative intervention mechanisms. In support of this, research must help to increase the understanding of how to act on the individual, collective, and socio-environmental determinants of health, to develop a vision capable of quantifying the expected impact of different prevention measures, prioritizing them, and acting on those which are most promising.

Screening is another issue to be considered. Serving as an essential leverage in the fight against certain cancers, it is undoubtedly a fruitful field of research: rendering one's adhesion to screening natural, regardless of social or professional categories, or one's relationship to health (greatly influenced by education), constitutes a real challenge, in the same

way as a safer and earlier detection of potentially aggressive lesions.

Moreover, while the last decade has seen significant progress in terms of treatments, as evidenced by the development of immunotherapy and its impact on quality of life (3), support for people affected by cancer and their loved ones should also be facilitated. Improving their quality of life, alleviating the sequelae of their disease and treatment, and reintegration into social or professional life are priorities in tackling cancer. This is a third issue for prevention research, which is that of tertiary prevention (1).

To meet these three challenges, it is necessary to know which intervention models are likely to develop environments and behaviors that are favorable to health, that restore confidence in public discourse, and which are supportive for patients and their entourage (3), approaching all these actions in a perspective of equity.

This is one of the objectives of population health intervention research (PHIR): action-oriented, carried out by researchers in partnership with intervention actors, healthcare professionals, patients, caregivers, public decision-makers, and communities. The diversity of these actors shapes PHIR projects, testifies to the richness of this research, and gives it a privileged place to observe, analyze, and intervene as accurately as possible in different contexts and populations. Even if these interventions are themselves complex systems interacting with their context or larger 'intervention systems' (4), PHIR is making considerable progress in understanding the mechanisms thus brought into play, a key element for their transferability.

PHIR is also and above all a promising tool for devising interventions capable of tackling social and

1. President of the French National Cancer Institute (INCa), Boulogne-Billancourt, France.

2. Chairman and Chief Executive Officer of the French National Institute of Health and Medical Research (Inserm), Paris, France.

3. Director-General for Health, Paris, France.

Correspondence to: Norbert Ifrah, President of the French National Cancer Institute (INCa), 52 avenue André Morizet, Boulogne-Billancourt, 92513, France. Email: nifrah@institutcancer.fr

territorial inequalities in health, while at the same time not accentuating them. Too many actions are more beneficial to socially advantaged people, equipped with socio-economic resources which make them more apt to use what is put in place. In France, the risks of cancer of the lips-mouth-pharynx, larynx, and lung are more than 50% higher in the most disadvantaged men than in those belonging to the highest socio-professional categories (2). These inequalities are apparent at every step of the continuum, from risk prevention to life after illness. Far from being limited to exposures and single factors, PHIR gives an important place to social, economic, and environmental determinants (5,6). This approach is essential to the promotion of health equity and the fight against social and territorial inequalities in health, within the health sector and beyond.

The National Cancer Institute (INCa), with the support of the General Directorate of Health (DGS) and in collaboration with its partners, has been a pioneer in France in the development of PHIR. Over the past 10 years, INCa has funded more than 90 PHIR projects, including 53 through a dedicated call for projects, the budget for which now stands at more than 14 million euros. About 20 so-called ‘emerging’³ projects were also supported. These projects allow for the emergence of new research questions and the reinforcement of partnerships, a step taken to help ensure the quality of the projects subsequently developed. The fight against inequalities occupies a prominent place in the call for PHIR projects. More than a third of the projects address different levels of health inequalities, targeting individual factors as well as socio-economic and environmental determinants.

Since its creation in 2007, the Public Health Research Institute (IReSP) and its partners have supported research projects whose results make it possible to act on health determinants, for all diseases. Using this approach, the institute has funded 91 population health intervention research projects to date. Among them, 36 integrate the issue of social inequalities in health (including 10 definition contracts or emerging projects, and research networks) through 30 different calls for projects. This constitutes nearly €5m dedicated to the fight against health inequalities in the fields of health prevention and promotion, the fight against addictions, or even the loss of autonomy.

PHIR in France is therefore resolutely focused on the issue of social and territorial inequalities in health. After 10 years of developing this field of research, it is relevant to question in practice its contribution to the fight against inequalities. It is in this context that INCa, in collaboration with IReSP, Inserm, and the support of the DGS, organized an international meeting on January 10 and 11, 2019 in Paris. We had the immense pleasure of welcoming nearly 300 researchers, professionals, decision-makers, and citizens to initiate transversal reflection with stakeholders and discuss the contribution of population health intervention research in the fight against social inequalities and territorial health.

This meeting was in line with our commitment to promote the scientific network of PHIR in the French-speaking community. This is the fourth PHIR conference led by INCa, along with one of the first in France in 2010, on ‘Inequalities in the face of cancer: finding and intervening’; in 2014, on ‘Researchers, decision-makers and actors in the field working together’; and in 2016, on ‘Concepts, application methods and perspectives of PHIR in the field of communicable diseases and cancer’. This 2019 edition was designed by a panel of experts from various backgrounds, reflecting the multidisciplinary and multi-actor alliances specific to PHIR, chaired by Louise Potvin, one of the founding scientists of this field of research in Canada (7).

With this special issue, it is proposed to continue the reflection on ways of approaching and implementing interventions, and to outline the perspectives of intervention research as a tool to fight inequalities. This issue aims to present the current state of PHIR, since it has been promoted for 10 years as a relevant science for making progress against health inequalities. With both conceptual and practical content, the present issue is intended for the scientific community and decision-makers, stakeholders, or anyone interested in health promotion, in the hope of better rebalancing investments in our health system in favor of prevention.

Notes

1. Link to the 2018–2022 National Health Strategy (in French only): https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
2. Cf. for example the France Public Health Portal on promising and successful health promotion data (in French only): <https://www.santepubliquefrance.fr>

- /a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante
3. The emerging project is the preconfiguration of a complete project. It aims, for example, to structure a partnership between research teams and actors / practitioners in the field, to develop research questions and the design of research and intervention. Funding for a period of 12 or 18 months with a maximum amount of €50,000 allows researchers and their partners, in particular young tenured researchers interested in intervention research, to build a project with the intention of submitting it to the following editions of the dedicated call for projects.
- References*
1. Bourdillon F, Tubiana M. *Traité de prévention*. Paris: Médecine Sciences Publications; 2009, p.421.
 2. IARC. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018 [cited 2020 Dec 18]. Available from: http://gco.iarc.fr/resources/paf-france_fr.php
 3. Faury S, Foucaud J. Health-related quality of life in cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors: a systematic review on reporting of methods in randomized controlled trials. *PLoS One*. 2020; 15: e0227344.
 4. Berns A, Ringborg U, Celis JE, Heitor M, Aaronson NK, Abou-Zeid N, et al. Towards a cancer mission in Horizon Europe: recommendations. *Mol Oncol*. 2020; 14: 1589–1615.
 5. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019; 19: 339.
 6. Petticrew M, Viehbeck S, Cummins S, Lang T. À mêmes mots, sens différents – les difficultés de la terminologie épidémiologique avec la recherche en interventions en santé des populations [Same words, different meanings: How epidemiological terminology struggles with population health intervention research]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2016; 64(Suppl 2): S43–S54.
 7. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: 18–114.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Research, partnership, intervention: the triptych of population health intervention research

Louise Potvin¹, Christine Ferron², Philippe Terral³,
Erica Di Ruggiero⁴, Iris Cervenka⁵ and Jérôme Foucaud⁵

Health equity is at the heart of health promotion. From the founding Charter of Ottawa in 1986 to the most recent Rotorua Declaration of 2019, this requirement remains a fundamental distinction of the field. Population health intervention research (PHIR), also called the science of ‘solutions’, has an essential role in the development of public policies and interventions to effectively tackle inequalities and not accentuate them. This scientific research is concerned with the design, implementation, evaluation, adaptation, transferability, and sustainability of interventions aimed at improving the health of populations, in order to produce valid and socially useful knowledge. This scientific approach views interventions as ‘events in systems’ (1). It presupposes their development in a dynamic of co-constructions combining many different types of knowledge. While the scientific evaluation of health interventions has a long history, the need for a better understanding of how to intervene while considering the determinants of health in these interventions (2) has only recently appeared. Initiated in Canada (3), PHIR has been developing internationally for around 15 years and now has theoretical foundations and a base of skills (4), attesting to its dynamism.

Today, with the hindsight gained from this type of research, it is necessary to question its contribution to tackling inequalities in practice, and to conduct a methodological reflection to improve it. The international French-speaking conference ‘Intervention research to tackle social and territorial inequalities in health’ was organized in this context.

The special issue compares the work and analyses resulting from this conference. Built by researchers, decision-makers, and practitioners in the field of health promotion, its format respects the plurality of the writing cultures. The goal is twofold: on the one hand, to present the diversity of intervention research practices in population health to progress in the fight against inequalities and the development of health equity; and on the other hand, to capitalize on the reflections resulting from this conference to enhance this analysis, with scientific articles and commentaries on the contributions of PHIR in this field. This issue examines the postures, theories, and methods used in intervention research, as well as the modalities of partnership between researchers, decision-makers, and actors involved in the interventions, and the practices of planning and implementing interventions for health equity.

Postures and research methods adapted to context

The panel of articles and commentaries gathered for this issue reflects the great diversity of research approaches and methods mobilized by PHIR in the production of knowledge on ways to reduce inequalities: from the design of randomized trials (Giraudeau *et al.*) to participatory methods (Picot-Ngo *et al.*), including the development of analytical grids based on intervention theories (Aromatario *et al.*).

These methods, linked to various theoretical and disciplinary positions, respond to a variety of research

1. Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
2. Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps), Saint-Denis, Île-de-France, France.
3. Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France.
4. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.
5. Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France.

Correspondence to: Jérôme Foucaud, Institut national du cancer (INCa), 52 avenue André Morizet, Boulogne-Billancourt, 92513, France. Email: jfoucaud@institutcancer.fr

questions (design, feasibility, implementation, adaptation of an existing model, evaluation), but also, and above all, to the great diversity of contexts that shape the intervention, from which the research questions and the steps to answer them must be thought out. Research thus takes different turns whether we consider the prison environment (Picot-Ngo *et al.*), or health systems (Louart *et al.*).

Multidisciplinary and multi-professional partnerships facing multiple challenges

Establishing and managing partnerships are both critical and distinctive elements of PHIR, particularly in relation to interventions aimed at health equity. Through practical cases and further conceptual analyses, this issue explores what partnership (Fassier *et al.*) and interdisciplinarity (Basson *et al.*) can bring to PHIR, as well as the challenges encountered by the different stakeholders in a partnership (Beaubrun en Famille Diant *et al.*). This issue also examines the modalities of acquiring scientific knowledge and their lag with the production time of results (Porcherie *et al.*). As partnerships are dynamic phenomena, the time dimension is also particularly important to consider (Gaborit *et al.*).

Interventions aimed at health equity by empowerment

At the heart of this special issue is the question of producing interventions capable of reducing inequalities and producing health equity. Whether within or outside the health sector, the empowerment of stakeholders is the driving force behind the development of such interventions. Two intervention studies are presented: investigating an intervention transferred within social enterprises for housing with elderly tenants of social housing (Trévidy *et al.*), and communication methods promoting participation in organized cancer screening (Bourmaud *et al.*).

Conclusion

To close the special issue, and starting from the exchanges that emerged within the framework of the conference, two decisive reflections for the orientation and the epistemological evolution of PHIR are explored: the notion of 'evidence', and the nature of partnerships between researchers, decision-makers, practitioners, and beneficiaries of interventions (Terral *et al.*).

France, and more particularly the National Cancer Institute (INCa) and its partners, have invested heavily in this new field of population health intervention research. Essentially applied in nature and oriented towards the exploration of sustainable solutions at the population level, PHIR offers a research goal that is directly linked to improving the equitable living conditions of our fellow citizens. This purpose of PHIR directly contributes to the mission of INCa, which is to improve the health of the French population through research. However, this research involves particular challenges which call for original solutions and participation in constructing this new field. The conference and this special issue reaffirm the dynamism and leadership of all stakeholders to advance this research and make it an essential tool for the promotion of health equity.

References

1. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*. 2008; 336: 1281–1283.
2. Petticrew M, Viehbeck S, Cummins S, Lang T. À mêmes mots, sens différents – les difficultés de la terminologie épidémiologique avec la recherche en interventions en santé des populations. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016; 64: S43–S54.
3. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: I8–I14.
4. Riley B, Harvey J, Di Ruggiero E, Potvin L. Building the field of population health intervention research: the development and use of an initial set of competencies. *Prev Med Rep*. 2015; 2: 854–857.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

How could patient navigation help promote health equity in sub-Saharan Africa? A qualitative study among public health experts

Sarah Louart¹ , Emmanuel Bonnet², Kadidiatou Kadio³
and Valéry Ridde⁴

Abstract: The indigents have long been excluded from health policies in sub-Saharan Africa. Despite recent efforts by some countries to allow them free access to health services, they face a multitude of non-financial barriers that prevent them from accessing care. Interventions to address the multiple patient-level barriers to care, such as patient navigation interventions, could help reverse this trend. However, our scoping review showed that no navigation interventions in low-income countries targeted the indigents. The objective of this qualitative study is, therefore, to go beyond the lack of evidence and discuss relevant approaches to act in favor of health care equity. We interviewed 22 public health experts with the objective of finding out which actions related to patient navigation programs (identified in the scoping review for other target groups) could be relevant and/or adapted for the indigents. For each ability to access care described by Levesque and colleagues, we were thus able to list the potential opportunities and challenges of implementing each type of action for the indigents in sub-Saharan Africa. Overall, the experts all felt that patient navigation programs were very relevant to implement for the indigents. They emphasized the need for personalized follow-up and for holistic actions to consider the whole context of the situation of indigence. The recommendations made by the experts are valuable in guiding political decision-making, while leaving room for adaptation of the proposed guidelines according to different contexts. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 75–85)

Keywords: indigents, patient navigation, qualitative study, access to health care, sub-Saharan Africa

Background

Following the promotion of the Bamako Initiative (BI) in 1987, the principle of cost recovery has been applied to most African health structures, requiring users to pay at the point of service delivery to help finance the functioning of the health centers. While the BI was supposed to have an equity component and include exemption measures for the indigents,

these measures have often never been implemented (1). So, these user fees have long hampered the ability of the indigents to access care, as they have ‘sustained incapacity to pay for minimum health care’ (2).

An action research project was conducted in 2007, in the rural district of Ouargaye (Burkina Faso), with the objective of testing a community-based approach to

1. Université de Lille, Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (Clersé), Lille, France.
2. Institute for Research on Sustainable Development (Prodig CNRS – IRD), Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, AgroParisTech, Aubervilliers, France.
3. Institut de recherche en sciences de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso.
4. Institute for Research on Sustainable Development, CEPED (IRD-Université de Paris), Université de Paris, Paris, France.

Correspondence to: Sarah Louart, Université de Lille, CNRS, UMR 8019, CLERSE – Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques, Lille, F-59000, France. Email: sarah.louart@gmail.com

(This manuscript was submitted on 18 September 2020. Following blind peer review, it was accepted for publication on 23 November 2020.)

identify indigents and to provide them with an indigence card to exempt them from user fees (3). The selection was restrictive but effective (4), and the pilot experience was then extended to eight districts in the country.

However, studies have shown that these payment exemptions have not significantly increased the use of health services by the selected indigents (5,6). These indigents, who are mainly unmarried adults and older adults (particularly widow(er)s and older women) (7), may face a multitude of other barriers such as psychological stress (8), social exclusion (9), or limitations in physical functioning (7) that prevent them from accessing health services. In the face of such challenges, we wanted to explore ways to enable them to overcome these non-financial barriers. We conducted a scoping review on patient navigation interventions for poor and vulnerable populations in low-income countries (LICs). Patient navigation interventions are multiplying in high-income countries (HICs) to support access to care for the most vulnerable. Based on 'navigators' who accompany patients throughout their care journey, these programs aim to address patient-level barriers to care (10).

The scoping review shows that there are no navigation interventions in LICs that specifically target the indigents (11). Since there is a lack of evidence, we decided to conduct the sixth stage of a scoping review: the consultation exercise (12). The objective was to find how the actions identified in the literature for other vulnerable populations might be relevant and adapted to implement for the indigents in sub-Saharan Africa.

