# Inégalités sociales de santé, jeux d'acteurs et accompagnement du changement

## L'exemple d'un programme de recherche interventionnelle

**Émilie Gaborit et Nadine Haschar-Noé**

Laboratoire CreSco, Université Paul-Sabatier – Toulouse 3

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 2, No 2 | pp. 75-89

Reçu le : 30/11/2015 | Accepté le : 31/08/2016

**Résumé :** Issu du programme de recherche interventionnelle « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé », cet article porte sur les modalités de collaboration entre des chercheurs et une caisse primaire d'assurance maladie autour de son projet de prévention nutritionnelle. L'analyse socio-ethnographique montre que les porteurs s'accordent sur la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé (ISS) mais sans pour autant remettre en question les fondements de leur mise en œuvre susceptibles d'atteindre cet objectif. Cette collaboration est traversée par des négociations et résistances aux changements du projet qui tiennent à des contraintes institutionnelles d'une part, et « locales » d'autre part. L'approche gestionnaire des ISS par les instances nationales, la maitrise des coûts et l'imposition d'un principe « d'égalité républicaine » favorisent la standardisation du projet et l'évaluation chiffrée de son « efficacité ». D'autres enjeux mobilisent les porteurs autour de la valorisation interne et externe de leur projet. La caution « scientifique » de leur collaboration avec des chercheurs est notamment utilisée pour l'obtention du logo Programme national nutrition santé (PNNS), la protection du service et de ses emplois. Cette double contrainte permet de comprendre les modalités d'instrumentalisation du traitement sociologique et épidémiologique des inégalités sociales de santé et son appropriation sélective.

**Mots-clés :** inégalités sociales de santé, recherche interventionnelle, négociations, éducation, nutrition.

## Introduction

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Lopez *et al.*, 2011) montre tout l'intérêt de s'intéresser aux inégalités sociales de santé (ISS) dès l'enfance, pour lutter contre leur reproduction qui émergerait dès la naissance et même avant (Lang, 2009). Cet article s'inscrit dans le cadre de notre participation au programme de recherche interventionnelle et interdisciplinaire AAPRISS (2011-2014) [1] qui rassemble des épidémiologistes, sociologues, politistes, etc. et des porteurs de projet de prévention selon une démarche collaborative. Dans ce contexte, nous analysons les modalités d'engagement des acteurs de la CPAM, porteurs d'un projet de prévention nutritionnelle, qui ont intégré volontairement AAPRISS et collaboré avec trois chercheurs (deux sociologues et une épidémiologiste) pendant trois années. Une procédure de co-construction de l'évaluation du projet nutritionnel a été élaborée en six phases [2] (Villeval *et al.*, 2015). Notre analyse se focalise sur les phases 5 et 6 de cette procédure au cours desquelles le jeu de collaboration entre chercheurs et porteurs se révèle particulièrement intense, notamment au travers des négociations portant sur les transformations du projet et ses contraintes et la valorisation du travail sur les ISS.

### Présentation du projet nutritionnel

Le projet nutritionnel mis en œuvre dans différentes écoles maternelles du département, a pour objectif d'éduquer les enfants de 4 à 6 ans sur l'alimentation et l'activité physique et d'enrayer la progression de l'obésité infantile.

Dans une perspective d'éducation à la santé, il se réfère au PNNS et tente de diffuser ses recommandations nutritionnelles. Il consiste à scinder l'alimentation en sept catégories [3] qui structurent les séances et les connaissances transmises aux enfants. Il vise aussi à transmettre savoirs et outils à l'équipe pédagogique afin qu'elle poursuive la sensibilisation des élèves en matière de « bons » comportements alimentaires et « de style de vie actif ». De nombreux outils pédagogiques, construits par la CPAM (livret d'activité, histoire pour enfant, affiches, dégustation, guide pédagogique) en font un projet « clé en main » et structuré de manière uniforme pour toutes les écoles. Un test d'évaluation des connaissances des élèves est construit par la CPAM afin de mesurer leurs progrès avant et après la mise en œuvre du projet.

Celui-ci comporte dix séances obligatoires de 45 minutes, menées par une animatrice-diététicienne CPAM ou l'enseignant seul. Chaque séance suit un canevas très précis : rappel des éléments vus la séance précédente, explication du groupe alimentaire du jour et des recommandations associées (PNNS), exercice de tri alimentaire, dégustation ou pratique d'activité physique, exercices dans le cahier pédagogique fourni et créé par les animatrices de la CPAM. Enfin, l'évaluation du projet se centre sur la progression des connaissances des élèves et leur compétence à discriminer les aliments selon leur catégorie d'appartenance.

1. Financement INCA.

2. (1) Pré-réunion chercheurs/porteurs, (2) réunion plénière d'analyse chercheurs/porteurs, (3) constitution d'un groupe de travail, (4) élaboration de constats partagés, (5) recueil de données de terrain et discussion sur les transformations du projet, (6) évaluation des interventions et bilan de la collaboration.

3. « Fruits et légumes », « Féculents », « Viande, poisson œuf » (VPO), « Produits laitiers », « Matières grasses », « Produits sucrés », « Boissons ».

