



EHESP



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2018-2019**

**La prise en compte du contexte dans la
transférabilité des interventions en
promotion de la santé :**

L'exemple du projet de la Case de santé à Toulouse

CHLOÉ ROUTA

Septembre 2019

Sous la direction de Thierry Lang

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Thierry Lang, directeur de l'IFERISS pour son encadrement et ses conseils.

Je remercie également Madame Christine Ferron d'avoir accepté d'être la présidente de ce jury, ainsi que Madame Marie-Renée Guével.

J'adresse mes remerciements à Cyrille Delpierre, responsable de l'équipe Inserm EQUITY, qui m'a permis de réaliser ce stage.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux membres de l'équipe de l'IFERISS, Jeanne Blanc-Février, Charlie Marquis et Marjolaine Huot-Royer, ainsi qu'aux membres de l'équipe d'EQUITY.

Je remercie également toute l'équipe projet de la Case de santé de Toulouse pour leur implication dans cette étude.

Enfin, je remercie chaleureusement Angèle Nicole pour ces trois années consécutives de relecture de mémoire, promis c'est la dernière (ensuite ça s'appelle une thèse !).

S o m m a i r e

I- Introduction.....	5
I-A. Les Inégalités Sociales de Santé : constats et enjeux	5
I-B. Leviers d’actions pour réduire les ISS	6
I-B.1. Interventions complexes en promotion de la santé.....	6
I-B.2. La Recherche Interventionnelle en Santé des Populations	7
I-B.3. La transférabilité des interventions de promotion de la santé.....	7
I-C. Problématisation et question de recherche	12
II- Méthodologies.....	15
II-A. Méthodologie d’enquête	15
II-B. Méthodologie de recherche terrain.....	16
II-B.1. Présentation de la Case de santé.....	16
II-B.2. Présentation du projet pilote de la Case de santé	17
II-B.3. Méthode de co-construction du modèle FIC du projet de la Case de santé.....	19
II-B.4. Méthode d’analyse.....	20
III- Résultats.....	21
III-A. Résultats de l’enquête.....	21
III-A.1. Le contexte vu comme une boîte noire.	21
III-A.2. ... qui se caractérise par de nombreux éléments	21
III-A.3. Un contexte considéré comme un outil d’analyse.....	23
III-B. Résultats du FIC.....	24
III-B.1. Description des fonctions clés et des formes théoriques de l’intervention	26
III-B.2. Passage des formes théoriques aux formes observées de l’intervention	29
III-B.3. Synthèse	35
IV- Discussion.....	37
IV-A. Le contexte : d’une notion floue à un outil d’analyse indispensable	37
IV-B. Une analyse du contexte centrée sur l’acteur	39
IV-B.1. Apport des sciences de l’homme au travail : “l’activité réelle” du travail.....	39
IV-B.2. Des régulations lors de l’implémentation d’une intervention	41
IV-B.3. Pouvoir réguler : un gage de qualité de l’intervention	42
IV-B.4. Des ressources pour s’adapter aux situations non prévues	43
IV-C. Points de vigilance lors de la transférabilité de l’intervention de la Case de santé	45
IV- D. La place du contexte dans l’intervention	47
IV- E. Forces et limites de l’étude.....	47
IV-E.1. Limites de l’étude : une question de temporalité	47
IV-E.2. Force de l’étude : une appropriation du modèle FIC	48
V- Conclusion.....	50

Liste des sigles utilisés

AAPRISS : Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé

FIC : Fonctions clés / Implémentation / Contexte

IFERISS : Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société

INCA : Institut National du Cancer

ISS : Inégalité Sociale de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RISP : Recherche Interventionnelle en Santé des Populations

TVA : Territoires de Veille Active

I- INTRODUCTION

I-A. Les Inégalités Sociales de Santé : constats et enjeux

En France, malgré une amélioration globale de l'état de santé de la population, les inégalités sociales de santé (ISS) sont très importantes et n'ont aucune tendance à régresser ces dernières années (Lang et Ulrich, 2017). Les ISS font référence à la relation qui existe "entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale" (Guichard et Potvin, 2010). Elles renvoient aux écarts évitables, entre groupes socio-économiques, entre hommes et femmes et entre territoires, ayant un impact sur de nombreuses caractéristiques de la santé des populations (Potvin, Moquet, & Jones, 2010). Ainsi, par exemple, à 35 ans, un cadre peut espérer vivre 6,4 ans de plus qu'un ouvrier, cet écart étant de 3,2 ans pour les femmes et l'espérance de vie des hommes varie de 80,8 ans en Île-de-France à 76,9 ans en Nord-Pas-de-Calais (Dress, 2017).

Les origines des ISS sont multifactorielles et complexes. De nombreux facteurs liés aux conditions socio-économiques des personnes et à leur parcours de vie sont à l'origine de ces ISS. Elles sont le fruit des inégalités de conditions d'existence construites dès l'enfance (Basset, 2008). Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2018) les principaux déterminants de la santé comprennent : le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture. Cependant, ces déterminants multiples de la santé ne sont pas à considérer de manière indépendante. Ils peuvent se combiner, s'inscrire dans des chaînes causales et s'accumuler tout au long de la vie. Ainsi, c'est lorsque ces déterminants sont distribués de manière inégale que les ISS apparaissent. Cette inégale distribution n'est pas le fruit du hasard mais du fonctionnement de nos sociétés (Villeval, 2015). De ce fait, si les ISS sont socialement construites, elles sont donc théoriquement évitables. Comme l'indique l'Organisation mondiale de la santé dans son rapport sur les déterminants sociaux de santé (OMS, 2008), les ISS sont le résultat d'une « injustice sociale qui tue à grande échelle ; les réduire est un impératif éthique ».

I-B. Leviers d’actions pour réduire les ISS

Réduire les inégalités sociales de santé (ISS) est ainsi devenu une action prioritaire en santé publique (Ridde & Guichard, 2008). La promotion de la santé est un des piliers permettant d’atteindre cette “mission qui n’est pas impossible” (Cases, 2010). Pour promouvoir la santé, tout en luttant contre les ISS, il est certes important de comprendre les causes de ces ISS, mais il est également essentiel de savoir agir dessus de manière efficace.

I-B.1. Interventions complexes en promotion de la santé

Les ISS ayant une origine complexe multifactorielle, les interventions visant à les réduire requièrent des actions portées conjointement sur un ensemble de déterminants de la santé (You & al. 2017). La définition du terme intervention vient du latin “*venire*” (venir) et “*inter*” (entre), signifiant littéralement “venir entre”. Ainsi, intervenir revient à “venir au milieu”, perturbant le cours naturel des choses ou une séquence d’évènements prévisibles (Hawe et Potvin, 2009). Très souvent, l’intervention est appréhendée comme un processus séquentiel plus ou moins linéaire composé de ressources, d’objectifs, d’activités prévues et d’effets attendus. Une perspective tout autre consiste à considérer l’intervention de façon plus dynamique, comme un « événement dans un système », qui va permettre la réalisation et le déplacement d’activités, de créer et modifier les interactions entre acteurs d’un contexte donné (Hawe, Shiell et Riley, 2009). Il n’existe pas de définition stabilisée d’une « intervention » en santé publique, qui peut désigner à la fois un projet, une politique ou un programme. Une intervention peut ainsi désigner « une action ou un ensemble organisé d’actions (politique, programme, projet) visant à modifier une situation jugée problématique (Jabot et Bauchet, 2012.).

Ces interventions sont elles-mêmes dites “complexes” en raison du nombre de leurs composantes et de leurs interactions, de la variabilité des résultats, mais également du fait du système complexe dans lesquelles elles sont mises en œuvre (Dupin, Breton, Kivits et Minary, 2015). Selon Morin, le système est à appréhender comme “*une unité complexe, un “tout”, qui ne se réduit pas à la “somme” de ses parties constitutives*” (Morin, 2005). Le terme de “complexe” est alors pris au sens de son étymologie “complexus” signifiant “ce qui est tissé ensemble”, dans un enchevêtrement d’entrelacements. Certains textes provenant de la littérature grise en promotion de la santé font écho à cette lecture dynamique et systémique des interventions :

“Un programme est bien plus complexe qu'une série de ressources mobilisées pour mettre en œuvre des actions en fonction d'objectifs précis. Il est avant tout une interaction entre des "acteurs", personnes et organismes, qui sont impliqués pour son financement, son organisation, sa mise en œuvre, ou qui en sont bénéficiaires. Ces interactions sont complexes, mettant en jeu des logiques d'acteurs et d'institutions comme celles de pouvoir, de contrôle, de profit, voire de survie... Autrement dit, la lecture que fait un acteur d'une situation est fonction d'une logique stratégique et détermine largement ses comportements.” (ERSP Rhône-Alpes, 2004).

I-B.2. La Recherche Interventionnelle en Santé des Populations

Le développement de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) représente un levier important dans l'établissement d'un corpus de connaissances sur les interventions complexes en mesure d'améliorer la santé des populations et de lutter contre les ISS. La RISP opère un virement par rapport au modèle biomédical traditionnel, « science des problèmes », grâce auquel sont bien connus les mécanismes et facteurs de risque des maladies, mais bien moins les façons de réduire efficacement ces facteurs de risque et d'agir favorablement sur les déterminants sociaux-environnementaux, culturels et comportementaux de la santé. En tant que “science des solutions” (Potvin, Di Ruggiero & Shoveller, 2013), la RISP a donc pour objectif de «produire des connaissances sur les interventions qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau de la population» en utilisant des méthodes scientifiques (Hawe & Potvin, 2009). La RISP n'est donc pas une approche étiologique, c'est-à-dire qu'elle ne vise pas à comprendre les causes d'une problématique de santé, mais s'intéresse au comment agir (Joanny, 2014).

I-B.3. La transférabilité des interventions de promotion de la santé

L'une des questions qu'amène à se poser la RISP est la capacité de transférer ailleurs une intervention qui s'est avérée efficace dans un certain contexte, alors même que le contexte dans lequel a été créée et réalisée une intervention influence tant le choix de l'intervention que sa mise en œuvre. Les acteurs de promotion de la santé se voient ainsi de

plus en plus confrontés à cet enjeu de transférabilité des interventions, qui peut être définie comme la mise en œuvre d'une intervention dans un autre contexte, tout en reproduisant ses résultats (Wang, Moss, & Hiller, 2006).

Aujourd'hui, il existe de nombreuses interventions visant à améliorer la santé des populations et à réduire les inégalités sociales de santé (ISS) qui ont montré leur potentiel quant à l'atteinte de ces objectifs. Il s'avère donc essentiel que ces interventions, prometteuses et innovantes, puissent être reproduites ou étendues, afin d'être efficientes dans l'amélioration de la santé des populations et la réduction des ISS. Cela met également en avant l'enjeu d'une utilisation éthique des fonds publics, où il s'agit alors de se montrer efficace dans l'amélioration de l'état de santé des populations tout en optimisant les ressources, afin d'engendrer le moins de dépenses possibles.

I-B.3.1. Les enjeux du contexte dans la transférabilité des interventions

Cependant, transférer des interventions soulève de nombreuses questions. Le transfert d'une intervention ayant démontré son efficacité dans une ville canadienne vers un quartier défavorisé en France par exemple, ne peut qu'interroger. Se pose la question de la capacité de transférer ailleurs une intervention qui s'est montrée efficace dans un certain contexte, tout en sachant que la qualité de cette intervention est fortement liée à son intégration au contexte. En effet, le contexte dans lequel l'intervention a été créée et réalisée influence tant le choix de l'intervention que sa mise en œuvre et ses effets.

Face à un contexte problématique telle qu'une prévalence élevée de surpoids et d'obésité chez les enfants et adolescents d'un quartier, les acteurs de terrain pourraient élaborer une intervention dans laquelle un des processus théoriques consisterait par exemple à "encourager à la pratique d'activité physique à travers l'expérimentation collective". Ici, le contexte conditionne le choix ou l'adoption de plusieurs processus théoriques, également nommés "fonctions clés" (Villeval, 2015), dont l'association constitue la stratégie globale de l'intervention.

Dans ce même exemple, les "fonctions clés" pourraient soit prendre la forme d'une activité telle que des matchs de rugby à Toulouse, soit la forme d'un autre sport collectif dans une ville où le rugby serait moins populaire. À ce niveau d'élaboration de l'intervention, le contexte influence le choix de la forme que vont prendre les fonctions clés, autrement dit, il conditionne directement les "formes théoriques" d'une intervention.

En plus de conditionner la conception d'une intervention, le contexte intervient également au moment de sa mise œuvre. S'il avait été décidé d'organiser un match de

rugby, celui-ci pourrait se transformer en un match de basket en intérieur pour cause de forte tempête. Ce qui avait été décidées à la base diffère de ce qui est alors observé concrètement à la suite du processus d'implémentation. Autrement dit, les "formes théoriques" se transforment alors en "formes observées" sous l'effet du contexte.

Dans une optique de transférabilité d'une intervention ayant montré son efficacité sur un territoire, il apparaît donc essentiel de considérer les éléments de contexte qui ont pu intervenir lors de la conception et de l'implémentation de l'intervention. Si l'on ne prend pas en compte ces caractéristiques, une intervention qui s'est avérée efficace ou prometteuse dans un contexte n'aurait que peu de chance de produire les mêmes effets dans un autre contexte (Villeval, 2015).

Au cœur des réflexions autour de la mise en œuvre des interventions, existe une tension entre fidélité de l'intervention (la mesure dans laquelle l'intervention initiale est reproduite à l'identique) et adaptation (Mowbray, Holter, Teague, & Bybee, 2003). Les différences observées entre les interventions initiales et celles transférées dans d'autres contextes sont inéluctables et même essentielles afin d'adapter l'intervention à son contexte. Les arguments soutenant ses adaptations se fondent sur le changement organisationnel et la théorie de l'innovation (Villeval et al., 2019). Néanmoins, ces différences peuvent également constituer un changement profond de l'intervention, tel que transformer ses processus théoriques. Le défi est alors de trouver le juste équilibre entre fidélité et adaptation, où il semble important d'adapter une intervention à son contexte d'une manière pertinente tout en reproduisant ses fonctions clés (Schloemer & Schröder-Bäck, 2018).

Or, le contexte n'est que peu souvent véritablement détaillé dans les "reporting" (Fianu, 2017). Les interventions restent des « boîtes noires » (Pearson et al. 2001) où seuls les résultats épidémiologiques sont détaillés. S'il est abordé, le contexte est souvent traité comme une notion "fourre-tout", utilisé comme élément explicatif lorsque les interventions ont échoué (Shoveller et al., 2016) et présenté comme un cadre externe, simple «réceptacle» pour des interventions, pouvant agir comme une barrière ou bien un facilitateur à leur mise en œuvre ou leurs effets (Moore et al., 2015). Le contexte est alors une notion large et complexe, ce qui rend sa réelle prise en compte dans les évaluations d'interventions quasi-inexistante.

Les interventions sont alors difficilement transférables sur la base des résultats mis à disposition de la communauté des acteurs de santé publique (Villeval, 2015) et ne peuvent être reproduites en l'état sur un nouveau territoire au risque de ne plus être

efficace, sans en connaître les raisons. Si l'on souhaite améliorer la transférabilité de ces interventions, il faudrait avant toute chose mieux les décrire.

I-B.3.2. Des outils pour accompagner la transférabilité des interventions

Ainsi, depuis quelques années, des outils visant à améliorer la description des interventions et à accompagner le transfert des interventions se développent. Certains outils ont été spécifiquement développés pour prévoir, penser, soutenir et accompagner la transférabilité des interventions, de façon adaptée à une utilisation par les acteurs de terrain. Ils ont été développés dans le but non pas de proposer une intervention “clé en main” mais une déconstruction des interventions en ses composantes interventionnelles et contextuelles (Trompette, 2017).

I-B.3.2.a. Le modèle FIC : un outil en co-construction

Parmi ces outils, le modèle “Fonctions clés / Implémentation / Contexte” (FIC) (Villeval 2015) est une proposition méthodologique pour rentrer dans la « boîte noire » des interventions, mieux les décrire et améliorer leur transférabilité (voir figure 1).