Methods

During the months of June and July 2019, we carried out an exploratory qualitative research project in which we conducted 22 semi-directive interviews with public health experts who were selected because they have field experience in sub-Saharan Africa and an in-depth knowledge of the situation of indigence. Of the 22 people interviewed, 12 are researchers and 10 are experts from institutions specializing in health in African countries; eight are women and 14 are men; and 11 are Africans and 11 are Europeans. We used a snowball strategy (13) for the recruitment. We applied the principle of empirical saturation to determine the number of interviewees. The interviews were recorded, fully transcribed, analyzed using the Nvivo12 qualitative analysis

software®, and then translated into English. The consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) checklist (14) is available in the Supplementary File 1.

We analyzed data using a framework analysis approach (15) to compare the data with Levesque *et al.*'s framework (16). We chose this framework because it is relevant to analyze the navigation interventions found in the literature (11) and has, therefore, been used to conceive the interview guide. The coding on Nvivo was guided by the abilities described by Levesque *et al.*'s framework (16): ability to perceive, to seek, to reach, and to engage. We did not include the ability to pay in the study because this issue is sometimes resolved for the indigents (following the distribution of indigence cards), and because user fee exemption is a necessary pre-requisite for this category of population.

This study was approved by the Ethics Committee of Burkina Faso (deliberation n°2019-01-004), as part of the ORIGINE project (Territorial observatory of free health care for the indigents).

Results

What hinders indigents from accessing care?

The experts were first asked about non-financial barriers that could explain why indigents do not access health centers even when health care is free. The interviewees generally highlighted the fact that the indigents have other needs, often prioritized over health care, such as food or housing: 'Care is like a luxury. So when you're sick, the first thing you tell yourself is that it'll pass, and you try to put up with it for a while (Interviewee 3 (I.3))'. It was pointed out that the financial barrier was only one of many barriers encountered: 'There is financial exclusion, but there is also social, cultural, political exclusion, and so on. So, acting on one of the dimensions is relevant, but often not sufficient (I.9)'. Table 1 lists several barriers that could prevent the indigents from accessing health services despite their user fee exemptions. A detailed version with sample quotes to support each point is provided in Appendix 1, Table 2.

How could these barriers be overcome?

We then presented, for each ability to access care, the main types of action that were identified in the

Table 1. An overview of the non-financial barriers to access care experienced by the indigents.*Ability to perceive*

- Perceived inaccessibility of modern health system
- Lack of information on their right to free health care and the usefulness of the indigence card (if one exists)
- Low perception of the need to go for care related to the representation of the disease
- Lack of knowledge of the rules of the health system's functioning
- Influence of rumors

Ability to seek

- Administrative constraints to be registered as indigent can be very strong in some countries
- Fear of being badly received, badly taken care of, or discriminated against
- Lack of self-esteem and self-confidence, feelings of shame, or self-stigmatization
- Gender barriers

Ability to reach

- Distance between health centers and places of residence for indigents and inability to pay the transportation costs (even more in case of additional examinations or visits to specialists)
- Lack of accompaniment due to their social isolation
- Characteristics of the indigents may prevent them from moving around
- Difficulties in navigating within health care facilities

Ability to engage

- Poor quality of care due to their unequal relationship with the providers
- Lack of food to take medicine

scoping review and asked the experts whether these actions seemed relevant to them to implement for the indigents and why (Appendix 1, Table 3). A detailed version with sample quotes to support each point is provided in the Supplementary File 2.

Ability to perceive

All of the navigation interventions acted on the ability to perceive (11). Those interviewed said that acting on this ability is an essential prerequisite. They explained that it is necessary to inform indigents of the actions that are implemented for them, the usefulness of the exemption card (if one exists), the rules for using the health facilities, etc. The interviewees emphasized that the messages must be of good quality; and that it is necessary to have a comprehensive approach to the situation of indigence, to try to involve the entourage, and to make a link with social action (involvement of social services if possible). Above all, they emphasized that, before giving any information or advice, one must always try to find out if and how the indigents could apply the recommendations.

However, several experts pointed out that this great attention given to information and awareness-

raising could also come from an overly childish and reductive opinion of the poorest people. Some experts explain instead that people probably do not go to the health center because they are resigned, and not just because they are not informed or aware. It is important to see the information and sensitization as a first step in the care pathway, but also to address all the other barriers to access care:

One underestimates the difficulties of use. And so, to incite them is just like: 'but listen, you didn't get it right, you have to use the health service! – Ah! I didn't know, now I'm going to go!' Maybe it's a little naïve. (I.9)

What emerged from our interviews is that the preferred approach for acting on this ability is a proximity approach. Regarding mobilizations at the community level, which are sometimes carried out via the radio or local newspapers, it was stressed that this would hardly reach the indigents, nor would large information meetings that they do not attend. An individualized approach, through home visits, therefore, seems to be preferred, since it would make it possible to understand the needs and specific situation of each indigent, to raise awareness among

the other people in the household (if there are any), and to provide all the necessary information while being sure to reach the targeted people. However, some experts expressed concerns about totally isolating the indigents by only carrying out specific actions towards them. Instead, several suggested that isolated actions should be carried out for the indigents as they are a very vulnerable group that requires dedicated resources, but that they should be included in comprehensive activities at the community level to avoid stigmatization and promote their social integration. With regard to actions to identify the sick within the community, it was pointed out that this could raise ethical questions, particularly depending on who was responsible for carrying out this task: 'If it's a social worker or someone who's really specialized in health, it's less of a problem for me than if it's someone in the community who knows everyone and who's likely to tell everyone 'so-and-so is sick' (I.11)'. With regard to diagnostic campaigns, they would not necessarily be suitable for the types of diseases suffered by the indigents:

Home diagnostics are public health operations, but which mainly relate to actions to fight against epidemics or things of the sort. [...] And they are not without side effects, because these are health police operations, so you can also imagine what that can entail in terms of tracking, suspicion. (I.7)

Ability to seek

The ability to seek is the ability on which the fewest interventions act (11). The experts emphasized that these are dimensions that are very difficult to act on because they require long-term, intersectoral action, designing projects with a participatory approach; and that they require 'political courage' (I.22). The context of international aid does not favor this type of intervention, because it is not possible to measure its effects directly, while 'funders want a dollar – a result' (I.6) and since 'all these questions of personal values, culture, gender, autonomy, are very related to the direct context, and health interventions tend to be very standardized' (I.11).

Nevertheless, what was most supported to act positively on this ability, was to adapt community mobilizations to the different cultural groups and to

the specific situation of indigence, because often during traditional community gatherings, no one thinks specifically of the indigents.

Opinions differed as to whether or not to help people fill in the administrative paperwork required to access care. Some experts found it important, even beyond the health field, to help have access to food, apply for social services, etc. Some felt that it was important to help with the administrative paperwork required to obtain health care, especially since indigents can be illiterate, but that it depended on the context because sometimes there are no administrative problems, or the health workers fill out the information themselves.

Acting on gender issue, for example, by raising men's awareness so that they encourage women to go to the health center, was described as relevant by experts but they stressed that this type of action was complex to implement as it was a sensitive subject and required more than one-off actions.

Ability to reach

The interviewees considered it particularly important to address the ability to reach, which severely hinders the indigents' access to health centers. However, they wondered how transportation and its logistics could be financed. They pointed out that setting up transportation for the indigents alone was not the most ideal because there are only a few per village, and because it could reinforce stigmatization: 'if you organize a transport system, there is the problem of equity, so it has to be accessible to everyone. But of course, the indigents are taken care of 100%: we make sure that they don't pay' (I.18). Several experts referred to the proposal to set up a community-wide fund to organize and finance transport, mentioning that such a fund had been set up in Niger, and that it could be replicated to provide access to care for the indigents (17). According to the experts, the best approach would be to implement a comprehensive and sustainable transport system that would also benefit the indigents, or at least try to integrate them into existing community transport mechanisms. The idea of distributing vouchers to the indigents was received differently. Some found it relevant and viable, since community members often have motorcycles or tricycles, even in the rural areas, which would allow them to transport the indigents

if they were compensated for their fuel. Others felt that the system was quite complicated to understand, that the transportation would be insufficient or not necessarily available when needed, and that, even then, individualized accompaniment was still necessary for the indigent to use the vouchers to get to the health center.

Indeed, accompaniment was often considered fundamental and necessary, beyond the provision of transportation: 'I think the key is really: there's a person in front of another person who's going to take that person by the hand, and who's going to say: 'here we go" (I.6). This accompanier could even stay with the indigents in the health facilities. Several people surveyed found this type of action very relevant because in addition to being able to guide them (especially in hospitals), it could promote better reception of the indigents who are often discriminated against.

Ability to engage

What was generally considered the most suitable way to act on the ability to engage was the implementation of an individualized support for the indigents, particularly through home visits. This individualized approach seemed more relevant than an approach mobilizing the formation of support groups, for example. Indeed, it was stressed that: 'Unlike what is often seen in some cases of pathologies, each indigent is a case. [...] this approach must be truly individualized, so as not to drown certain situations in others' (I.15). Although some experts expressed concern about the financial viability of such an approach, home-based support that includes information, personalized follow-up, psychological support, and discussions to understand the difficulties each person encounters in adhering to their treatment (and reflect on solutions), seems to be the most suitable option. It was also highlighted that it is important to explain the benefits of adherence to treatment as well as the potential side effects of taking medication.

Opinions differed on the specific content of these home visits. Some believe that it is necessary to observe the daily intake of medication, since the indigents can suffer from mental or other conditions that make it difficult to comply with the dosage. Other interviewees, on the contrary, found that the observation or daily reminder of taking medication

was a form of 'paternalism' (I.6) or a kind of 'health police' (I.7), which only makes some sense in the context of epidemic diseases that need to be contained. It was specified that these visits should be carried out with a strong emphasis on listening, and without blaming the patient who did not follow his treatment or did not go to the health center.

In addition to the psychological support to be provided during home visits, some experts would also like to add material support, such as the distribution of food:

Because if he [/she] takes the medication when he hasn't eaten, it's another illness. So, adding food support to psychological support has more effects than psychological support alone (I.12).

Discussion

While there have been long-standing pleas to take into account the indigents (2), and policies for universal health coverage are supposed to be designed with the idea of 'leaving no one behind', little has actually been done to address their specific needs. The user fee exemption alone, as well as programs linking performance-based financing and equity measures, have shown their inadequacy in increasing the use of health services for the indigents (5,6,18). There is a need to design and test interventions that are better adapted to their situation and that include support throughout their care pathway.

One of the lessons of this study is that actions successfully implemented to improve access to care for some target groups (such as pregnant women, children, people living with HIV) in sub-Saharan Africa must be adapted to the situation of the indigents. Given the context and the specific socio-demographic characteristics of the indigents, some actions were considered more relevant than others to implement. Indeed, faced with all the difficulties encountered by the indigents in accessing health services in sub-Saharan Africa, experts stressed that action on ability to pay was absolutely necessary, but that this action must go hand in hand with a more comprehensive intervention that takes other needs into account. In view of the situation of indigence, it will be necessary to have intersectoral, holistic action that takes into account all the needs of the indigents and that also considers the social determinants of health. To address these challenges, experts were all

interested in the idea of implementing a navigation-type intervention for the indigents and highlighted the need for personalized follow-up of the indigents, by creating a role of ‘social worker’, ‘accompanier’, or ‘mediator’ between the indigents and the health system. In patient navigation programs, this role is assumed by those called ‘navigators’, who take care of all activities related to this type of intervention, such as information activities, physical accompaniment to health centers, home visits, etc. They help link vulnerable populations to health systems by informing, assisting, and supporting them throughout their care pathway. Their role and proximity to patients enables them to have an action that goes beyond the strict field of health and allows them to better respond to people’s needs. Numerous experiences have shown that navigators can help address health disparities (19) and issues related to social determinants of health (10) in HICs. However, there is very little research on this type of intervention in low and middle income countries. This empirical article and a scoping review (11) provide guidelines to adapt these programs to the contexts of sub-Saharan African countries and to the situation of indigence in order to promote health equity.

One of the limitations of this study is that we were scheduled to travel to southern Burkina Faso where we plan to discuss the findings in this context with communities and health professionals, but the travel was cancelled for security reasons. However, one of the strengths of this study is that the experts interviewed were not prescriptive, but they used their experiences to warn or, on the contrary, to support the benefits of certain actions. Thus, the recommendations may seem broad, but they provide valuable decision-making guidance while leaving room for specific local study of barriers to access, and for adaptation of the proposed guidelines to different contexts.

Conclusion

Public health experts found that patient navigation-type interventions were highly relevant to work towards improving access to health services for the indigents in Sub-Saharan Africa. This qualitative study allowed us to draw up a list of the benefits and challenges that could result from the implementation of each type of action, which can help in policy decision-making. To avoid the slogan ‘leaving no one behind’ still being chanted 20 years from now without

having achieved any improvement, it is absolutely necessary to test these types of interventions in order to act in favor of equity and not to fail to include the indigents in policies for universal health coverage.

Acknowledgements

We would like to thank all those who were interviewed for this study and took the time to discuss and share their experience and expertise with us.

Declaration of conflicting interests

The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This study was funded by EuropeAid (EuropeAid/156333/DD/ACT/BF) as part of the creation of a territorial surveillance for free health care for the indigents. This work is also supported by Global Affairs Canada (grant number D003027/P01475) and stems from the call for proposals ‘Technological Platforms for Strengthening Public Sector Accountability and Citizen Engagement’. The project was selected by Global Affairs Canada through a competitive process.

ORCID iD

Sarah Louart  <https://orcid.org/0000-0001-5330-7434>

References

1. Ridde V. “The problem of the worst-off is dealt with after all other issues”: the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 1982. 2008; 66: 1368–1378.
2. Stierle F, Kaddar M, Tchicaya A, Schmidt-Ehry B. Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *Int J Health Plann Manage*. 1999; 14: 81–105.
3. Ridde V, Yaogo M, Kafando Y, Sanfo O, Coulibaly N, Nitiema PA, et al. A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64: 10–15.
4. Ridde V, Haddad S, Nikiema B, Ouedraogo M, Kafando Y, Bicaba A. Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*. 2010; 10: 631.
5. Atchessi N, Ridde V, Zunzunegui M-V. User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy Plan*. 2016; 31: 674–681.
6. Beaugé Y, De Allegri M, Ouédraogo S, Bonnet E, Kuunibe N, Ridde V. Do targeted user fee exemptions reach the ultra-poor and increase their healthcare

- utilisation? A panel study from Burkina Faso. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 6543.
7. Ouédraogo S, Ridde V, Atchessi N, Souares A, Koulidiati J-L, Stoeffler Q, et al. Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: a screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*. 2017; 7: e013405.
 8. Pigeon-Gagné É, Hassan G, Yaogo M, Ridde V. An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: a step forward in understanding mental health needs in West Africa. *Int J Equity Health*. 2017; 16: 143.
 9. Soors W, Dkhimi F, Criel B. Lack of access to health care for African indigents: a social exclusion perspective. *Int J Equity Health*. 2013; 12: 91.
 10. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18.
 11. Louart S, Bonnet E, Ridde V. Is patient navigation a solution to the problem of 'leaving no one behind'? A scoping review of evidence from low-income countries. *Health Policy Plan*. 2020; 1–16.
 12. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005; 8: 19–32.
 13. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2015; 42: 533–544.
 14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19: 349–357.
 15. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research by Jane Ritchie and Liz Spencer. In: Bryman A and Burgess RG (eds). *Analysing Qualitative Data*. London: Routledge; 1994, pp.173–194.
 16. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013; 12: 18.
 17. Barro M, Barroy H, Djibo H, Hercot D, Ridde V. Solidarity-based financing of medical evacuations to improve access to emergency care, Keita Medical District (Niger) [Internet]. *Field Actions Sci Rep J Field Actions*; 2013 Nov 6 [cited 2020 Aug 31]. (Special Issue 8). Available from: <http://journals.openedition.org/factsreports/2294>.
 18. Mwase T, Lohmann J, Hamadou S, Brenner S, Somda SMA, Hien H, et al. Can combining performance-based financing with equity measures result in greater equity in utilization of maternal care services? Evidence from Burkina Faso [Internet]. *Int J Health Policy Manag*; 2020 Jul 27 [cited 2020 Aug 31]. Available from: https://www.ijhpm.com/article_3873.html
 19. Natale-Pereira A, Enard KR, Nevarez L, Jones LA. The role of patient navigators in eliminating health disparities. *Cancer*. 2011; 117(S15): 3541–3550.