## Problématique

Issue d'une recherche portant sur les processus sociaux à l'œuvre dans des programmes de prévention sanitaire à l'école (Gaborit, 2015), notre cadre théorique se situe à la croisée d'une sociologie de l'action publique privilégiant une entrée par sa mise en œuvre et son instrumentation (Lascoumes & Le Galès, 2004) et d'une sociologie de l'éducation scolaire (Vincent et *al.*, 1994) et sanitaire (Guiet-Silvain, 2011 ; Jourdan, 2007) attentive au processus de scolarisation et de socialisation. L'action publique est considérée ici comme une construction collective d'acteurs en interaction, et le concept d'instrument d'action publique comme un révélateur du référentiel (Faure *et al.*, 1995) qui sous-tend le projet étudié et les rapports sociaux entre porteurs et chercheurs. Nous abordons plus précisément la question du changement de l'action publique locale pour comprendre comment les professionnels transforment les cadres cognitifs et normatifs utiles à leurs interventions. En étudiant le résultat de « l'interaction entre des acteurs qui disposent de marges de manœuvre et des mécanismes plus généraux qui constituent un cadre s'imposant à eux avec plus ou moins de rigueur » (Muller, 2005), cette théorie du changement permet de saisir les difficultés qu'exige un travail sur les ISS et les effets de cette collaboration chercheurs-professionnels sur le projet nutritionnel, mais surtout, les contraintes à penser ce changement pour ces professionnels confrontés au cadre gestionnaire de l'institution CPAM, à ses valeurs et principes d'actions.

En nous appuyant sur une méthodologie socio-ethnographique nous permettant de suivre les acteurs au plus près de leurs actions et interactions, notre analyse vise à montrer que les porteurs du projet nutritionnel, s'ils s'accordent avec les chercheurs sur la nécessité de réduire les ISS, ne remettent pas pour autant en question les fondements de leur mise en œuvre susceptibles d'atteindre cet objectif. L'analyse du processus de collaboration permet de comprendre comment l'intérêt pour les inégalités sociales de santé des professionnels et des chercheurs sert des enjeux institutionnels et politiques variés. Leur collaboration est traversée par des négociations (Nay & Smith, 2002) permanentes et des résistances aux changements du projet qui permettraient pourtant de mieux prendre en compte les ISS. L'analyse de ces négociations permet de discerner deux types de contraintes (Delalandre *et al.*, 2012) qui freinent les changements (Muller, 2005) et dévoilent un traitement « en surface » de la question des ISS.

D'une part, des contraintes institutionnelles compromettent la collaboration lorsque sont questionnés par les chercheurs, les fondements même de la démarche d'intervention des acteurs de la CPAM. Notamment, les « metteurs en œuvre » (Bergeron *et al.*, 2011) du projet soumis au principe de l'égalité « républicaine » entre enfants et écoles promu par leur institution, trouvent dans la problématique des ISS, un moyen de légitimer leur projet en y injectant une dose de « social » *via* les apports et analyses des chercheurs. Ainsi, leur participation à la recherche-interventionnelle AAPRISS, vient consolider une démarche gestionnaire soumise à des injonctions d'efficacité et d'efficience imposées par la CPAM.

D'autre part, des enjeux locaux autres que ceux de la recherche AAPRISS, mobilisent le responsable du service prévention et les animatrices de la CPAM autour de la valorisation interne et externe de leur projet. La caution « scientifique » que représente cette colla-

boration, est notamment utilisée par les porteurs pour obtenir le logo PNNS et protéger le service et ses emplois.

Cette double contrainte permet notamment de révéler les modalités d'instrumentalisation (Uhalde, 2008) du traitement sociologique et épidémiologique des inégalités sociales de santé et son appropriation sélective par les acteurs de la CPAM.

Sur le plan méthodologique et épistémologique, l'analyse des collaborations est basée sur un recueil de données empiriques, leur transmission aux porteurs dénuée de jugement de valeur et l'adoption par les chercheurs d'une posture de « médiation contributive critique » (Uhalde, 2008). Nous avons mené durant deux ans une observation participante de type socio-ethnographique lors des réunions de travail chercheurs / porteurs AAPRISS (30 heures) et des interventions dans les classes de maternelle de cinq écoles différentes (175 heures). Consignées dans un carnet de terrain ethnographique, ces données ont été complétées par six entretiens semi-directifs avec les animatrices de la CPAM et leur responsable, portant sur leurs conceptions de la prévention et de la mise en œuvre du projet nutritionnel. Le traitement des données a consisté en des allers-retours entre les discours tenus en entretien ou lors des réunions – *via* une analyse de contenu thématique et structurelle – et les modalités de mises en œuvre observées (Padioleau, 1982) afin de saisir les manière de « penser » et de « faire de l'éducation à la santé ».

La mise en relation de ces données de terrain avec l'analyse des documents de cadrage nationaux – comme le rapport du Haut Conseil de l'assurance maladie (HCAAM) et le PNNS – permettent de comprendre les contraintes institutionnelles qui ont influé sur la collaboration entre chercheurs et porteurs de projet et le référentiel institutionnel (Faure *et al.*, 1995) sur les ISS.

L'analyse des outils pédagogiques[4] utilisés par les « metteurs en œuvre » (Bergeron *et al.*, 2011) du projet révèle dans un second temps les enjeux plus locaux liés au traitement des ISS par la CPAM en collaboration avec les écoles et les chercheurs. La notion d'outil est entendue comme un micro dispositif opérationnalisant un instrument d'action publique (Lascoumes & Le Galès, 2004) et qui construit une représentation du problème à traiter, porteuse d'un référentiel et d'une conception du monde facilitant la dissémination et la mise en œuvre du projet sanitaire dans diverses sphères sociales, ici l'école.

