

Agence Régionale de Santé PACA
Appel à projets 2017
« Soutien aux actions innovantes
s'inscrivant dans une démarche de recherche-action visant la réduction des inégalités
sociales de santé»

CAHIER DES CHARGES

La région PACA se caractérise par de fortes inégalités de santé, qui ont conduit à inscrire leur réduction comme un enjeu essentiel du Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé. Cette volonté forte, inscrite au niveau national depuis plus de 20 ans, est réaffirmée avec clarté dans la loi de modernisation de notre système de santé en 2016¹. Cette nouvelle loi souligne la nécessité d'adapter le système de santé aux besoins des personnes et aux profondes mutations qui sont à l'œuvre. Pour y parvenir, elle propose notamment de **prioriser la prévention sur le curatif**, d'accroître l'action sur les déterminants de santé et d'améliorer l'organisation des soins pour les patients pour garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une approche territoriale. L'OMS et l'OCDE nous conseillent, afin d'améliorer la performance de notre système de soins et de réduire les inégalités qui sont parmi les plus fortes d'Europe, d'investir plus dans la prévention et promotion de la santé.

C'est dans ce cadre que s'inscrit cet appel à projets. Au côté des schémas et programmes d'actions du Projet Régional de Santé, il vise à identifier et à modéliser des pratiques innovantes dans le champ de la prévention/promotion de la santé ou de l'organisation du système de santé, pour répondre plus efficacement aux besoins des populations qui sont le plus sujet à subir des inégalités de santé.

Cet appel à projet souhaite accompagner en priorité des projets qui se situent dans leur processus de construction, en amont des projets pouvant prétendre répondre aux appels à projets nationaux plus classique (PHRC, PREPS, IRESP, CNSA).

Du fait des moyens restreint de cet appel à projet, nous nous focaliserons plus particulièrement sur les projets qui ont un potentiel de fort levier pour le changement.

Champs de l'appel à projets

Cet appel à projets a une visée très opérationnelle : promouvoir des recherches-actions associant des habitants et/ou des personnes concernées par une expérience de maladie chronique², des acteurs de terrain et des chercheurs.

Afin de renforcer les chances de changement, ces actions doivent nécessairement s'inspirer de modèle d'interventions ayant déjà fait leur preuve ailleurs³. La lettre d'intention proposée dans ce

¹ L'Article L1411-1 du CSP modifié par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé stipule notamment « La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. »

cadre devra bien mettre en évidence les « fonctions clés » de l'intervention, c'est à dire les caractéristiques de l'intervention qui fondent son efficacité et citer les références établissant le caractère probant de l'intervention pour laquelle un transfert est envisagé

Les projets proposés pourront s'inscrire dans les axes suivants :

1. Approche par parcours de vie

Les interventions visant à agir en amont de la formation des inégalités de santé feront l'objet d'un examen particulièrement attentif :

- Action visant à favoriser des interventions précoces, avant l'apparition des maladies chroniques (par exemple les actions auprès des femmes enceintes, des enfants et de leur entourage).
- Action visant à agir sur les déterminants de la santé.

2. Actions portant sur les parcours de santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale :

Les projets proposés sur cet axe porteront sur le parcours de santé des personnes en situation de vulnérabilité, que ce soit du fait d'une pathologie, d'une situation de perte d'autonomie ou d'une situation sociale précaire/violente.

Ils pourront notamment viser à déterminer en quoi le parcours d'une personne en situation précaire et atteinte d'une maladie chronique diffère de celui d'une personne socialement favorisée et devront proposer des solutions appropriées (le diabète de type II pourrait p. ex. servir de pathologie traceuse). De façon prioritaire, les besoins particuliers des personnes « sans chez-soi » seront pris en compte.

Les actions visant à diminuer des situations où le système de soins participe à la fabrication ou l'aggravation des inégalités seront également étudiées.

Les objectifs de l'ARS, à travers cet appel à projet spécifique sont les suivants :

- Offrir un cadre d'expérimentation ou de développement d'innovations à des porteurs de projets, complémentaires aux cahiers des charges des plans d'actions/programme issus du Projet Régional de Santé (PRS) et du schéma régional de prévention.
- Identifier des solutions qui peuvent potentiellement changer l'ensemble du système
- Créer des nouveaux types de relations, d'échanges et de modalité d'intelligence collectives afin d'enrichir les organisations des organisations
- Faire émerger de nouveaux acteurs ou le savoir expérientiel est un outil central

³ Cet axe vise à soutenir un processus de transférabilité pour des actions qui ont démontré leur efficacité dans un contexte donné³. Un outil d'analyse de la transférabilité « ASTAIRE » a été mis au point récemment. Cet outil est proposé en annexe 2. Pour utiliser ASTAIRE, il faut avoir en amont identifié des interventions efficaces dans la littérature ou par ailleurs. Il sera possible de s'appuyer sur les centres documentaires de la région pour être accompagnés dans les recherches nécessaires. Les projets proposés pourront porter sur les différents publics ou thématiques mentionnés dans les axes 1 et 2 ci-dessus. Toutefois, une attention particulière sera portée aux projets visant les femmes enceintes et les périodes petite enfance et enfance. Un dossier documentaire élaboré par le CRES PACA propose, dans un autre document téléchargeable sur la même page ARS que l'appel à projets, un ensemble d'exemples et de références utiles.

Les acteurs visés

Les projets présentés doivent faire l'objet d'une co-construction réel entre 3 types d'acteurs :

1. des habitants et/ou des personnes concernées par une expérience de maladie chronique
- 2- Un/des promoteur d'action de terrain (association, établissement de santé)
- 3- et une/des équipe de recherche (universitaire et/ou associative)

Le projet devra dans sa construction intégrer une méthode où la recherche est au service de l'action. Il devra aussi s'assurer que la co-construction se fait en intégrant, avec un même niveau d'intérêt et de valeurs, le savoir issu de l'expérience et le savoir institué (savoir universitaire). Nous serons particulièrement intéressés par des projets intégrant des chercheurs issus de l'expérience.