Appendix

Table 2. An overview of the non-financial barriers to access care experienced by the indigents, with sample quotes.

Ability to perceive

- Perceived inaccessibility of modern health system
“maybe they don't even believe in it, that it's true, that it's possible that there's a gratuity for everything, that it's not just a lure, just something and behind invoices will fall on them” (I.1)
- Lack of information on their right to free health care and the usefulness of the indigence card
“they did not have enough information about everything that is being done for them in terms of access to care. As a result, it didn't change their usual behaviour, which was to not even go to health facilities because they couldn't pay for their care.” (I.15)
“For example, in Benin, [...] they were told ‘if you're sick, you can use the card.’ And they weren't sick, they were pregnant. So, these are small things, but sometimes they can explain the low level of use.” (I.11)
- Low perception of the need to go for care related to the representation of the disease
“a lot of people have very chronic health problems, and in their perception of these health problems, they don't necessarily link this to a solution in the modern health system” (I.12)
- Lack of knowledge of the rules of the health system's functioning
“Usually, the person does not have the information that there are rules to follow at the health system level. [e.g. pyramid-shaped hierarchy of the health care structures]” (I.8)
- Influence of rumors
“It just takes one person to say it didn't work for everyone to think it's not going to work, and so there's no point in trying” (I.11)

(Continued)

Table 2. (Continued)

Ability to seek

- Administrative constraints to be registered as indigent can be very strong in some countries
“in Mali, obtaining this document is often very long, even if they are entitled to it and so on, the cards do not arrive quickly at their destination.” (I.1)
- Fear of being badly received, badly taken care of, or discriminated against
“one despises the poorest, we know that we are treated according to our standard of living, everyone has always known that.” (I.1)
“they're convinced they're going to be insulted, they're going to be told, ‘you come with the card all the time, you like free care too much.’” (I.11)
- Lack of self-esteem and self-confidence, feelings of shame, or self-stigmatization
“the indigents are in a situation where they have been deprived of many things, certainly including their self-esteem and self-confidence, which are decisive in going to seek care.” (I.19)
“Indigence is not only a lack of means, financial means or resources; it is also a kind of social indignity that makes people feel ashamed to appear in the public space and say they are poor and indigent.” (I.7)
“the psychological and behavioural hindrances of the indigents on the dimension, which I would classify as self-stigmatization, of saying to oneself ‘I don't want to be associated with someone in need, and I'd rather not have access to it than to be identified as indigent.’” (I.16)
- Gender barriers
“we saw that in matters of care, the decision was mostly up to the men and that they had to make the decision for the woman and children.” (I.6)

Ability to reach

- Distance between health centres and places of residence for indigents and inability to pay the transportation costs (even more in case of additional examinations or visits to specialists)
“usually the health centres aren't next door. [. . .] So, a health centre that is located ten kilometres away, for someone who is indigent and who has real difficulties sometimes to move around, to get food, he [she] doesn't often see the need to travel ten kilometres to get treatment.” (I.4)
“Taking a motorcycle taxi or other, it's a cost. For an indigent it's really complicated.” (I.21)
- Lack of accompaniment due to their social isolation
“they don't have anyone to back them up. To bring him [her] to the health centre, there's no one available, so he doesn't go because he doesn't even have the capacity. Even if he thinks about it, he doesn't have the capacity to go.” (I.5)
- Characteristics of the indigents may prevent them from moving around
“the people who have been selected sometimes have severe difficulties, either he [she] has a physical handicap, or a mental handicap; or he is really old. So, it's people who have difficulty moving around.” (I.5)
- Difficulties in navigating within health care facilities
“For me, who is not indigent, there are moments when I go to the health centre and I am lost. Despite my money, I don't even know who to talk to.” (I.12)

Ability to engage

- Poor quality of care due to their unequal relationship with the providers
“the indigents often have access to very low-quality care, either because they are referred to primary health structures which offer insufficient quality care for lack of means, or because, in a certain way, they self-censor. That is to say that once they enter the care structure, their relationship with the provider means that they will ask few questions, they will have a certain mistrust, they will be in a position of dominated which will not facilitate the exchange between them and the provider.” (I.6)
- Lack of food to take medicine
“There are indigents who also talk about the food problem. They say, ‘when I go to the health centre, I am given pills, and I am told that I have to eat before I take any, when I don't even have anything to eat. So, I don't go there anymore.’” (I.5)

Table 3. An overview of the relevance of each action in improving each ability to access care of the indigents.*Ability to perceive*

Health promotion and awareness-raising activities at community level (information meetings, information campaigns via radio, local newspapers, etc.)

- (+) Wide dissemination of information
- (-) Indigents don't go to community gatherings
- (-) Indigents often don't have radios or access to newspaper
- (-) Indigents can feel marginalized
- (-) Difficult to perceive individual needs

Health promotion and awareness-raising activities at the household level (home visits)

- (+) Perception of the specific needs of each indigent/household
- (+) Proximity approach and direct targeting
- (+) Direct targeting is facilitated by prior identification
- (+) Allows private identification of sick people
- (-) Few indigents per village (isolated cases) so it can be difficult to implement
- (-) May be stigmatizing if only the indigents are targeted and if the navigator is an “indigent-specific” one
- (-) Can be expensive
- (-) Some indigents don't have a home

Identification of sick people in the community

- (+) Enables direct targeting
- (-) Raises ethical questions
- (-) Can be stigmatizing

Diagnostic campaign (in communities, in health facilities, or at home)

- (+) Enables direct targeting
- (-) Diagnosis alone is insufficient
- (-) Diagnostic campaign at the community level will not attract the indigents
- (-) Relevant for epidemic control but does not work well in the context of chronic diseases or specific health problems

Ability to seek

Adapting community mobilizations to different groups / Using specific cultural codes

- (+) Often in the mobilizations no one thinks specifically of the indigents
- (+) Improves comprehension and assimilation of messages
- (+) Takes into account the cultural sensitivity of each ethnic group
- (-) Difficult to adapt to each context

Raising men's awareness to encourage women to go to a health facility

- (+) Important to take into account gender issues
- (-) Sensitive subject

Help obtain and complete the administrative papers required for care

- (+) Indigents can be illiterate and therefore need administrative support
- (+) There is a need to help in completing paperwork even beyond the health field
- (-) In some places, there is no need to complete administrative papers to access care, or there is someone to help

Ability to reach

Accompanying patients to health centres (via transport or on foot) and guide them inside

- (+) For some diseases, there is a risk of denial and therefore a particular interest in accompaniment
- (+) Psychological effect of the accompaniment helps to remove a barrier
- (+) Provides social support, trust, empathy
- (+) The fact of being accompanied will promote better reception of the indigent at the health centre
- (+) The accompanying person is needed to get food, medication, etc., especially in the event of hospitalization
- (+) Support does not necessarily have to be permanent but can be a trigger for seeking care
- (-) The “return on investment” demanded by most funders will not necessarily be achieved
- (-) Will the navigator always be available to accompany?
- (-) Orientation of the indigents within health centres is not usually necessary in first-level health facilities
- (-) Not necessary if the indigent is informed about how the health system works and staff are sensitized to receive and refer them

(Continued)

Table 3. (Continued)

 Organization of a transport system (stretchers, ambulances, etc)

- (+) Indigents often do not have the ability to move around, so their transportation must be provided
- (+) It allows compensation for the low number of the health centres per inhabitant
- (+) It could be integrated into a community-based system with progressive funding
- (-) The budget has to ensure the maintenance of the means of transportation
- (-) Health centres are already sometimes understaffed so having an ambulance driver available can be difficult
- (-) Ambulances are often directly associated with someone who is in a state of near death or are in very poor condition
- (-) Rather than setting up a new system, the first step should be to try to integrate the indigents into existing systems

Distribution of vouchers for patients to pay for their transportation

- (+) The indigents can rely on people in the community who are able to provide transportation while giving them means to pay for this transportation
- (+) The card could be used both to access free care at the centre, and to reimburse fuel
- (+) It creates fewer problems of bias, maintenance, logistics, etc.
- (-) In rural areas where there is no public transport, the voucher system may not work and be understood
- (-) It is not sure that the indigents will use the vouchers, and that they will not be overcharged by the transporters
- (-) Does not solve the problem of social isolation which prevents them from finding someone to take them to the health centre
- (-) Requires a conversion site for vouchers

Set up a group or community-wide fund to organize and finance transportation to health care centres

- (+) There are successful examples of the sustainability of this type of fund (e.g., additional incentive programme in Niger)
- (+) The fund can be requested as soon as there is an emergency
- (-) A fund like this is often not sustainable if it is financed by an NGO
- (-) The community does not necessarily have the means to pay for a fund and to contribute for the indigents

Ability to engage

Raising awareness of the positive effects of treatment adherence

- (+) It is important to raise awareness and to explain why it is important to follow the treatment plan
- (+) Poor compliance is often the result of a lack of information
- (+) It would also be necessary to raise the awareness of the entourage
- (+) Some people take a treatment that has side effects, but as these effects have not been explained to them, they think the medicine makes them sicker and stop taking it
- (-) Awareness raising is important but if we don't follow people to check that they are really taking the drugs, they will listen but not necessarily take it

Daily home visits to observe patients taking their medicines

- (+) Important because indigents sometimes have mental health problems or are elderly and therefore have difficulty complying with the dosage
- (-) Visiting every day is too much, it goes against the notion of empowerment and can be intrusive
- (-) If the person does not have the capacity then there must be a guardianship arrangement but, in this case, there must be a well-defined criterion: "incapacity to. . ."
- (-) Can be seen as treating them as children (infantilization)

Regularly remind patients of the dates of their medical appointments

- (+) Can be done over the phone or when a mobile health worker visits the villages
- (+/-) Important but should not be carried out in such a way that it looks like health policing
- (-) May be counter-productive to remind patients of their appointments if they have a good reason for not coming, one should first try to understand these reasons
- (-) Health centres may be overloaded or under-staffed so they cannot call people constantly

Psychological support (individual or via support groups) for patients and their caregivers

- (+) In view of the situation of indigence, psychological support is essential
 - (+) It would be interesting to combine psychological and material support (distribution of food to take medicines).
-

(Continued)

Table 3. (Continued)

(+)	The support should be individualised
(-)	If it is done in groups, it should respect confidentiality
(-)	Psychological aspect can be difficult to grasp
(-)	The groups are poorly adapted for the indigent (some people may be intimidated or excluded)
(-)	Psychological support does not mean that the person is going to enter the health system
Discussion of barriers to care adherence and implementation of solutions	
(+)	Very relevant for understanding the reasons why the person did not come (and act on) to the centre
(+)	Empowers them by helping them to find solutions themselves
(+/-)	This should rather be done by people other than health professionals (by people closer to the patient)
Home visits to ensure patient retention	
(+)	Many experiences of interventions with home visits to ensure retention have had positive effects
(+)	Helps to encourage the person to continue his/her treatment
(-)	Can be very expensive
(-)	Visiting people's homes can be intrusive and stigmatizing
Tracking people who have not attended their appointments (phone call, home visit, etc.)	
(+/-)	Relevant, but must focus on listening and not making people feel guilty
(-)	More relevant for diseases such as HIV or tuberculosis, where there are many people lost to follow up
(-)	Health is a right and not an obligation, people should not be forced to do anything
(-)	This sounds like paternalism or health policing (which is only conceivable in the context of epidemic diseases that are threats to the community)

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Is randomized trial design adapted to population health intervention research?

Bruno Giraudeau¹ and Corinne Alberti²

Abstract: Randomized trials are frequently used in clinical research and considered the gold standard, but they are less common in population health intervention research (PHIR). We discuss issues that are sometimes shared and sometimes distinct between PHIR and clinical research, notably the randomization unit, design, standardization of the intervention, outcome(s) and ethical issues. In the end, both PHIR and clinical research share the common aim of assessing interventions, and randomized trials should be more widely used in PHIR, provided that how they are planned and conducted is adapted to the PHIR context. (Global Health Promotion, 2021; 28(Suppl. 1): 86–88)

Keywords: evaluation, population health intervention research, randomized controlled trial

Population health interventions are defined as ‘policies, programs and resource distribution approaches that impact a number of people by changing the underlying conditions of risk and reducing health inequities’ (1). Evaluating such interventions is one of the aims of population health intervention research (PHIR), for which the final goal is, as stated by the Canadian Institutes of Health Research, ‘to produce knowledge about policy and program interventions that operate within or outside of the health sector and have the potential to impact health at the population level’ (2). In the field of clinical research, clinical interventions are often assessed with randomized trials, which are considered the gold standard because they are well suited to limit bias (3). How a randomized clinical trial should be planned, conducted and analyzed is well known, as are the associated legal and ethical issues. Obviously, these general and theoretical well-known rules must be adapted for each specific randomized trial: conducting a trial is indeed far from being as simple as is described in books, and it requires flexibility.

In PHIR, most interventions are complex: they correspond to a series of interrelated events occurring

within a broader system that they are in constant interaction with (4). A recent literature review illustrated that randomized trials can be used to assess these interventions, although several other approaches are also common (5). However, conducting a randomized trial in the population health field requires adapting the clinical randomized trial rules to a non-clinical context as follows. First, in most clinical trials, the unit of randomization is the patient, whereas individual randomization is rarely well adapted to PHIR. Because interventions of interest are generally delivered at a group level as opposed to an individual level, randomizing groups such as schools, health centers, geographical areas, etc., is mandatory. Doing so avoids group contamination, which would occur due to interactions between members of a common cluster being allocated to different groups. The trial then becomes a cluster randomized trial. Second, most randomized trials are planned as parallel trials, but other designs may be of interest in PHIR, notably the stepped-wedge cluster randomized trial (6). In a stepped-wedge cluster design, clusters are randomly allocated to different sequences, each sequence

1. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) U1246, Tours, France.
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) 1123, Paris, France.

Correspondence to: Bruno Giraudeau, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), U1246, 2 Bd Tonnellé, Tours, 37044, France. Email: bruno.giraudeau@univ-tours.fr

(This manuscript was submitted on 14 September 2020. Following blind peer review, it was accepted for publication on 10 December 2020.)

defining the timing of cluster switch from the control to the experimental condition. Thus, all clusters have the opportunity to receive the intervention at some point, which may help reluctant stakeholders participate and may help the logistics of the study because the intervention's rollout is staggered (7). Third, in clinical trials, standardizing the intervention is generally the rule (besides, we may have weight- or body-surface-area-adapted drug doses), but tailoring the intervention to individual participant needs or the local context is common in complex interventions (4). As an example, rather than using a common information kit, information may be provided differently among centers. This refers to the concept of 'standardization by function' as compared with 'standardization by form' (4). The core components of the interventions nevertheless need to be well specified and clearly described using, for instance, the TIDieR checklist (8). They need to be common to all clusters and participants allocated to the intervention group; otherwise, it would hamper the interpretation of the trial results. A consequence of such a tailoring is that in PHIR, beyond assessing the intervention effect in terms of a priori-specified outcomes, process evaluations are welcome to better understand the results obtained and to link implementation variations to effect variations (9). They focus on how the intervention has been implemented to better understand the involved mechanisms (as a pathophysiology study would do in a clinical context) and thus provide information valuable to scale up the intervention (10).