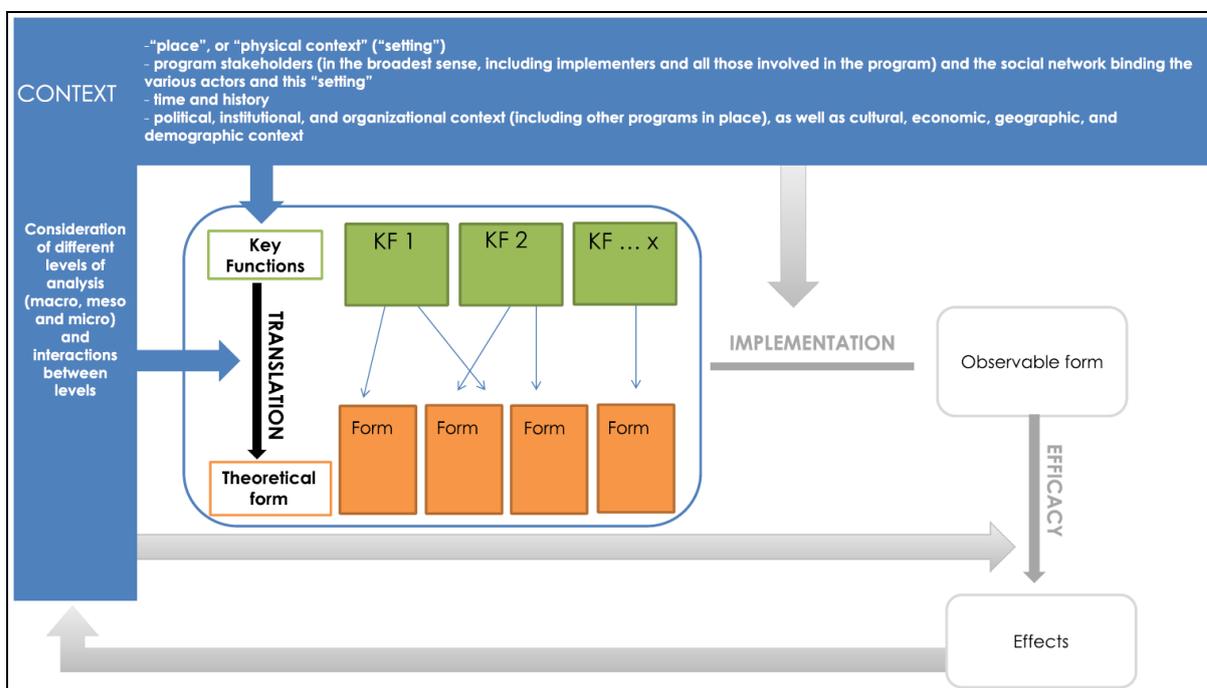


Figure 1. Modèle «Fonctions clés / Implémentation / Contexte» (FIC), Villeval et al., 2019

Ce modèle permettant de structurer la description des interventions de santé publique a été développé dans le cadre du programme d'évaluation des impacts sur l'équité en santé AAPRISS (Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé, Chloé ROUTA - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique et de l'Université de Rennes 1 - année 2018-2019

2011-2015 (INCa N° 2011-009) (Villeval et al, 2016 ; Fianu et al, 2017). Le modèle FIC a pour objectif l'amélioration de la transférabilité des interventions en explicitant notamment ses fonctions clés, la forme sous laquelle ces fonctions clés se traduisent selon les contextes et les éléments de contexte avec lesquels elle interagit (voir tableau 1. pour un récapitulatif des définitions des éléments composant le modèle FIC).

Modèle FIC	Définitions
Fonctions clés	Processus pour atteindre les objectifs de l'intervention, pouvant être communs à différents contextes de mise en œuvre. La fonction clé constitue un maillon possible d'une stratégie globale d'une intervention.
Implémentation	Ensemble d'activités destinées à mettre en œuvre un programme. De manière générale, l'implémentation renvoie à ce en quoi consiste un programme lorsqu'il est délivré dans un contexte particulier (Durlak et DuPre 2008). La recherche sur l'implémentation se rapportera donc davantage à une étude du programme tel qu'il est mis en œuvre localement.
Forme "théorique"	Résulte d'une traduction des fonctions clés sous une forme décidée par les porteurs de projet (activités prévues, différentes selon le contexte).
Forme "observée"	Résulte du processus concret d'implémentation des fonctions clés. La forme observable peut recouper la forme théorique de l'intervention, mais peut aussi varier sous l'effet du contexte
Contexte	Le contexte influence l'implémentation d'une intervention et en affecte les résultats. Il constitue un ensemble de relations et d'interactions entre acteurs et instruments, permettant (ou non) le changement. Il contribue ainsi à structurer, modifier, faciliter, contraindre l'intervention.

Tableau 1. Définitions des éléments composant le modèle FIC. (Adapté de Villeval, M. (2015). *Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé: un programme de recherche interventionnelle*. Thèse de Doctorat, Université Toulouse III-Paul Sabatier.)

Le modèle FIC est inspiré par les recherches de Hawe, qui met en avant la possibilité de normaliser une intervention sur ses fonctions clés plutôt que d'imposer la même forme sur chacun des contextes, tout en restant fidèle à l'intervention initiale (Hawe, Shiell, et Riley 2009 ; Hawe 2015). Il tente ainsi de trouver le juste équilibre entre fidélité et adaptation, où les adaptations aux contextes locaux sont considérées comme souhaitables si elles ne contredisent pas la théorie sous tendant l'intervention (Mowbray *et al.*, 2003).

Cette approche s'appuie sur l'hypothèse que la description des interventions en explicitant leurs fonctions clés, en lien avec les metteurs en œuvre des interventions, permettrait que leurs fonctions clés puissent être reproduites en cas de transfert, plutôt que leur forme, qui elles pourraient varier pour s'adapter au mieux selon les contextes

d'implémentation. Il s'agit ainsi de faciliter leur transférabilité potentielle, tout en tenant compte des contextes et de leur rôle dans la production des effets d'une intervention.

L'outil FIC se base également sur la possibilité d'une meilleure utilisation et valorisation de l'expertise des acteurs de terrain sur les processus d'implémentation des interventions et le contexte dans lequel elles s'implémentent (Mowbray et al., 2003). L'utilisation du modèle est alors envisagé comme un "outil d'animation et d'échanges conviviaux pour rendre compte des rapports entre l'intervention, le contexte et les effets des actions, mais sans qu'ils soient trop simplistes, afin de capturer la complexité des processus" (Bernier, 2014).

Le modèle FIC est un outil ayant la vocation d'être amélioré. C'est un outil encore en construction, ou devrait-on dire en "co-construction", se plaçant dans une démarche de long terme. La co-construction se définit comme "*un processus reposant sur une mise en forme d'interactions entre des acteurs afin que ceux-ci élaborent au fil de leurs interactions des accords visant à rendre compatibles des définitions relatives à un changement, à un projet, à une méthode de travail*" (Foudriat, 2014). À présent, nous nous situons probablement au stade de sa conception le plus complexe, qui est de parler du contexte et des contextes.

I-C. Problématisation et question de recherche

Aujourd'hui, de nombreux auteurs et organisations plaident pour une meilleure prise en compte des éléments de contexte et d'implémentation dans l'évaluation des interventions (Moore et al. 2014). L'implémentation d'une intervention est considérée comme s'opérant à travers une multitude de décisions prises par des acteurs aux rôles et intérêts variés (Bisset et Potvin 2007). Dans le cadre de notre travail, l'utilisation du terme implémentation nous semble pertinente parce qu'elle renvoie à un processus de mise en œuvre d'un programme dans un contexte particulier, étudié non pas dans une perspective top-down, mais prenant en compte le rôle des acteurs de terrain (« *bottom-up* »).

Force est de constater que les programmes sont rarement mis en œuvre tels que prévus initialement, il est nécessaire d'étudier quels éléments ont été en jeu lors de cette phase d'implémentation. Nous l'avons vu, le contexte joue un rôle sur plusieurs niveaux de l'intervention, de sa conception à ses effets. Dans notre étude, nous allons nous concentrer

particulièrement sur les éléments de contexte qui n'étaient pas prévu dès le départ et qui ont interagi avec l'intervention lors de sa mise en œuvre, qui l'ont perturbée, freinée ou bien modulée. Nous nous situons donc au niveau de la phase d'implémentation, constituant la seconde catégorie du schéma de description des interventions FIC, avec une focalisation sur le passage des formes "théoriques" aux formes "observées". Nous allons apporter une attention particulière à ces éléments de contexte qui sont comme on l'a vu, souvent peu analysés dans l'évaluation et seulement cités pour expliquer l'échec d'une intervention. Il semble en effet important d'être vigilant quant à ces "imprévisibilités", car ce sont bien les formes observées qui vont produire les effets sur la santé de la population; de la même manière que dans une intervention clinique, ce sera l'observance thérapeutique qui aura une influence directe sur la santé du patient.

En partant de ces constats, il paraît alors nécessaire de prendre en considération les éléments de contextes ayant modulé une intervention tout au long de son implémentation, afin de mieux les appréhender lors de sa transférabilité et pouvoir retrouver les effets attendus améliorant la santé des populations, sans augmenter les ISS.

Ainsi, face à ces enjeux de transférabilité d'intervention, nous nous demandons comment améliorer la prise en compte du contexte dans la transférabilité des interventions en promotion de la santé ?

Pour tenter de répondre à ce questionnement de départ, notre objectif de travail sera d'appréhender la notion de contexte dans le cadre des interventions complexes en santé publique : ses enjeux, ses caractéristiques, sa place dans l'intervention et sa prise en compte par les acteurs de terrain.

Notre terrain se situe auprès d'un projet spécifique développé par la Case de Santé de Toulouse. Depuis 2017, la Case de Santé met en œuvre une intervention axée particulièrement sur la santé communautaire et la médiation en santé de premier recours, au cœur du quartier Arnaud Bernard. Ce quartier populaire de la ville se situe en plein centre de Toulouse.

L'enjeu actuel auquel les professionnels de la Case de Santé font face se joue autour de la transférabilité de cette intervention initialement mise en œuvre dans le quartier Arnaud Bernard, dans un autre quartier toulousain. En effet, ayant débuté leur

expérimentation dans leur quartier d'implantation, les acteurs de la Case de Santé ont décidé de transférer leur intervention dans un autre quartier défavorisé de Toulouse, celui des Izards, situé plus au nord de la ville de Toulouse, quasiment en périphérie.

Dans le cadre du volet recherche-évaluation de son projet, la Case de Santé collabore avec des chercheurs de l'IFERISS (Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société) d'origines disciplinaires diverses (sociologie, science politique, épidémiologie sociale et santé publique). Au sein de ce volet recherche-évaluation, notre travail se situe plus spécifiquement dans la dimension évaluative de processus généraux concernant les mises en œuvre du dispositif dans les quartiers différents. Le schéma "Fonctions clés / Implémentation / Contexte" sera alors l'un des outils mobilisé autour de l'enjeu de la transférabilité. Il s'agit donc d'élaborer avec les acteurs de la Case de Santé, une description de l'intervention expérimentale mise en œuvre dans le quartier d'Arnaud Bernard, en suivant le modèle FIC.

Dans le cadre de ces enjeux de transférabilité, nous émettons alors l'hypothèse que l'identification des éléments de contexte ayant "modulés" l'intervention tout au long de sa mise en œuvre permet d'améliorer la transférabilité de l'intervention. Plus spécifiquement, nous faisons l'hypothèse que l'identification, avec les acteurs de la Case de Santé, des éléments de contexte ayant "modulé" leur intervention initiale tout au long de sa mise en œuvre sur Arnaud Bernard permet d'anticiper les éléments de contexte qui devront faire l'objet d'une attention particulière sur d'autres potentiels nouveaux territoires, notamment le quartier des Izards à Toulouse.

Cette recherche s'ancre ainsi dans la réalité de terrain concerné par une intervention de promotion de la santé développée par la Case de Santé. Elle consiste à observer ce qui s'y passe, comment l'intervention se déroule, pourquoi elle se déroule de cette manière, et ce qu'elle produit (Joanny, 2014). L'analyse de cette intervention doit permettre la production de connaissances destinées à alimenter un corpus à portée générale sur les interventions en promotion de la santé et leur transférabilité, particulièrement en ce qui concerne les enjeux de contexte au moment de l'implémentation. Il s'agit d'essayer de répondre au mieux à notre objectif en réalisant des allers-retours permanents entre la théorie et le terrain de la Case de Santé. Ainsi, le travail proposé ici est façonné progressivement au fil de l'expérience du terrain et l'utilisation de cadres théoriques guidera la collecte et l'analyse des données, mais sans s'y enfermer.

II- METHODOLOGIES

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous appuyer sur deux méthodologies différentes, mais qui restent complémentaires. Tout d'abord, il s'agira d'une analyse d'un corpus de recherche fourni par l'IFERISS, puis de s'appuyer sur un terrain, en collaboration avec des acteurs de terrain mettant en œuvre une intervention de promotion de la santé.

II-A. Méthodologie d'enquête

Afin d'appréhender la notion de contexte et de mieux comprendre le lien entre le(s) contexte(s) et l'intervention, nous nous sommes appuyé dans un premier temps, sur un matériel précédemment récolté par une ingénieure d'étude de l'IFERISS, lors d'une enquête exploratoire sur la notion de contexte, basée sur deux approches méthodologiques. D'une part, une approche par Delphi modifié et d'autre part, une approche par entretien semi-directifs. L'objectif de cette enquête était de mettre en lumière la pluralité des définitions attachées à la définition de contexte. Les personnes interrogées sont des chercheur.euse.s ayant l'expérience de la recherche interventionnelle : sociologues, politistes, chercheur.es en épidémiologie sociale, en santé publique et en géographie. La méthode Delphi a consisté en la passation de questionnaire (voir annexe 1) avec une méthode d'administration basée sur la rétroaction. L'anonymat des participant.es. a été préservé. Cette méthode d'administration a l'avantage qu'elle n'oblige pas à être sur place et invite à voir les divergences d'avis dans un cadre neutre non agi par l'influence du groupe. L'objectif était de trouver des bases communes, voire un consensus, sur la définition d'un terme, ici la notion de contexte, qui est au premier abord pensé et analysé différemment en fonction des acteurs. Ensuite, l'entretien semi-directif est venu compléter le Delphi, afin de pouvoir recueillir les définitions du concept de contexte. Les questions posées se sont largement inspirées des questions présentes dans le questionnaire Delphi (voir annexe 1).

Pour analyser ces données, nous avons choisi de réaliser une analyse thématique. Cette analyse « consiste en une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique » (Paillé et Mucchielli, 2003, p.127). Un codage en continu a été réalisé, c'est à dire que des codes ont été inscrits au fur et à mesure de la lecture des propos de chacun des enquêtés, pour être ensuite regroupés et hiérarchisés en thèmes.

II-B. Méthodologie de recherche terrain

Parallèlement, nous nous sommes associé à la Case de Santé de Toulouse afin d'analyser une de leur intervention et de les accompagner dans la transférabilité de cette dernière.

II-B.1. Présentation de la Case de santé

La Case de Santé est un centre de santé communautaire, située au cœur de la ville de Toulouse (voir figure 2), depuis août 2006.



Figure 2. Localisation de La Case de santé dans Toulouse (adapté de *Google Maps*).

Elle est implantée sur la place principale du quartier Arnaud Bernard, faisant partie des "territoires de veille active" (TVA) de la ville de Toulouse. Les TVA, bien que ne réunissant pas les conditions pour intégrer la géographie réglementaire (quartier prioritaire de la ville), présentent des fragilités et bénéficient alors d'un accompagnement via le contrat de ville en terme d'ingénierie et de mobilisation de la solidarité locale par le biais de dispositifs spécifiques (programme de réussite éducative, postes d'adultes relais au sein des associations, etc.). Selon le Contrat de ville de Toulouse Métropole 2015-2020, les enjeux et problématiques prioritaires identifiés sur le quartier d'Arnaud Bernard seraient liés à "la tranquillité publique, la sécurité (trafics, dérives festives)" ainsi que "l'attractivité du quartier (propreté-cadre de vie, commerces, logements)".

Association loi 1901, la Case de santé repose sur deux entités complémentaires : un Centre de santé de premier recours et un Pôle santé droits. Selon une approche de santé

communautaire et globale incluant à la fois les soins primaires, la prévention, la promotion de la santé et l'accès aux droits, la Case de Santé offre un modèle de pratique en "médecine générale avancée" prenant en compte l'ensemble des déterminants médicaux et sociaux de la santé. Organisée comme un "système ouvert" sur son environnement, elle "promeut une santé de proximité, intégrée et participative inspirée de la Charte d'Ottawa, des maisons médicales belges et des centres locaux de services communautaires québécois" (Haschar-Noé et Lang, 2018). Ainsi, l'équipe de la Case de Santé est composée de cinq médecins généralistes, une sage-femme, deux psychologues, quatre assistant.e.s de service social, quatre accueillant.e.s, quatre médiatrices en santé, trois coordinateur.rice.s administratif et financier, une chargée de projet et un agent d'entretien. La Case de Santé cible une population précaire, habitant principalement mais pas uniquement dans le quartier Arnaud Bernard. Salariés, retraités, étudiants, artistes, migrants, femmes, toxicomanes, ou encore anciens prisonniers peuvent se côtoyer en son sein.

II-B.2. Présentation du projet pilote de la Case de santé

Lauréate, parmi dix-neuf projets nationaux, de l'appel d'offre relatif à l'expérimentation des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé lancé en 2016 par le Ministère de la Santé, la Case de Santé conduit pour cinq années (2017-2021) un projet expérimental qui consiste à étendre son champ d'intervention inscrit depuis 13 ans dans une démarche de santé communautaire et de lutte contre les ISS. La perspective de ce cadre expérimental national est de voir à l'issue de ces expérimentations, des dispositifs d'accompagnement innovants qui pourront être généralisés au niveau national.