Les projets ne remplissant pas ces conditions ne seront pas instruits.

Projets susceptibles d'être retenus

Des recherche-actions s'inscrivant dans les axes 1 et 2 mentionnés ci-dessus

L'approche en recherche-action repose principalement sur l'idée que pour connaître une réalité sociale, il faut en être acteur et participer à sa transformation. Elle repose sur certains fondamentaux : la participation des acteurs à l'ensemble du processus, non comme objet, mais comme sujet de la recherche, la synergie entre transformation sociale et production de connaissance, la co-information et formation des acteurs dans des relations horizontales, un souci prioritaire vers l'action (action-recherche serait un terme plus fidèle à la démarche attendu ici).

Dans le domaine de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé, les innovations à l'œuvre peuvent porter sur :

- de nouvelles stratégies d'intervention par exemple en faveur de publics particuliers
- la mobilisation de nouveaux acteurs, de nouveaux partenaires, de nouvelles disciplines, permettant d'agir sur des déterminants de santé
- l'expérimentation de nouvelles organisations ou de nouveaux outils.

NB : Pour mémoire, relève du champ de la recherche en santé publique « *l'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population et à leurs déterminants, qui visent la production, l'intégration, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de santé publique* »⁴.

Il s'agit ici plus précisément :

- des recherches sur les interventions et programmes de promotion, de prévention et de protection destinés à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population ;
- des recherches sur l'organisation des services de santé et des services sociaux comme facteur influençant les déterminants de la santé et du bien-être de la population ;

⁴ Laurendeau, M.-C., Hamel, M., Colin, C., Disant, M.-J. (2007). «Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)». Québec, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 55 pages.

La recherche en santé publique se distingue donc clairement de la recherche biomédicale⁵ ou clinique.

Les exigences en matière de méthodologie et d'évaluation

« Un des rôles essentiels de l'évaluation est de systématiser et de faciliter la fonction réflexive des programmes afin d'éclairer le processus par lequel ils deviennent des innovations locales et de soutenir leur potentiel de changement ». (L.Potvin)

Tous les projets devront prévoir un dispositif et une méthodologie d'évaluation de l'action. Cette évaluation devra permettre :

- un accompagnement méthodologique en continu des acteurs (avec dynamique de co-formation)
- le recueil des données nécessaires
- Une analyse conjointe des trois types acteurs et un rapport co-écrit
- Un rapport factuel intermédiaire à 6 mois (3 pages)
- des recommandations finales sur l'efficacité et la transférabilité des projets (cf. grille n°1 ASTAIRE en page 14 de l'annexe 2).
- Des perspectives à moyen terme (pistes sérieuse des suites à donner).

Conçue comme un accompagnement de l'action, l'équipe de recherche publique ou privée doit donc être choisie par le promoteur lui-même.

Sélection des candidatures

Un comité de sélection appréciera les dossiers de candidature.

Les critères qui seront appliqués pour examiner les candidatures sont les suivants :

- Un projet avec un fort potentiel de levier de changement
- Des partenariats enrichissant les savoir faire et le pouvoir d'agir des acteurs du territoire
- être évaluable dans des conditions permettant une généralisation ;
- être enraciné dans le territoire, avec une implication des acteurs et décideurs locaux

Le partenariat construit autour du projet et les modalités de pilotage envisagées devront faire l'objet d'une présentation précise.

Modalités de dépôt des projets

La sélection des projets se fera en deux temps :

1. Une présélection sur la base **d'une lettre d'intention de 3 pages maximum**, à envoyer par courriel à l'ARS **au plus tard le dimanche 27 août 2017 date ferme de dépôt**, à l'adresse électronique suivante : **ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr** en précisant en objet « AI 2016 + nom de la structure ». Un message d'accusé de réception est transmis dans les 10 jours qui suivent la date de clôture. Un comité de sélection se réunit pour instruire les projets réceptionnés.
Un courriel sera transmis par l'ARS pour informer les promoteurs de la décision du comité.

⁵ La définition officielle de la recherche biomédicale est donnée dans l'article L1121-1 du Code de la santé publique : « Les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sont autorisées dans les conditions prévues au présent livre et sont désignées ci-après par les termes "recherche biomédicale" ».

2. Pour les projets sélectionnés par le comité de sélection, **une audition** des promoteurs est prévue à l'ARS **le vendredi 22 septembre 2017** (une convocation sera transmise dès que possible pour préciser l'heure et le lieu exact de l'audition). A l'issue de l'audition, un courriel est transmis pour informer les promoteurs de la décision définitive du comité le lundi 25 septembre.

L'envoi du dossier complet (COSA et annexe technique) se fera par courriel. Il ne concernera que **les dossiers sélectionnés** après audition et sera transmis par le promoteur à l'ARS **pour le 30 septembre 2017** dernier délai. La décision finale de financement sera notifiée par les services administratifs et financiers de l'ARS.

La lettre d'intention, **de trois pages maximum**, devra préciser notamment :

- Les objectifs du projet et les éléments de diagnostic qui lui servent de fondement
- Les innovations qu'il s'agit d'introduire et qui sont susceptibles d'être généralisées, en indiquant avec précision le partenariat mobilisé, la responsabilité des différents acteurs concernés et le mode d'association des bénéficiaires de l'expérimentation ;
- Les conditions possibles d'une généralisation de l'expérimentation ;
- Les critères permettant d'apprécier la réussite de l'expérimentation ;
- Les premiers éléments de budget pour l'expérimentation (avec un budget décrit par année si le projet est pluriannuel)
- Une présentation rapide du promoteur et de l'équipe d'accompagnement
- Une adresse mél et un numéro de téléphone où contacter rapidement le promoteur si son projet est sélectionné.