## 1 L'influence de l'approche gestionnaire de la CPAM sur le traitement des ISS : le poids de l'institution

Le projet nutritionnel de la CPAM trouve sa légitimité dans plusieurs orientations coïncidant avec le rapport de cadrage des missions du HCAAM (2012) : « Agir dès le plus jeune âge, agir auprès d'instances de socialisation, agir sur des publics qui en ont le plus besoin, critère de choix des publics selon les déterminants socio-économiques. » Analysée comme technocratique, hiérarchique et complexe (Pierru, 2007), la Caisse nationale d'assurance maladie influence fortement la mise en œuvre du projet nutritionnel qui s'illustre dans l'approche gestionnaire de la CPAM. Son traitement des ISS traduit une conception fonctionnaliste de la problématique des inégalités selon une démarche compensatrice spécifique à la politique institutionnelle.

4. *Cf. supra*, « Introduction – Présentation du projet nutritionnel ».

### 1.1 Des instruments nationaux de cadrage

Avec la volonté de structurer et de randomiser des projets afin qu'ils soient tous évaluables, la procédure « clé en main » est représentative de certains modes d'interventions contemporains répondant à une conception gestionnaire de la prévention devant se traduire par des objectifs précis, quantifiables et réalisables selon une démarche d'évaluation technocratique (Hassenteufel, 2011). Ainsi, le projet se construit en même temps que son évaluation dans une perspective de valorisation.

La responsable d'unité de la CPAM justifie cette logique d'action par la quantification des objectifs voulue par la direction. L'évaluation des services de la CPAM s'inscrit essentiellement dans une visée d'efficience et d'efficacité (CSE, 1996) : « Elle [l'assurance maladie] fixe des quotas. Par exemple, nous devons atteindre 24 % des femmes enceintes ayant la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ce qui est un des critères d'éloignement du système de soins. Nous croisons aussi ces données avec l'âge pour cibler plus facilement le public[5]. »

Cette évaluation d'efficacité et d'efficience des projets imposée à l'échelle locale, répond à un objectif national de l'assurance maladie de limitation des dépenses de soins. Ainsi, dans ce contexte, ce projet préventif trouve une forte légitimité dans le sens où il entend répondre à cette volonté de maitrise des coûts (Berlivet, 2004), un des arguments fondant de nombreuses campagnes de prévention.

Dans cette visée, l'analyse de documents de cadrage national (HCAAM, 2012 ; PNNS, 2011-2015) éclaire la logique d'action du service prévention de la CPAM et les enjeux de sa participation au programme de recherche AAPRISS. La réduction des ISS est avancée comme un objectif de l'assurance maladie et du système de soins. Cependant, le HCAAM se positionne en recadrant cet objectif dans sa mission et en le dissociant des responsabilités et compétences du Haut conseil de santé publique (HCSP) : ainsi ses propres responsabilités dans la lutte contre les ISS sont essentiellement désignées autour des « difficultés d'accès aux soins pour motif financier, une fonction régulatrice de l'offre de soins, des fonctions compensatrices et correctrices en termes de conditions de vie » (HCAAM, 2012) et délimite les missions nationales de l'assurance maladie et des CPAM.

Ainsi ces responsabilités engagent une attention particulière aux déterminants socio-économiques permettant de cibler les publics sur lesquels agir selon une visée compensatrice des handicaps socioculturels en considérant « l'équité » comme un moyen pour réduire les inégalités par le biais de critères de répartition des richesses, des aides sociales etc. Il s'agit alors de repérer les territoires et de concentrer les actions sur les populations les plus éloignées des programmes de soins et de prévention dans un souci d'amélioration de la répartition des offres selon une logique dite « équitable », sans prise en compte d'autres types de déterminants et des travaux d'épidémiologie sociale sur le « gradient social » de santé (Guichard & Potvin, 2010). Les objectifs de lutte contre les ISS issus de ce cadrage national de l'assurance maladie et la récente insertion de la thématique ISS dans le PNNS 3 (2011-2015) peuvent expliquer en partie l'intérêt que porte la CPAM à cette problématique et son adhésion au programme de recherche-interventionnelle AAPRISS.

5. Les textes « entre guillemets » sont des extraits d'entretien ou du carnet de terrain ethnographique.

## 1.2 Évaluation et standardisation : un double enjeu de contrôle et de pérennité du projet

Dans ce contexte, la participation du service prévention au programme AAPRISS apparaît comme une opportunité de valoriser son projet, non seulement auprès de l'institution qui le finance mais aussi des écoles, en travaillant sur son évaluation et les « bons » résultats obtenus par les enfants en termes d'amélioration des connaissances nutritionnelles, évaluation reconnue comme une « pratique sociale de référence » (Jourdan, 2007) dans le monde scolaire.

### *1.2.1 Une collaboration au service de l'évaluation des connaissances*

La recherche d'efficacité du projet, rapportée au seul objectif d'augmentation des connaissances des élèves, induit plusieurs effets dont une diminution de la complexité des savoirs nutritionnels diffusés pour faciliter leur appropriation par la majorité des élèves et améliorer leurs résultats au test d'évaluation. Celui-ci, conçu par la CPAM à partir d'images, comporte sept questions sur l'alimentation (il est demandé à l'enfant d'entourer pour chaque aliment la catégorie nutritionnelle à laquelle il appartient), et une sur l'activité physique (entourer les activités où le corps bouge). Chaque question comprend cinq items et l'élève doit entourer ceux correspondant à la (les) « bonne(s) » réponse(s). Ainsi, mesurer la réception du projet en termes de connaissances nutritionnelles permet de justifier son objectif principal – accroître leurs connaissances –, d'objectiver la progression de tous les enfants et écoles et de « prouver » ainsi l'utilité sociale du projet. Les porteurs du projet ont utilisé les données du traitement « scientifique » des tests réalisé par un chercheur, pour légitimer la mise en œuvre de leur intervention auprès des acteurs scolaires[6]. Par exemple, les analyses comparées des réponses avant-après la mise en œuvre du projet montrent que 34 % des enfants obtiennent un score maximal à la fin du projet (soit 100 % de bonnes réponses) et 54 % un score égal ou supérieur à 7/8 alors qu'ils n'étaient respectivement que de 1 % et de 3 % au début.