Fourth, in clinical research, it is widely advised to have a unique a priori-specified primary outcome, although some exceptions are accepted (11). Doing so allows for specifying sample size on the basis of a quantitative hypothesis and offers the opportunity for a clear-cut conclusion based on the sole primary outcome result. In PHIR, such an approach is probably reductive. Because interventions are complex and stakeholders numerous, intervention effectiveness may be appraised differently depending on the stakeholder's goal. Results may also be obtained from both quantitative and qualitative analyses (notably regarding its interaction with the context) for a complete overview of the intervention effect. Obviously, strict rules generally applied in clinical research need to be adapted, and some guidance on this topic would be welcome. Fifth, while individual randomization ensures group

comparability, things are more complex with cluster randomization. The number of clusters is often small, which favors chance imbalance. Otherwise, in most cluster trials, participants are recruited after cluster randomization without any blinding, due to the real nature of the interventions. This favors group imbalance and bias (12). Statistical analysis then requires some form of adjustment and cluster randomized trials are often analyzed more as an observational study than as a randomized trial. Sixth, any study involving human beings must be conducted in accordance with international ethical principles and local regulatory guidelines. A lot has been done on this topic since World War II, and the very aim is to ensure participants' protection and also to protect their autonomy, which is achieved by informed consent. However, existing regulatory guidelines do not apply well to PHIR, which raise 'distinct ethical challenges relative to clinical medical interventions, primarily because of their focus on prevention (rather than treatment) and their intended impact on the health of a population as a whole (rather than the individual)' (13). Guidelines have been published on the specific case of the cluster randomized trial, notably defining who is a study participant and under which condition a waiver of individual consent may be accepted (14). However, they have been developed through the prism of the methodological feature of cluster randomization, which surely does not cover all the specificities of PHIR. More work is undoubtedly needed, as is an accustoming of ethics committees to PHIR, which differs from clinical research. Finally, although admittedly, randomized trials provide the highest level of evidence in clinical research, it is generally agreed that this is not the only way to assess an intervention's impact. The parachute trial is a tremendous parody that illustrates the limitations of randomized trials (15). Impossibility to randomize is not a prerogative of PHIR; it also exists in clinical research. In 1965, Hill listed nine criteria allowing to conclude causation rather than association, in an observational rather than randomized context (16). Although debatable and debated, these criteria are still used, and surely there is room to revisit these criteria in the specific context of PHIR.

In the end, both PHIR and clinical research share the same objective of assessing intervention effects. Fundamentals are common: studies need to be comparative and conducted to prevent bias as much as

possible. Although ‘the most common type of population health research remains the non-interventional observational study’ (17), the randomized design is clearly an option and should be encouraged.

Contributors

BG wrote the first draft. CA critically revised the draft for important intellectual content, and gave final approval of the version to be published.

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iD

Bruno Giraudeau  <https://orcid.org/0000-0003-3031-8258>

References

1. Canadian Institutes of Health Research. Population Health Intervention Research Initiative for Canada [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 22]. Available from: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/38731.html>
2. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. 2009; 100(Suppl 1): 8–14.
3. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet Lond Engl*. 2002; 359: 57–61.
4. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how ‘out of control’ can a randomised controlled trial be? *BMJ*. 2004; 328: 1561–1563.
5. Minary L, Trompette J, Kivits J, Cambon L, Tarquinio C, Alla F. Which design to evaluate complex interventions? Toward a methodological framework through a systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 2019; 19: 92.
6. Hemming K, Haines TP, Chilton PJ, Girling AJ, Lilford RJ. The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. *BMJ*. 2015; 350: h391.
7. Hemming K, Taljaard M. Reflection on modern methods: when is a stepped-wedge cluster randomized trial a good study design choice? *Int J Epidemiol*. 49(3): 1043–52.
8. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014; 348: g1687.
9. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337: a1655.
10. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015; 350: h1258.
11. European Medicines Agency. Multiplicity issues in clinical trials [Internet]. 2002 [cited 2020 August 22]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/multiplicity-issues-clinical-trials>
12. Giraudeau B, Ravaut P. Preventing bias in cluster randomised trials. *PLoS Med*. 2009; 6: e1000065.
13. Buchanan DR. Public health interventions: ethical implications. In: Mastroianni AC, Kahn JP, Kass NE (eds). *The Oxford Handbook of Public Health Ethics* [Internet]. Oxford University Press; 2019 [cited 2020 Aug 21]. pp.76–88. Available from: <http://oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190245191.001.0001/oxfordhb-9780190245191-e-8>
14. Weijer C, Grimshaw JM, Eccles MP, McRae AD, White A, Brehaut JC, et al. The Ottawa statement on the ethical design and conduct of cluster randomized trials. *PLoS Med*. 2012; 9: e1001346.
15. Yeh RW, Valsdottir LR, Yeh MW, Shen C, Kramer DB, Strom JB, et al. Parachute use to prevent death and major trauma when jumping from aircraft: randomized controlled trial. *BMJ*. 2018; 363: k5094.
16. Hill AB. The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med*. 1965; 58: 295–300.
17. Martin J, Cheng D, Stranges S. Population health intervention research: myths and misconceptions. *Int J Public Health*. 2017; 62: 845–847.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Which communication strategies can improve interventions aimed at tackling social inequalities in organized cancer screening in France?

Aurelie Bourmaud¹ and Franck Chauvin²

Abstract: Interventions to increase participation in cancer screening programs have been developed and evaluated by our research team. The results observed provide an opportunity to consider which methods of communication should be encouraged to improve those interventions. The objective of this commentary is to recommend communication strategies which should be adopted to efficiently reach and support disadvantaged individuals to engage in cancer screening, as a healthy behaviour. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 89–92)

Keywords: cancer screening and prevention, healthcare disparities, communication (including social marketing, education campaign, media communications, behaviour, health communication)

Introduction

In France, participation in screening programs (SP) for either colorectal or breast cancer does not meet objectives and varies significantly according to individuals' socioeconomic status (1,2). Interventions to increase participation in cancer SP have been developed and evaluated by our research team.

The objective of this commentary is to link (a) the results of the studies carried out with (b) current theories on health communication. This will enable the development of recommendations for which communication strategies should be adopted to improve interventions that efficiently reach and support disadvantaged individuals towards healthy behaviours related to cancer screening.

Trial results

The DECIDEO study (3) found that a written communication tool, built using the decision aid

methodology, did not increase the participation of women aged 50 to 74 in breast cancer SP. A subsequent analysis revealed that such a tool failed to reach its audience among disadvantaged women. The health communication tool used (written paper) seemed inadequate to reach this sub-population.

The COLONAV study (2,4) found that peer navigators, unaffiliated with healthcare structures, succeeded in increasing participation in colorectal cancer screening in disadvantaged geographical areas. As opposed to studies in other countries, this study showed that deprived communities in France were inadequately identified using ethnicity or residential neighbourhood. It was therefore difficult for navigators to reach the deprived population. The peer navigators had to construct their own approach, reach and communication methods, based on the do-it-yourself ('Bricolage') mode in Levi-Strauss's definition (5). They had to adapt specific interpersonal communication methods.

1. Clinical Epidemiology Unit, University Hospital Robert Debré, Université de Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ECEVE 1123, Paris, France.
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) CIC 1408, High Council for Public Health, Jean Monnet University, Saint Etienne, France.

Correspondence to: Aurélie Bourmaud, Clinical Epidemiology Unit, Robert Debré Hospital, 48 bd Sérurier, Paris, 75 019, France. Email: aurelie.bourmaud@inserm.fr

(This manuscript was submitted on 18 September 2020. Following blind peer review, it was accepted for publication on 22 December 2020.)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 89–92; 989505 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975921989505 journals.sagepub.com/home/ghp

Doing so, some of them failed to reach the deprived population, limited by their own communication abilities, which had not been developed to a professional level. The adaptations highlighted the need to complement these interventions to identify, reach and eventually engage with populations having heterogeneous behaviours.

Health communication theories

Targeted interventions aiming at changing health behaviours have proved to be effective in improving populations' cancer screening attendance, including decision aids (6), peer supports (7) and population-based participatory interventions (8). For colorectal and breast cancer screening, tailored interventions have also proved to be effective among deprived populations (9,10). However, the issue of population outreach in a real-life setting remains a concern. Moderate effects were obtained with those interventions partly because they failed to reach the whole population, let alone those who need it most. The effects could be improved and completed, with a more focused approach on specific sub-populations. Population reach can be separated into two phases: (a) identifying target sub-groups and their unique needs or barriers to attendance; and (b) catching an individual's attention in all his/her dimensions (i.e. values, emotions, culture, history but also health literacy) to successfully lead him/her to healthy behaviour change.

Social marketing (SM) (11) is an approach that takes into account those two dimensions, in order to persuade individuals to adopt healthy attitudes related to their perspectives. SM performs audience analysis and segmentation and then delivers tailored messages in terms of content and communication channels that address different sub-groups' specific needs. SM establishes an affective emotional bond between identified sub-groups and the topic, which is essential to engage behaviour change.

To be effective, interventions (peer-led, digital, multi-component) must be tailored to their audience and its needs (9), so that people feel involved and relevant (i.e. reached). Conversely, individuals must recognize themselves emotionally in the message and be willing to imitate and/or model the target.

The tribe

The notion of tribe (12), or peer crowd for younger generations (13), is used to understand the heterogeneity of a population. It is a group identity based on post-modern elements (cultural, social, graphical, virtual or musical) and made of altered mythologies. Tribes are multiple but are based on an identical structure: mutual aid, sharing of feelings and affective mood. They are chosen and an individual can change from one tribe to another over time. They transcend geographical, ethnic or social proximity. Audience analysis is useful in identifying the beliefs, values, language, vectors of emotion and social norms of each constituting tribe within a population (audience).

The persuasion phase

Emotion drives this phase, where individuals feel engaged and empowered by the necessity and imminence of behaviour change. To do so, all the emotional dimensions of the tribe must be targeted by the communication strategy: the values (14); raw sensations such as fear, pleasure or astonishment (15); and narrative communication targeting life span (storytelling) (16). Attention must be paid to trends, preferences and evolutions of social media and networks' use; communication channel choices have to be made according to the tribe's age (15,17). By targeting all the characteristics of a tribe, it is the tribe's identity, itself, that is addressed (18). Literature in this area is more developed for youth, but its methodology has already been applied to older people, the field of cancer screening, as well as tackling health disparities (19–21). However, there are some approaches still to be explored among older populations, for example influencer marketing (15).

Conclusion

Our research experience suggests that, in France, referring to 'disadvantaged populations' holds no meaning for people. They recognize themselves as part of their tribe, not in a status attributed by an elite. We also observed that well-known interventions aimed at increasing attendance to

cancer screening among the most deprived, such as participatory or peer-led interventions, as well as digital interventions or decision aids, are effective. Multifaceted interventions were also associated with increased effect.

Our recommendations focus specifically on identifying and tackling a missing chain in the process of population reach and emotional engagement as a means of complementing already well-recognized interventions.

We recommend to:

1. Undertake an audience segmentation by identifying different tribes and their specific values, needs and emotional vectors.
2. Produce numerous messages:
 - tailored to each tribe;
 - addressing all the dimensions of a tribe;
 - using various channels of communication, adapted to the tribe: for example social media for some, interpersonal for others (22); written information alone can no longer meet the needs;
 - appropriately targeting the tribe's emotional motivation;
 - developed by each tribe (peer-produced) and for the whole tribe: a message clearly addressed to the multitude of other individuals in the tribe that increases the message's attractiveness. This may be particularly true for elderly seeking to alleviate social isolation (22).

To complement the previously described interventions, we believe that using new health communication strategies, designed for heterogeneous populations, could help in achieving the reach to tribes who do not attend screening, and may also help in tackling social inequities.

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iD

Aurelie Bourmaud  <https://orcid.org/0000-0002-2228-6471>

References

1. Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Roussot A, Dialla PO, Pornet C, Poillot M-L, et al. [Breast cancer screening in thirteen French departments]. *Bull Cancer (Paris)*. 2015; 102: 126–138.
2. Allary C, Bourmaud A, Tinquaut F, Oriol M, Kalecinski J, Dutertre V, et al. ColoNav: patient navigation for colorectal cancer screening in deprived areas—study protocol. *BMC Cancer*. 2016; 16: 416.
3. Bourmaud A, Soler-Michel P, Oriol M, Regnier V, Tinquaut F, Nourissat A, et al. Decision aid on breast cancer screening reduces attendance rate: results of a large-scale, randomized, controlled study by the DECIDEO group. *Oncotarget*. 2016; 7: 12885–12892.
4. Bourmaud A, Benoist Y, Tinquaut F, Allary C, Ramone-Louis J, Oriol M, et al. COLONAV: Navigateur de patients pour le dépistage du cancer colorectal dans les zones défavorisées [Internet]. Oral Communication, Congrès Adelf-Epiter, Rennes, France, 7–9 septembre 2016 [cited 2020 April 11]. Available from: https://adelfepiter2016.sciencesconf.org/data/pages/Programme_detaille_Communications_orales_et_affichees_juin_2016_2.pdf
5. Levi-Strauss C. *The Savage Mind*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1966.
6. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 4: CD001431.
7. Dougherty MK, Brenner AT, Crockett SD, Gupta S, Wheeler SB, Coker-Schwimmer M, et al. Evaluation of interventions intended to increase colorectal cancer screening rates in the United States: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018; 178: 1645–1658.
8. Morrow JB, Dallo FJ, Julka M. Community-based colorectal cancer screening trials with multi-ethnic groups: a systematic review. *J Community Health*. 2010; 35: 592–601.
9. Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. *Prev Med*. 2010; 50: 159–164.
10. Sunny A, Rustveld L. The role of patient navigation on colorectal cancer screening completion and education: a review of the literature. *J Cancer Educ*. 2018; 33: 251–259.
11. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: an approach to planned social change. *J Mark*. 1971; 35: 3–12.
12. Maffesoli M. *Tribalisme postmoderne*. Sociétés. 2011; 2: 7–16.
13. Moran MB, Walker MW, Alexander TN, Jordan JW, Wagner DE. Why peer crowds matter: incorporating

- youth subcultures and values in health education campaigns. *Am J Public Health*. 2017; 107: 389–395.
14. Scholz C, Jovanova M, Baek EC, Falk EB. Media content sharing as a value-based decision. *Curr Opin Psychol*. 2020; 31: 83–88.
 15. Paek H-J, Hove T, Jeon J. Social media for message testing: a multilevel approach to linking favorable viewer responses with message, producer, and viewer influence on YouTube. *Health Commun*. 2013; 28: 226–236.
 16. Hinyard LJ, Kreuter MW. Using narrative communication as a tool for health behavior change: a conceptual, theoretical, and empirical overview. *Health Educ Behav*. 2007; 34: 777–792.
 17. Braun LA, Zomorodbakhsch B, Keinki C, Huebner J. Information needs, communication and usage of social media by cancer patients and their relatives. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2019; 145: 1865–1875.
 18. Comello MLG, Farman L. Identity as a moderator and mediator of communication effects: evidence and implications for message design. *J Psychol*. 2016; 150: 822–836.
 19. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet Lond Engl*. 2010; 376: 1261–1271.
 20. Han CJ, Lee YJ, Demiris G. Interventions using social media for cancer prevention and management: a systematic review. *Cancer Nurs*. 2018; 41: E19–E31.
 21. Croager EJ, Gray V, Pratt IS, Slevin T, Pettigrew S, Holman CD, et al. Find cancer early: evaluation of a community education campaign to increase awareness of cancer signs and symptoms in people in regional Western Australians. *Front Public Health*. 2018; 6: 22.
 22. Chen Y-RR, Schulz PJ. The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2016; 18: e18.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Perspectives on the state of progress in population health intervention research: A diachronic reflection on the 2019 conference ‘PHIR to tackle social and territorial inequalities in health’

Erica Di Ruggiero

The last 20 years have seen several advances in the state of population health intervention research (PHIR). Several actors including researchers, practitioners, universities, research funding organizations and editors of scientific journals have contributed to its definition, and to the establishment of structural elements to increase the quantity, quality and use of this research by stakeholders, decision-makers and those responsible for developing public policies. PHIR is distinguished by its orientation towards an ‘intervention’ as the main object of study. Population health (PH) interventions include policies, programmes, events or other types of phenomena that operate within or outside the health sector. These interventions operate at the population level by affecting the underlying conditions that influence the distribution of health risks. PHIR uses scientific theories and methods to generate knowledge about these interventions and their effects on PH and health inequalities (1).

In this context, it is important to shed light on three themes: the relationship between PHIR and descriptive research in PH; the role of context in the study of interventions in PH; and future perspectives, especially the issue of reducing inequalities in the PHIR domain.