Le contenu du dossier définitif sera précisé ultérieurement.

La convention de subvention

Une convention de subvention sera signée entre l'ARS et les porteurs de projet. Elle précisera le détail du projet et son budget dans une annexe technique et budgétaire. Elle précisera également les modalités de versement de la subvention. La convention d'objectifs pourra être pluriannuelle (trois ans maximum).

Le budget ne pourra dépasser 100 000 euros/an

Rappel du calendrier

- Date limite de réception des lettres d'intention : **dimanche 27 août 2017 au soir** à l'adresse mél suivante : **ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr** en précisant en objet « AI 2017 + nom de votre structure » ;
- Audition des promoteurs sélectionnés **22 septembre 2017**
- Pour les projets retenus uniquement par le comité de sélection : réception des dossiers **complets** (Cosa et annexe technique) pour le **30 septembre 2017** dernier délai.

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Avec puces + Niveau : 1 +
Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm,
Taquets de tabulation : 0,63 cm,
Tabulation de liste + Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Avec puces + Niveau : 1 +
Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm,
Taquets de tabulation : 0,63 cm,
Tabulation de liste + Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Avec puces + Niveau : 1 +
Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm,
Taquets de tabulation : 0,63 cm,
Tabulation de liste + Pas à 1,27 cm

Contacts et renseignements :

- **Correspondants en charge de l'organisation de l'appel à projets au sein de l'ARS :**

vincent.girard@ars.sante.fr

Tel : 06 89 85 32 99

Direction de la Santé Publique et Environnementale

Mission recherche et développement en santé publique

Agence Régionale de Santé Paca

132 boulevard de Paris - CS 50039 - 13331 MARSEILLE Cedex 03

site : www.ars.paca.sante.fr

- **Comité d'accompagnement des projets - en cours de constitution**

-Sélections d'acteurs de l'ARS qui souhaitent devenir participant d'une action innovante
-2 personnes du CRES

- **Comité de sélection - en cours de constitution**

2/3 chercheurs d'équipes différentes

3 représentants d'acteurs de terrains

4 représentants de personnes directement concernées et/ou d'habitants

2 représentants des collectivités territoriales

3 représentants du monde de la recherche et de l'évaluation

Annexe 1

Généralités sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités de santé, avant tout un déterminisme social

La question des inégalités de santé se pose d'abord au plan social :

Les inégalités sociales de santé (ISS) font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Elles correspondent à des écarts d'états de santé socialement stratifiés et sont principalement perceptibles à travers les différences de taux de mortalité en fonction de l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, du niveau de revenu et du niveau d'études. « *Les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau* »⁶. Ainsi, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 46 ans, soit sept ans de plus que les ouvriers.

On constate en PACA comme en France des inégalités sociales de mortalité : sur la période 1991-2005, chez les hommes de 25-54 ans, la mortalité toutes causes était 2,5 fois plus élevée chez les employés-ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (3,1 en France métropolitaine)⁷.

Ces inégalités de santé traversent le corps social, décrivant un gradient social de santé se traduisant par une détérioration des indicateurs de santé du haut au bas de l'échelle sociale.

Elles ne correspondent donc pas à une opposition entre pauvres et non pauvres ou travailleurs manuels et non-manuels mais sont le fruit d'un ensemble de déterminants qui se retrouvent à l'œuvre dans l'ensemble de la population.

« L'injustice environnementale » ou la dimension territoriale des inégalités de santé

Les inégalités territoriales de santé correspondent schématiquement à trois types de situations :

- Exposition de la population résidant dans un territoire (toutes catégories sociales confondues) à un environnement délétère (pollution de l'air, nuisances sonores,...), les effets de cette pollution pouvant être renforcés par une exposition professionnelle aux mêmes polluants, ou par une moindre capacité à s'en prémunir pour des raisons sociales,
- Difficultés spécifiques d'accès aux soins pour des raisons géographiques (éloignement) ou liées à la densité locale faible de certains professionnels de santé,
- Accumulation dans un même territoire d'un ensemble de déterminants en cause dans les ISS et qui se renforcent mutuellement : pauvreté monétaire, cadre de vie défavorable (pas d'accès à une aire de loisir ou à des espaces verts, à une offre culturelle, pollution atmosphérique et sonore ...), habitat insalubre, violences, transports insuffisants,... faisant de ces territoires de véritables zones de ségrégation et de relégation sociale.

Les inégalités environnementales ont donc une très forte dimension territoriale et sociale ;

Elles peuvent s'analyser selon deux processus qui peuvent se combiner :

- Inégalités d'exposition
- Inégalités de vulnérabilité liées à des :
 - Maladies préexistantes (affections chroniques), mal soignées, et des comportements tels que tabagisme ou mauvaise alimentation, avec donc une forte interférence avec le contexte social/éducatif

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,87 cm, Avec puces + Niveau : 2 + Alignement : 1,9 cm + Retrait : 2,54 cm

⁶ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380

⁷ ORS PACA *Etats de santé et inégalités en région PACA*. 2010.

- Expositions cumulées : qualité de l'air intérieur, expositions professionnelles, transports et de longue durée (parfois depuis l'enfance ...) décrivant de véritables trajectoires socio-environnementales⁸.