Le projet-pilote de la Case de santé s'intitule « *Médiation en santé et santé communautaire combinées à un service de santé de premier recours pour une plus grande autonomie en santé des personnes* ». La médiation en santé est une pratique qui émerge de plus en plus et engendre aujourd'hui de nombreuses réflexions autour de ses enjeux et de sa pratique. Ce n'est que depuis peu, suite à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, qu'on lui a donné un cadre de référence ainsi qu'une définition. La médiation en santé y est alors désignée comme « *la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins [...]* ». Dans le projet-pilote étudié, la médiation en santé est pensée comme un « levier de l'autonomie en santé » et s'appuie sur

une approche plus large qu'est la santé communautaire. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *“la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités”*.

Ce projet-pilote, dont l'originalité est d'articuler un dispositif d'accompagnement à l'autonomie en santé et les services de santé de premier recours, ne fait pas l'objet d'un protocole écrit précis mais est structuré autour des axes suivants :

1/ un dispositif combiné d'espaces collectifs organisés sur un mode territorial (quartier) et thématique qui proposeront dans une dynamique en santé communautaire, des interventions visant au renforcement des capacités d'autonomie en santé des personnes selon des modalités multiples (auto-support, pair-e-s ressources, information et formation associant des professionnel-le-s...)

2/ un dispositif de médiation en santé sur les territoires concernés, positionné comme pivot opérationnel du dispositif combiné (dispositif 1), organisé autour de professionnel-le-s, issu-e-s ou non d'une dynamique communautaire. Il s'agit alors :

- d'aller vers les personnes d'un territoire, créer du lien, sensibiliser, informer, accompagner vers le soin (dépistage, prévention, soins primaires, espace de santé communautaire...) et l'accès aux droits et faciliter les démarches et les parcours des personnes du territoire.

- d'instaurer une dynamique entre les acteurs du territoire, en mobiliser les ressources

- d'animer les espaces collectifs ouverts : identification des besoins ; organiser les fonctions d'information, prévention, formation, éducation thérapeutique... ; engager des projets portés par les groupes.

- de mobiliser les ressources des professionnel-le-s dans ces espaces

Encadré 1. Axes du projet pilote de la Case de Santé, (adapté de Ministère des affaires sociales et de la santé, arrêté du 28 novembre 2016, en application de l'article 92, *Projet pilote retenu dans le cadre de l'appel à projets "Accompagnement à l'autonomie en santé"*).

L'équipe projet est composée des quatre médiatrices en santé, de la chargée de projet et d'un coordinateur. C'est avec ces acteurs de terrain et dans le cadre du volet recherche-évaluation de ce projet expérimental que s'inscrit notre recherche interventionnelle.

II-B.3. Méthode de co-construction du modèle FIC du projet de la Case de santé

Nous avons ainsi co-construit le modèle FIC de l'intervention mise en œuvre sur le quartier d'Arnaud Bernard (intervention initiale) avec les acteurs de la Case de Santé, de manière complète et étendue sur plusieurs réunions de travail. Ce travail s'est notamment découpé en trois grandes phases. La première a consisté à repérer et décrire les fonctions clés de l'intervention (voir annexe 2). La deuxième s'est centrée sur le repérage et la description des formes théoriques sous-jacentes à chacune des fonctions clés décortiquées auparavant (voir annexe 2). La troisième, s'est focalisée autour de la mise en œuvre de ces formes théoriques et de la façon dont elles ont concrètement été implantées dans le réel, afin de relever les formes observées et de mettre en avant les enjeux de contexte(s) qui ont joué un rôle dans l'intervention de la Case de Santé. À la fin de chaque réunion, une proposition de schéma FIC a été proposée aux acteurs de la Case de santé. Cette proposition a ensuite été discutée et affinée lors des réunions suivantes (voir annexe 3) jusqu'à parvenir à un consensus.

Pour notre étude, nous nous sommes notamment focalisés sur la troisième étape du schéma FIC qu'est la mise en œuvre concrète de l'intervention. La mise en œuvre se définit comme la manière qu'un programme est mis en pratique et livré aux participants. C'est donc au cours de cette troisième étape que nous nous sommes particulièrement concentrés sur le passage des formes théoriques aux formes observées.

Cette démarche d'analyse se situe dans la science de la mise en œuvre, qui vise à mobiliser des théories, concepts et méthodes pour mieux «comprendre quoi, qui et comment une intervention fonctionne dans un contexte réel» (Peters, Adam, Alonge, Agyepong, & Tran, 2014). Il n'existe évidemment pas de "contexte irréel", mais nous souhaitons ici plutôt faire référence au contexte naturel de mise en œuvre d'une intervention (Petticrew et al. 2015) plutôt qu'au contexte qui serait contrôlé voire neutralisé par les chercheurs, lors des essais expérimentaux par exemple.

Nous nous sommes donc particulièrement intéressé dans notre étude aux processus de mise en œuvre de l'intervention de la Case de Santé sur Arnaud Bernard et avons tenté de repérer les éléments de contexte qui ont impacté les formes théoriques en formes observées. Pour cela, lors de l'atelier FIC portant sur la décortication de l'intervention au niveau des formes théoriques et des formes observées, nous avons posé plusieurs questions aux acteurs de la Case de Santé afin de les accompagner dans la conscientisation des processus de mise en œuvre de leur intervention :

- Tout s'est-il passé comme prévu ? si non, pourquoi ?

- Comment cela (formes théoriques) s'est réalisé concrètement sur le terrain?
- Quels éléments du contexte sont venu moduler / freiner l'intervention tout au long de sa mise en œuvre, sur Arnaud Bernard ?
- Quels éléments de contexte ont joué un rôle dans l'intervention, sur telle forme théorique et qui n'était pas prévu au départ ?
- Comment êtes-vous parvenu à ce résultat / cette forme observée ?
- Qu'avez-vous dû mettre en place pour vous adapter face à ces éléments de contexte ?
- Par quel(s) moyen(s) / avec quelle(s) ressource(s) avez-vous pu vous adapter ?

II-B.4. Méthode d'analyse

Les éléments de discussion évoqués lors de la réunion concernant la troisième étape de co-construction du schéma FIC du projet-pilote de la Case de santé, centrée sur le passage des formes théoriques aux formes observées, ont été enregistrés et retranscrits. Ces données ont fait l'objet d'une analyse de contenu centrée sur les processus en jeu lors de l'implémentation de l'intervention.

Nous avons relevé et fait émerger différentes catégories en procédant en quatre étapes :

- l'identification des formes théoriques qui ont été impactées par le contexte lors de l'implémentation
- l'identification de la dimension du contexte venu impacter les formes, au regard des dimensions relevées dans l'enquête auprès de chercheurs
- l'identification de la manière dont les acteurs de terrain ont "fait face" aux éléments perturbateurs
- l'identification progressive d'enjeux non envisagés au préalable.

III- RESULTATS

III-A. Résultats de l'enquête

Au total, il a été recueilli neuf témoignages écrits et oraux de chercheurs.es travaillant pour la majorité dans des espaces interdisciplinaires, lors de l'enquête se rapportant à la notion de contexte. Cette enquête réalisée précédemment par une ingénieure d'études auprès des chercheurs membres de l'IFERISS a fait émerger plusieurs enjeux, que nous allons détailler ci-dessous.

III-A.1. Le contexte vu comme une boîte noire...

Tout d'abord nous pouvons relever que tous les enquêtés, sans exception, sont d'accord pour dire que le contexte est une **notion plutôt vague** voire indéfinissable. Nous pouvons citer des réponses décrivant le contexte telles que : *“notion molle”, “polysémique”, “nébuleuse”, “grand fourre-tout”, “vague”, “qui donne lieu à des interprétations différentes selon la discipline”, “aucun consensus”, “boîte noire”, “notion mouvante”*. On relève qu'aucune des personnes interrogées, toutes disciplines confondues, affirme donner une définition exhaustive de ce qu'est le contexte.

III-A.2. ... qui se caractérise par de nombreux éléments

Néanmoins, dans le cadre de l'enquête, la majorité des chercheurs a tenté de qualifier cette notion de contexte, au travers d'**exemples concrets**. Nous retrouvons chez celles et ceux s'étant prêtés à l'exercice, de nombreux éléments **caractérisant la notion de contexte**. En effet, le contexte est associé à :

- une **dimension sociale** : *“valeurs, normes (ou “bonnes pratiques”), “statut social”, “distribution sociale”, “classes sociales d'appartenance,” “rapports sociaux”, “la société est une forme de contexte”, “Acteurs, interactions entre eux”, “les parties prenantes au programme (au sens large, regroupant à la fois les acteurs de la mise en œuvre et tous ceux qui sont concernés par le programme)”, “le réseau social qui relie les acteurs, les rapports entre acteurs”, “contexte culturel”, “relations avec les autres”, “mœurs, aspects culturels”*
- une **dimension géographique** : *“géographie physique”, “éléments presque structurels”, “environnement”, “milieu”, “espace”, “espace habité, occupé”,*

“espace-temps”, “endroit où je vis”, “environnement proximal ou lointain”, “contexte spatial”, “contexte matérielle”, “contexte physique”, “contexte chimique”, “le « lieu », ou « cadre » physique dans lequel l’intervention est implémentée (école, quartier, etc.)”

- une **dimension temporelle** : *“une période qui se caractérise par un début et une fin”, “espace-temps”, “l’histoire dans laquelle je m’inscris”, “les aspects temporels et historiques du contexte, de l’intervention et de leurs interactions”, “contexte historique”, “contexte sociohistorique”, l’air du temps”, “ temps”, “temporalité”.*
- une **dimension politique** : *“pouvoir (naturellement inégalement distribué)”, “distribution du pouvoir”, “contexte politique”, “contexte politique, (notamment les autres programmes en cours)”*
- une **dimension organisationnelle** : *“la structure pour qui je travaille”, “contexte organisationnel”*
- une **dimension institutionnelle** : *“contexte institutionnel”, “institutions”*
- une **dimension individuelle** : *“âge de la vie”, “sexes”, “genre”*
- une **dimension économique** : *“ressources”, “capitaux”*

De plus, nous relevons dans le discours de la majorité des personnes enquêtées, un aspect de la notion de contexte transversal aux disciplines : les **niveaux de contexte**. En effet, cette caractérisation du contexte revient à plusieurs reprises dans le discours, tantôt nommé *“niveau de contexte”*, tantôt qualifié d’*échelles*. Cet aspect de la notion de contexte est notamment mis en avant lorsqu’il est question d’analyser ce dernier. Le contexte aurait **différents niveaux d’analyse**, notamment un niveau *“micro”, “méso” et “macro”*; et un certain niveau d’analyse serait privilégié selon ce que le chercheur recherche : *“Tu peux être à dix mille pieds au-dessus de la terre, tu vas voir un paysage, avec des lacs, des collines... Tu vas avoir une certaine vision de ce paysage. Ça, ça donne un niveau de contexte. Mais si tu veux savoir ce que les gens font dans les maisons, sur les chemins etc. il faut que tu prennes un parachute et que tu descendes pour que tu sois plus près. Bien entendu, selon la hauteur à laquelle tu es, et bien tu ne vas pas voir les mêmes choses, et tu ne peux pas comparer ce que tu vois à dix mille pieds et ce que tu vois à deux mètres du sol. Mais ces visions sont complémentaires, elles ne sont pas opposées.”*

Ensuite, nous relevons dans le discours des enquêtés, différents éléments associés à la notion de contexte, faisant **références aux théories développées dans leurs champs disciplinaires**. Nous retrouvons majoritairement, sous une **approche sociologique**

notamment, une vision interactionniste du contexte, où il est ici décrit comme le résultat d'un ensemble d'actions individuelles et collectives et serait "conditionné", "construit", "modifié" par les actions des personnes. Il est également considéré comme étant dialectique, dans le sens où, en plus d'être "construit" par les individus, il serait amené à "structurer", "conditionner" voire "influencer" les individus inscrits dans la société : « *L'enjeu est de mieux comprendre la façon dont (ou les mécanismes par lesquels) les individus agissent sur leur territoire et comment ce dernier agit sur les individus reste une question majeure.* »

Nous relevons également la notion d'"usage de contexte". Plusieurs des enquêtés considèrent la place centrale que détient l'acteur, qui fait "usage" de ce contexte. En effet, l'idée décrite ici est que les acteurs réagissent face à un contexte, avec des ressources qu'ils ont à leur disposition : *"Il y aura un contexte à partir du moment où on prendra en compte l'acteur."* ; *"Une production sociale historiquement située avec des acteurs qui ont des ressources, des dispositions diverses pour réagir, s'approprier, faire avec ou éventuellement résister à ce contexte, qui par ailleurs subissent les effets structurant du contexte"*.

Nous retrouvons également au travers de l'**épidémiologie sociale**, la perspective "lifecourse", signifiant "parcours de vie" en français. *"Celui-ci [cadre théorique du lifecourse] définit les éléments contextuels comme ayant une signification socio-historique dans le temps et l'espace ; la notion de chronologie est importante"*. Ici, les termes de "chronologie", de "temporalité", de "trajectoires", de "chemins", d'"aspects longitudinal", d'"évolution" et de "séquences" sont régulièrement mis en avant.

III-A.3. Un contexte considéré comme un outil d'analyse

Enfin, le **contexte est vu comme un outil**, *"pour mieux comprendre la réalité"* qu'il (le chercheur) étudie. *"Parler de contexte implique un choix, une décision"*. Le contexte n'existerait pas en tant que tel, mais serait "fabriqué" par le chercheur, afin de favoriser la compréhension d'un objet de recherche. Le contexte est ici vu comme une construction "pratique" pour la majorité des enquêtés, tant il n'est pas à définir mais à construire pour certains ou à délimiter pour d'autres. Il est alors souvent question de "pertinence" par rapport à un objet d'étude. Le chercheur déclare en effet ne pas choisir n'importe quel élément de contexte, mais se focaliser sur des éléments de contexte pertinents au regard de ce qu'il observe et étudie : *"Le contexte correspond souvent aux dimensions pertinentes pour les acteurs impliqués. Et donc le contexte est dépendant du*

point de vue de celui qui le définit”. “Le contexte est pour moi une notion relative : les dimensions du contexte qui seront retenues sont dépendantes des situations et des acteurs”.

III-B. Résultats du FIC

Le schéma FIC s’est vu se transformer à de nombreuses reprises (voir annexe 3) jusqu’à parvenir à un consensus sur la version proposée ci-après.

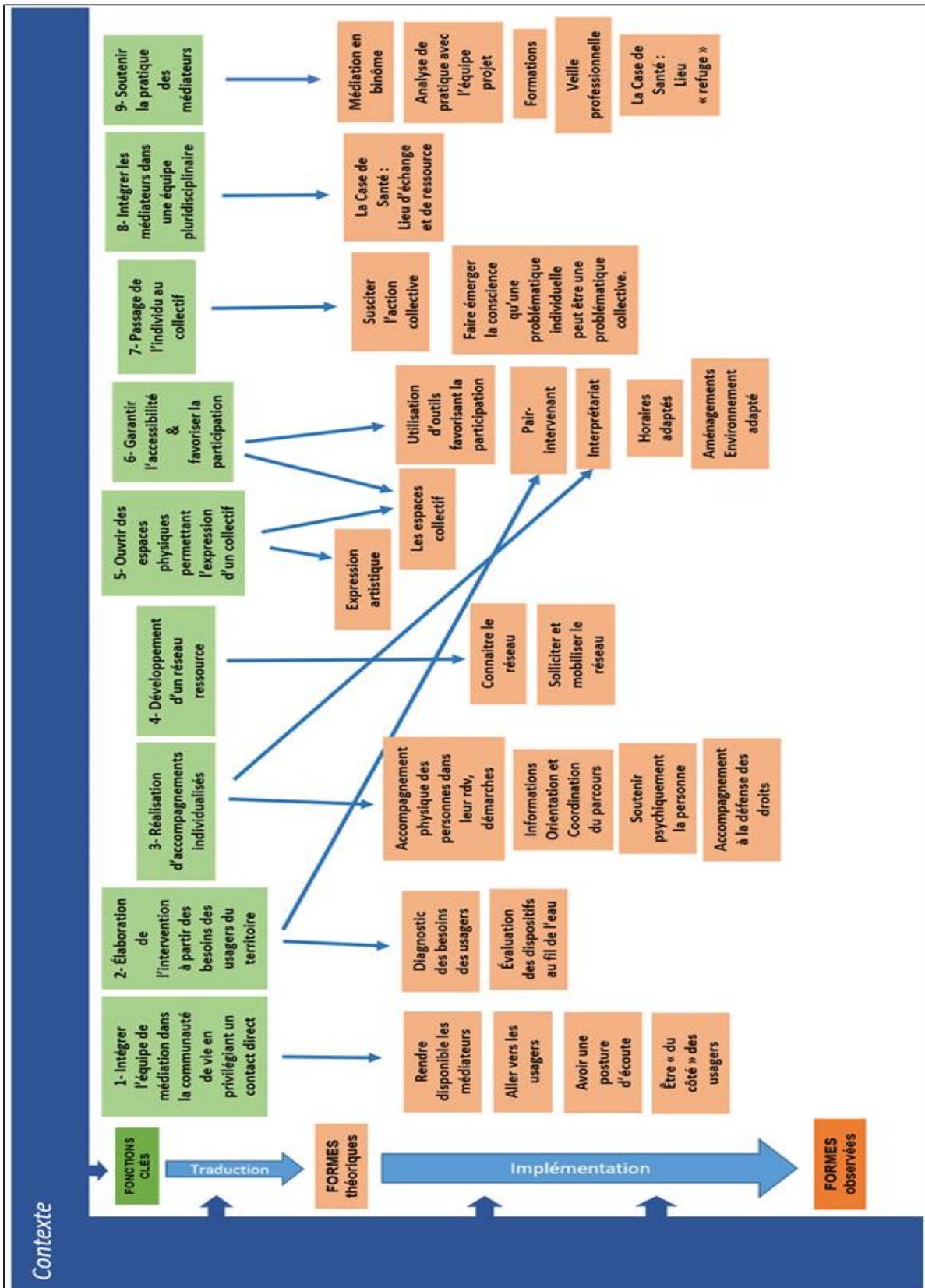


Figure 3. Schéma « Fonctions clés / Implémentation / Contexte » pour l'intervention de la Case de santé.