The relationship between PHIR and descriptive research

PHIR is often contrasted with the dominant research in PH, or that which describes the ecological and socioeconomic factors and other determinants of health or health inequalities, and not how best to intervene to reduce these inequalities. In order to evolve a field of research and give it a certain profile and scientific legitimacy, it is sometimes necessary to define it in terms of what it is not, or how it can

complement other fields of research. This sometimes-rigid delimitation between the study of health problems and the study of solutions (or interventions) – is it always useful, possible or necessary especially when the intervention is not easy to define? Is it above all a question of finding a better balance in terms of the quality, quantity, sustainable funding and in-depth capacity of PHIR researchers (including the training of new PHIR researchers in order to ensure its continuity)?

Several actors have called on this research, said to be complementary to descriptive research, to answer their vexing questions and propose solutions. This relationship, or even tension, between PHIR and descriptive research is certainly present but was not explicitly mentioned during the PHIR conference in 2019. The use of evidence is a major issue in PH (given the plurality and complexity of actors and sectors involved) – but which data are privileged in decision-making? What are their disciplinary origins? What is the positioning of data from intervention research? What disciplinary frameworks dominate and influence decision-making? Have we created sufficient demand for PHIR? Some participants in the conference evoked the lack of links between different disciplines in PH, especially in social sciences and humanities, and in epidemiology (which can be found elsewhere). This has consequences on the advancement of knowledge and can reduce the value of emerging fields of research such as PHIR which depend on interdisciplinary collaborations. It is a question of finding a better balance.

The role of context in studying population health interventions

For at least the past 20 years where there has been an interest in PHIR, there has also been

Associate Professor, Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Canada.

Correspondence to: Erica Di Ruggiero. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Health Sciences Building, 155 College Street, Room 408, Toronto, ON M5T 3M7, Canada. Email: e.diruggiero@utoronto.ca

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 93–95; 986778 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975920986778 journals.sagepub.com/home/ghp

discussion on how this research neglects context. References to context have mostly attracted attention in recent years, with the growing interest in complex interventions. One study concluded that with few exceptions, the emphasis on context was negligible (2). For some researchers (especially in the social sciences), the context is omnipresent and not a separate concept to better understand or privilege. In PH and PHIR, there was still no formal guidance on the consideration of context before the document published by the National Institute for Health Research/Canadian Institutes of Health Research (NIHR/CIHR) (3). But what do we mean by context with regard to PHIR? Several definitions conceive interventions and their relationship to context as social practices that are ‘created, delivered, adapted and experienced by people who influence, and are influenced by, the social, cultural, political and economic circumstances in which they live — circumstances which they also influence’ (3). What contextual features deserve the most attention in relation to interventions that can reduce health inequalities? It is not about creating an exhaustive list. The document prepared by NIHR/CIHR provides a summary of options. Contextual features are: social and economic, organizational, political, geographic and environmental. These different contextual aspects in PHIR remain to be evaluated, using valid theories and methods.

Several times during the conference, context and its importance for PHIR were discussed. Health inequalities are socially constructed, and their causes are often context-related – a key reason for understanding it better. As some participants pointed out, it is necessary to evaluate an interventional system (not a single intervention or one interventional ingredient at a time) (4). This approach does not separate the intervention from its context. From a perspective of co-construction, the actors in the field are essential to the development of the theory of this system of interventions. These medium-range theories can serve as a device and bridge between researcher(s) and actors to promote the important contextual features – for example, the decision-making context or the informal norms and rules of the game, and with consideration for the issues and constraints faced by stakeholders. The context must be treated as a dynamic research object to be better understood in connection with this system of interventions

(especially when it comes to complex interventions) and not as a threat to the fidelity of an intervention, something to control, ignore or not describe at all. This poses challenges for the application of research methods that consider the dynamic context and temporal aspects. For example, case studies and comparative studies within the territory, between regions and with other countries can be useful (3).

Outlook for the future

Several global challenges remain, most notably the reduction of health inequalities. Where does PHIR fit within these public policy and research agendas in PH? Which actors have an important role to play in promoting PHIR?

The 17 Sustainable Development Goals identified by the United Nations (UN) highlight the major global challenges linked to ‘poverty, inequalities, climate, environmental degradation, prosperity, peace and justice’ (5). The goals are interconnected and require an intersectoral and upstream approach so that no one is left behind. What is the added value of PHIR vis-à-vis the success of these objectives, especially the reduction of inequalities? Several interventions said to be effective (i.e. they have an effect on PH) are implemented by public and private actors as well as non-governmental organizations, but do not reduce inequalities. On the contrary, they continue (sometimes unintentionally) to accentuate these inequalities (6). How can we encourage and fund new research approaches that take context into account in the evaluation of interventions?

The call to action in the 2016 Ottawa Declaration from the ‘Sparkling solutions summit on population health intervention research’ offers some suggestions that are still relevant in 2021 (7). This call poses a challenge to researchers and scientific journals in PH. According to its authors, PHIR is evolving, but to maintain this momentum, several questions remain. Here are a few examples:

- ‘How can we better address the role of replication in intervention studies?’
- How should what constitutes the population health intervention under study and the relevant contextual elements that interact with the intervention be described (and the reduction of health inequalities)?

- What constitutes valid research designs and methodologies to study population health interventions, and valid tools to assess their impact?
- What are the relevant ethical issues that arise in complex intervention and implementation studies and in the use of novel population health methods? (Ethical issues often raise questions of equity and are essential to integrate into PHIR.)
- How can we encourage the publication of insignificant results, and of interventions that have not worked, in order to advance PHIR, as well as the knowledge and investments that result from it? (7)

In conclusion, researchers should be encouraged to describe their process more explicitly for developing intervention theory, especially when the intervention or the intervention system is complex and difficult to characterize. The review committees must be equipped with the appropriate evaluation criteria to assess this kind of PHIR. A PHIR funding strategy is progressive if it finances both researchers and research, the training of new researchers, knowledge-brokers, as well as the hybrid spaces that exist at the interface of research and practice, and which bridge the gap between the two. These spaces can facilitate collaborative and interdisciplinary PHIR programmes, co-governed by researchers and stakeholders, support mechanisms for reflection about what works, and

raise ethical questions and other issues that have an impact on equity.

References

1. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: I8–I14.
2. Shoveller J, Viehbeck S, Di Ruggiero E, Greyson D, Thomson K, Knight R. A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Crit Public Health*. 2016; 26: 5.
3. Craig P, Di Ruggiero E, Frohlich K, Mykhalovskiy E, White M, on behalf of the CIHR-NIHR Context Guidance Authors Group. Taking account of context in population health intervention research: Guidance for producers, users and funders of research [Internet]. UK National Institute for Health Research; 2018 [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/downloads/FullReport-CIHR-NIHR-01.pdf>
4. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019; 19: 339.
5. United Nations. The 17 Sustainable Development Goals. [Internet]. [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
6. Edwards N, Di Ruggiero E. Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scand J Public Health*. 2011; 39(Suppl 6): 43–49.
7. Di Ruggiero E, Potvin L, Allegrante JP, Dawson A, Verweij M, De Leeuw E, et al. Ottawa statement from the sparking solutions summit on population health intervention research. *Can J Public Health*. 2016; 107: e492–e493.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Reducing smoking in prisons: theoretical and methodological elements necessary for the co-construction of an intervention in a penitentiary context

C. Picot-Ngo, J. Kivits and K. Chevreul

As a revelation of social inequalities in health, smoking in prisons requires interventions aimed at reducing its prevalence, and being adapted to the penitentiary environment. As part of the TABAPRI intervention research, we mobilized a first sociological study in order to provide knowledge on this issue. A survey was carried out in three prisons, prior to the construction, implementation and evaluation phases of the intervention. This article describes on the one hand the methodological approach and, on the other hand, the conceptual and methodological contributions of sociology, to the construction of an intervention. Our work has particularly underlined the importance of setting up discussion spaces, allowing professionals and prisoners to jointly construct the intervention methods that contribute to reducing smoking in prison. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 8–14)

Facilitating and supporting the return to work after breast cancer: researcher-actor partnership in the process of modeling an intervention

J.-B. Fassier, S. Rouat, L. Guittard, G. Broc, J. Carretier, J. Peron, P. Sarnin, B. Fervers, L. Letrilliart, L. Lancelot, S. Baka and M. Lamort Bouché

Introduction: Returning to work after cancer promotes the restoration of social participation but presents various obstacles. The FASTRACS project aims to develop, implement and evaluate an intervention to facilitate job retention after breast cancer. The development of this intervention is based on the Intervention Mapping protocol. The objective of this article is to describe the contributions of the researcher-actor partnership in the intervention modeling process during the stages of the Intervention Mapping protocol.

Methods: The intervention development process was reconstructed chronologically by describing the methods used and the results obtained at each stage of the protocol thanks to the researcher-actor partnership.

Results: The Strategic Committee (SC) members were chosen by theoretical sampling from four categories of actors involved. A charter was co-written to structure a sustainable partnership. SC members assisted in the sampling of participants in the qualitative needs assessment survey and the interpretation of the results. The objectives of the intervention were prioritized according to their perceived importance and feasibility. The researchers and SC members evaluated the intervention tools and discussed the logic model of the intervention. The healthcare professionals participating in the SC facilitated the adhesion of the oncology teams participating in the intervention.

Discussion: The construction of the partnership made it possible to modify the representations of the researchers. Building trusting relationships took time and required a mutual understanding of each other's boundaries. It was difficult to integrate socially disadvantaged patients. The increased integration of patient-experts in the research should be encouraged.

Conclusion: Building a collaborative research partnership between researchers and actors requires time, methods, and dedicated funding. This investment is likely to improve the relevance, acceptability, legitimacy, and sustainability of the interventions developed. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 15–23)

Population health intervention research and the fight against social inequalities in health: partnerships 'in the making' from the *Case de Santé* in Toulouse, France

J.-C. Basson, N. Haschar-Noé, T. Lang, F. Maguin and L. Boulaghaf

This population health intervention research examines the modalities of the fight against social inequalities in health practiced by the *Case de Santé* in Toulouse (France). Created in 2006, based on a community health

approach, this membership organization includes a first-line health center and a health-rights center aimed at increasing individual and collective capacities to deal with the large number of destitute users-patients that it welcomes, in order to improve their health and living conditions. This experiment aimed at social change requires partnership arrangements that a bottom-up study, according to the principles of the sociology of organized action, can bring to light. It then appears that the difficulty lies in the articulation between, on the one hand, the creation, maintenance and proper functioning of institutional partnerships induced by the project and its funding and, on the other hand, the misalignments of the latter caused by associative intervention methods proposing an alternative health model. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 24–30)

Temporalities and knowledge appropriation in a partnership-based research approach: the gaps at work in the GREENH-City project

M. Porcherie, E. Faure, C. Bader, A. Roué Le Gall, S. Rican, Z. Héritage, Z. Vaillant, J. Simos, N. Cantorregi, N. Lemaire et M.-F. Thomas

This article examines the effects of the research partnership modalities of the GREENH-City project associating researchers with the WHO French Healthy Cities Network (FHCN). It offers an analysis of the appropriation of scientific knowledge related to the project by the FHCN member cities based on the knowledge sharing model. The article shows that a time lag can occur between the production and the use of data related to the project, and examines the methods of knowledge sharing as well as the practices of this intervention research. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 31–38)

A closer look at the modes of coordination to build a partnership aimed at reducing epistemic inequalities

E. Gaborit, P. Terral and J.-P. Génolini

This intervention research project analyzes the dynamics of engagement in the collaboration between human and social sciences researchers and oncology professionals, pilots of a therapeutic education system for patients on oral cancer medications.

Our endeavor is to analyze and reduce asymmetries of knowledge and power to promote working relationships between various areas of expertise. This article identifies more particularly the social and epistemic processes which cause evolution of the modes of coordination between actors. An ethnographic survey (by participant observation and interviews with respondents) of the three years of partnership allows identification within different collaborative arenas of the variability of the forms of translation between these actors and the methodological adjustments of the research when confronted with the challenges of intervention. Different mediation registers are mobilized by researchers, as well as by pilots, which impacts the forms of coordination. Our results show that negotiations and agreements are made without reaching maximalist coordination, which would allow joint promotion of PHIR. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 39–46)

Study on the transferability of a health education intervention in the HLM park: a transfer-proof research method to describe the key functions in a different way

F. Trévidy, D. Torrot-Arrocet, V. Brunie, M. Makdessi Peyronnie, J. Wolfrom, G. Brugidou and R. Gagnayre

The transferability of health interventions is an essential issue for reducing social inequalities in health. But these interventions are complex and their effectiveness is not guaranteed when transferred from one context

to another. Describing key functions of the interventions contributes to better transferability. However, this rarely relies on a method that allows for intervention design in a transfer situation.

This article explains the methodological process allowing for the identification of key functions of interventions in a transfer situation, and their variations, called ‘handover elements’ (HE).

We drew on collaborative design-oriented research (DoR) aimed at designing an educational intervention for elderly social housing tenants, enabling them to decide and act to tailor their housing to their needs.

Two cycles are carried out with research committees bringing together researchers, tenants and professionals. Several collaborative steps were necessary: studying the context of a social enterprise for housing (ESH1) and creating a common culture; the training of professionals involved in the educational intervention; the variation of the model according to the transferability criteria of ASTAIRE (a tool built to analyze the transferability of health promotion interventions); identification of variations and stable elements of the model at the time of transfer; identification of the key functions of the model and its ‘handover elements’.

Tested by transfer cycles, the intervention is described in four categories of key functions, broken down into HE. HEs are results from the DoR deemed significant by research stakeholders. These are explanatory phenomena revealing situations that should be foreseen in order to succeed in the transfer and make the intervention effective. They confer meaning to the key functions, so that actors wishing to transfer the intervention into their context can better prepare for it. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 47–55)

Taking into account social inequalities in health in the evaluation of videoconferencing programs designed to promote physical activity in patients undergoing cancer treatment

O. Aromatario, C. Charles, P. Moysan, F. Alla and L. Cambon

Taking into account social inequalities in health (SIH) is one of the preoccupations of health programs. Those programs developed from digital interfaces require a specific look at SIH linked to the characteristics of the tool. This commentary aims to present an innovative analysis method of SIH in digital devices, based on an intervention theory, on an example of a program using a digital videoconferencing interface for the development of physical activity in oncology patients. It illustrates the interest and feasibility of mobilizing healthcare and research stakeholders around a simple assessment and reflection tool, for a concrete and immediately available clinical outcome towards reducing SIH. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 56–58)

The challenges of including patients and the public in intervention research to tackle social inequalities in health

L. Beaubrun en Famille Diant, M.-A. Durand, V. Witkowski, M. Dordonne Honoré, N. Clastres, C. Linon, P. Journet, B. Netens and A. Lamouroux

The involvement of patients and the public (IPP) in intervention research is essential but presents challenges to overcome. IPP requires ethical and collegial reflection prior to the design of the study, the means, and an appropriate governance in order to take into account the collective and individual issues underlying this new partnership. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 59–61)

Lessons from a conference: the epistemic and political issues of population health intervention research

P. Terral, C. Ferron and L. Potvin

This text explores two major issues, involving both epistemic and political questions that seem to be major for the sustainable establishment of population health intervention research (PHIR) as a field of health research. We question the notion of ‘evidence’ by showing the interest for a both demanding and open apprehension of this category in the context of the plural expertise specific to PHIR which aims for more fluid and extensive modes of coordination between researchers, decision-makers, stakeholders and beneficiaries of interventions, whose relationships are potentially marked by epistemic inequalities. We then question the nature of these partnerships by inviting a more in-depth analysis of the dynamics of their collaboration. It does indeed seem relevant to consider both the temporal sequences, but also the different scales of context marking the modes of coordination between the expert-actors of the mechanism considered. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 62–65)

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Ante los desafíos de la prevención, una movilización de los institutos franceses para la investigación de intervención en salud de las poblaciones

Norbert Ifrah¹, Gilles Bloch² y Jérôme Salomon³

Está científicamente demostrado que la prevención, fuente de salud, bienestar y equidad, debe ser el centro de las políticas de salud. La estrategia nacional de salud la convirtió en su primer eje de acción¹. Las expectativas hacia la investigación en prevención son cada vez mayores y plantean numerosos desafíos. Si muchos tipos de cáncer tienen factores de riesgo con un nivel de evidencia elevado, para otros, tales factores de riesgo aún están por identificar (1). Este primer desafío, bien importante, de la investigación en prevención no es el único.