Elles peuvent donc se comprendre selon un double niveau :

- En termes de vulnérabilité, lorsque les effets sanitaires, pour des expositions similaires, seront différentes selon le gradient social des populations considérées.
- En termes d'exposition, lorsque des disparités géographiques de répartition de nuisances environnementales, sont mises en évidence et rapportées au niveau socio-économique des populations. Dans le cas où les caractéristiques liées aux populations ne sont pas prises en compte, il s'agit plutôt de *disparités environnementales*.⁹

La persistance d'inégalités financières dans l'accès aux soins

La France dispose d'un système d'assurance maladie très complet (CMU, CMUC, aide à la complémentaire santé, AME) permettant un accès aux droits et aux soins quasi universel. Néanmoins, malgré l'amélioration de la couverture maladie, des obstacles financiers, largement connus se font encore jour pour l'effectivité des droits, entraînant des renoncements ou des recours tardifs aux soins. L'absence de couverture complémentaire est le principal facteur de renoncement aux soins. Cinq millions de nos concitoyens ne disposent pas de couverture complémentaire. Parmi les facteurs explicatifs figurent le manque d'information, la complexité administrative, les barrières linguistiques, les difficultés de domiciliation.

L'existence de refus de soins pour des raisons notamment de stigmatisation des bénéficiaires de la CMUC, prégnante dans certaines spécialités médicales et pour certains chirurgiens-dentistes, les dépassements d'honoraires pratiqués de manière croissante remettent en question l'accès aux droits et aggravent les inégalités.

Des déterminants en interaction

Les facteurs explicatifs sont nombreux et combinés entre eux : "*les conditions de vie y compris de travail, les modes de vie et comportements à risque, le rôle cumulatif des différences de condition de vie¹⁰ au cours de la vie, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourrait faire partie les politiques sanitaires et sociales...*"¹¹ auxquels il faut ajouter un accès plus difficile des personnes pauvres à l'information et aux soins.

Quoique leurs interactions avec l'état de santé soient complexes, on peut distinguer :

- **des causes proximales** car proches du moment où l'état de santé s'est dégradé : elles correspondent à des comportements tels que la consommation du tabac ou d'alcool mais aussi aux conditions d'accès aux soins ou à la prévention,
- **des causes fondamentales** qui intègrent les comportements dans un vaste ensemble : éducation, niveau d'études, capacité de maîtrise de sa vie par la confiance et l'estime de soi, mettant ainsi en évidence le caractère socialement déterminé (y compris par le genre) de ces comportements.

Plusieurs modèles ont été proposés pour comprendre les interactions de ces différents déterminants :

⁸ Zmirou D. Inégalités sociales de santé et nuisances environnementales. Présentation effectuée à Marseille le 26 janvier 2012

⁹ Benmarhnia T. *Les inégalités environnementales et leurs rôles dans les inégalités sociales de santé : Etat de l'art et réflexions sur le développement d'indicateurs de défaveur environnementale*. Mémoire Ingénieur du Génie Sanitaire. EHESP, Octobre 2010. 125 p.

¹⁰ Sont à inclure ici les inégalités de conditions d'éducation, d'emploi, de logement, de loisirs... qui concernent également les enfants dès le plus jeune âge, les conditions de vie dans l'enfance, voire in utero ayant des conséquences à l'âge adulte

¹¹ L'état de santé de la population en France en 2006 - Indicateurs associés à la Loi relative à la politique de santé publique. DREES. p.57

- Accumulation soit à un moment donné (ex. faible revenu, logement insalubre, travail précaire...), soit au long de la vie de désavantages sociaux qui participent à creuser les écarts.
- Périodes critiques au cours desquelles certains facteurs de risque sont susceptibles d'altérer durablement l'état de santé (ex. épisode de pauvreté intense pendant l'enfance, décès prématuré d'un parent, conséquences de l'état nutritionnel de la mère sur le développement du fœtus...).
- Enchaînement des phénomènes : elles correspondent en particulier à l'influence de l'environnement précoce sur les parcours de vie : ex. niveau d'études ou statut socio-économique des parents faible avec risque accru pour l'enfant d'avoir un niveau d'études faible ou influence de certains comportements chez les parents (consommation de tabac ou d'alcool) qui peuvent accroître le risque d'une consommation de tabac pour la génération ultérieure et donc influencer la santé à l'âge adulte. Cette relation entre l'état de santé des parents et celui de leurs enfants laisse supposer une transmission de la santé entre générations : facteurs génétiques bien sûr mais aussi et surtout transmission des normes de santé et des modes de vie (tabac, nutrition, obésité). On parle ainsi d'inégalités des chances en santé pour prendre en compte cet effet transgénérationnel.¹²

Tous ces modèles sont en fait complémentaires¹³, et comme le montrent les exemples cités ci-dessus, la plupart des déterminants font sentir leurs effets dès l'enfance, montrant ainsi la nécessité impérieuse d'agir très précocement, avant même la naissance et pendant l'enfance et l'adolescence. Plus globalement, outre les personnes confrontées à une situation de vulnérabilité économique, les personnes migrantes, celles qui sont détenues ou sortant de détention et les personnes en situation de handicap doivent faire l'objet de mesures spécifiques.

Plusieurs pistes possibles pour l'action

Il peut s'agir de mesures s'attaquant en amont aux inégalités sociales elles-mêmes, de mesures visant, en aval, l'accès aux soins, ou de mesures visant l'exposition aux facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé (consommation de tabac par exemple).

On peut distinguer les politiques universelles des politiques sélectives, visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes souffrant d'un état de santé plus dégradé.

La combinaison de mesures universelles à des actions ciblées est à mener en référence au concept d'universalisme proportionné¹⁴ : les actions visent la population dans son ensemble, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins, en veillant à réduire ou supprimer les freins à l'utilisation des interventions par les publics les plus vulnérables.

Parmi les recommandations des experts¹⁵ figurent notamment :

- Mesurer le problème, comprendre ses mécanismes, évaluer l'impact des actions
- Définir une politique nationale, visant explicitement la réduction des ISS et comportant des objectifs de réduction des inégalités économiques et sociales (cf. Stratégie nationale de santé)

¹² BRICARD D, JUSOT F et al. Les modes de vie : un canal de transmission des états de santé. IRDES, Questions d'économie de la santé n°154, mai 2010

¹³ LECLERC A., KAMINSKI M., LANG T., Inégaux devant la santé : du constat à l'action. Paris La Découverte. 2008, 298 p.