III-B.1. Description des fonctions clés et des formes théoriques de l'intervention

Neuf fonctions clés sur lesquelles reposent le projet pilote de la Case de santé ont été décrites (en vert sur le schéma), lesquelles ont été traduites en près d'une trentaine de formes théoriques (en orange clair sur le schéma), sachant qu'une forme théorique peut être la traduction de plusieurs fonctions clés à la fois.

La fonction clé 1 consiste à *“intégrer l'équipe de médiation dans la communauté de vie en privilégiant un contact direct”* avec la population. ». Il s'agit là de l'activité de médiation dans l'espace public et de se faire repérer tant des habitants que des acteurs du quartier. Cette fonction clé rassemble quatre formes théoriques, traduites de la manière suivante :

1a- *Rendre disponible les médiateurs* : les médiateurs se rendent disponibles au travers leur mission d'accueil dans le centre de santé et lors de leur mission de médiation à l'extérieur.

1b- *“Aller vers” les usagers* : il s'agit de déambulations et de parcours de veille dans l'espace public du quartier, de visites à domicile, de permanences hors les murs et de points fixes.

1c- *Avoir une posture d'écoute* : les médiateurs montrent explicitement leur écoute auprès de la population / des usagers ; toute sollicitation est considérée comme légitime.

1d- *Être “du côté” des usagers* : les médiateurs sont « pro-usagers » et ne sont pas neutres, se plaçant ainsi du côté de l'utilisateur et non du côté des professionnels (relation horizontale entre médiateurs et population).

La fonction clé 2 consiste à *“élaborer l'intervention à partir des besoins des usagers du territoire”*. Il s'agit de façonner l'intervention au plus près de la réalité des besoins de la population. Pour cela, il en découle trois formes théoriques traduites de la manière suivante :

2a- *Réaliser un diagnostic des besoins des usagers* : il s'agit d'établir un diagnostic des problématiques de santé de la population et des conditions de vie, au départ du projet pilote.

2b- *Évaluer les dispositifs au fil de l'eau* : il s'agit de l'instauration d'un système d'évaluations régulières, tout au long de la mise en place de dispositifs, afin d'améliorer les actions et de pouvoir s'adapter en permanence.

2c- *Pair-intervenant* : le pair-intervenant vient appuyer l'équipe de médiation dans la capacité à recueillir et faire exprimer les besoins des usagers.

La fonction clé 3 consiste à “*réaliser des accompagnements individualisés*”. Cette fonction clé prend la forme de cinq formes théoriques, traduites de la manière suivante :

3a- *Accompagnement physique des personnes dans leur rdv et démarches* : ces accompagnements sont réalisés au cas par cas et peu importe les enjeux (santé, logement, travail, droits, etc.)

3b- *Informations, Orientation et Coordination du parcours.*

3c- *Soutenir psychologiquement/moralement les personnes* : il s'agit de la dimension sociale et relationnelle de l'accompagnement, visant à assurer une présence et un soutien auprès des personnes.

3d- *Accompagnement à la défense des droits.*

3e- *Interprétariat* : les médiateurs peuvent se retrouver à devoir parler une autre langue ou bien à devoir utiliser de l'interprétariat téléphonique afin de se faire comprendre et d'échanger avec leur interlocuteur.

La fonction 4 consiste à “*développer un réseau ressource*”. Ce réseau serait constitué de toute personne ou structure pouvant répondre à n'importe quel besoin d'un usager. Il peut s'agir du réseau du secteur sanitaire et médico-social, de l'alimentation, de cours de français, des activités de loisir, des avocats ou services juridiques, ou toutes autres associations et personnes ressources. Cette fonction clé est traduite en deux formes théoriques :

4a- *Connaître le réseau* : il s'agit d'avoir identifié les personnes et structures pouvant être une ressource et d'en connaître sa “qualité” (participation financière, critères d'entrée, qualité du service, etc.).

4b- *Solliciter et mobiliser le réseau* : Il s'agit de mobiliser le réseau préalablement identifié afin de répondre à toute demande et besoin des usagers.

La fonction clé 5 consiste à “*ouvrir des espaces physiques permettant l'expression d'un collectif*”. Il s'agit de proposer aux usagers des espaces physiques permettant la libre expression d'un collectif. Cette fonction clé rassemble deux formes théoriques, traduites de la manière suivante :

5a- *Espaces collectifs* : Il s'agit d'ouvrir des espaces collectifs constitués à partir de deux entrées : une entrée santé et conditions de vie puis une entrée territoriale.

5b- *Expression artistique* : Il s'agit de permettre l'expression de formes artistiques lorsqu'un besoin est manifesté.

La fonction clé 6 consiste à “*garantir l'accessibilité et à favoriser la participation*”. Il s'agit de permettre la participation de tout.e.s et l'accessibilité pour tout.e.s, aux dispositifs proposés, selon les moyens et capacités des individus, qu'ils soient financiers, cognitifs, organisationnels, culturels, etc. Cette fonctions clé se traduit en six formes théoriques, énoncées de la manière suivante :

6a- *Utilisation d'outils favorisant la participation* : tels que des outils co-construits ou des outils d'éducation populaire (théâtre forum, récit de vie, etc.)

6b- *Pair-intervenant* : voir 2c.

6c- *Interprétariat* : voir 3e.

6d- *Espaces collectifs* : voir 5a.

6e- *Horaires adaptés* : il s'agit d'adapter les horaires des dispositifs selon la disponibilité des usagers et habitants.

6f- *Aménagements et environnement adapté* : Il s'agit d'adapter l'environnement (matériel ou immatériel) aux usagers. Cela peut aller de l'instauration d'un climat convivial à l'adaptation de fauteuils pour personnes souffrant de maladies chroniques par exemple.

La fonction clé 7 consiste à “*réaliser un passage de l'individu au collectif*”. Cela se traduit sous deux formes théoriques très proches l'une de l'autre et allant de pair :

7a- *Susciter l'action collective* : Il s'agit de proposer systématiquement du “faire ensemble” (projets collectifs en santé).

7b- *Faire émerger la conscience du collectif* : Il s'agit de faire prendre conscience qu'une problématique individuelle peut être une problématique collective.

La fonction clé 8 consiste à “*Intégrer les médiateurs dans une équipe pluridisciplinaire*”. Cette fonction clé se traduit sous la forme théorique suivante :

8a - *La Case de Santé : lieu d'échange et de ressources* : notamment en ce qui concerne la réorientation des usagers auprès de professionnels du centre de santé.

La fonction clé 9 consiste à “*Soutenir la pratique des médiateurs*”. Il s'agit de mettre en place une organisation de travail et des activités permettant un appui aux

médiateurs dans leurs pratiques quotidiennes. Cette fonction clé rassemble cinq formes théoriques différentes :

9a- a- *Médiation en binôme* : il s'agit là à la fois d'un soutien psychologique et d'une complémentarité des compétences sur le terrain.

9b- *Analyse de pratique avec l'équipe projet* : il s'agit de mettre en place des débriefings réguliers et des analyses collectives de pratiques sur des situations de médiation en santé, afin d'éventuellement prendre du recul et apporter des solutions nouvelles à des problématiques rencontrées.

9c- *Formations* : il s'agit de permettre l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences grâce à des formations.

9d- *Veille professionnelle* : il s'agit de réaliser une veille sur les pratiques professionnelles de la médiation en santé : recherche d'inspirations, de retours d'expériences et de ressources documentaires.

9e- *La Case de Santé : Lieu « refuge »* : la Case est considérée comme un lieu qui peut apporter du soutien (psychologique, moral) aux médiateurs, grâce à la proximité avec d'autres collègues.

III-B.2. Passage des formes théoriques aux formes observées de l'intervention

Lors de la troisième étape du schéma FIC portant sur la mise en œuvre concrète de l'intervention de la Case de santé sur le quartier Arnaud Bernard, le passage des formes théoriques aux formes observées a été décrit. Le schéma ci-après nous montre que près de la moitié des formes théoriques de l'intervention a été impactée, perturbée, modulée, freinée voire bloquée par le contexte.

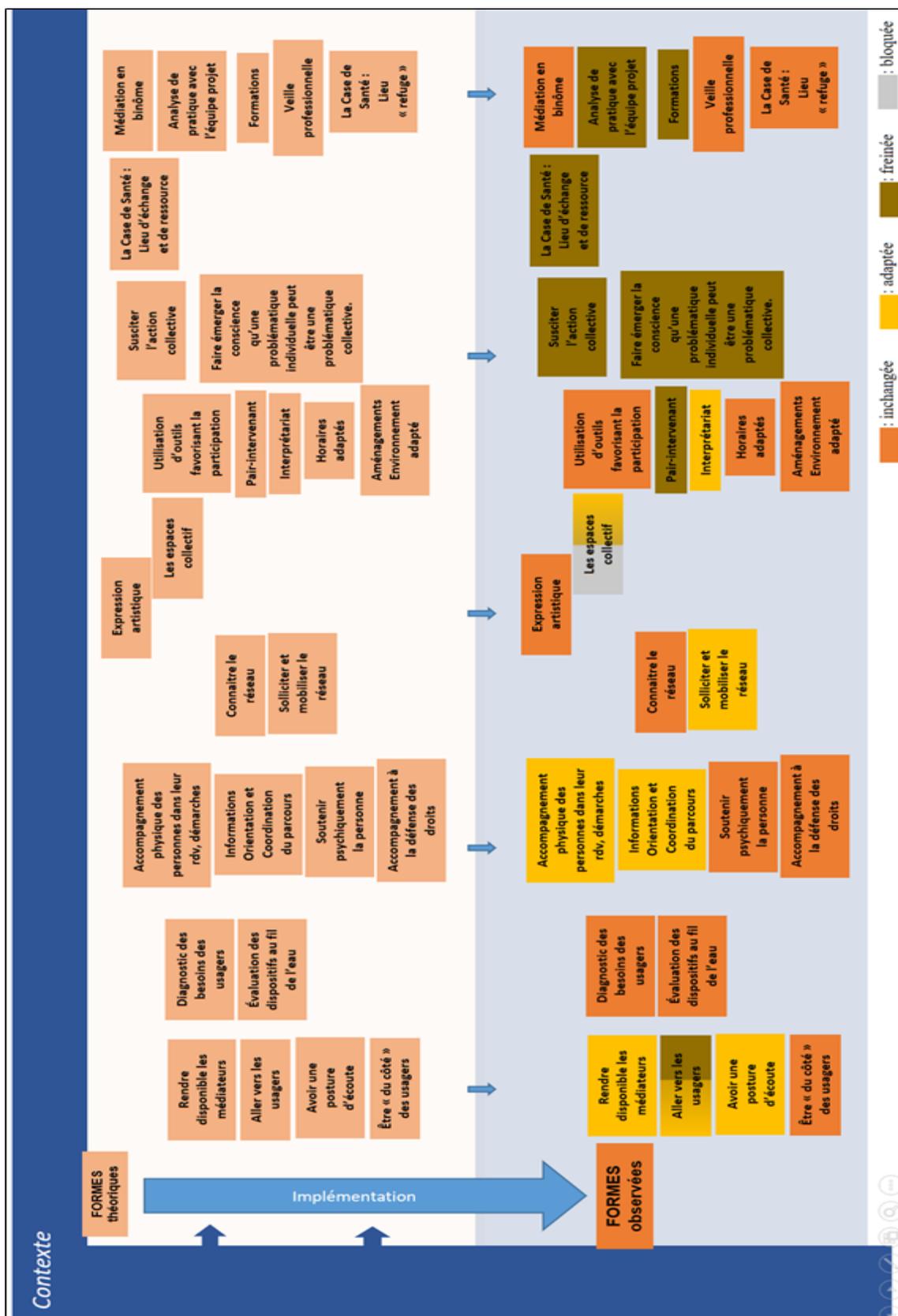


Figure 4. Schéma « passage des formes théoriques aux formes observées » de l'intervention de la Case de santé.

Sur les vingt-sept formes théoriques décrites, il a été observé que treize se sont implémentées comme prévu et n'ont pas subi de modifications considérables une fois mise en œuvre sur le terrain (représentées en orange sur le schéma de la figure 4).

Huit formes théoriques ont dû être modifiées lors de leur interaction avec le contexte (représentées en jaune clair sur le schéma). Autrement dit, nous constatons une différence entre les formes observées de ces huit formes théoriques et ces dernières. Cette différence se traduit et s'observe en une modification de la forme initialement décidée afin de s'adapter aux éléments de contexte qui sont venus perturber l'intervention.

De plus, sept formes théoriques ont été freinées lors de leur implémentation sur le terrain (représentées en jaune très foncé sur le schéma). Cela se traduit par des difficultés au moment de leur mise en œuvre, causées par des éléments de contexte divers et variés.

Ensuite, une partie d'une forme théorique a été bloquée lors de sa mise en œuvre dans le contexte du quartier Arnaud Bernard (représentée en gris sur le schéma). Cela se manifeste par un arrêt, définitif ou temporaire, d'une activité préalablement prévue.

La forme théorique "1a- *Rendre disponible les médiateurs*" du projet pilote de la Case de santé a été révisée au cours de son implémentation sur le quartier Arnaud Bernard. Théoriquement, les médiateurs devaient se rendre disponible au travers leur mission d'accueil dans le centre de santé et lors de leur mission de médiation à l'extérieur. Quelques semaines après le commencement de la mise en œuvre de l'intervention, les acteurs de terrain ont pris conscience de la difficulté à remplir toutes les missions du projet pilote en plus de l'accueil et que la charge de travail était trop importante par rapport aux exigences du projet pilote. Il a alors été décidé que les médiateurs ne soient plus postés à l'accueil du centre afin de se concentrer sur leurs missions de médiation à l'extérieur. Ainsi, ils se rendent moins disponibles au sein du centre de santé puisque non fixés à l'accueil, mais beaucoup plus disponibles dans leur fonction de médiation dans le quartier. Ce contexte de charge de travail importante a donc engendré une modification de la fiche de poste des médiateurs, avec une suppression d'une des missions. Cela a pu s'effectuer grâce à des moyens financiers et humains permettant de poster d'autres personnes sur les missions d'accueil du centre de santé et également grâce à une certaine souplesse quant à l'organisation du travail.

La forme théorique "1b- *Aller vers les usagers*" a particulièrement été impactée par le contexte lors de son implémentation sur le quartier Arnaud Bernard.

L'activité de parcours de veille a été perturbée par la présence de la police dans le quartier. Cette présence a engendré des modifications dans la pratique de l'aller vers, du fait que la population « ciblée » par l'aller vers n'est plus présente au sein du quartier, notamment les jeunes, lorsque la police est sur place. Les médiateurs ont donc décidé d'arrêter cette activité lorsque la police est présente et donc de privilégier les temps d'aller-vers sur d'autres jours. Cette régulation a été possible grâce à une souplesse de la démarche de parcours de veille.