La prevención de los factores de riesgo es crucial para el cáncer, pero también para ciertas enfermedades crónicas. En Francia, el 41 por ciento de los cánceres podrían evitarse (2) porque están relacionados con entornos y comportamientos en los cuales las acciones de prevención eficaces son posibles: cigarrillo, consumo de alcohol, alimentación desequilibrada, sedentarismo, sobrepeso, algunas infecciones, exposición a los rayos UV sin protección, exposiciones profesionales y ambientales, etc. Muchos avances se han logrado en estas áreas que merecen ser prolongados con base en las buenas experiencias y en los programas de prevención exitosos², a través de la creación de dispositivos innovadores de intervención. Como soporte, la investigación debe ayudar a comprender mejor cómo actuar sobre los determinantes individuales, colectivos y socioambientales de la salud, y a desarrollar una visión susceptible de cuantificar el impacto esperado de diferentes medidas de prevención, de priorizarlas y de actuar sobre las más viables.

La detección es otro de esos aspectos. La palanca esencial de la lucha contra ciertos cánceres es

indudablemente un campo de investigación fértil: hacer que la adhesión a la detección sea natural independientemente de las categorías sociales o profesionales, o de la relación con la salud, muy influenciada por la educación, constituye un verdadero desafío al igual que la identificación más segura y precoz de las lesiones que serán agresivas.

Adicionalmente, si bien el último decenio permitió progresos significativos en términos de tratamiento, como lo demuestra el desarrollo de la inmunoterapia y su impacto sobre la calidad de vida (3), el acompañamiento de las personas afectadas por un cáncer y el de sus familiares deben ser igualmente facilitados. La mejora de su calidad de vida, la atenuación de las secuelas de la enfermedad y de los tratamientos, así como la reinserción a la vida social o profesional constituyen una prioridad de la lucha contra el cáncer. Este es un tercer aspecto de la investigación en prevención, aquí la prevención terciaria (1).

Para destacar esos tres aspectos, es necesario conocer los modelos de intervención susceptibles de desarrollar entornos y comportamientos favorables a la salud, de restaurar la confianza en los discursos públicos y de acompañar a los enfermos y su entorno (3), acercando el conjunto de estas acciones dentro de una perspectiva de equidad.

Este es uno de los objetivos de la investigación de intervención en salud de la población (IISP) orientada hacia la acción y conducida por investigadores en alianza con los actores para la intervención, cuidadores, pacientes, ayudantes, responsables públicos de la toma de decisiones y comunidades

1. Presidente del Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France.

2. Presidente-Director General del Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Paris, France.

3. Director General de la Salud, Paris, France.

Correspondencia a: Norbert Ifrah, Président de l'Institut national du cancer (INCa), 52 avenue André Morizet, Boulogne-Billancourt, 92513, France. Email: nifrah@institutcancer.fr

poblacionales. La diversidad de actores da forma a los proyectos de la IISP, demuestra la riqueza de esta investigación y le confiere un lugar privilegiado para observar, analizar e intervenir de manera precisa en los diferentes contextos y poblaciones. Aunque estas intervenciones son, por ellas mismas, sistemas complejos en interacción con su contexto o 'sistemas de intervención' (4), la IISP hace avances considerables sobre la comprensión de los mecanismos así puestos en juego, un elemento clave para su transferibilidad.

La IISP es también, y sobre todo, una herramienta prometedora para pensar en intervenciones capaces de luchar contra las inequidades sociales y territoriales de salud y no acentuarlas. Muchas acciones benefician especialmente a las personas favorecidas socialmente, dotadas de recursos socioeconómicos que las hacen más aptas a acceder y utilizar los sistemas. En Francia, los riesgos de cáncer de labios-boca-faringe, de laringe y de pulmón han aumentado en más del 50 % entre los hombres más desfavorecidos y los que pertenecen a categorías socio-profesionales más elevadas (2). Estas inequidades conciernen cada etapa del continuo, de la prevención de riesgos hasta la vida después de la enfermedad. Lejos de limitarse a las exposiciones y factores únicos, la IISP les otorga un lugar importante a los determinantes sociales, económicos y medioambientales (5,6). Este enfoque es indispensable para promover la equidad en salud y la lucha contra las inequidades sociales y territoriales de la salud, en las acciones que se realicen dentro del campo de la salud y por fuera de este.

El Instituto nacional de cáncer (INCa), con el apoyo de la Dirección General de la Salud de Francia (DGS) y en colaboración con sus socios, fue pionero en el país en desarrollar la IISP. Estos diez últimos años, el INCa ha financiado más de 90 proyectos de IISP, de los cuales 53 surgieron como respuesta a una convocatoria específica cuyo presupuesto se eleva hoy a más de 14 millones de euros. Unos veinte proyectos "semilla"³ han sido también apoyados. Estos proyectos permiten el surgimiento de nuevas cuestiones de investigación y de reforzar las alianzas, un reto para garantizar la calidad de los otros proyectos que se desarrollen posteriormente. La lucha contra las inequidades ocupa un lugar importante en la convocatoria de proyectos IISP. Más de un tercio de estos trabajos aborda, en efecto, las inequidades en salud en diferentes niveles, tomando

como objetivo los factores individuales así como los determinantes socioeconómicos y ambientales.

Desde su creación en el 2007, el Instituto para la Investigación en Salud Pública (IReSP) y sus aliados, apoyan proyectos de investigación cuyos resultados permiten actuar sobre los determinantes de la salud para todas las patologías. Es en este proceso que la IReSP ha financiado hasta ahora 91 proyectos de investigación de intervención en salud de la población. De estos, 36 incluyen la cuestión de las inequidades sociales en salud (entre ellos, una decena de contratos de definición o proyectos semilla y redes de investigación) a través de 30 convocatorias diferentes. Esto representa cerca de 5 millones de euros dedicados a la lucha contra las inequidades en salud en los campos de la prevención y de la promoción de la salud, de la lucha contra las adicciones o de la pérdida de autonomía.

La IISP en Francia está, entonces, decididamente orientada hacia la cuestión de las inequidades sociales y territoriales de la salud. Después de una decena de años de desarrollo de este campo de investigación, es pertinente cuestionar en la práctica su contribución a la lucha contra las inequidades. Es en este contexto que el INCa, en colaboración con la IReSP y el instituto de investigaciones francés Inserm, y con el apoyo de la DGS, organizó un encuentro internacional el 10 y el 11 de enero del 2019 en París. Tuvimos el inmenso placer de recibir cerca de 300 investigadores, profesionales, responsables de la toma de decisiones y ciudadanos para emprender una reflexión transversal y debatir sobre la contribución de la investigación de intervención en salud de la población y en la lucha contra las inequidades sociales y territoriales de la salud.

Este encuentro se inscribió en la línea de nuestras acciones para promover la red científica de la IISP dentro de la comunidad francófona. Es el cuarto coloquio IISP organizado por el INCa, después del de 2010, uno de los primeros en Francia, sobre las 'inequidades frente al cáncer: investigar e intervenir'; el del 2014, sobre el 'trabajo conjunto de los investigadores, responsables de la toma de decisiones y actores en el terreno', y el del 2016 sobre los 'conceptos, métodos, aplicaciones y perspectivas de la IISP y en el campo de las enfermedades transmisibles y del cáncer'. Esta edición del 2019 fue pensada por un panel de expertos de diversos horizontes, a imagen de las alianzas disciplinarias y multiactorales propias de la IISP, y presidida por

Louise Potvin, una de las científicas fundadoras de este campo de investigación en Canadá (7).

Con esta edición especial se propone prolongar la reflexión sobre las formas de abordar y de ejecutar las intervenciones, así como de esbozar las perspectivas de la investigación de intervención como herramienta de lucha contra las inequidades. Este número cuestiona el estado de la práctica de la IISP, ahora que ha sido promovida, desde hace unos diez años, como una ciencia fundamental para progresar contra las inequidades en salud. Con un contenido a la vez conceptual y práctico, esta edición está destinada tanto a la comunidad científica como a los responsables de la toma de decisiones, a los intervinientes y a toda persona interesada en la promoción de la salud, con la esperanza de reequilibrar de mejor manera las inversiones en nuestro sistema de salud en favor de la prevención.

Notas

1. Enlace hacia el documento de la estrategia nacional de salud en Francia 2018-2022: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
2. Cf. por ejemplo con el portal de salud pública de Francia sobre los datos prometedores y evidentes en promoción de la salud: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
3. El proyecto semilla es el preámbulo de un proyecto completo. Busca, por ejemplo, estructurar una alianza entre equipos de investigación y actores / profesionales en el terreno, elaborar cuestiones de investigación y diseñar la investigación y la intervención. El financiamiento, de una duración de 12 ó 18 meses y de un monto máximo de 50.000 euros, permite a los investigadores y sus

asociados, especialmente jóvenes investigadores titulares, interesados en la investigación de intervención, construir un proyecto que tenga la vocación de ser sometido a las próximas ediciones de la convocatoria de proyectos específica.

Referencias

1. Bourdillon F, Tubiana M. *Traité de prévention*. Paris: Médecine Sciences Publications; 2009; 421 p.
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine [Internet]. Lyon: IARC; 2018 [citado el 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://gco.iarc.fr/resources/paf-france_fr.php.
3. Faury S, Foucaud J. Health-related quality of life in cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors: a systematic review on reporting of methods in randomized controlled trials. *PLoS One*. 2020; 15: e0227344.
4. Berns A, Ringborg U, Celis JE, Heitor M, Aaronson NK, Abou-Zeid N, et al. Towards a cancer mission in Horizon Europe: recommendations. *Mol Oncol*. 2020; 14: 1589–1615.
5. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health* [Internet]. 2019. Disponible en: <http://proxy.insermbiblio.inist.fr/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=edsgao&AN=edsgcl.581384643&lang=fr&site=eds-live>
6. Petticrew M, Viehbeck S, Cummins S, Lang T. À mêmes mots, sens différents – les difficultés de la terminologie épidémiologique avec la recherche en interventions en santé des populations. *Revue d'épidémiologie et de santé p*. 2016; 64(Suppl 2): S43–S54.
7. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 8.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Investigación, alianzas, intervención: el tríptico de la investigación de intervención en salud de la población

Louise Potvin¹, Christine Ferron², Philippe Terral³, Erica Di Ruggiero⁴,
Iris Cervenka⁵ y Jérôme Foucaud⁵

La equidad en salud está en el corazón de la promoción de la salud. Esta exigencia ha sido su distinción fundamental desde la carta fundacional de Ottawa, en 1986, hasta la más reciente declaración de Rotorua en el 2019. La investigación de intervención en salud de la población (IISP), también conocida como la ciencia “de las soluciones” ejerce un papel fundamental en el desarrollo de las políticas públicas y de las intervenciones para luchar con eficacia contra las inequidades y no acentuarlas. Esta investigación científica se interesa en la concepción, la implementación, la evaluación, la adaptación, la transferibilidad y la perennidad de las intervenciones destinadas a mejorar la salud de la población, con el fin de producir conocimientos válidos y útiles socialmente. Este enfoque científico comprende las intervenciones como “eventos en los sistemas” (1) y presupone su desarrollo en una dinámica de co-construcciones que combina saberes plurales. Aunque la evaluación científica de las intervenciones en salud tiene una larga historia, la necesidad de una mejor comprensión de cómo intervenir considerando los determinantes de salud en dichas intervenciones (2) solo apareció recientemente. Comenzó en Canadá (3), se desarrolló en el plan internacional desde hace una quincena de años y hoy dispone de fundamentos teóricos y de una base de competencias (4) que demuestran su dinamismo.

Actualmente, con la retrospectiva adquirida en este tipo de investigación, se hace necesario cuestionar en la práctica su contribución a la lucha contra las inequidades, y fomentar una reflexión metodológica para mejorarla. Fue en este contexto en el que se

organizó el coloquio internacional francófono ‘La investigación de intervención para luchar contra las inequidades sociales y territoriales de salud’. Esta edición especial compara los trabajos y análisis que surgieron de dicho encuentro. Elaborada por investigadores, responsables de la toma de decisiones e intervinientes de la promoción de la salud, su formato integra una pluralidad de culturas de redacción. El objetivo de esta publicación es, de una parte, presentar la diversidad de prácticas de la investigación de intervención en salud de la población para progresar en la lucha contra las inequidades y en el desarrollo de la equidad en salud. Y por otra parte, capitalizar las reflexiones surgidas en este coloquio para ir más lejos en el análisis, con la producción de artículos científicos y de comentarios sobre los aportes de la IISP en este campo. La publicación cuestiona en particular las posturas, las teorías y los métodos de investigación sobre las intervenciones, los tipos de alianzas entre los investigadores, los responsables de la toma de decisiones y los actores implicados en las intervenciones, así como las prácticas de planificación y ejecución de las intervenciones que se centran en la equidad en salud.

Posturas y métodos de investigación adaptados al contexto

El conjunto de artículos y de comentarios reunido en este número refleja la gran diversidad de enfoques y métodos de investigación que moviliza la IISP para la producción de conocimiento sobre las formas de reducir las desigualdades, que

1. Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
2. Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnès), Saint-Denis, Île-de-France, France.
3. Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, France.
4. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.
5. Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France.

Correspondencia a: Jérôme Foucaud, Institut national du cancer (INCa), 52 avenue André Morizet, Boulogne-Billancourt, 92513, France. Email: jfoucaud@institutcancer.fr

van desde el diseño de ensayo aleatorizado (Giraudeau y Alberti) hasta los métodos participativos (Picot-Ngo *et al.*), pasando por el desarrollo de cuadros de análisis a partir de las teorías de intervención (Aromatario *et al.*).

Estos métodos, relacionados con posiciones teóricas y disciplinarias distintas, responden a una pluralidad de cuestiones de investigación (creación, factibilidad, implementación, adaptación de un modelo existente, evaluación), pero también y sobre todo, a una gran diversidad de contextos que configuran la intervención, a partir de los cuales se deben pensar las preguntas de investigación y los enfoques para solucionarlas. Las investigaciones toman así giros singulares sea que se considere el medio penitenciario (Picot-Ngo *et al.*) o los sistemas de salud (Louart *et al.*).

Alianzas multidisciplinarias y pluriprofesionales expuestas a un sinnúmero de desafíos

Establecer y administrar alianzas es un aspecto a la vez crítico y distintivo de la IISP, relacionado en particular con las intervenciones dirigidas a la equidad en salud. A través de casos prácticos y análisis más conceptuales, este número explora lo que pueden aportar una alianza (Fassier *et al.*) y la interdisciplinariedad (Basson *et al.*) en IISP, así como los desafíos a los que se enfrentan las diferentes partes de una alianza (Beaubrun en Famille Diant *et al.*). Este número cuestiona igualmente las modalidades de apropiación del conocimiento científico y su desfase en el tiempo de producción de los resultados (Porcherie *et al.*). Teniendo en cuenta que las asociaciones son fenómenos dinámicos, hay que darle toda la importancia a la dimensión temporal (Gaborit *et al.*).

Intervenciones que buscan la equidad en salud mediante el empoderamiento

En el cuerpo de este número especial se plantea la cuestión de la producción de intervenciones para reducir las inequidades y producir la equidad en salud. Sea en el sector de la salud o por fuera de este,

el empoderamiento de las partes interesadas es el motor para el desarrollo de tales intervenciones. Se presentan dos investigaciones de intervención que estudian una intervención transferida dentro de empresas sociales por el hábitat enfocada en los residentes mayores de la vivienda social (Trévidy *et al.*), y las modalidades de comunicación que estimulan la participación en campañas de detección del cáncer (Bourmaud y Chauvin).

Conclusión

Para cerrar la edición especial, y a partir de los intercambios que surgieron durante el coloquio, se exploran dos reflexiones determinantes para la orientación y la evolución epistemológica de las IISP: la noción de “evidencia” y la naturaleza de las alianzas entre investigadores, quienes toman las decisiones, intervinientes y beneficiarios de las intervenciones (Terral *et al.*).