Cette forte progression pose la question du niveau d'exigence du test d'évaluation des connaissances qui, sans doute « trop facile », ne semble pas assez discriminant. Comme nous le développerons par la suite, la standardisation du projet et sa mise en œuvre homogène quelles que soient les écoles, permettent, au nom de « l'égalité des chances », d'aligner les exigences du test d'évaluation sur le niveau minimum de connaissances (catégorisation des aliments simples) afin de réduire les écarts entre élèves. S'applique ici une visée compensatrice, permettant par là même de montrer l'« efficacité » du projet à faire progresser tous les élèves.

Par ailleurs, le travail de traitement des données réalisé par l'épidémiologiste a décuplé l'intérêt des porteurs pour leur participation à AAPRISS. En démontrant les progrès des élèves, plus finement que le traitement réalisé auparavant par la CPAM, ce travail illustrait et rendait visibles -avec de nombreux schémas et graphiques-, les progrès réalisés dans chacune des écoles et permettait de les comparer selon leur situation (en zones sensibles ou non) et leur quintile d'indicateur de défavorisation[7]. Cette observation illustre ainsi

6. Les tests d'évaluation concernent 1 149 élèves dans 19 écoles maternelles se répartissant sur 3 années scolaires entre 2010 et 2013.

7. *Cf.* note 8.

toute l'importance de l'instrumentation statistique et des usages ou mésusages dont elle peut faire l'objet (Salais, 2010a ; 2010b) : légitimer des actions à la fois pour l'institution de tutelle qui exige des données quantitatives, mais aussi pour des écoles en faisant valoir auprès des enseignants la capacité du projet à prévenir un « risque » tel que l'obésité infantile.

#### *1.2.2 La collaboration CPAM-école autour de l'égalité des chances*

La coordination entre les acteurs scolaires et ceux de la CPAM a été le jeu de négociations entre les porteurs du projet et les sociologues. À l'issue de l'enquête ethnographique menée dans les classes, nos observations ont dévoilé l'importance de la coordination enseignant-animatrice CPAM pour améliorer la cohérence de la mise en œuvre du projet. Un document, co-construit par les animatrices et les chercheurs, visait à formaliser le rôle et les attentes de chacun afin de favoriser la participation des enseignants. Cette proposition s'accompagnait d'une grille d'appréciation à remplir par les animatrices afin qu'elles puissent ajuster ou améliorer si besoin, leurs relations avec les enseignants. Cette grille, construite à partir de données d'observations, a été rejetée par le responsable du service selon l'argument qu'il était impossible de valider ces documents de travail « spécifiques » à un seul projet, la CPAM imposant que tous « doivent être usinés à tous les projets du service ». Cette standardisation des outils et des projets renforce le contrôle institutionnel sur les interventions de prévention sous prétexte de privilégier une « égalité des chances » à la fois entre les usagers mais aussi entre les différents projets du service. Ce formatage est notamment valorisé auprès des écoles par la CPAM sans grande difficulté, l'institution scolaire partageant ces valeurs égalitaristes. Le projet se caractérise d'ailleurs par son approche « clé en main » qui standardise, par ses nombreux outils pédagogiques et l'intervention en classe des animatrices, une manière de traiter de l'alimentation et de l'activité physique correspondant à l'ordre et à la forme scolaires (Vincent *et al.*, 1994).

### 1.3 Une procédure de choix des écoles selon un principe d'équité

Dans un projet formaté tant par ses outils que par la standardisation des interventions, la question de sa différenciation selon les écoles et leur contexte d'implantation, n'a pas pu être abordée avec les porteurs hormis celle de leur sélection. En effet, loin d'être choisies de manière aléatoire, les écoles sont sélectionnées à partir d'une méthode et de critères de recrutement utilisés par les acteurs du service prévention : le taux de CMUC, des aides à la complémentaire santé (ACS), des données concernant le diabète (consommation de médicament ou de dépistage) et des examens bucco-dentaires. Cette méthode sélective permet à la CPAM de montrer qu'elle se préoccupe des « besoins » des catégories de population « en difficulté » priorisées pour recevoir le projet. Le responsable du service explique que l'intérêt de choisir des écoles éloignées géographiquement et socialement des services de santé découle de la politique nationale de l'assurance maladie : « Nous avons une politique institutionnelle contractée au niveau national qui vise les actions sur des zones ayant moins d'accès aux droits de santé. »

Ainsi, l'utilisation des savoirs dits « scientifiques » par les porteurs a résidé dans la recherche d'autres déterminants et critères devant présider aux choix des écoles à investir afin de mieux lutter contre les ISS. Pour répondre à leur souhait d'élargir le projet à de nouvelles écoles et de justifier le choix de celles situées en zones sensibles, la progression

des connaissances des élèves avant-après le projet a été mesurée et comparée entre 19 écoles. Le traitement des données des tests d'évaluation réalisé par les chercheurs, permet de montrer que les enfants des écoles les plus défavorisées connaissent une progression d'autant plus importante que leur niveau de connaissances nutritionnelles est initialement le plus faible, ces élèves étant les plus éloignés des normes alimentaires du projet. Les chercheurs d'AAPRISS ont alors proposé, pour prioriser plus finement certains publics, d'utiliser une cartographie des quartiers des écoles de l'ensemble du département, en utilisant l'indicateur de défavorisation [8]. La comparaison des évaluations de connaissances des élèves avant et après le projet, montre bien une augmentation des connaissances pour tous les élèves mais aussi la persistance des écarts selon les quintiles des écoles, les plus favorisées obtenant les meilleurs résultats au test.