¹⁴ Universalisme proportionné : «Pour réduire le caractère abrupt du gradient social de la santé, les actions doivent être universelles, mais se caractériser par une échelle et une intensité proportionnelles au désavantage social» («fair Society, Healthy Lives — Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010», publié par The Marmot Review, février 2010) (<http://www.marmot-review.org.uk/>). C'est en particulier le cas pour les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés aux zones défavorisées, aux familles vulnérables et aux groupes socio-économiques les moins favorisés (par exemple les mères, les enfants, les jeunes parents et ceux de plus de 50 ans).

¹⁵ Potvin et al. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. INPES, 2010

- Définir des objectifs quantifiés et opérationnels pour pouvoir ensuite coordonner, évaluer et suivre les actions
 - Coordonner des politiques et des acteurs au niveau régional et local, sur la base d'objectifs partagés, pouvant faire l'objet d'un contrat local de santé (CLS), ces deux derniers objectifs correspondant au développement de politiques au niveau des territoires ;
 - Organiser le système de soins primaires pour favoriser des parcours permettant une égalité effective d'accès aux soins et la continuité des soins, et amener les populations à une meilleure gestion de leur maladie
- et également¹⁶ :
- Agir sur les facteurs fondamentaux dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources : revenu, éducation, pouvoir (à rapprocher de l'approche par parcours de vie)
 - Réduire l'exposition des groupes de faible niveau socio-économique aux risques auxquels ils sont surexposés (conditions de travail, habitat, comportements...)
 - Favoriser l'accès à un système de soins qui réduise les inégalités sociales de santé qui sont déjà présentes
 - Réduire les conséquences d'une atteinte à la santé sur la situation sociale (causalité inverse).

Coordonner des actions intersectorielles

Les réponses en termes de santé publique se situent donc largement en dehors du seul cadre des politiques de santé traditionnelles et les actions à mener relèvent également d'autres politiques publiques susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (logement, urbanisme, environnement, éducation, emploi et travail...). La prise en compte de ces déterminants sociaux de la santé est à effectuer à un niveau territorial fin en s'appuyant sur une démarche territoriale de promotion de la santé. Le développement de la participation citoyenne, la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux et notamment des élus, et plus largement de l'ensemble des dispositifs en dehors du champ de la santé sont des aspects essentiels de cette démarche¹⁷.

Adapter l'organisation du système de santé aux besoins des patients en s'inscrivant dans une logique territoriale

La trop grande sectorisation des modes d'intervention et de financement, constatée en France, a pour conséquence un grand cloisonnement des acteurs en santé. Ce cloisonnement conduit aujourd'hui à créer de nombreux obstacles dans l'accès à la santé des populations, au détriment de la qualité des prises en charge. Ces difficultés sont d'autant plus importantes pour les publics les plus vulnérables.

Le principal enjeu est de parvenir à améliorer la cohérence dans les interventions des acteurs intervenant dans le champ de la prévention, de l'accompagnement, ou du soin avec une meilleure utilisation des ressources disponibles sur un territoire au service d'une plus grande adéquation aux besoins des populations. L'un des objectifs opérationnels directs est la fluidification des parcours de santé des personnes, afin d'éviter les complications et hospitalisations inutiles et de favoriser le maintien au domicile. Dans ce cadre, il est essentiel de favoriser le travail en partenariat des différents acteurs de santé par des organisations inscrites dans les territoires.

★★★

¹⁶ Lang T. d'après J Kemm et al. Health Impact Assessment, Oxford UP, 2004

¹⁷ Ces éléments sont repris de BASSET B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : p.42-49

Annexe 2

ASTAIRE :

**Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions
en promotion de la santé**

V2-2014

ASTAIRE - © 2014, Linda Cambon, Laetitia Minary, Valery Ridde, François Alla
Réalisé avec le soutien financier de l'Inpes et de l'Inca

Guide d'utilisation

Qu'est-ce que la transférabilité ?

Les interventions en promotion de la santé sont constituées de nombreuses composantes (populationnelles, environnementales, interventionnelles). Ces composantes, pouvant interagir de façon interdépendante et/ou indépendante, définissent ainsi les actions en promotion de la santé comme étant de nature complexe. De par cette complexité, les effets des interventions de promotion de la santé sont autant le fruit de l'intervention elle-même que du contexte dans lequel elles s'insèrent. Dans ce domaine, même si une intervention a montré son efficacité dans un contexte donné, les effets observés seront rarement identiques dans un autre contexte : l'intervention elle-même peut être applicable mais générer des effets autres que ceux observés dans le cadre de l'intervention primaire. En effet, de nombreuses caractéristiques peuvent influencer ces derniers : modulation de mise en œuvre de l'intervention, des caractéristiques de la population, du système de santé, de l'environnement, des conditions d'implantation, etc.

La transférabilité d'une intervention est donc comprise dans ce document comme la mesure dans laquelle **les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte**¹⁸⁻¹⁹. Elle est à distinguer de l'applicabilité (cf lexique).

Quand la transférabilité doit-elle être analysée ?

Ce questionnement de la transférabilité peut intervenir dans trois cas de figure :

1. **Avant de réaliser une intervention nouvelle, en particulier dans le cadre d'une recherche ou d'une innovation** - nous appellerons dans ce document ce type d'action une intervention « *mère* » : Se poser la question de sa potentielle transférabilité à ce moment permet, dès la conception de l'intervention, de prendre en compte l'ensemble des paramètres susceptibles d'influencer les effets et de les reporter dans les documents finaux descriptifs de l'intervention (rapport, article, etc.). Il s'agit de bien décrire l'ensemble de ces paramètres pour faciliter la reprise de cette intervention par d'autres.
2. **Au moment de choisir et d'implanter une intervention, expérimentée par ailleurs**, dans un nouveau contexte - nous appellerons, dans ce document, ce type d'intervention une intervention « *filie* » : Se poser la question de la transférabilité à ce moment permet d'étudier le niveau de comparabilité des contextes et par conséquent le potentiel de l'intervention à obtenir, dans le nouveau contexte, des effets identiques à ceux obtenus dans le contexte « mère ». Cette analyse peut conduire à trois décisions : refus d'implanter

¹⁸ Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int* 2006 Mar;21(1):76-83.