L'activité des points fixes a également été dérangée par l'intervention de la police municipale. Lors du commencement de l'installation d'un point fixe (stand à l'extérieur) par les médiateurs, la police est intervenue et leur a demandé de quitter les lieux, pour des raisons de non-autorisation d'occupation de l'espace public. Afin de soulever ce frein, les médiateurs ont tenté d'obtenir cette autorisation d'occupation du domaine public. Néanmoins, la procédure d'autorisation a été bloquée dans une « discussion institutionnelle interminable ». Cette procédure n'a pas abouti, du fait de l'exigence d'une autorisation sur des dates fixées et prévue à l'avance, ce qui n'est pas compatible avec la démarche des médiateurs, ne laissant pas la liberté de pouvoir choisir les moments les plus propices pour ces points fixes. Ainsi, à la suite de cet échec d'obtention d'autorisation, les médiateurs ont réexpérimenté à deux reprises l'activité des points fixes de manière non-autorisée et cela sans l'intervention de la police.

La forme théorique «1c- *Avoir une posture d'écoute*» a été perturbée lors de sa pratique sur le terrain. Les médiateurs se sont heurtés à un manque de disponibilité de lieux adaptés afin d'adopter une posture d'écoute active. Les bureaux du centre de santé sont souvent indisponibles dû à utilisation élevée par d'autres professionnels de la Case de Santé. Les médiateurs sont alors amenés à trouver des solutions alternatives, comme par exemple donner rendez-vous à une personne chez un partenaire ou bien même dehors sur un banc public. Néanmoins, la posture d'écoute reste altérée face à un climat de non-intimité des lieux (publics, beaucoup de monde) qui rend l'échange avec la personne moins confidentiel.

La forme théorique «2c- *Pair-intervenant*» a été freinée lors de son implémentation. Dans les faits, l'intervention d'un «pair intervenant» n'a pas été utilisée autant de fois que prévu. Mise en œuvre trois fois lors d'ateliers collectif, cette pratique s'est montrée plus difficile à mettre en place que les médiateurs ne l'avaient imaginé. Les freins se sont révélés au niveau de l'articulation médiateurs / pair-intervenant, où les

médiateurs se sont perçus en difficulté quant à la formation des pairs-intervenants. Pour pallier cela, les médiateurs souhaiteraient la mise en place d'une action de formation visant à acquérir des compétences dans la transition usager/pair-intervenant.

La forme théorique "3a- *Accompagnement physique des personnes dans leur rdv et démarches*" s'est vue perturbée lors de sa mise en œuvre dans le réel. Le manque de disponibilité des médiateurs a pu bloquer certains accompagnements néanmoins justifiés selon eux. Ainsi, les médiateurs se sont adaptés en hiérarchisant les situations, notamment en priorisant celles ayant un blocage dans le parcours de l'utilisateur, qui serait susceptible d'être levé par un accompagnement, qui permettrait de remettre de la fluidité dans le parcours.

La forme théorique "3b- *Informations, Orientation et Coordination du parcours*" a été affectée lors de son implémentation sur le terrain. La qualité de l'orientation des usagers s'est heurtée aux limites du système extérieur. Les médiateurs ont pu orienter les usagers vers d'autres structures ou personnes mais de nombreuses orientations n'ont pas abouties à des réponses espérées, du fait de plusieurs obstacles (manques de places, participation financière, etc.). Face à cela, les médiateurs ont cherché à s'appuyer sur d'autres ressources, qui existent déjà au centre de santé (outils propres au centre) et ont élaboré d'autres outils, tel que leur propre annuaire.

La forme théorique "3e- *Interprétariat*" a été modifiée lors de sa mise en œuvre dans le quartier Arnaud Bernard. Face à des individus ne parlant pas la même langue et lorsque l'interprétariat téléphonique n'est pas obligatoirement nécessaire ou bien n'est pas disponible, les médiateurs peuvent parfois utiliser d'autres outils. Ils ont ainsi été amenés à utiliser parfois "Google traduction", à pratiquer la "langue des mimes" en utilisant des signes dits "universels" ou bien à faire appel à des ressources communautaires, telles qu'une autre personne usagère du centre de santé.

La forme théorique "4b- *Solliciter et mobiliser le réseau*" a également été affectée lors de son implémentation dans le réel. Tout comme la forme théorique "3b- *Informations, Orientation et Coordination du parcours*", la sollicitation du réseau par les médiateurs se heurte aux limites du système extérieur, qui ne répond pas aussi bien qu'attendu. Les médiateurs sont alors amenés à trouver d'autres solutions plus efficaces.

La forme théorique “5a- *Espaces collectifs*” a partiellement été bloquée lors de son implémentation dans le contexte du quartier Arnaud Bernard. Théoriquement, les espaces collectifs sont constitués à partir de deux entrées, l’une sur la santé et les conditions de vie, l’autre sur le territoire, le quartier. Concrètement, l’équipe de médiateurs n’a pas réussi jusqu’à présent à mettre en œuvre des espaces collectifs à partir de l’entrée territoriale. Selon eux, cela peut s’expliquer du fait que le quartier est en évolution, dans une dynamique de gentrification, ce qui ne favoriserait pas l’instauration d’une dynamique collective sur le quartier sur des questions de santé. En effet, le quartier est perçu par l’équipe projet comme “un territoire qui se fragmente, se clive, s’oppose et qui tend à en rejeter d’autres”. De plus, les habitants, notamment les commerçants du quartier auraient un sentiment de découragement et une vision incertaine de leur avenir dans leur quartier, sachant qu’ils devront quitter le quartier d’ici quelques années. Afin de parvenir à l’instauration d’une dynamique collective sur le quartier, l’équipe projet prévoit d’augmenter les moyens sur ce quartier. Pour cela, ils ont décidé de ne plus déployer leur intervention sur un troisième quartier (Empalot) et de “réinjecter” dans le quartier Arnaud Bernard, les ressources (financière et humaines) qui étaient prévues à Empalot.

Les formes théoriques “7a- *Susciter l’action collective*” et “7b- *Faire émerger la conscience du collectif*” ont été freinées lors de leur mise en œuvre sur le terrain. Les médiateurs ont ressenti des difficultés pour susciter l’action collective et faire émerger la conscience du collectif. Ils pensent que le passage de l’individu au collectif ne se réalise pas assez, voire que trop rarement. D’après eux, il leur manquerait des outils pour “faire encore plus émerger”, pour “susciter encore plus l’envie” d’aller sur de l’action collective et pour “fédérer”. Parallèlement, ils perçoivent des freins auprès des usagers qui auraient des “difficultés de vie” trop importantes, ce qui ne leur permettrait pas d’avoir de “l’espace-temps et psychique pour défendre leurs droits et lutter”.

La forme théorique “8a- *La Case de Santé : Lieu d’échange et de ressources*” qui concerne notamment les réorientations d’usagers auprès de professionnels du centre de santé a été perturbée une fois implémentée. Les médiateurs se sont heurtés à des limites dans la réorientation d’usagers auprès des professionnels du centre de santé, notamment en termes de refus de nouveaux patients causée par une surcharge de patients.

La forme théorique “9b- *Analyse de pratique avec l'équipe projet*” a été freinée au cours de l'implémentation de l'intervention. D'après l'ensemble de l'équipe projet, l'analyse de pratique de manière collective a été réalisée beaucoup moins régulièrement que prévue et ne s'est pas formalisée. Des temps pour ces éventuelles analyses de pratiques n'ont pas été prévus à l'avance.

La forme théorique “9c- *Formations*” s'est heurtée à quelques obstacles lors de sa concrétisation sur le terrain. L'équipe projet a fait face à des difficultés pour trouver une offre de formation correspondant aux besoins des médiateurs. Selon eux, le marché des offres de formations propose beaucoup de formations “trop traditionnelles”, seulement “adaptées à des contextes de travail institutionnels ou classiques”. De plus, une des commandes de formation passée auprès d'un organisme de formation en éducation populaire, qui aurait pu correspondre à leurs besoins, n'a pas pu voir le jour suite à un arrêt d'activité de cet organisme. Une des seules solutions qui pourraient répondre à leurs besoins seraient, selon eux, de produire un programme de formation en interne. Néanmoins, cela n'est pour l'instant pas envisageable du fait d'un manque de temps. Ils sont alors amenés à former les nouveaux médiateurs eux-mêmes, de manière “moins approfondies” qu'ils l'auraient souhaité.

III-B.3. Synthèse

Lors de l'implémentation de l'intervention de la Case de santé sur Arnaud Bernard, nous avons pu constater qu'une forme théorique a pu à la fois être adaptée, freinée et bloquée (voir figure 4), particulièrement lorsqu'elle est complexe et constituée de plusieurs sous-activités.

Les éléments ayant perturbés l'intervention au cours de son implémentation relèvent de différentes dimensions du contexte (voir figure 5 ci-après), lesquelles avaient préalablement été soulevées lors de l'enquête auprès des chercheurs (voir partie Résultats III-A.2).

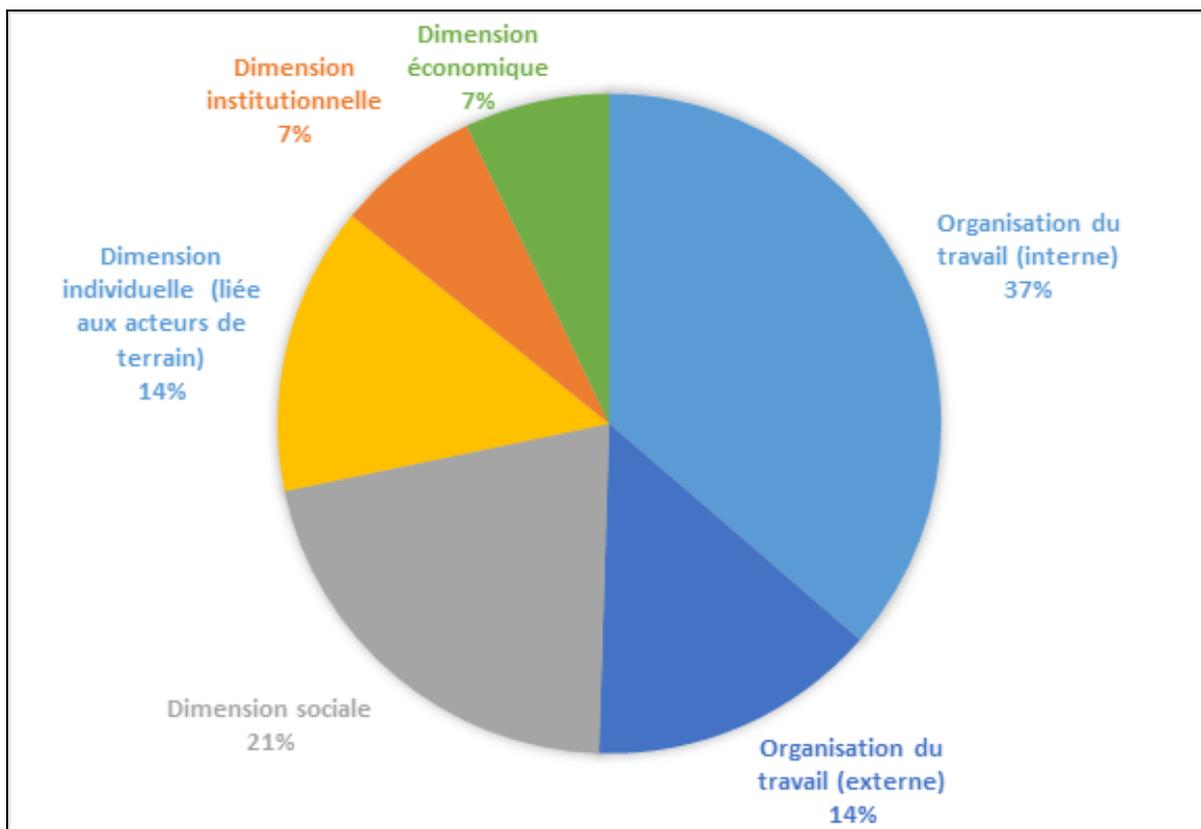


Figure 5. Les différentes dimensions du contexte ayant perturbé l'intervention

Ces éléments de contexte font partie pour la majorité (7 sur 14) d'une dimension organisationnelle, liés notamment à l'organisation du travail interne à la case de santé (5 sur 14 : charge de travail, disponibilité de lieu et planification d'une tâche) et à l'organisation du travail de structures extérieures (2 sur 14 : places limitées, charge de travail, participation financière, etc.). Ces éléments contextuels sont également liés à une dimension sociale (3 sur 14), fortement associés à la vie du quartier Arnaud Bernard, telle qu'une transformation du quartier (gentrification), une interaction des habitants avec la présence policière, ou bien la langue parlée par les habitants. Ensuite, nous pouvons relever des éléments contextuels associés à une dimension individuelle (2 sur 14), intrinsèque aux médiateurs de la Case de santé, avec notamment des difficultés liées à la mise en œuvre de certaines tâches, expliquées par un manque de compétences spécifiques à ces activités. Enfin, nous relevons également des éléments contextuels liés à une dimension institutionnelle (1 sur 14 : demande d'autorisation d'occupation de l'espace public) et une dimension économique (1 sur 14 : l'offre de formation adaptée sur le marché).

IV- DISCUSSION

À la suite de ces résultats, nous allons, dans un premier temps (IV-A), examiner au regard de la littérature les réponses des chercheurs soulevées lors de l'enquête sur la notion de contexte. Dans un second temps (IV-B), nous allons approfondir un positionnement qui a été tenu tout au long de cette étude lors de l'analyse de l'implémentation de l'intervention avec les acteurs de terrain. Dans un troisième temps (IV-C), nous allons proposer des points de vigilances concernant la transférabilité de l'intervention de la Case de santé. Dans un quatrième temps (IV-D), nous allons statuer sur la place du contexte dans une intervention. Enfin, dans un dernier temps (IV-E), nous allons discuter des forces et limites de notre étude.

IV-A. Le contexte : d'une notion floue à un outil d'analyse indispensable

Les résultats de l'enquête viennent corroborer l'idée mise en avant en introduction affirmant que le contexte est souvent considéré comme une "boîte noire" lors des recherches interventionnelles (Pearson et al. 2001). Toutes les personnes interrogées sont d'accord pour dire que c'est une notion complexe et se montrent prudentes lorsqu'il s'agit d'en donner une définition. Ce manque de définition et de consensus a d'ailleurs été mis en avant par Hassenteufel dans le domaine de la sociologie de l'action publique. Il déclare que " le terme "contexte" est l'une des nombreuses "boîtes noires" ou expression "fourre-tout" de l'analyse des politiques publiques, parfois utilisé pour désigner tout ce que l'on n'arrive pas à expliquer, notamment dans le cadre des analyses du changement dans l'action publique" (Hassenteufel, 2008). Également, Pfadenhauer et ses collaborateurs parlent même d'"immaturité conceptuelle" en ce qui concerne la notion de contexte, dans le sens où le contexte serait défini et utilisé de manière très variable dans le domaine des interventions en santé (Pfadenhauer et al., 2015).

Même s'il n'y a pas de consensus sur la notion de contexte, nous avons néanmoins pu, lors de cette enquête, relever une multitude d'éléments venant la caractériser, tels que ces différents niveaux d'analyse et ses multiples dimensions. Ces nombreux aspects du contexte concordent tout à fait avec la vision de la promotion de la santé, qui soutient l'idée que la santé, ainsi que les ISS, sont multifactorielles. Cela fait écho au modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead (1991, voir figure 6), très utilisé en

promotion de la santé et qui représente les différents niveaux d'influence de nombreux facteurs ayant des effets sur la santé et sur lesquels il est possible d'agir.

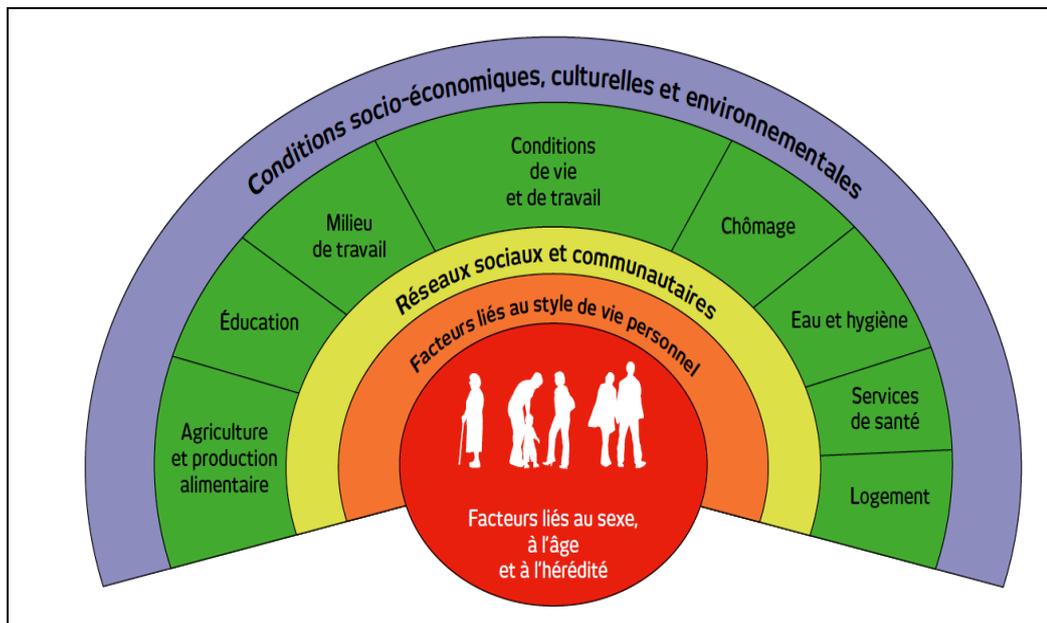


Figure 6. Modèle des déterminants de la santé de Whitehead & Dahlgren (1991).