Francia, y especialmente el Instituto nacional de cáncer (INCa) y sus aliados, han invertido de manera significativa en este nuevo campo que es la investigación de intervención en salud de la población. Por su naturaleza esencialmente aplicada y orientada hacia la exploración de soluciones durables en la población, la IISP propone una finalidad para la investigación que está directamente relacionada con la mejora de las condiciones de vida equitativas de nuestros conciudadanos. Este objetivo de la investigación de intervención contribuye directamente con la misión del INCa de mejorar la salud de los franceses mediante la investigación. Sin embargo, esta investigación plantea desafíos particulares que requieren soluciones originales y aportan a la construcción de este campo. El coloquio y esta edición especial reafirman el dinamismo y el liderazgo de todos los actores implicados en el progreso de esta investigación y en convertirla en una herramienta indispensable para la promoción de la equidad en salud.

Referencias

1. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*. 2008; 336: 1281–1283.
2. Petticrew M, Viehbeck S, Cummins S, Lang T. À mêmes mots, sens différents—les difficultés de la terminologie épidémiologique avec la recherche en interventions en

-
- santé des populations. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016; 64: S43–S54.
3. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: I8–I14.
 4. Riley B, Harvey J, Di Ruggiero E, Potvin L. Building the field of population health intervention research: the development and use of an initial set of competencies. *Prev Med Rep*. 2015; 2: 854–857.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Perspectivas sobre el avance de la investigación de intervención en salud de la población: una reflexión diacrónica a raíz del coloquio 2019 ‘La investigación de intervención en salud poblacional, una herramienta para luchar contra las inequidades sociales y territoriales de salud’

Erica Di Ruggiero

Durante los últimos 20 años se ha avanzado notablemente en la investigación de intervención en salud poblacional (IISP). Muchos actores, entre ellos los investigadores, los profesionales, las universidades, los organismos que financian la investigación y los jefes de redacción de revistas científicas han contribuido a su definición y a establecer elementos estructurantes para aumentar la cantidad, la calidad y la utilización de esta investigación por los intervinientes, por quienes toman las decisiones y por los responsables de la elaboración de las políticas públicas. La investigación de intervención se destaca por su orientación sobre una ‘intervención’ como objeto principal de estudio. Las intervenciones en salud de la población comprenden políticas, programas, eventos u otra clase de fenómeno que operan en el sector de la salud o por fuera de él. Estas intervenciones tienen un impacto en la población al afectar las condiciones subyacentes que influyen en la distribución de riesgos en salud. La IISP se basa en teorías y métodos científicos para producir conocimiento sobre estas intervenciones y sus efectos en la salud de la población y en las inequidades en salud (1).

En este contexto, resulta importante aclarar tres temáticas: la relación entre la investigación de intervención y la investigación descriptiva en salud poblacional, el papel del contexto en el estudio de intervenciones en salud de la población y las perspectivas para el futuro, sobre todo la problemática de la reducción de las inequidades en el campo de la IISP.

La relación entre la investigación de intervención y la investigación descriptiva

Con frecuencia se opone la investigación de intervención a la investigación que predomina en salud

de la población, es decir, aquella que describe los factores ecológicos, socioeconómicos y otros determinantes de la salud o inequidades en salud y no aquella que busca cómo intervenir mejor para disminuir esas inequidades. Con el fin de hacer evolucionar un campo de investigación y darle un cierto perfil y una legitimidad científica, muchas veces hay que definirlo de acuerdo con lo que no es, o cómo este puede complementar otros campos de investigación. Esta demarcación a veces rígida entre el estudio de los problemas en salud y el estudio de soluciones (o intervenciones), ¿es siempre útil, posible o necesaria, sobre todo cuando la intervención no es fácil de definir? ¿Se trata sobre todo de una cuestión de encontrar un mejor equilibrio en cuanto a la calidad, la cantidad, el financiamiento durable y la capacidad profunda de quienes realizan la investigación de intervención (incluyendo la capacitación de nuevos investigadores en este campo con el fin de asegurar su continuidad)?

Muchos actores han recurrido a esta investigación, llamada complementaria a la descriptiva, para responder a sus inquietudes vejatorias y proponer soluciones. Esta relación, o incluso tensión, entre la investigación de intervención y la investigación descriptiva está con seguridad presente pero no fue explícitamente mencionada durante el coloquio de IISP en el 2019. El uso de evidencia es un desafío importante en salud de la población (por la pluralidad y la complejidad de los actores y los sectores implicados), pero ¿qué datos se tienen en cuenta en primera instancia a la hora de tomar las decisiones? ¿En qué consisten sus orígenes disciplinarios? ¿Qué lugar ocupan los datos provenientes de la investigación de intervención? ¿Qué marcos disciplinarios dominan e influyen en la toma de decisiones? ¿Hemos generado

Escuela de Salud Pública Dalla Lana, de la Universidad de Toronto, Toronto, Ontario, Canadá.

Correspondencia a : Erica Di Ruggiero. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Health Sciences Building, 155 College Street, Room 408, Toronto, Ontario, M5T 3M7, Canada. Email: e.diruggiero@utoronto.ca

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 106–108; 986777 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975920986777 journals.sagepub.com/home/ghp

una demanda suficiente para la investigación de intervención? Algunos participantes en el coloquio mencionaron la falta de vínculos entre diferentes disciplinas en salud de la población (sobre todo en ciencias sociales y humanas y en epidemiología), lazos que encontramos en otros sectores. Esto trae consecuencias para el avance del conocimiento y puede hacer retroceder la valorización de campos de investigación emergentes, como la investigación de intervención, que dependen de colaboraciones interdisciplinarias. Solo hay que encontrar un mejor equilibrio.

El papel del contexto en el estudio de intervenciones en salud de la población

Desde hace al menos unos veinte años que nos interesamos en la investigación de intervención, discutimos igualmente cómo esta investigación deja de lado el contexto. Las referencias al contexto han comenzado a atraer la atención estos últimos años, con un creciente interés en las intervenciones complejas. Un estudio concluyó que, con ciertas excepciones, la importancia que se le daba al contexto era insignificante (2). Para algunos investigadores (sobre todo en ciencias sociales), el contexto es omnipresente y no un concepto aislado para comprender mejor o por privilegiar. En salud de la población y en investigación de intervención, antes de que se publicara el documento de los institutos NIHR/IRSC (3), no existía ninguna directiva formal para tener en cuenta el contexto. Pero ¿qué entendemos por contexto cuando se trata de la investigación de intervención? Varias definiciones conciben las intervenciones y su relación con el contexto como prácticas sociales que son “establecidas, adaptadas y vividas por personas influenciadas por las circunstancias sociales, culturales, políticas y económicas en las que viven – circunstancias que ellas influyen igualmente” (3). ¿Qué aspectos contextuales merecen la mayor atención con respecto a las intervenciones que pueden disminuir las inequidades en salud? No se trata de hacer una lista exhaustiva. El documento preparado por NIHR/IRSC propone una síntesis de opciones. Los aspectos contextuales son de orden: social y económico, organizacional, político, geográfico y ambiental. Falta evaluar estos diferentes aspectos contextuales en investigación de intervención utilizando teorías y métodos válidos.

En varias ocasiones durante el coloquio, se trató el contexto y su importancia para la investigación de intervención. Las inequidades en salud se construyen socialmente y sus causas suelen estar relacionadas con el contexto, una razón clave para comprenderlo mejor. Algunos participantes insistieron en que hay que evaluar un sistema de intervención (y no una intervención discreta o un ingrediente de intervención a la vez) (4). Por definición, este enfoque no aparta la intervención de su contexto. Desde una perspectiva de co-construcción, los actores en el terreno son fundamentales para el desarrollo de la teoría de este sistema de intervenciones. Estas teorías de alcance intermedio pueden servir como dispositivo y puente entre el (los) investigador(es) y los actores para valorizar las propiedades contextuales importantes, por ejemplo, el contexto de la toma de decisiones o las normas y reglas de juego informales, teniendo en cuenta los retos y limitaciones a los que se enfrentan los intervinientes. Hay que tratar el contexto como objeto de investigación dinámica que se debe comprender mejor en relación con este sistema de intervenciones (especialmente cuando se trata de intervenciones complejas) y no como una amenaza a la fidelidad de una intervención, algo a controlar, a ignorar o a no describir en absoluto. Esto plantea problemas para la aplicación de métodos de investigación que tienen en cuenta el contexto dinámico y los aspectos temporales. Por ejemplo, aquí pueden ser útiles los estudios de caso y los estudios comparativos en el territorio, entre regiones y con otros países (3).

Perspectivas para el futuro

Quedan muchos desafíos a escala mundial, sobre todo, la reducción de las inequidades en salud. ¿Cuál es el lugar de la IISP en estas agendas de políticas públicas y de investigación en salud de la población? ¿Quiénes juegan un papel importante en la promoción de esta investigación de intervención?

Los 17 objetivos de desarrollo sostenible identificados por la ONU subrayan los grandes desafíos mundiales relacionados con “la pobreza, las inequidades, el clima, la degradación ambiental, la prosperidad, la paz y la justicia” (5). Los objetivos están interconectados y requieren un enfoque intersectorial y ascendente para no dejar a nadie atrás. ¿Cuál es el valor agregado de la investigación de intervención frente al logro de estos objetivos, sobre

todo el de la reducción de las inequidades? Muchas intervenciones consideradas eficaces (es decir que tienen un efecto sobre la salud de la población) han sido implementadas por actores públicos, privados y por organizaciones no gubernamentales, pero no reducen las inequidades. Por el contrario, continúan (en ocasiones involuntariamente) acentuando dichas inequidades (6). ¿Cómo fomentar y financiar nuevos enfoques de investigación que tengan en cuenta el contexto en la evaluación de intervenciones?

El llamado a la acción en la Declaración de Ottawa del 2016, a raíz de la cumbre ‘Provocar soluciones sobre la investigación de intervención en la salud de la población’, ofrece algunas sugerencias aún pertinentes en el 2021. Es un desafío para los investigadores y para las revistas científicas especializadas en salud de la población. De acuerdo con sus autores, la investigación de intervención está en plena evolución, pero para mantener este impulso hay que resolver varias inquietudes. Estos son algunos ejemplos:

- “¿Cómo podemos tener aún más en cuenta el papel de la replicación en los estudios de intervención?
- ¿Cómo deberíamos describir lo que constituye la IISP que se estudia y los elementos contextuales pertinentes que influyen en la intervención (y la reducción de las inequidades en salud)?
- ¿Cuál es el conjunto de teorías y de métodos de investigación válidos para estudiar las intervenciones en salud de las poblaciones y sus efectos sobre las inequidades en salud?
- ¿Cuáles son las cuestiones éticas pertinentes que plantean los estudios de intervención y de aplicación complejos, y el uso de nuevos métodos de investigación en salud de las poblaciones? (Con frecuencia las inquietudes éticas plantean cuestiones de equidad y es importante integrarlas en la IISP).
- ¿Cómo motivar la publicación de resultados no significativos o de intervenciones que no han funcionado con el fin de que la investigación de intervención avance, así como los conocimientos y las inversiones que de ella se derivan?” (7)

En conclusión, es necesario motivar aún más a los investigadores para que describan de manera más explícita su proceso de desarrollo de la teoría de la intervención, especialmente cuando la intervención o el sistema de intervención es complejo y difícil de caracterizar. Hay que dotar a los comités de

investigadores con los criterios de evaluación apropiados para analizar este tipo de investigación de intervención. Una estrategia de financiación de investigación de intervención es progresiva si ella apoya a la vez a los investigadores y a la investigación, así como a la capacitación de nuevos investigadores, de agentes de intercambio de conocimientos y de espacios híbridos que están en la interfaz de la investigación y del medio práctico y que hacen el puente entre los dos. Estos espacios pueden facilitar programas de investigación de intervención colaborativa e interdisciplinaria, codirigidos por investigadores e intervinientes, apoyar mecanismos de reflexión sobre lo que realmente funciona y plantear cuestiones éticas y otros dilemas que tienen un impacto en la equidad.

Referencias

1. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009; 100: 118–114.
2. Shoveller J, Viehbeck S, Di Ruggiero E, Greyson D, Thomson K, Knight R. A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Crit Public Health*. 2016; 26: 5.
3. Craig P, Di Ruggiero E, Frohlich K, Mykhalovskiy E, White M, on behalf of the CIHR-NIHR Context Guidance Authors Group. The CIHR-NIHR Context Guidance Authors (listed alphabetically): Rona Campbell, Steven Cummins, Nancy Edwards, Kate Hunt, Frank Kee, Charlotte Loppie, Laurence Moore, David Ogilvie, Mark Petticrew, Blake Poland, Valery Ridde, Jeannie Shoveller, Sarah Viehbeck, Daniel Wight. Taking Account of Context in Population Health Intervention Research: Guidance for Producers, Users and Funders of Research. UK National Institute for Health Research; 2018 [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/downloads/FullReport-CIHR-NIHR-01.pdf>.
4. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019; 19: 339.
5. United Nations. The 17 Sustainable Development Goals [Internet] [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
6. Edwards N, Di Ruggiero E. Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scand J Public Health*. 2011; 39(Suppl 6): 43–49.
7. Di Ruggiero E, Potvin L, Allegrante JP, Dawson A, Verweij M, De Leeuw E, et al. Ottawa statement from the sparking solutions summit on population health intervention research. *Can J Public Health*. 2016; 107: e492–e493.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Reducir el consumo de cigarrillo en las cárceles: elementos teóricos y metodológicos necesarios para la co-construcción de una intervención en el contexto penitenciario

C. Picot-Ngo, J. Kivits y K. Chevreul

Indicador de las inequidades sociales en salud, el consumo de cigarrillo en los establecimientos penitenciarios exige intervenciones que se orienten a su reducción y que se adapten a las especificaciones del medio carcelario. En el marco de la investigación de intervención TABAPRI, realizamos un primer estudio sociológico con el fin de aportar los conocimientos sobre esta problemática. Desarrollamos un estudio en tres prisiones previo a las fases de construcción, implementación y evaluación de la intervención. Este artículo describe, de un lado, el proceso metodológico, y del otro, la contribución de la sociología, con sus aportes conceptuales y metodológicos, a la construcción de una intervención. Nuestro trabajo resaltó sobre todo la importancia de adaptar los espacios de intercambio que les permitan a los profesionales y a los detenidos construir juntos las modalidades de intervención que ayuden a disminuir el consumo del cigarrillo en prisión. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 8–14)

Facilitar y apoyar el regreso al trabajo después de un cáncer de seno: asociación investigadores-actores en un proceso de modelización de una intervención

J.-B. Fassier, S. Rouat, L. Guittard, G. Broc, J. Carretier, J. Peron, P. Sarnin, B. Fervers, L. Létrilliart, L. Lancelot, S. Baka y M. Lamort Bouché

Introducción: Retomar el trabajo después de un cáncer ayuda al restablecimiento de la participación social, pero significa también enfrentarse a diferentes obstáculos. El proyecto FASTER busca desarrollar, implantar y evaluar una intervención para facilitar la retención del empleo después de un cáncer de seno. El desarrollo de la intervención se basa en el protocolo Mapeo de intervenciones. El objetivo de este artículo es el de describir las contribuciones de la asociación investigadores-actores en el proceso de modelización de la intervención durante las etapas del protocolo Mapeo de intervenciones.

Métodos: El proceso de desarrollo de la intervención fue reconstituido de forma cronológica describiendo los métodos utilizados y los resultados obtenidos en cada etapa del protocolo, gracias a la asociación investigadores-actores.

Resultados: Los miembros del comité estratégico se escogieron mediante un muestreo teórico entre 4 categorías de actores. Se coescribió una carta para estructurar la alianza a través del tiempo. Los miembros del comité contribuyeron con el muestreo de los participantes en la encuesta cualitativa de evaluación de necesidades y con la interpretación de los resultados. Los objetivos de la intervención fueron jerarquizados según su importancia y su factibilidad. Los investigadores y los miembros del comité evaluaron las herramientas de la intervención y discutieron acerca del modelo lógico de la intervención. Los profesionales de la salud que participaron en el comité ayudaron a la adhesión de los equipos de oncología presentes en la intervención.