Le souci de différencier le projet pour mieux prendre en compte l'hétérogénéité sociale des publics et les inégalités de santé s'est donc réduit à optimiser la procédure de sélection des écoles et de ciblage des populations sur lesquelles agir en priorité, sans pour autant modifier les contenus du projet.

*In fine*, ce ne sont pas les ISS qui constituent un objet frontière (Trompette & Vinck, 2009) susceptible de réunir les acteurs de santé et ceux de la recherche comme prévu par AAPRISS, mais plutôt le travail sur l'évaluation du projet. Il a permis de répondre aux objectifs des acteurs de la CPAM sur la nécessité de pérenniser leur projet mais aussi de fournir des données soumises à l'analyse des sociologues et épidémiologistes, celui-ci recevant ainsi un label de « scientificité ».

## 2 Les contraintes à penser le changement du projet : une négociation permanente entre chercheurs et porteurs

Comme décrit précédemment, ce projet nutritionnel est construit essentiellement autour d'actions d'éducation à la santé des enfants et vise principalement l'acquisition de connaissances nutritionnelles et l'apport d'« informations » *via* une pédagogie « égalitaire » et des outils « clé en main ».

### 2.1 La prévention comme information et transmission de connaissances

Une des premières questions des chercheurs consistait à demander aux porteurs en quoi l'acquisition de connaissances nutritionnelles favoriserait-elle l'adoption de « bons » comportements de santé ? Paradoxalement, l'argument utilisé par la CPAM a consisté alors à rappeler que celle-ci n'a pas un rôle de prévention mais avant tout de gestion des coûts de santé. Ainsi, ce projet nutritionnel apparaît comme « exceptionnel » vis-à-vis des priorités institutionnelles. Sur ce point, le responsable du service parle « d'humilité » de l'équipe vis-à-vis des objectifs préventifs en faisant référence à la complexité du travail sur les comportements sanitaires, la polysémie de la notion de santé, multifactorielle et difficile à faire percevoir aux enfants.

8. L'indicateur de défavorisation « EDI » (European Deprivation Index) est un indicateur écologique agrégé validé (Pornet *et al.*, 2012), développé notamment par des membres de l'équipe 5 de l'UMR 1027, qui permet d'attribuer un niveau de défavorisation à chaque IRIS (« Îlots regroupés pour l'information statistique ») français, comprenant chacun 2 000 habitants. Le score 0 d'EDI représente le quintile le plus favorisé et le quintile 4 correspond au plus défavorisé.

> « Quand on leur demande, qu'est-ce que la santé pour vous ? C'est déjà compliqué. Entre ce qu'ils craignent, et la réalité, c'est pas tout à fait la même chose. [...] Mais pour les petits comme ça, d'après moi, il ne faut pas chercher une traduction du concept (santé) comme ça. [...] Il faut être humble par rapport aux objectifs. Dans ce domaine-là, c'est l'acquisition de connaissances à minima, point. »

Un autre registre d'argument concerne la cumulativité des actions et des messages et permet de justifier l'approche informationnelle choisie, notamment, en l'associant à l'importance des actions préventives menées par d'autres institutions qui complèteraient celles de la CPAM. Le responsable s'appuie également sur l'influence qu'auraient les connaissances sur les comportements nutritionnels des enfants en matière de préservation de leur santé.

> « Bon, sur les apports de connaissances, [...] c'est quelque chose pour lequel, le gosse, il a entendu ça, il va brancher sa télé, il va entendre le même message, une autre fois, [...] deux ans après, il va entendre autre chose, et après, ça va devenir quelque chose, pour lui, de naturel. [...] là, on est sur un chemin, et on donne chacun à notre tour des choses, il faut être humble, c'est toujours pareil [...], on donne à notre tour, des infos, et à un moment donné, il va y avoir une conscientisation, mais plus [...] à cet âge-là, c'est pas à cet âge-là, c'est plus tard, qui fait que devant le choix, [...] quand j'opterai à un choix, je ferai peut-être un meilleur choix pour ma santé... »

Les différents registres d'arguments illustrent bien le contexte et les politiques de prévention sanitaire en France et parmi elles, la lutte contre l'obésité, comme exemple d'un resserrement des programmes préventifs dont les initiatives nombreuses, éclatées, « éparpillées » (Haschar-Noé *et al.*, 2012) tendent à se structurer autour des grandes institutions sanitaires telles que l'Assurance maladie, les Agences régionales de santé, etc. Malgré une augmentation de la prévalence de l'obésité dans le département observé, celle-ci est loin de représenter une « priorité » de santé publique comparativement à d'autres départements ou régions dans lesquels les taux de surpoids et d'obésité infantiles sont plus élevés. Ceci laisse penser, ici encore, la place « exceptionnelle » accordée à la prévention nutritionnelle comme un enjeu départemental autant politique que sanitaire. En effet, si ce projet constitue une « exception » en région et le département un « eldorado » (Gaborit, 2015) de la prévention nutritionnelle, les contraintes managériales et gestionnaires « d'efficacité » que la CPAM entend respecter, inscrivent le projet dans une démarche d'éducation à la santé à visée informationnelle.