Nous retrouvons également ces multiples dimensions du contexte lors de l'analyse du passage des formes théoriques aux formes observées de l'intervention de la Case de santé, dont particulièrement les dimensions organisationnelle, sociale, individuelle, institutionnelle et économique. Même si au cours de cette analyse nous n'avons pas fait référence à différents niveaux de contexte, nous pouvons constater que ces dimensions contextuelles reflètent bien les différents niveaux du modèle de Whitehead et Dahlgren, allant d'un niveau individuel à un niveau plus macroéconomique, politique et culturel.

De plus, les enquêtés semblent d'accord sur le fait que la notion de contexte serait un outil indispensable à ne pas négliger lors de l'analyse et de l'évaluation d'une intervention en santé des populations. Dans l'enquête, l'accent est mis sur le fait que la notion de contexte est moins une notion à définir qu'à appréhender méthodologiquement. Le contexte ne serait pas seulement un enjeu polysémique en tension mais serait également un enjeu méthodologique, en fonction des objectifs que se fixent chacun. L'idée est de dire, par exemple, que pour regarder la réalité sociale, un chercheur a le choix quant à l'échelle qu'il veut prendre et qu'il a également la possibilité de mêler plusieurs niveaux afin que ces visions soient complémentaires. Cette conception d'un contexte vu comme un outil a été souligné dans un article épistémologique sur le contexte rédigé par Lahire, sociologue. Il déclare en effet que le contexte n'existe pas en tant que tel mais qu'il est

construit par le “chercheur” et serait alors “fabriqué” pour favoriser la compréhension d’un objet de recherche (Lahire, 1996). Ainsi, le contexte serait une notion idéale, à utiliser comme un outil d’analyse et à construire selon la pertinence face à un objet d’étude et à une situation singulière.

IV-B. Une analyse du contexte centrée sur l’acteur

En partant de cette réflexion, nous pouvons ainsi souligner que dans notre étude, nous nous sommes particulièrement intéressés à la notion de contexte du point de vue des acteurs de terrain mettant en œuvre l’intervention. Notre objet d’étude étant l’implémentation d’une intervention de promotion de la santé, c’est-à-dire la manière dont une intervention est mise en pratique localement, il semble tout à fait pertinent d’analyser l’intervention à travers leur expérience de terrain. Cette approche au plus près des pratiques des professionnels de terrain rejoint particulièrement l’approche de l’intervention considérée comme “un événement dans un système”, dans laquelle les acteurs et leurs interactions sont au cœur de l’intervention et sont considérés comme produisant ce système (Hawe, Shiell et Riley, 2009). Également, cette place centrale attribuée aux acteurs de terrain semble très liée à la notion d’usage du contexte soulevée lors de l’enquête auprès des chercheurs. Cette référence à la notion d’usage du contexte vient renforcer l’idée qu’il est essentiel, lors de l’évaluation d’une intervention, de réaliser une analyse du contexte prenant particulièrement en compte la manière dont les acteurs qui mettent en œuvre une intervention réagissent face à ce contexte.

En effet, le passage des formes théoriques en formes observées n’est pas généré seulement par des éléments de contexte venant perturber l’intervention décidée. Cette transformation passe également par les prises de décisions des professionnels la mettant en œuvre (Bisset et Potvin 2007).

IV-B.1. Apport des sciences de l’homme au travail : “l’activité réelle” du travail

En ergonomie et psychologie du travail, cette distinction entre ce qui avait été décidé au préalable (travail prescrit) et ce qui s’est réellement produit une fois mis en œuvre (travail réel) a longuement été étudié (Falzon, 2004). Ce travail réel s’établit autour de l’activité de travail concrètement réalisée par les professionnels (voir figure 7 ci-après). L’activité désigne l’ensemble des objectifs effectivement poursuivis par l’opérateur, les

modes opératoires réellement mis en œuvre par l'individu pour réaliser sa tâche, les outils utilisés, les coéquipiers sollicités, etc. (Falzon, 2004). L'activité est ainsi la réponse mise en œuvre par l'individu pour réaliser sa tâche prescrite dans une situation singulière.

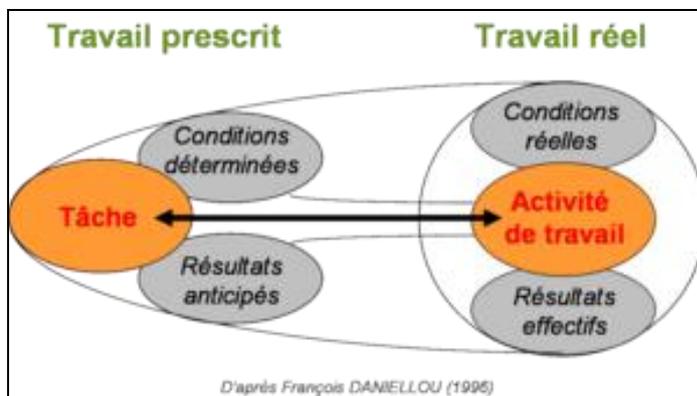


Figure 7. Schéma travail prescrit / travail réel. D'après Daniellou (1996)

Selon ces sciences de l'homme au travail, les "opérateurs" gèrent en permanence la variabilité et la diversité propres à toutes les situations de travail dans la réalisation de leur travail réel (Falzon, 2004). En effet, nous l'avons vu, une situation de travail telle qu'ici la mise en œuvre d'une intervention de promotion de santé, n'est pas stable et est source de variabilité voire de perturbation :

"Sur le papier ça peut bien aller, dans la réalité, des fois oui et y'a des périodes non..." (Propos d'un des acteurs de la Case de santé lorsqu'il aborde la mise en œuvre du projet).

"Mais c'était une vraie rupture, parce qu'on avait toujours pensé l'accueil comme étant un lieu privilégié pour la médiation... avant de mettre en œuvre le projet expérimental". (Propos d'un des acteurs de la Case de santé lorsqu'il aborde la mise en œuvre du projet).

Selon le sociologue Grossetti (2004), les phénomènes sociaux ont une dimension imprévisible et il est normal, voire prévisible, qu'il y ait de l'imprévisibilité dans la vie sociale. Ces imprévisibilités engendrent ainsi des inadéquations, des discordances, entre le modèle du programme prévu (ou outils prévus) et le contexte "réel" dans lequel l'intervention est mise en œuvre.

En somme, l'activité réelle de travail est considérée comme l'expression d'un compromis, qui constituerait une réponse originale de la part du professionnel et qui se recomposerait dans l'action (Guérin et al., 1997).

IV-B.2. Des régulations lors de l'implémentation d'une intervention

Afin de gérer ces variabilités, les acteurs de terrain sont donc amenés à réguler leurs activités de travail. La régulation est une notion essentielle en ergonomie. Elle désigne le processus mis en œuvre par les opérateurs et les opératrices pour construire des compromis entre des contraintes diverses afin de maintenir l'activité de travail à un niveau satisfaisant pour l'individu et pour l'organisation (Faverge, 1966). Dans la notion de régulation, l'idée de contrôle est permanente, ainsi que l'idée de comparaison entre un état attendu et un état constaté (Leplat, 2006). Dans le sens général, la régulation est « l'action de régler, le fait de maintenir en équilibre, d'assurer le fonctionnement correct d'un système complexe » (Robert, 1994). D'un point de vue biologique et physiologique, la régulation est un processus qui vise à assurer la constance ou la stabilité du milieu intérieur en dépit des variations du milieu extérieur. Cette recherche de stabilité est également une caractéristique des régulations dans le domaine cybernétique dont le prototype est le thermostat. Dans une perspective psychologique, les régulations sont des réactions du sujet à des perturbations et visent à les compenser en reconstruisant l'équilibre du système d'activités. D'un point de vue ergonomique, l'accent est davantage mis sur les modifications du comportement individuel et collectif des opérateurs pour faire face aux exigences des situations. Ainsi, Gonon (2003), ergonomiste, définit la régulation comme étant un « *processus visant à retrouver un équilibre entre les ressources de l'individu et les caractéristiques de l'environnement de travail* ».

Les acteurs de la Case de santé ont évoqué la réalisation de nombreuses régulations lors de l'implémentation de leur intervention sur Arnaud Bernard : modification de fiche de poste, changement des temps d'"aller vers" sur d'autres jours, recherche d'autres lieux adaptés, priorisation des situations, création de leurs propres outils, utilisation d'autres outils existants ou des personnes ressources, etc. Ainsi, nous constatons de nombreuses différences entre les formes théoriques de l'intervention et ses formes observées, dues à des éléments imprévus lors de sa mise en œuvre. Toutefois, les écarts entre ce qui était attendu et ce qui s'est réalisé sur le terrain ne semblent pas forcément impacter négativement l'efficacité de l'intervention, bien au contraire.

IV-B.3. Pouvoir réguler : un gage de qualité de l'intervention

Nous l'avons vu, la variation des interventions est souvent inévitable. Selon la littérature sur le sujet, les interventions caractérisées par des formes qui ne sont pas définies à l'avance et qui dépendent de l'interaction avec le contexte pour produire des résultats ont des effets moins prévisibles, mais sont potentiellement plus importants et mieux adaptés aux besoins des acteurs locaux et de la population cible (Villeval et al., 2019).

Selon Morin, la complexité appelle la stratégie et les éléments non prévus pourraient être des opportunités pour l'action et donc la mise en œuvre. Il place ainsi l'imprévisibilité comme un moyen de pouvoir faire évoluer l'action et cette capacité à se saisir du "désordre" serait nécessaire pour pouvoir agir :

“Un programme constitue une séquence d'actions prédéterminées, qui ne peut s'accomplir que dans un environnement comportant très peu d'aléas ou désordres. La stratégie, elle, se fonde sur un examen des conditions à la fois déterminées, aléatoires, incertaines dans laquelle va s'engager l'action en vue d'une finalité donnée. Le programme ne peut se modifier, il ne peut que s'arrêter en cas d'imprévu ou danger. La stratégie, elle, peut modifier le scénario d'actions prévues, en fonction des informations arrivant en cours de route, inventer de nouveaux scénarios. La stratégie peut même utiliser l'aléa à son profit, comme Napoléon utilisant le brouillard d'Austerlitz ; elle peut utiliser l'énergie ennemie comme le joueur de karaté qui fait sans effort basculer son adversaire. [...]. L'action, réfléchissons-y, n'est possible que s'il y a à la fois de l'ordre, du désordre et de l'organisation. Trop d'ordre asphyxie la possibilité d'action. Trop de désordres font chavirer l'action dans les tempêtes et celle-ci devient un pur pari au hasard.” (Morin, 1984).

L'adaptation au contexte est ainsi une qualité de l'intervention qui fonctionne alors comme un dispositif évolutif « apprenant » et qui mobilise des solutions aux problèmes rencontrés lors de son implémentation (Fianu, 2017). Les régulations des acteurs de terrain semblent ainsi plus que désirables dans une perspective d'efficacité et sont gages de qualité.

IV-B.4. Des ressources pour s'adapter aux situations non prévues

Dans la poursuite de la réflexion sur la place centrale des acteurs de terrain lors de l'implémentation d'une intervention et faisant face à des éléments de contexte venant perturber sa mise en œuvre, il semble alors important de considérer les ressources mise à disposition des professionnels pour s'adapter aux éléments de contexte non prévus et réguler leurs activités de travail.

En effet, lors de notre analyse du passage des formes théoriques aux formes observées, nous avons pu constater que de nombreuses formes théoriques ont dû être adaptées, ont été freinées voire ont été en partie bloquées lors de l'implémentation. Au vu de ces différentes manières de "réagir" face aux éléments de contexte, nous pourrions nous interroger quant à la "puissance" ou au "degré" d'influence de certains éléments de contexte sur une intervention. Si nous prenons pour illustration la forme théorique "5a- *Espaces collectifs*" ayant été partiellement bloquée lors de son implémentation dans le contexte du quartier Arnaud Bernard, nous pouvons constater que l'élément de contexte "un quartier en pleine gentrification", qui n'avait pas du tout été prévu par les acteurs de la Case de santé, a empêché l'instauration d'une dynamique collective sur les questions de santé dans le quartier. Cet élément de contexte a ainsi eu un impact considérable sur l'implémentation d'une forme théorique. Cependant, afin de faire face à cette situation problématique, les acteurs de la Case de santé envisagent de renforcer les ressources attribuées à l'instauration d'une dynamique collective sur le quartier Arnaud Bernard, en "réinjectant" des moyens financiers et humains qui étaient préalablement prévus pour une autre activité. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que si notre analyse de l'implémentation de l'intervention de la Case de santé avait été réalisée plus tardivement dans son processus, cette décision de renforcement des ressources sur la dynamique collective du quartier aurait tout de même permis de mettre en œuvre cette dynamique territoriale à un moment donné. Ainsi, il semblerait qu'il n'est pas question de "degré d'influence" du contexte mais bien de ressources afin de "faire face" aux imprévus, sans être pris au dépourvu.

En effet, les acteurs de la Case de santé ont pu adapter leur intervention face aux éléments de contexte non prévus lorsqu'ils avaient à dispositions différentes ressources :

- des ressources organisationnelles : une certaine souplesse quant à l'organisation du travail et dans les missions (modification de fiche de poste, changement de jour pour une activité spécifique, etc.) ;
- des ressources financières : recrutement de personnes complémentaires ;

- des ressources matérielles : lieux et outils à disposition ;
- des ressources humaines : personnes ressources sur la communauté et partenaires ;

Cependant, l'intervention a été freinée lorsqu'ils n'avaient pas les moyens nécessaires pour faire face aux éléments de contexte perturbateurs :

- pas de moyen de faire face à des règles institutionnelles (demande d'autorisation non adaptée à leur activité de travail) ;
- pas de moyen de s'adapter face à une charge de travail des autres professionnels trop élevée (lors des réorientations notamment) ;
- pas de moyen de former les médiateurs de manière adaptée (offre de formation sur le marché non adaptée, manque de temps) ;
- pas de moyen d'aboutir correctement à une mission (manque perçu de compétences).

Ainsi, les ressources à disposition des acteurs de terrain sont essentielles pour réaliser des régulations adaptées face à des éléments de contexte imprévus et permettre l'efficacité d'une intervention. Il apparaît donc que les éléments de contexte venant perturber l'intervention lors de son implémentation ne déterminent pas à eux seuls son efficacité. C'est la manière dont l'intervention va pouvoir s'adapter à son contexte qui semble décisif.

En ergonomie et psychologie du travail, cette possibilité de pouvoir réguler de manière efficace face à des imprévus se nomme la marge de manœuvre. Les marges de manœuvre constituent l'espace de régulation de l'opérateur (Coutarel, Caroly, Vézina & Daniellou, 2015).

Si la marge de manœuvre est importante, cela permettra à l'opérateur d'ajuster son activité au plus près des spécificités de la situation de travail, de contribuer à des formes d'innovations sociales et organisationnelles favorables au développement de la performance, de développer en somme des stratégies de régulation (Major & Vézina, 2011). Par exemple, les médiateurs ont développé de nombreuses stratégies et ont pu utiliser différentes ressources lorsqu'ils se sont retrouvés face à des personnes ne parlant pas la même langue et que l'interprétariat téléphonique (outil prévu) n'était pas disponible : utilisation de Google traduction, de la "langue des mimes" et de personnes ressources sur la communauté.

Au contraire, si la marge de manœuvre est faible, alors l'éventail des modes opératoires possibles sera très restreint, ce qui peut conduire à de l'activité empêchée (Clot, 1999) et/ou à la détérioration du collectif de travail, et/ou à la diminution de la performance. L'absence totale de marge de manœuvre conduit donc à des situations où il est impossible d'atteindre les objectifs de l'intervention. Par exemple, lorsque les médiateurs ont été confrontés à l'intervention de la police pour la mise en place des points fixes sans autorisation d'occupation de l'espace public, ils se sont retrouvés dans une situation ne laissant que très peu de marge de manœuvre. En effet, les critères pour obtenir cette autorisation n'étant pas adaptée à cette activité de point fixe (dates devant être décidées à l'avance), les médiateurs n'ont pas obtenu l'autorisation nécessaire pour la réaliser.

En somme, développer la marge de manœuvre, c'est développer les ressources nécessaires et donc les possibilités pour les acteurs de terrain de pouvoir faire face à des éléments de contexte lors de l'implémentation, qui n'étaient pas prévus initialement. S'il est inévitable que toute intervention se voit perturbée par des éléments de contexte non prévus et doit se transformer lors de son implémentation, il est en revanche possible de prévoir qu'il faille des ressources nécessaires à la mise en œuvre de régulations.