¹⁹ Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2012;12(1):497.

l'intervention, implantation de l'intervention avec des adaptations, implantation sans modification de l'intervention.

3. **Au moment d'évaluer une intervention « fille »** : L'évaluation a posteriori de la présence ou non des critères de transférabilité peut contribuer à expliquer les effets de l'intervention « fille » en référence aux effets de l'intervention « mère ».

Si le terme intervention est utilisé ici génériquement, ce vocable recoupe les réalités multiples-programme, action de proximité, modalités d'intervention (groupe de parole, ateliers, etc) - auxquelles sont confrontés les acteurs.

Il convient de noter que pour utiliser ASTAIRE, il faut avoir en amont identifié des interventions dans la littérature ou par ailleurs. Il nécessite par conséquent un travail de recherche des données disponibles pour soutenir la meilleure décision possible. Cela implique aux acteurs d'être en capacité de repérer les connaissances existantes pouvant faire l'objet de cette analyse et d'en faciliter l'appropriation par les parties prenantes incluses dans les communautés du projet (bailleurs, partenaires, usagers, etc.). Les acteurs pourront s'appuyer sur les bases de données existantes ou s'en remettre aux professionnels de la recherche documentaire.

Comment l'outil d'analyse a-t-il été conçu ?

Cet outil d'analyse de la transférabilité et d'accompagnement à l'adaptation des interventions en promotion de la santé a été réalisé à l'aide d'une méthode structurée de consultation d'experts, chercheurs et acteurs en promotion de la santé. Puis, il a fait l'objet, en France, d'une validation progressive, à l'épreuve du terrain, auprès de chefs de projets en promotion de la santé²⁻²⁰. Cette méthode a permis de retenir un certain nombre **de critères** présentés dans cet outil. Ces critères décrivent les types de facteurs susceptibles d'influencer la transférabilité. Ils sont organisés en **quatre grandes catégories** :

- la population : critères descriptifs de la population
- l'environnement : facteurs environnementaux susceptibles d'influencer les effets ;
- la mise en œuvre : éléments d'implantation de l'intervention, notamment en référence aux aspects de planification et aux partenariats. ;
- l'accompagnement au transfert : éléments qui permettent d'accompagner le transfert de l'intervention et contribue notamment à l'adaptation de cette dernière au nouveau contexte.

²Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. BMC Public Health. 2012;12(1):497.

²⁰Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F: A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. BMC Public Health 2013, 13:1184.

La plupart des critères sont découpés **en un ou plusieurs sous-critères** permettant d'affiner l'analyse.

Comment l'outil d'analyse doit-il être utilisé ?

Cet outil n'a pas vocation à se substituer aux démarches usuelles de planification utilisées par les acteurs mais de s'y insérer. Il s'agit d'insérer l'utilisation de l'outil dans les modalités d'élaboration et d'évaluation de l'intervention. En conséquence, le temps nécessaire à son utilisation doit être pris en compte dans le cadre de la planification. Il apporte essentiellement des éléments d'analyse de paramètres influençant la transférabilité d'une intervention. Il convient donc de l'utiliser dans la démarche suivante :

- Une logique de projet structurée : diagnostic – définition des objectifs – programmation – évaluation.
- Une association des parties prenantes (y compris la population) dès la conception,
- L'application de principes éthiques en promotion de la santé

Cet outil a été structuré en deux grilles :

- **Une grille à utiliser lors de la conception d'une intervention mère pour en reporter les éléments descriptifs** (1^{er} cas de figure évoqué ci-dessus). Dans ce cas, cette grille contribue à construire l'intervention mère pour la rendre transférable et à la décrire précisément pour les acteurs qui souhaiteraient la transférer. La prise en compte de la transférabilité est en effet à prendre dès la conception de l'intervention mère, parallèlement à l'évaluation de son efficacité. **C'est la grille n°1 de ce document qui comprend 18 critères.**

=> Cette grille s'utilise donc dès la conception de l'intervention et lors de la réalisation de son compte rendu et de son évaluation.

- **Une grille à utiliser lorsque l'on souhaite transférer une intervention mère expérimentée ailleurs dans son propre contexte d'exercice** (2^{ème} cas de figure évoqué ci-dessus) ou, **évaluer a posteriori ce qui a pu générer une différence** d'effets entre l'intervention mère et l'intervention fille finalement implantée (3^{ème} cas de figure évoqué ci-dessus). Dans ce cas, la grille permet de prendre la décision d'implanter l'intervention dans le contexte fille, de l'adapter et de comprendre les effets de l'intervention fille. **C'est la grille n°2 qui comprend 23 critères.**

=> Cette grille s'utilise à plusieurs étapes de la planification :

Appel à projet actions innovantes 2017

- au niveau du diagnostic pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la population (catégorie 1), de l'environnement (catégorie 2), ainsi que les éléments de faisabilité de mise en œuvre (catégorie 3)
- au niveau de la définition des objectifs et de la programmation pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la mise en œuvre (catégorie 3)
- en continue sur l'ensemble du cycle du projet pour les éléments relatifs aux modalités d'accompagnement au transfert (catégorie 4)
- au moment de l'évaluation pour l'ensemble des quatre catégories

L'utilisation de l'outil doit donc s'insérer dans les modalités d'élaboration du projet. Le temps nécessaire à son utilisation doit donc être pris en compte dans le cadre de la planification, et ce à chacune des étapes précitées.