### 2.2 Une standardisation questionnée sous l'angle des inégalités scolaires

Compte tenu de la priorité donnée à l'objectif d'acquisition des connaissances des enfants, les évaluations du projet portent essentiellement sur ce point. Comme exprimé en amont, toutes les données d'évaluation récoltées sont traitées de manière statistique par la CPAM et permettent d'argumenter sur l'intérêt du projet, notamment en utilisant les courbes de progression de connaissances des enfants avant et après sa mise en œuvre. En s'en tenant uniquement à ce type de traitement chiffré, est donnée une image quelque peu biaisée de

la réalité mais qui permet de valoriser avant tout « l'efficacité » et la « performance » du projet, sorte d'effet magique du chiffre par lequel « toute modification de l'existant devient bonne à prendre du moment qu'elle se traduit par un accroissement de la performance » (Salais, 2010b, p. 135).

Cependant, cette démarche privilégiant les connaissances et l'information est remise en question (Guiet-Silvain *et al.*, 2011) notamment à propos de la réception des messages diététiques du PNNS. En effet, « la transmission des messages d'éducation pour la santé n'est pas la divulgation d'une information neutre, sur le mode de la "vulgarisation scientifique". Il ne faut pas oublier le registre psychosocial des actions... ni les catégories sociales de ceux qui les organisent. De même, leur réception n'est pas effectuée par des individus plus ou moins interchangeables, tous disposés à recevoir l'information de la même manière » (Depecker, 2010, p. 154). Une thématique comme l'alimentation est d'autant plus difficile à aborder qu'elle constitue une pratique incorporée (Régnier *et al.*, 2009) et participe à une subjectivation de l'individu. Ainsi, au lieu de traiter l'alimentation comme une pratique sociale, le projet de la CPAM s'inscrit fortement dans un référentiel nutritionnel qui semble occulter toute autre réflexion que celle concernant son rapport à la santé. Le projet s'inscrit davantage dans une conception biomédicale et un mode de diffusion proche d'une divulgation scientifique « neutre » (Depecker, 2010) que dans une conception sociale de la nutrition à la fois dans la mise en œuvre du projet mais aussi dans son questionnement sur les ISS.

Par exemple, les séances réalisées en classe par les animatrices de la CPAM s'appuient sur des outils produits par la CPAM et validés par les enseignants et leur tutelle. Cependant, ces outils peuvent eux-mêmes être porteurs d'inégalités sociales comme par exemple le livret d'activité qui fait appel à des compétences scolaires plus ou moins acquises en fonction des écoles et des élèves : compréhension des consignes, formulation de réponses, mémorisation d'informations, compétences graphiques, etc.

La scène qui suit, illustre une différenciation des compétences scolaires qui creuse les écarts entre les élèves selon leurs dispositions à comprendre et respecter des consignes ainsi qu'à maîtriser l'écriture.

Lors de la dégustation, notre attention se porte à une table où sont réunis des élèves qui ont peu parlé durant la première partie de la séance, notamment Antoine et Noémie.

L'animatrice CPAM donne des consignes en demandant aux enfants de respecter les « codes rituels » de la dégustation. « Prendre le pain, le sentir, le regarder et le manger. »

Tous les enfants de cette table le mettent directement dans leur bouche. Là où d'autres élèves ressortent l'aliment de leur bouche pour respecter le rituel de la dégustation, Antoine est le seul à ne pas répondre à la consigne.

Puis vient le moment pour les enfants de donner leur avis sur l'aliment dégusté en entourant un des trois bonhommes représentant des humeurs (j'aime, j'aime « bof », je n'aime pas).

Les enfants doivent mettre leur crayon sur la première ligne qui représente le premier aliment dégusté puis, le déplacer au fur et à mesure de la dégustation. Antoine se trompe de

ligne deux fois de suite et prend plus de temps que les autres pour entourer le bonhomme. Ainsi, il commence la dégustation d'un autre aliment plus tard.

Lors de la dégustation du pain brun, Antoine le met directement dans sa bouche mais ses camarades qui ont compris les « codes » de la dégustation, l'interpellent en lui disant de respecter ce qui est demandé. « Ah ! Mais c'est pas comme ça. » « Faut pas le mettre dans la bouche. » Une fois le pain dégusté, tous posent le doigt sur le bonhomme de leur choix. Noémie pose le doigt sur le bonhomme jaune (aime bof) mais avant de l'entourer, elle regarde ce que fait son voisin et finit par entourer le même bonhomme que lui et répond « j'aime » à la dégustation des lentilles. Lors des autres dégustations, elle attend les autres élèves pour poser son doigt sur la même réponse qu'eux (séance sur les féculents, observation d'une table d'enfants dans une école maternelle).

Comme le montre cette scène, certains élèves passent par une étape d'imitation de leurs pairs en copiant les réponses de leurs camarades comme le fait Noémie, qui pense ainsi « réussir » l'exercice. Antoine de son côté ne répond pas aux compétences demandées par le projet pour ces activités qui exigent une maîtrise graphique qu'il atteint difficilement : en effet, il passe une bonne partie de son temps à rattraper son retard dû à des difficultés d'écriture. Les élèves qui ne se sont pas appropriés les normes et compétences scolaires, passent ainsi à côté des connaissances nutritionnelles transmises, trop concentrés qu'ils sont à répondre à la logique du « faire scolaire » nécessitant des compétences inégalement acquises : le découpage, le collage, donner des réponses devant la classe, entourer les bons items... sont autant de compétences développées à l'école qui représentent parfois des freins à l'appropriation des contenus du projet par les élèves. Lors des exercices réalisés en groupe, certains enfants qui manquent de temps pour trouver les réponses, suivent donc le mouvement général de la classe ce qui peut entrainer ou renforcer certains comportements « passifs ».