IV-C. Points de vigilance lors de la transférabilité de l'intervention de la Case

Face aux éléments de contexte venus perturber l'intervention de la Case de santé lors de son implémentation sur le quartier Arnaud Bernard et au vu des régulations réalisées et empêchées, nous souhaitons attirer l'attention sur plusieurs éléments afin de mener à bien la transférabilité de l'intervention.

Tout d'abord, il semble important de prendre en considération les éléments de contexte ayant modulé, freiné voire bloqué certaines formes de l'intervention initiale lors de son implémentation, afin de pouvoir mieux les anticiper lors de sa transférabilité sur un autre territoire. Nous émettons donc des points d'alerte quant aux éléments de contextes suivants :

- **dimension organisationnelle** : la charge de travail des médiateurs ;
- **dimension sociale** : l'évolution du quartier cible ; la présence policière lorsque celle-ci influence les habitudes de vie du public cible ; la/les langue(s) parlée(s) par les habitants du quartier cible ;
- **dimension individuelle** : les compétences requises par les médiateurs pour mener à bien chaque mission ;

- **dimension institutionnelle** : les autorisations requises pour réaliser des activités sur l'espace public ;
- **dimension économique** : les offres de formations sur le marché.

Ensuite, il semble également important de prendre en compte les ressources qui ont été nécessaires dans la réalisation de régulations ou qui ont manqué lors de l'implémentation de l'intervention sur Arnaud Bernard, afin de pouvoir faire face aux éléments de contexte non prévus lors de la transférabilité de l'intervention sur un autre territoire. Nous soulignons ainsi l'intérêt de continuer à disposer des ressources suivantes :

- **organisationnelles** : souplesse dans l'organisation du travail (horaires, activités, etc.) ;
- **financières** : possibilité de recrutement de personnes supplémentaires ;
- **matérielles** : lieux et outils déjà à disposition ;
- **humaines** : personnes ressources et partenaires.

Enfin, il paraît nécessaire de disposer de ressources qui permettraient de supprimer les freins actuellement présents. Une des prochaines phases serait donc d'établir quelles sont les ressources qui seraient à développer pour que certaines formes de l'intervention ne soient plus freinées voire bloquées. Pour cela, nous pouvons nous demander :

- Quels seraient les moyens qui permettraient de faire face aux règles institutionnelles telles qu'une demande d'autorisation de l'occupation de l'espace public ?
- Quelles seraient les ressources afin de s'adapter aux charges de travail des autres professionnels trop élevées, freinant les réorientations ?
- Quels seraient les moyens afin de former les médiateurs de manière adaptée s'il n'y a pas d'offre de formation correspondante sur le marché ?
- Quelles seraient les ressources pour augmenter la perception de compétences des médiateurs lors de missions spécifiques ?

Ces différents points de vigilance peuvent être utilisés par les acteurs de la Case de santé lors de la transférabilité de leur intervention sur le quartier des Izards, mais peuvent également accompagner tout autre acteur voulant transférer l'intervention sur un autre territoire. Ils sont à considérer comme un support à la réflexion et comme éléments sur

lesquels il serait judicieux de porter une attention particulière lors de la mise en œuvre de l'intervention.

IV- D. La place du contexte dans l'intervention

L'un des sous-objectifs de cette recherche était d'appréhender la place du contexte dans l'intervention. En effet, lorsque l'on tente d'élaborer un modèle permettant de "décortiquer" une intervention, se pose la question des éléments qui la composent et donc des éléments de contexte. Nous l'avons vu, le contexte est bien souvent vu comme "quelque chose d'extérieur à l'intervention", un "simple réceptacle", "un cadre externe" (Moore et al., 2015).

Cependant, nous avons pu remarquer tout au long de notre discussion que le contexte, ou plutôt les différents éléments de contexte, interagissent avec l'intervention. Ils viennent soit bloquer, soit freiner, soit moduler l'intervention. Lorsqu'ils viennent freiner ou bloquer l'intervention, il semblerait que ces éléments de contexte ne fassent pas partie de celle-ci, mais agissent en effet comme simples barrières externes. Tandis que lorsqu'ils viennent moduler l'intervention, les acteurs de terrain s'emparent de ce contexte afin de réaliser des régulations, grâce à différentes ressources. Ces régulations n'auraient pas vu le jour si ces éléments de contexte n'avaient pas interagis avec la mise en œuvre des activités prévues. Nous pensons alors que le contexte a sa place dans l'intervention lorsque celui-ci s'est entremêlé dans les décisions des professionnels conduisant à réaliser des régulations.

Ainsi en accord avec Shoveller et ses collaborateurs (2016), nous pensons que le contexte n'est pas une entité externe et séparée de l'intervention, mais qu'il fait partie intégrante de la compréhension des résultats de l'intervention :

“Accepter la notion que « Intervention = Intervention × Contexte » exige un nouvel ensemble d'approches théoriques, les méthodes et la présentation des résultats de la recherche des interventions dans les journaux et ailleurs. Cela exigera inévitablement des approches scientifiques de l'équipe interdisciplinaire.” (Shoveller et al., 2016).

IV- E. Forces et limites de l'étude

IV-E.1. Limites de l'étude : une question de temporalité

Dans notre étude, nous pouvons mettre en avant une limite dans la vérification de notre hypothèse. La temporalité de cette recherche (cinq mois) par rapport à la temporalité

*Chloé ROUTA - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique et de l'Université de Rennes 1 -
année 2018-2019*

du projet de terrain (quatre ans) ne laisse pas la possibilité d'affirmer totalement l'hypothèse comme quoi *“l'identification, avec les acteurs de la Case de Santé, des éléments de contexte ayant “modulé” leur intervention initiale tout au long de sa mise en œuvre sur Arnaud Bernard permet d'anticiper les éléments de contexte qui devront faire l'objet d'une attention particulière sur d'autres potentiels nouveaux territoires, notamment le quartier des Izards à Toulouse “.* En effet, nous n'avons pas pu, dans le temps imparti, analyser le contexte et la mise en œuvre de l'intervention sur le quartier de transférabilité, les acteurs de la Case de santé ayant commencé à intervenir sur le second quartier que trop récemment pour que nous puissions établir une comparaison et affirmer que nos points de vigilance anticipent bien d'éventuels éléments perturbateurs.

Toutefois, même s'il n'existe pas de point de comparaison pour le moment, il semble tout à fait pertinent de pointer du doigt les éléments de contexte qui ont perturbé l'implémentation de l'intervention initiale, ainsi que de relever la manière dont les acteurs de terrain y ont fait face (régulations, ressources...) afin de les avoir en esprit lors de la transférabilité. En effet, lors des réunions de travail avec l'équipe projet de la Case de santé, nous avons relevé à plusieurs reprises dans le discours des acteurs de terrain, des réflexions quant aux similitudes ou différences entre ce qui s'est réellement mis en œuvre sur le quartier initial et ce qu'ils perçoivent pour l'instant de l'intervention sur le quartier de transfert (les Izards).

Ainsi nous avons pu constater que ce travail de décortication de l'intervention initiale par fonctions clés, formes théoriques, formes observées, a pu amorcer des réflexions quant aux stratégies d'implémentation de l'intervention sur le second quartier. Il serait intéressant dans la poursuite de la recherche et de l'accompagnement des acteurs de la Case de santé dans la transférabilité, d'établir une comparaison entre les points d'alerte soulevés dans cette étude et l'analyse de l'implémentation de l'intervention sur le quartier des Izards, afin de mieux vérifier si cela anticipent bien d'éventuels éléments de contexte perturbateurs.

IV-E.2. Force de l'étude : une appropriation du modèle FIC

Chacune des réunions de travail réalisées avec l'équipe projet de la Case de santé (déterminations des fonctions clés, des formes théoriques, des formes observées et du contexte) a soulevé de nombreux débats autour des enjeux de l'intervention et quant à la distinction des fonctions clés, des formes théoriques et observées et des effets souhaités. Ces réunions de travail de décortication de l'intervention ont également permis de révéler

l'intérêt des acteurs de la Case de santé envers l'utilisation du modèle FIC. Ainsi, nous avons pu constater dès le départ, une réelle acceptabilité de la démarche par les acteurs de terrain, du fait de leur grande participation, leurs multiples interrogations et la libération de leur temps de travail pour venir participer aux réunions (le temps préalablement prévu de deux heures par réunion a largement été dépassé et cela de manière systématique). Le schéma FIC s'est vu se transformer à de nombreuses reprises et a donc été utilisé comme un réel support à la réflexion sur les éléments composants l'intervention de la Case de santé. Cette expérience auprès des professionnels de la Case de santé confirme une nouvelle fois l'intérêt d'un modèle de description et d'explicitation des fonctions clés, des formes et du contexte d'une intervention, afin d'accompagner sa transférabilité.

V-CONCLUSION

Cette étude a tenté d'apporter une pierre à l'édifice qu'est la réflexion sur la transférabilité des interventions en promotion de la santé. Apporter un éclairage sur la notion de contexte, ses enjeux, ses caractéristiques, sa place dans l'intervention et sa prise en compte par les acteurs de terrain, dans le cadre des interventions complexes, n'a pas été une mince affaire. La notion de contexte n'ayant pas de consensus sur sa définition, il a fallu faire des choix lors de l'analyse et se positionner.

Nous avons soulevé le fait que si le contexte est encore une notion floue pour les chercheurs et acteurs du domaine de la santé publique, il reste un outil indispensable lors de l'étude de l'implémentation d'une intervention et joue le rôle de support pour l'analyse.

Nous avons vu que le contexte vient perturber les interventions de différentes manières : adaptations, freins, voire blocage lors de la mise en œuvre. S'il n'est pas possible de tout prévoir, notamment les éléments de contexte perturbateurs, il semble possible de prévoir les ressources nécessaires afin que les acteurs de terrain puissent réguler et s'adapter. Ainsi, ces éléments de contexte ne sont pas forcément fatals pour l'intervention, si cette dernière prévoit la possibilité de moduler, réguler, s'adapter, et donc d'être en possession de différentes ressources : organisationnelles, financières, matérielles, humaines, etc.

Enfin, de par la mise en évidence d'une bonne appropriation du modèle FIC et de l'instauration d'une dynamique de conscientisation des processus d'implémentation par les acteurs de terrain et des limites de temporalité de notre étude, nous encourageons la poursuite de l'analyse de la transférabilité de l'intervention de la Case de santé, afin de renforcer l'affirmation de notre hypothèse selon laquelle le fait d'identifier les éléments de contexte ayant "modulés" l'intervention tout au long de sa mise en œuvre permet d'améliorer la transférabilité de l'intervention sur un autre territoire.

La notion de contexte garde encore des zones d'ombres et reste à éclaircir sur d'autres dimensions. Dans notre étude, nous nous sommes focalisés sur le contexte lors de l'implémentation de l'intervention, des formes théoriques aux formes observées. Il serait également intéressant d'étudier comment le contexte vient influencer la décision de l'instauration d'une intervention, comment il influence la stratégie de cette dernière (fonctions clés, formes théoriques) et comment il impacte ses effets.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2018, 25 septembre). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Consulté sur <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Basset B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. *Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p
- Bernier, J. (2014). La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation. *Global health promotion*, 21 (1_suppl), 58-63.
- Breton, E., Ridde, V., Guichard, A. et Lacouture, A. (2018). Approches évaluatives en santé publique. Dans Haschar-Noé, N. & Lang T. (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation* (p.99-124). Toulouse : Presses universitaires du Midi.
- Cases, C. (2010). Réduire les inégalités sociales de santé : la mission n'est pas impossible. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 73(2), 2-2.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2008 : 36 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N. & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : des concepts à l'intervention ergonomique. *Le travail humain*, vol. 78(1), 9-29. doi:10.3917/th.781.0009.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies & Strategies to promote social equity in health*. Institute of Future Studies, Stockholm.
- Daniellou, F. (1996). *L'ergonomie en quête de ses principes: débats épistémologiques*. Ed. Octares.
- Dupin, C. M. Breton, E. Kivits, J. Minary, L. (2015). *Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique*. Santé Publique, vol. 27, 2015/5, pp. 653-657

- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(34), 327-350.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Edwards, N., & Di Ruggiero, E. (2011). Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6_suppl), 43-49.
<https://doi.org/10.1177/1403494810393558>
- Faverge, J.M. et coll. (1966). *L'ergonomie des processus industriels*. Éditions de l'Institut de Sociologie, U.L.B., Bruxelles.
- Gonon, O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail: le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (5-1). <https://doi.org/10.4000/pistes.3336>
- Guichard A, Potvin L. (2010). *Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?* In: Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 38-39.
- Haschar-Noé, N. & Lang T. (2018). *Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*. Toulouse : Presses universitaires du Midi.
- Haschar-Noé, N. & Lang T. (2018). Réduire les inégalités sociales de santé : une expérimentation en système ouvert, participatif, intégré et de proximité. *Préventique*, (158), 74-75.
- Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris : Armand Colin.
- Hawe, P. & Potvin, L. (2009). « What is population health intervention research ? » *Canadian Journal of Public Health*, 100, (1), I8-I14.
- Jabot, F., & Bauchet, M. (2009). Glossaire, In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Joanny, R. (2014). Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé. *Ireps Bretagne*; 12, 57 p.
- Judge K., Bauld L., « Strong Theory, Flexible Methods: Evaluating Complex Community-Based Initiatives », *Critical Public Health*, no 11, 2001, p. 19-38.
- Lahire, B. (1996). La variation des contextes en sciences sociales. Remarques épistémologiques. *Annales. Histoire, sciences sociales* 51(2), 381-407.

- Lang, T. & Ulrich, V. (2017). *Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*. DREES, pp.08-14.
- Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (8-1).
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *American Journal of Evaluation*, 24(3), 315–340. <https://doi.org/10.1177/109821400302400303>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonnel, C., Hardeman, W., ... Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258. doi:10.1136/bmj.h1258
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. 2^{de} éd. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1984). L'inséparabilité des notions d'ordre et de désordre. *Ordre et désordre*. Consulté sur http://palimpsestes.fr/textes_philo/rig/morin.pdf
- O'Neill M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *Social Prev Med*, 1;48(5):317–26.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731-736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Petticrew, M., Cummins, S., Ferrell, C., Findlay, A., Higgins, C., Hoy, C., ... et Sparks, L. (2005). Natural experiments: an underused tool for public health?. *Public Health*, 119(9), 751-757.
- Petit, J., Querelle, L. & Daniellou, F. (2007). Quelles données pour la recherche sur la pratique de l'ergonome ?. *Le travail humain*, vol. 70(4), 391-411. doi:10.3917/th.704.0391.
- Pfadenhauer, L. M., Mozygamba, K., Gerhardus, A., Hofmann, B., Booth, A., Lysdahl, K. B., ... Rehfuess, E. A. (2015). Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 109(2), 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygamba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J. & Brereton, L. 2017. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions

(CICI) framework. *Implementation science*, 12, 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>

Potvin, L., Di Ruggiero, E., & Shoveller, J. A. (2013). Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La Santé en action*, (425), 13–15.

Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C.. (2010). *Réduire les Inégalités Sociales de Santé*. Paris, France : INPES. 380p.

Ridde, V., & Dagenais, C. (2019). *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées*. (Éditions science et bien commun). Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Ridde, V. & Guichard, A. (2008). 4 – Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. Dans : Christophe Niewiadomski éd., *Lutter contre les inégalités sociales de santé: Politiques publiques et pratiques professionnelles* (pp. 57-80). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi:10.3917/ehesp.niewe.2008.01.0057.

Robert, P. (1994). *Le Grand Robert En 9 Volumes*. Paris, France : Le Robert.

Schloemer, T., & Schröder-Bäck, P. (2018). Criteria for evaluating transferability of health interventions: A systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0751-8>

Shoveller J., Viehbeck S., Di Ruggiero E., Greyson D., Thomson K. & Knight R. (2016). A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Critical Public Health*, 26:5, 487-500. DOI: [10.1080/09581596.2015.1117577](https://doi.org/10.1080/09581596.2015.1117577)

Villeval, M. (2015). *Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé: un programme de recherche interventionnelle*. Thèse de Doctorat non publiée, Université Toulouse III-Paul Sabatier.

Villeval, M., Carayol, M., Lamy, S., Lepage, B., & Lang, T. (2016). Évaluer les effets d'un médicament, de dispositifs médicaux et d'interventions non médicamenteuses ou de santé publique: Limites de l'essai expérimental. Vers de nouvelles méthodes? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(6), 381-389. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.06.331>

Villeval, M., Lepage, B, Carayol, M., Lamy, S. et Lang, T. (2018) Limites de l'essai expérimental. Vers de nouvelles méthodes ? Dans Haschar-Noé, N. & Lang T. (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation* (p.84-99). Toulouse : Presses universitaires du Midi.