Des cases permettent de cocher les critères présents. Pour autant, l'approche n'est pas quantitativement liée au nombre de cases cochées. Comme dans toute démarche de transfert, c'est l'expertise des acteurs qui l'utilisent qui permet d'émettre le jugement de transférabilité ou non. Ceci peut se faire sur la base des principes suivants : le poids accordé à chaque catégorie de critères, voire aux critères eux-mêmes, la capacité des acteurs à adapter l'intervention sur certains aspects pour être davantage en conformité avec l'intervention mère ou modifier le contexte pour qu'il puisse accueillir l'intervention. Dans l'idéal, ce jugement doit être réalisé de manière collective. En ce sens, il s'agit de considérer l'outil comme **un outil d'aide à la décision** non normatif. ASTAIRE permet ainsi de familiariser les acteurs avec la démarche basée sur les preuves tout en luttant contre le transfert « clé en main » des interventions, inadapté en promotion de la santé. Son utilisation collective permet de distinguer, parmi tous les critères, ceux qui fondent l'efficacité de l'intervention, des aspects liés à la forme des interventions qui, elle, peut être adaptée. En cela, il participe à l'analyse des « fonctions clés » d'une intervention²¹ :

- les « fonctions clés » de l'intervention sont les caractéristiques de l'intervention qui fondent son efficacité (par exemple un groupe de pairs qui crée une exposition et l'anime dans le cadre de débats pour faire la promotion du dépistage organisé du cancer du sein, l'efficacité vient du travail de pairs et du débat, pas du produit « exposition » qui n'est qu'un support). Ce sont elles que l'on doit transférer. Elles sont liées aux modalités d'intervention et aux facteurs contextuels qui peuvent influencer le résultat (environnements, organisation, critères caractéristiques des bénéficiaires, etc).

Mis en forme : Retrait : Gauche : 1,25 cm, Avec puces + Niveau : 1 + Alignement : 0,63 cm + Retrait : 1,27 cm

- des aspects de forme de l'intervention qui, eux, peuvent être adaptés (c'est l'exposition dans l'exemple précédent, le groupe peut produire autre chose qu'une exposition puisque l'efficacité ne vient pas de l'exposition en elle-même).

Lexique

Intervention : terme générique définissant une action de proximité, un programme multi-stratégique, une modalité d'intervention, etc.

Intervention mère : intervention réalisée pour la première fois dans un contexte expérimental (de recherche) ou d'innovation (réalisée pour la première fois par des acteurs avec un dispositif d'évaluation)

Intervention fille : intervention qui est le fruit d'un transfert, c'est-à-dire une implantation d'intervention expérimentée/implantée pour la première fois dans un autre contexte.

Applicabilité : mesure dans laquelle le processus d'une intervention peut être implanté dans un autre contexte

Transférabilité : mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte

²¹Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. Am J Community Psychol. 2009 Jun;43(3-4):267–76.

Grille n°1

Grille d'aide à la conception et à la description d'une intervention en vue de la rendre
potentiellement transférable

POPULATION

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DÉCRIS LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

1. Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population

Exemples : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe)

2. L'état de santé de la population

3. Les caractéristiques cognitives, culturelles et éducatives de la population bénéficiaire

Exemples : Connaissances ; modes de vie et normes sociales ; caractéristiques socio-éducatives

4. La représentation de la santé et des normes sociales de la population

Exemples : Perception, vulnérabilité, importance

5. La motivation de la population bénéficiaire de l'intervention

Exemples : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et/ou motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)

6. L'accessibilité à l'intervention

Exemples : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle

7. Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires

Exemples : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'intervention, absence de relation interférente de type relation hiérarchique, soutien de la part des intervenants, compétences perçues des intervenants par la population

8. La perception de l'intervention par les bénéficiaires

Exemples : Utilité perçue, adéquation des modalités d'intervention aux besoins des bénéficiaires (prise en charge, contenu, stratégie...), intervention reconnue comme une priorité, intervention perçue comme efficace et/ou innovante

9. L'acceptabilité de l'intervention pour les bénéficiaires

Exemples : Acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

10. La demande émanant de la population

Exemples : Recueil et prise en compte de la demande

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme

Mis en forme

Appel à projet actions innovantes 2017

ASTAIRE - © 2014, Linda Cambon, Laetitia Minary, Valery Ridde, François Alla Réalisé avec le soutien financier de l'Inpes et de l'Inca

11. La perception de ses besoins de santé par la population

Exemples : Besoins de santé physique et mentale, qualité de vie, bien-être

12. La perception que les bénéficiaires ont du contrôle qu'ils exercent sur leur comportement

13. L'expérience et l'histoire personnelle des bénéficiaires

14. L'expérience, le climat de confiance et l'histoire collective du groupe de bénéficiaires

Exemples : Partage d'expérience, d'une même problématique

15. Le niveau de participation des bénéficiaires

Exemples : Proportion de participation

16. Le degré d'implication des bénéficiaires

Exemples : Mobilisation, implication des bénéficiaires

ENVIRONNEMENT

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

17. L'environnement institutionnel influant directement sur l'intervention

Exemples : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalentes

18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre

Exemples : Existence d'antécédents agonistes (présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention), conditions de mise en œuvre

19. Les partenariats sollicités pour l'intervention

Exemples : Type de partenaires (groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), implication des partenaires

MISE EN ŒUVRE

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

ASTAIRE - © 2014, Linda Cambon, Laetitia Minary, Valery Ridde, François Alla Réalisé avec le soutien financier de l'Inpes et de l'Inca

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme ...