### 2.3 Jeux d'arguments et promotion scientifique du projet nutritionnel

Lors des réunions de travail, des discussions entre chercheurs et acteurs de la CPAM ont porté, à partir d'observations de terrain, sur la possibilité d'améliorer la prise en compte des ISS lors des séances nutritionnelles réalisées au sein des classes. Ces discussions ont souvent donné lieu à des justifications des animatrices ou du responsable du service vantant la « *qualité* » des actions menées par la caisse mais plus rarement sur des remises en question, des extensions possibles du projet ou des liens avec d'autres dispositifs. Un exemple de ces débats sur les possibilités de travail dans le cadre du programme AAPRISS est présenté ci-dessous.

> *Chercheur :* Évaluez-vous la continuité des écoles qui ont connu le projet ?
> *Le responsable :* Non, on évalue surtout l'acquisition des connaissances des enfants sur l'alimentation. Mais par exemple, on sait qu'X [une enseignante] a continué à travailler sur le projet. Elle souhaitait continuer avec un intervenant extérieur mais nous ne sommes pas là pour ça. On impulse. [...] Nous avons aussi d'autres projets que celui de l'obésité. La prévention bucco-dentaire est obligatoire pour les CPAM car elle sert d'indicateur de cotation pour scorer la caisse.
> *Chercheur :* Pour toucher les familles, ne faut-il pas sortir des écoles ?

> *Le responsable :* Il y a de nombreux projets menés par la CPAM hors école, dans la communauté, les associations [...], mais les liens entre ce projet et les projets territorialisés ne sont pas encore établis. Il faut une dynamique territoriale pour toucher le plus de monde (parents, enfants...). (Première rencontre avec la CPAM dans leurs locaux, groupe de travail AAPRISS-CPAM, le 24/08/11.)

Retour sur des propositions d'outils des chercheurs afin de favoriser la mobilisation des parents. « *Le responsable :* Pour les outils de prévention pour les parents ce n'est pas possible car on n'a pas de financement pour ça. On nous oriente vers les outils PNNS faits par l'INPES. » (Réunion de travail CPAM-AAPRISS le 29 Janvier 2013.)

Toutes les interrogations pouvant amener les porteurs à parler des difficultés qu'ils pourraient rencontrer ont donné lieu à des jeux d'arguments pour valoriser leur projet et le justifier tant en termes de contenus, que d'évaluation ou de modalités de mise en œuvre.

Aucune négociation ne semblait alors possible pour envisager des modifications ou aménagements de ce projet, malgré l'engagement volontaire des acteurs du service prévention dans AAPRISS. Sont évoqués par les porteurs et de façon redondante dans un premier temps, les limites et le rôle restreint du service prévention de la CPAM au regard des missions principales de la caisse ; dans un second temps, le choix d'inclure ce projet nutritionnel dans AAPRISS alors que d'autres actions menées par la caisse sont plus explicitement centrées sur la réduction des ISS. Il s'agit par exemple des projets territorialisés dans les quartiers « sensibles », plus proches d'une dynamique de promotion de santé, mais dans lesquels la CPAM n'est qu'un opérateur parmi d'autres et contrôle donc moins le dispositif.

Sur la question du contenu « clé en main » du projet, les animatrices justifient leurs pratiques de façon différente au fil des entretiens avec les chercheurs jusqu'à laisser paraître quelques contradictions. Notamment lorsqu'elles expliquent la volonté de l'institution de proposer un projet et des outils « verrouillés » de façon à ce que les enseignants les réutilisent « dans le bon sens », celui proposé par la CPAM sous le prisme nutritionnel. Cependant, elles disent accepter ce qu'elles qualifient de « dérives » possibles des enseignants pour garder le projet « ouvert » afin de favoriser l'implication des acteurs scolaires. Deux registres d'arguments, celui du contrôle des discours des enseignants et celui d'une obligation de collaboration, sont mobilisés alternativement. Ils permettent ainsi de justifier, d'une part, l'emprise du référentiel nutritionnel sur les enseignants, les assignant « malgré eux » à respecter les contenus du projet, et d'autre part, l'éventuel échec de ce contrôle des discours enseignants qui parfois, selon les animatrices, « détournent » le projet à des fins autres que sanitaires.

Ainsi, l'entrée de la CPAM dans AAPRISS renvoie entre autres objectifs, à la promotion du projet, des interventions et du service prévention comme l'expriment les animatrices, en expliquant les apports de la collaboration chercheur / professionnel à leur travail. L'une d'elle les formalise ainsi : « Une valorisation scientifique de ce que l'on fait au service et le nouvel indicateur de défavorisation comme soutien et donnée scientifique. »

Enfin, le choix d'intégrer des écoles pour intervenir directement auprès des élèves n'a pas non plus été questionné lors du processus AAPRISS. Du point de vue des inégalités sociales

et de leur prise en compte, l'école comme instance de transmission de normes sociales, n'est pas un espace socialement neutre. En lien avec ce que nous venons d'aborder, les écoles sont en partie choisies en sélectionnant des zones dites « difficiles », ce qui dénote un souci de la caisse de toucher des publics prioritaires. Cependant, l'environnement social et le contexte d'action ne sont que peu pris en compte dans le projet de la CPAM selon un principe d'égalité formelle (Bourdieu, 1966) entre les écoles, l'uniformisation du projet et la standardisation des interventions étant la règle. Par exemple, l'aspect culturel et la variété des représentations de ce que serait une « bonne alimentation » selon les pays d'origine des enfants sont volontairement ignorés, car jugés comme éloignés des objectifs du projet et comporteraient un risque de stigmatisation des publics. Par exemple, la religion fait partie des questions « évitées » par les diététiciennes comme l'exprime la responsable d'unité : « En ce qui concerne la prise en compte de la religion dans notre intervention, je te le dis c'est non. On travaille sur l'élargissement des connaissances sur les produits alimentaires. Nous abordons des aliments différents tout en prenant en compte la religion mais sans l'expliciter. Ce n'est pas le but de l'intervention. »