- Villeval, M., Gaborit, E., Berault, F., Lang, T., Kelly-Irving, M., 2019. 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* 14, 35. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0880-8>
- Wang, S., Moss, J. R., & Hiller, J. E. (2006). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, 21(1), 76-83. <https://doi.org/10.1093/heapro/dai025>
- You C., Joanny R., Ferron C., Breton E. (2017). Intervenir localement en promotion de la santé : les enseignements de l'expérience du Pays de Redon-Bretagne Sud. Rennes : Chaire « Promotion de la Santé » à l'EHESP.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des questions pour l'enquête

Annexe 2 : Photo schéma FIC en post-it / première réunion

Annexe 3 : Évolution du schéma FIC

Annexe 1 : Liste des questions pour l'enquête

Liste de questions de recherche sur la notion de Contexte. [REDACTED]

Nous vous laissons une liberté pour la taille des réponses à fournir. Néanmoins, nous vous invitons à ne pas dépasser une page et demie pour chaque catégorie de question. Bien entendu, si cette consigne vous restreint, nous vous invitons à le signaler dans vos réponses afin que nous puissions en tenir compte dans notre lecture.

Le contexte en théorie

- Dans le cadre de votre travail, comment abordez-vous la notion de contexte ? (quels cadres théoriques spécifiques, quels outils ?...)
- Cette notion soulève-t-elle des problématiques spécifiques dans le cadre de votre travail ? Quels enjeux y sont associés ?
- D'après vous, quels rapports lient l'individu et son contexte ?

Le contexte en pratique

- D'après vous, comment pourrait être définie la notion de contexte en matière de recherche interventionnelle en santé?
- Avez-vous été confronté.e à la notion de contexte dans le champ de la recherche interventionnelle en santé ?
- Si oui, sous quelle forme de questionnement l'avez-vous appréhendée ? (Veuillez décrire les étapes de votre réflexion)

Contexte et méthodologie

- D'après vous, serait-il possible de définir différents niveaux de contexte pour améliorer l'implémentation d'une intervention en santé ? Si oui, quelle serait cette typologie de contexte ?
- Quelles seraient les conditions et étapes favorables/obligatoires pour décrire ou classer le contexte ? (À titre d'exemple: Obligation de co-construction en équipe interdisciplinaire

avec les acteur.trice.s de terrain, les représentant.e.s des publics ciblés, effectuer des analyses de besoins sociaux, du territoire spécifiquement...)

- Si non, expliquez votre choix.
- A votre avis, dans le scénario d'une recherche interventionnelle, quel serait le/les moments favorables pour travailler sur la notion de contexte (avant, pendant, après la recherche interventionnelle ? Les trois ?)
- Si oui, par quels moyens méthodologiques ?
- Si non, expliquez votre choix.

Le contexte dans la littérature

- Certaines études* nous proposent, entre autres, une liste de « *tips* », pour définir le contexte pour la recherche interventionnelle. En voici un exemple. Qu'en pensez-vous ?

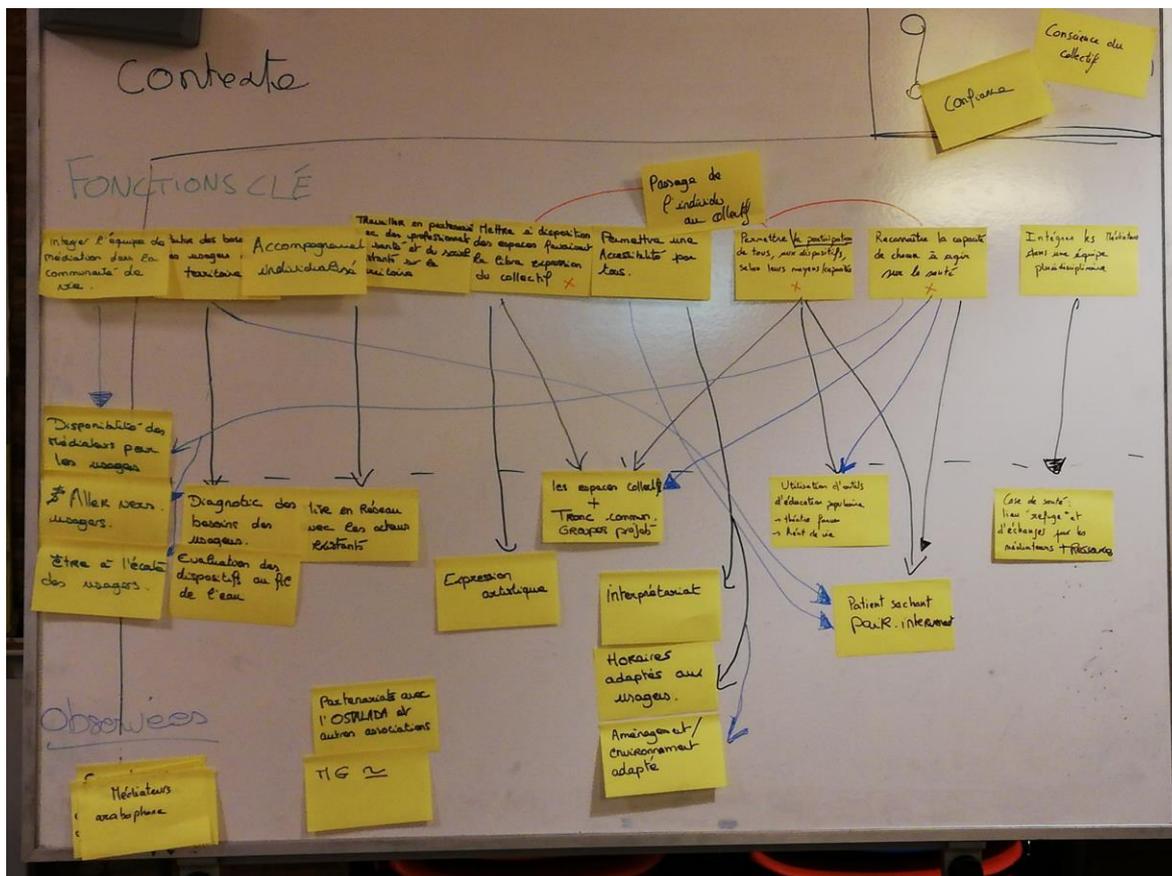
Table 2. Tips for Assessing and Reporting Contextual Factors
Engage diverse perspectives
Research participants (organizations, patients and clinicians, investigative team)
Relevant theoretical models
Prior research
Potential end users of study findings
Consider multiple levels
From the macro to the micro
Interactions between levels
Evaluate the evolution of contextual factors over time
Initial conditions and history
Changes over the course of the study
Look at both formal and informal systems and culture
Peer across the boundaries
Look for (mis)alignments
Be sensitive to the locus of power
Appraise internal and external motivations
Evaluate resources, support, and financial and other incentives
Assess (often nonlinear) interactions between contextual factors and both the process and outcome of studies
Report within the body of scientific articles key contextual factors that others would need to know (1) to understand what happened in the study and why, and (2) to be able to transport and knowledgeably reinvent the project in another situation

*[TOMOAI A-COTISEL](#) A. and al., Context Matters: The Experience of 14 Research Teams in Systematically Reporting Contextual Factors Important for Practice Change, in *Annals of family medicine*, 2013, vol 11

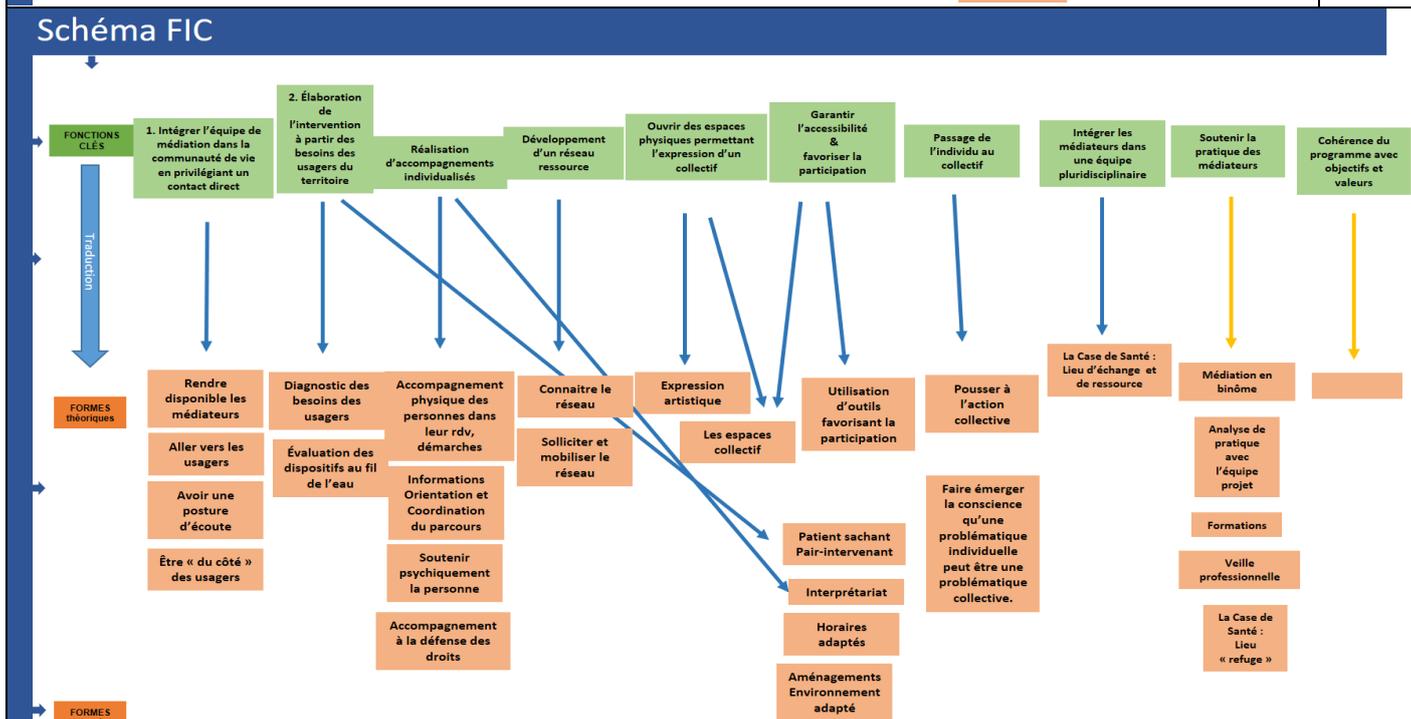
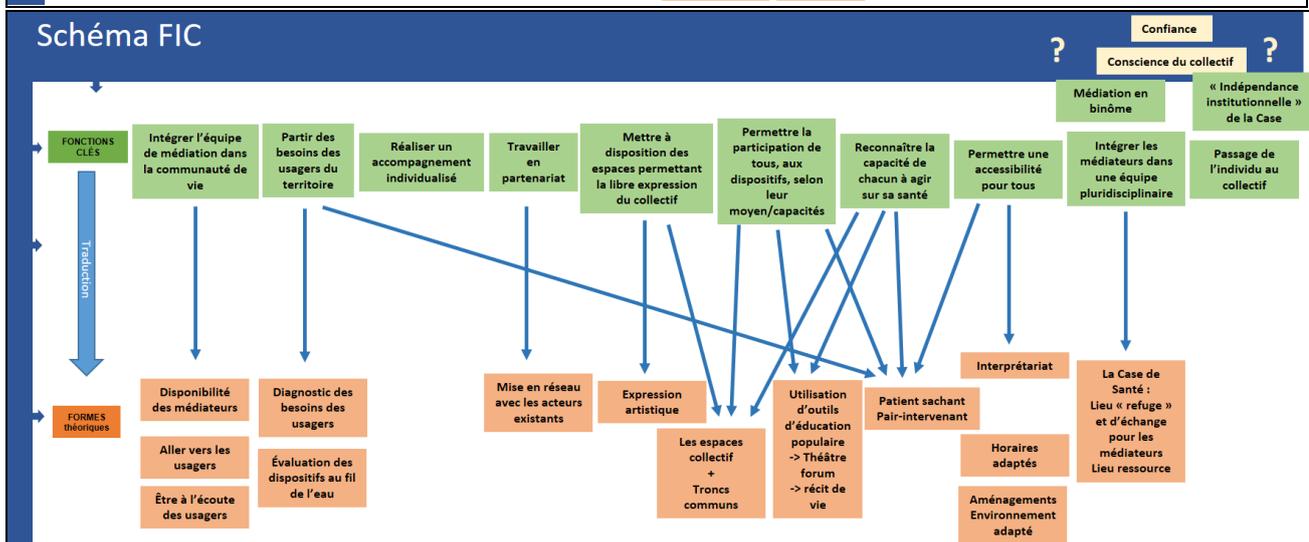
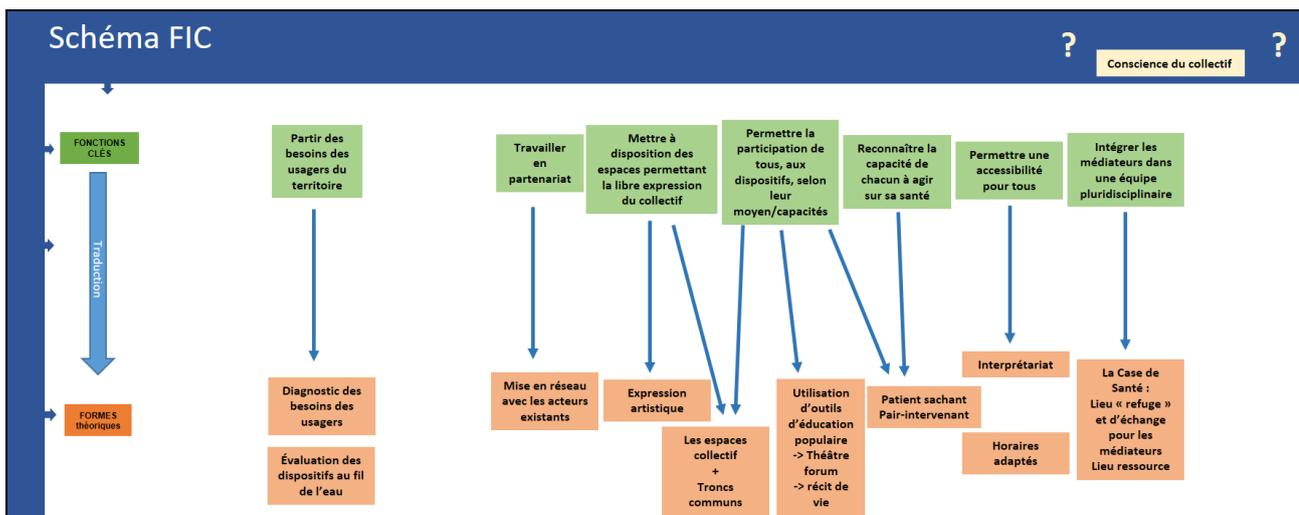
http://www.annfammed.org/content/11/Suppl_1/S115.short

- Auriez-vous des conseils de littérature en rapport avec la notion de contexte ?
- Enfin, y aurait-il des points non abordés dans les questions qui vous sembleraient essentiels à aborder pour définir la notion de contexte ?

Annexe 2 : Photo schéma FIC en post-it / première réunion



Annexe 3 : Évolution du schéma FIC



ROUTA	Chloé	17/09/2019
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
La prise en compte du contexte dans la transférabilité des interventions en promotion de la santé : L'exemple du projet de la Case de santé à Toulouse		
Promotion 2018-2019		
<p>Résumé :</p> <p>Le contexte est un concept vaste et complexe, aux limites mal définies (Villeval, 2015). Il est souvent présenté comme un cadre externe, un simple «réceptacle» pour des interventions et se retrouve souvent négligé dans les évaluations d'interventions en promotion de la santé (Moore et al., 2015). Pourtant, dans l'optique d'une transférabilité, il semble essentiel de considérer les éléments de contexte qui ont pu intervenir lors de la conception et de l'implémentation de l'intervention. En effet, si l'on ne prend pas en compte ces caractéristiques, une intervention qui s'est avérée efficace ou prometteuse dans un contexte n'aurait que peu de chance de produire les mêmes effets dans un autre contexte (Villeval, 2015). Cette étude a donc pour objectif d'appréhender la notion de contexte dans le cadre des interventions complexes en santé publique : ses enjeux, ses caractéristiques, sa place dans l'intervention et sa prise en compte par les acteurs de terrain. Grâce notamment à une analyse de l'implémentation d'une intervention en promotion de la santé, avec pour principal outil le modèle de décortication d'interventions « Fonction clé / Implémentation / Contexte », nous apportons un éclairage sur les enjeux du contexte. Les résultats, les limites et les forces de cette étude font l'objet d'une discussion approfondie.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>transférabilité ; implémentation ; contexte ; interventions complexes ; promotion de la santé</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		