Discusión: La construcción de la alianza permitió modificar las representaciones de los investigadores. Establecer relaciones de confianza requirió de tiempo y de compartir sus límites. Fue difícil integrar a las pacientes socialmente desfavorecidas. Se debe fomentar aún más la creciente práctica de recurrir a pacientes-expertas.

Conclusión: La construcción de una asociación de investigación colaborativa entre investigadores y actores necesita que le sean dedicados tiempo, métodos y financiamiento. Esta inversión puede mejorar la pertinencia, la aceptabilidad, la legitimidad y la perdurabilidad de las intervenciones desarrolladas. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 15–23)

Investigación de intervención en salud de la población y lucha contra las inequidades sociales en salud: las asociaciones “en proceso” de la Case de Santé de Toulouse (Francia)

J.-C. Basson, N. Haschar-Noé, T. Lang, F. Maguin y L. Boulaghaf

Una investigación de intervención en salud de la población permite analizar las modalidades de la lucha contra las inequidades sociales en salud que lleva a cabo la Case de Santé de Toulouse (Francia). Creada en el 2006, de acuerdo con un enfoque de salud comunitaria, esta organización asociativa alberga un centro de salud de primer nivel y un centro jurídico de derecho a la salud (Pôle Santé-Droits) dirigidos a aumentar las capacidades de acción, individuales y colectivas, de numerosos usuarios-pacientes desvalidos, con el objetivo de mejorar su salud y sus condiciones de vida. Esta experimentación con fines de cambio social hace necesarios los acuerdos de asociación establecidos por un estudio realizado desde abajo, según los principios de la sociología de la acción organizada. Al parecer, la dificultad radica entonces en la articulación entre, de un lado, la creación, el mantenimiento y el buen funcionamiento de las asociaciones institucionales generadas por el proyecto y su financiamiento, y del otro lado, los desajustes de estas últimas provocados por las formas de intervención asociativas que proponen un modelo alternativo de salud. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 24–30)

Temporalidades y apropiación de conocimientos en un proceso de investigación colaborativa: los desfases del proyecto GREENH-City

M. Porcherie, E. Faure, C. Bader, A. Roué Le Gall, S. Rican, Z. Héritage, Z. Vaillant, J. Simos, N. Cantorregi, N. Lemaire y M.-F. Thomas

Este artículo cuestiona los efectos de las modalidades de investigación colaborativa del proyecto GREENH-City que asocia los investigadores con la Red Francesa de Villes-Santé de la OMS (RfVS). Se propone un análisis de la apropiación de conocimientos científicos relacionados con el proyecto por parte de las ciudades que pertenecen a la red, a partir del modelo de intercambio de conocimiento. El artículo evidencia que se puede presentar un desfase temporal entre la producción y la utilización de datos relacionados con el proyecto y cuestiona las modalidades de intercambio de conocimiento como las prácticas de esta investigación de intervención. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 31–38)

Estudiar de cerca las formas de coordinación para construir una asociación tendiente a reducir las inequidades epistémicas

E. Gaborit, P. Terral y J.-P. Génolini

Esta investigación de intervención analiza las dinámicas de compromiso en la colaboración entre investigadores de ciencias humanas y sociales y personal médico en cancerología, conductores de un sistema de educación terapéutica para pacientes que reciben medicamentos orales contra el cáncer. Intentamos analizar y reducir las asimetrías de saberes y de poderes para promover las relaciones de intercambio entre las diferentes áreas de especialización. Este artículo rastrea más específicamente los procesos sociales y epistémicos que hacen evolucionar las formas de coordinación entre participantes. Una investigación etnográfica (por observación participante y entrevistas con los investigados) realizada durante tres años de asociación permite analizar, en los diferentes escenarios colaborativos, la variabilidad de las formas de traducción entre estos actores/actrices y los ajustes metodológicos de la investigación en el momento en que esta se enfrenta a los desafíos de la

intervención. Los investigadores y los conductores movilizaron diferentes registros de mediación, lo cual afecta las formas de coordinación. Nuestros resultados muestran que se realizaron negociaciones y acuerdos sin llegar a coordinaciones maximalistas que permitirían un trabajo común de promoción de la IISP. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 39–46)

Estudio sobre la transferibilidad de una intervención de educación en salud en viviendas de interés social: un método de investigación a prueba de transferencias para describir de manera diferente las funciones-clave

F. Trévidy, D. Torrot-Arrocet, V. Brunie, M. Makdessi Peyronnie, J. Wolfrom, G. Brugidou y R. Gagnayre

La transferibilidad de las intervenciones en salud es un desafío importante para la reducción de las inequidades sociales en salud. Sin embargo, estas intervenciones son complejas y su eficacia no está garantizada cuando se transfieren de un contexto a otro. La descripción de funciones-clave de las intervenciones contribuye a una mejor transferibilidad. No obstante, esta se basa pocas veces en un método que permita diseñar la intervención en una situación de transferencia.

Este artículo explica el proceso metodológico que permite identificar las funciones-clave de la intervención en situación de transferencia, y sus variaciones llamadas “elementos de traspaso”.

Nos apoyamos en una investigación colaborativa basada en el diseño, con miras a concebir una intervención de educación para los residentes mayores en las viviendas de interés social, permitiéndoles decidir y actuar para adaptar su espacio de acuerdo con sus necesidades.

Se llevaron a cabo dos ciclos de investigación en las empresas sociales para el hábitat (ESH) con comités conformados por investigadores, residentes y profesionales. Se necesitaron varias etapas colaborativas: el estudio del contexto de las viviendas ESH1 y la creación de una cultura común; la formación de profesionales implicados en la intervención de educación; la presentación detallada del modelo de acuerdo con los criterios de transferibilidad de ASTAIRE (una herramienta para el análisis de la transferibilidad de intervenciones en promoción de la salud); la identificación de las variaciones y de los elementos estables del modelo en el momento de la transferencia hacia otros dos ESH, y la identificación de las funciones-clave del modelo y de sus “elementos de traspaso”.

Probada por los ciclos de transferencia, la intervención se describe en cuatro categorías de funciones-clave, detalladas en los elementos de traspaso. Estos elementos son resultados obtenidos en la investigación colaborativa basada en el diseño, que fueron considerados como significativos por los actores de la investigación. Son fenómenos explicativos que revelan situaciones a prever para tener éxito en la transferencia y hacer que la intervención sea eficaz. Estos permiten darles un sentido a las funciones-clave para que los actores que deseen transferir la intervención a su contexto puedan estar mejor preparados. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 47–55)

Considerar las inequidades sociales de salud en la evaluación de programas de videoconferencia destinados a promover la actividad física de pacientes que siguen un tratamiento de cáncer

O. Aromatario, C. Charles, P. Moysan, F. Alla y L. Cambon

Tener en cuenta las inequidades sociales en salud (ISS) es una de las preocupaciones de los programas de salud. Aquellos que están desarrollados a partir de interfaces digitales requieren una mirada específica a las

ISS relacionada con las características de la herramienta. Este comentario tiene como objetivo presentar un método de análisis novedoso de las ISS en los dispositivos digitales basado en una teoría de intervención, a partir de un ejemplo de aplicación en un programa que utiliza una interfaz digital de videoconferencia para el desarrollo de la actividad física en pacientes de oncología. Muestra el interés y la viabilidad de movilizar a los actores interesados en la atención médica y la investigación en torno a una herramienta de evaluación y reflexión simple, para lograr un impacto clínico concreto e inmediatamente disponible que vaya en el sentido de la reducción de las ISS. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 56–58)

Los desafíos de la inclusión de pacientes y del público en la investigación de intervención para combatir las inequidades sociales en salud

L. Beaubrun en Famille Diant, M.-A. Durand, V. Witkowski, M. Dordonne Honoré, N. Clastres, C. Linon, P. Journet, B. Netens y A. Lamouroux

La implicación de los pacientes y del público en la investigación de intervención es indispensable, pero presenta desafíos a superar. Esta implicación requiere una reflexión ética y colegiada previa al diseño del estudio, y requiere además recursos y una gobernanza adaptada con el fin de tener en cuenta los aspectos colectivos e individuales subyacentes a esta nueva asociación. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 59–61)

Lecciones de un coloquio: los desafíos epistémicos y políticos de la investigación de intervención en salud de la población

P. Terral, C. Ferron y L. Potvin

Este texto explora dos grandes aspectos, involucrando a la vez cuestiones epistémicas y políticas que nos parecen importantes para la instauración definitiva de la investigación de intervención en salud de la población (IISP) como un campo de investigación en salud. Cuestionamos la noción de “evidencia” al mostrar el interés de una aprehensión a la vez exigente y abierta de esta categoría en el contexto de especializaciones plurales de las IISP que apuntan hacia formas de coordinación más fluidas y extendidas entre investigadores, responsables de la toma de decisiones, intervinientes y beneficiarios de las intervenciones, cuyas relaciones están potencialmente marcadas por inequidades epistémicas. Cuestionamos además la naturaleza de estas asociaciones invitando a realizar un análisis más profundo de la dinámica de las colaboraciones. En efecto, resulta pertinente tener en cuenta a la vez las secuelas temporales y las diferentes escalas de contexto que marcan las formas de coordinación entre estos actores-expertos del sistema considerado. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 62–65)

¿Cómo podría la navegación de pacientes promover la equidad en salud en el África subsahariana? Un estudio cualitativo entre expertos en salud pública

S. Louart, E. Bonnet, K. Kadio y V. Ridde

Durante mucho tiempo, los indigentes han sido excluidos de las políticas de salud en el África subsahariana. A pesar de los recientes esfuerzos realizados por algunos países para permitirles un libre acceso a los servicios de salud, ellos se enfrentan a múltiples barreras no financieras que les impiden acceder a la atención médica. Las intervenciones tendientes a derribar estas barreras a nivel del paciente, tales como las intervenciones de

navegación de pacientes, podrían ayudar a revertir esta tendencia. Sin embargo, nuestra revisión de alcance mostró que ninguna intervención de navegación en países de bajos ingresos se dirigía a los indigentes. El objetivo de este estudio cualitativo es, por lo tanto, ir más allá de la falta de evidencia y discutir los enfoques relevantes para actuar en favor de la equidad en la atención en salud. Entrevistamos a 22 expertos en salud pública con el objetivo de averiguar qué acciones relacionadas con los programas de navegación de pacientes (identificadas en la revisión de alcance para otros grupos objetivo) podrían ser relevantes y/o adaptadas a los indigentes. Para cada capacidad de acceso a la atención descrita por Levesque, pudimos enumerar las oportunidades y los desafíos potenciales de implementar cada tipo de acción para los indigentes en el África subsahariana. En general, todos los expertos señalaron que los programas de navegación de pacientes eran bien relevantes para implementarlos entre los indigentes. Enfatizaron en la necesidad de un seguimiento personalizado y de emprender acciones holísticas para considerar el contexto completo de la situación de indigencia. Las recomendaciones planteadas por los expertos resultan valiosas para orientar la adopción de decisiones políticas, y dejan espacio para la adaptación de las directrices propuestas de acuerdo con los diferentes contextos. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 75–85)

¿El paradigma de ensayo aleatorizado se adapta a la investigación de intervención en salud de la población?

B. Giraudeau y C. Alberti

Los ensayos aleatorizados se utilizan con frecuencia en la investigación clínica y se consideran el método de referencia, pero son menos comunes en la investigación de intervención en salud de la población (IISP). Discutimos aspectos que en ocasiones son compartidos y en otras ocasiones son distintos entre la IISP y la investigación clínica, sobre todo la unidad de aleatorización, diseño, estandarización de la intervención, resultado(s) y cuestiones éticas. Al final, tanto la IISP como la investigación clínica comparten el objetivo común de evaluar las intervenciones, y los ensayos aleatorizados deberían ser más ampliamente utilizados en la IISP, siempre y cuando la forma como estos se planifiquen y realicen se adapte al contexto de la IISP. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 86–88)

¿Qué estrategias de comunicación pueden mejorar las intervenciones dirigidas a abordar las inequidades sociales en la detección organizada del cáncer en Francia?

A. Bourmaud y F. Chauvin

Nuestro equipo de investigadores desarrolló y evaluó unas intervenciones para incrementar la participación en los programas de detección del cáncer. Los resultados observados ofrecen la oportunidad de considerar qué métodos de comunicación deben fomentarse para mejorar dichas intervenciones.

El objetivo de este comentario es el de recomendar qué estrategias de comunicación deben ser adoptadas para llegar de manera más efectiva a las personas desfavorecidas y ayudarlas a adoptar comportamientos saludables relacionados con la detección del cáncer. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 89–92)

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Reviewer List
Liste des réviseurs(es)
Lista de revisores(as)

Anne Gosselin
Baptiste Godrie
Carolyn Reyes-Guzman
Claire Perrin
Dominique Broussal
Emily Darlington
Eric Breton
Françoise Jabot
Grégory Ninot

Jean-Charles Verheye
Jean-Paul Génolini
Judith Graeff
Katy Robb
Kristopher Lamore
Laurie Marrauld
Louise Potvin
Marc Lemire
Marianne Viot

Marie Préau
Marina Honta
Mark Petticrew
Paolo Contu
Pierre Arwidson
Pierre Lombrail
Sandra Pelaez
Stephan Van Den Broucke
Yves Morales

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Biographies

Louise Potvin est professeure au Département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM). Elle est la directrice scientifique du Centre de recherche en santé publique, un organisme de recherche hybride qui relie une grande université, l'Université de Montréal, à une autorité régionale de la santé, le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Elle est titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les approches communautaires et les inégalités en santé.

Philippe Terral est sociologue des sciences et des techniques des corps efficients et pathologiques. Professeur au laboratoire Centre de Recherches Sciences Sociales, Sports et Corps (CreSco) de l'Université Paul Sabatier à Toulouse, unité qu'il dirige depuis juillet 2019. Ses travaux portent sur la dynamique des modes de coordination entre expertises plurielles (chercheurs, décideurs, intervenants, bénéficiaires), notamment dans les interventions en santé.

Christine Ferron est docteure en psychologie, Déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps), Professeure affiliée à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et Vice-présidente de la Société française de santé publique (SFSP). Elle exerce des missions de plaidoyer politique au niveau national, de coordination de projets de promotion de la santé dans le cadre de conventions avec des institutions, et de développement de partenariats avec le monde universitaire et de la recherche.

Erica Di Ruggiero est professeure agrégée en santé mondiale et directrice du Centre en santé mondiale à la Dalla Lana School of Public Health à l'Université de Toronto. Ses projets en RISP portent sur l'évaluation d'interventions surtout les politiques publiques (par ex. politiques du travail), le rôle du contexte dans l'implantation de ces interventions et leur influence sur la santé et l'équité en santé. Elle est également la co-présidente des comités d'évaluations de l'appel à projets RISP de l'INCa depuis 2019.

Erma Manoncourt est professeure adjointe à l'École de santé publique mondiale à l'Université de New York, et à l'école des affaires internationales, Sciences Po à Paris. Elle est membre du conseil d'administration de l'Union International de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES) et vice-présidente pour l'adhésion. Elle est aussi coprésidente du groupe de travail mondial sur les déterminants sociaux de la santé.

Iris Cervenka est titulaire d'un doctorat en épidémiologie. Elle est chargée de projets au sein du département recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique à l'Institut national du cancer. Chargée de promouvoir la recherche interventionnelle en santé des populations, elle pilote l'appel à projets annuel RISP de l'INCa et œuvre pour le renforcement de la communauté RISP par l'animation des réseaux et l'organisation de rencontres scientifiques.

Jérôme Foucaud est titulaire d'un doctorat en sciences humaines. Il est chef du département recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique à l'Institut national du cancer. Dans cette Agence nationale d'expertise scientifique et sanitaire, il est chargé de développer la recherche et de diriger l'élaboration de données sur le cancer. Membre de différents consortiums internationaux, auteur d'une cinquantaine de publications, il est également chercheur associé au laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé. En parallèle de ces activités, il enseigne l'éducation des patients dans différentes universités en France.

Reproduced with permission of copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.