20. Les modalités d'intervention

Exemples : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (entre les acteurs...), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

21. Les ressources mobilisées pour l'intervention

Exemples : Matérielles, financières, humaines

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

22. Les capacités des intervenants et chef de projet

Exemples : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique / pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences à la mise en œuvre de l'action mère acquise par une formation dédiée

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

23. Les modalités de mobilisation des intervenants

Exemples : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

24. La stabilité des équipes durant la mise en œuvre de l'intervention

25. L'intégration des parties prenantes lors de l'élaboration du protocole

ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DÉCRIS

26. Je fournis dans la communication de mon action les éléments nécessaires au transfert

Exemples : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de l'intervention mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Grille n°2

Outil d'analyse de la transférabilité d'une intervention et d'accompagnement au transfert

POPULATION

1. Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille

Exemples : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe)

2. L'état de santé de la population

3. Les caractéristiques cognitives, culturelles, socio-éducatives de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille

Exemples : Connaissances ; modes de vie et normes sociales ; caractéristiques socio-éducatives

4. La représentation de la santé et des normes sociales de la population bénéficiaires sont semblables dans les interventions mère et fille

Exemples : Perception, vulnérabilité, importance

5. La motivation de la population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille

Exemples : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)

6. L'accessibilité à l'intervention est semblable dans les interventions mère et fille

Exemples : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle

7. Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille

Exemples : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'intervention, absence de relation interférente de type relation hiérarchique, soutien de la part des intervenants, compétences perçues des intervenants par la population

8. La perception de l'intervention par population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille

Exemples : Utilité perçue, adéquation des modalités d'intervention aux besoins des bénéficiaires (prise en charge, contenu, stratégie...), intervention reconnue comme une priorité, intervention perçue comme efficace et/ou innovante

9. L'intervention mère est autant acceptable pour les populations bénéficiaires mères et filles

Exemples : Acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

10. La population bénéficiaire fille est autant en demande de l'intervention que la population bénéficiaire de l'intervention mère

Exemples : Recueil et prise en compte de la demande

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme

Mis en forme

11. Les populations mère et fille ont une perception semblable de leurs besoins

Exemples : Besoins de santé physique et mentale, qualité de vie, bien-être

12. La perception que les bénéficiaires ont du contrôle qu'ils exercent sur leur comportement est semblable dans les interventions mère et fille

13. L'expérience et l'histoire personnelle des bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille

14. L'expérience, le climat de confiance et l'histoire collective du groupe de bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille

Exemples : Partage d'expérience, d'une même problématique

15. Le niveau de participation des bénéficiaires est identique dans les populations mères et filles²²

Exemples : Taux de participation

16. Le degré d'implication des bénéficiaires est identique dans les populations mères et filles²³

Exemples : Mobilisation, implication des bénéficiaires

ENVIRONNEMENT

17. L'environnement institutionnel fille directement influant sur l'intervention est favorable à la mise en place et au succès de l'intervention

Exemples : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalentes

18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre fille sont favorables à la mise en place et au succès de l'intervention

Exemples : Existence d'antécédents agonistes (par exemple, présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (par exemple autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention), conditions de mise en œuvre

19. Les partenariats sont comparables entre les contextes mère et fille

Exemples : Même type de partenaires (ex: groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), même implication des partenaires

ASTAIRE - © 2014, Linda Cambon, Laetitia Minary, Valery Ridde, François Alla Réalisé avec le soutien financier de l'Inpes et de l'Inca

²² Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation a posteriori, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action.

²³ Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation a posteriori, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme

MISE EN ŒUVRE

20. Les modalités d'intervention de la mère et de la fille sont semblables

Exemples : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (ex : entre les acteurs), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

21. Les ressources sont à la hauteur de celles disponibles pour l'intervention mère

Exemples : Matérielles, financières, humaines

22. Les intervenants et le chef de projet filles ont des capacités semblables à ceux de l'intervention mère

Exemples : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique/pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences à la mise en œuvre de l'action mère acquise par une formation dédiée

23. Les intervenants filles croient en l'utilité de l'intervention mère

Exemples : Intervention reconnue comme une priorité, efficace, bien-fondée, acceptation des valeurs et modalités d'intervention sur laquelle l'intervention est fondée

24. L'action mère est acceptable pour les intervenants filles

Exemples : acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

25. Les intervenants filles sont mobilisés de manière semblable dans les actions mère et fille

Exemples : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

26. La stabilité des équipes durant la mise en œuvre de l'intervention est semblable dans les actions mère et fille

27. L'intégration des parties prenantes lors de l'élaboration du protocole est semblable dans les actions mère et fille

ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

28. Des adaptations de l'intervention mère peuvent être (ont pu être) réalisées dans le contexte fille sans la dénaturer

Exemples : Le contexte le permet, le processus le prévoit dans l'intervention fille (diagnostic, programmation prenant en compte les enseignements de la mère, démarche de projet, pilotage, résultats analysés en continu pour ajuster l'intervention)

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Mis en forme ...

29. L'intervention mère a prévu et fournit tous les éléments pour être transférée ?

Exemples : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (ex : professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de la mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

30. Un processus de transfert de connaissances existe dans le contexte fille

Exemples : Le transfert de l'action est accompagné (appui scientifique, aide méthodologique), formation et accompagnement des acteurs filles à l'intervention mère, création de liens avec les promoteurs ou acteurs et/ou évaluateurs de l'intervention mère. prise en compte des enseignements tirés de l'intervention

Mis en forme : Retrait : Gauche : 0 cm, Numéros + Niveau : 1 + Style de numérotation : 1, 2, 3, ... + Commencer à : 1 + Alignement : Gauche + Alignement : 0,63 cm + Tabulation après : 1,27 cm + Retrait : 1,27 cm, Taquets de tabulation : Pas à 1,27 cm

Appel à projet actions innovantes 2017

ASTAIRE - © 2014, Linda Cambon, Laetitia Minary, Valery Ridde, François Alla Réalisé avec le soutien financier de l'Inpes et de l'Inca