Ces données montrent toute la difficulté d'opérer des changements dans un projet « ficelé » non seulement en termes de structuration de contenus et de modalités d'intervention, tenant aussi à l'engagement des porteurs dans une dynamique de promotion du PNNS et de labellisation de leur projet par les instances nationales ; mais encore, à leurs résistances vis-à-vis de toute remise en question de leurs choix. Dans un rapport de force feutré mais perceptible avec les chercheurs, tout se passe comme si les porteurs tentaient de protéger ce projet qu'ils considèrent comme un « privilège »et une « exception départementale »à préserver. La collaboration et le travail sur les ISS sont donc marqués par « des stratégies de négociation qui pesaient sur les acteurs, en limitant fortement leur capacité à penser le changement et *a fortiori* à l'organiser » (Muller, 2005, p. 165).

## Conclusion

Les données empiriques issues de l'observation des négociations (Nay & Smith, 2002) et jeux d'acteurs (Muller, 2005) entre porteurs de projet et chercheurs, au sein du programme de recherche interventionnelle AAPRISS, permettent de dégager plusieurs catégories de débats autour de la réduction des ISS et de questionner les effets et contraintes à l'inscription du projet et de ses porteurs dans une telle visée.

Les valeurs institutionnelles influencent la perception même des acteurs engagés en prévention et sont considérées ici comme des freins à la prise en compte des ISS. En effet, la différenciation des modes de transmission des savoirs pour une meilleure adaptation aux publics, à leur culture et connaissances nutritionnelles ne se fait que « sur le tas » de manière quasi clandestine. L'adaptabilité du projet aux enfants et familles des quartiers prioritaires est refusée au nom du principe « d'égalité républicaine » et du « risque » de stigmatisation de ces publics. Cette forte préoccupation à « ne pas faire de différence » restreint le questionnement et le travail sur les ISS et par conséquent, la possibilité d'agir sur leur réduction. Pour exemples, l'affichage de l'objectif de réduction des ISS n'est accepté par les porteurs que sur des documents internes à l'institution ; le niveau de connaissances et les formes de transmission sont rigoureusement semblables selon les écoles et les élèves d'une même classe ; les écoles auparavant ciblées par la CPAM ne correspondaient pas

toujours à des critères de défavorisation, etc. De plus, l'attention portée à la reconnaissance du projet par l'INPES *via* l'obtention du logo PNNS a favorisé un traitement de l'alimentation et de l'activité physique occidentalisé et normalisé notamment en termes de recommandations de « bonnes pratiques » et de connaissances (Rolland & Sicot, 2012 ; Gaborit, 2015). Ce principe d'« égalité républicaine » qui justifie l'uniformisation du projet pour la CPAM, produirait des effets contraires à une appropriation égalitaire et génère une norme supplémentaire de « bonnes conduites nutritionnelles » à tenir dont les élèves s'emparent différemment selon leurs dispositions alimentaires et physiques, plus ou moins éloignées des contenus du projet et dépendantes des socialisations familiales et scolaires. Cette « santéisation » d'une pratique sociale comporte le risque d'une augmentation des inégalités selon l'appartenance sociale des élèves mais aussi selon le rapport complexe qu'entretiennent nutrition et santé.

Ainsi, au-delà de valeurs partagées et d'un accord tacite « de vraisemblance » (Uhalde, 2008) sur la nécessité d'agir pour réduire les ISS, les négociations ont démontré de profondes résistances vis-à-vis des propositions des chercheurs, parfois argumentées par les contraintes institutionnelles auxquelles sont soumis les professionnels de santé et une difficulté à modifier des pratiques d'intervention fortement standardisées. C'est en décalant notre objet de discussion et d'analyse que des compromis ont pu être construits et des pistes de travail communes trouvées. Ainsi, le travail de collaboration chercheurs / porteurs malgré des enjeux différents (Gaborit, 2015), s'est construit autour de l'évaluation du projet, objet frontière autorisant indirectement des débats sur les ISS. Ainsi, la seule volonté de réduction des ISS ne suffit pas à la réussite d'une telle collaboration entre chercheurs et porteurs dont les enjeux personnels, professionnels et institutionnels, apparaissent comme autant de contraintes qui influencent la prise en compte et le traitement des inégalités et les projets susceptibles de les réduire. Cette recherche se poursuit actuellement, selon une visée comparative entre trois CPAM mettant en œuvre de façon différenciée ce projet de prévention nutritionnelle [9].

## Références bibliographiques

Bergeron, H., Castel, P. & Nouguez, E. (2011). Un entrepreneur privé de politique publique : la lutte contre l'obésité. Entre santé publique et intérêt privé. *Revue française de science politique*, *2*(61), 201-229.

Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. In D. Fassin & D. Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps* (pp. 37-75). Paris : EHESS, « Cas de figure ».

Bourdieu, P. (1996). L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture. *Revue française de sociologie*, *7*, 325-347.

Depecker, T. (2010). Les cultures somatiques : usages du corps et diététique. *Revue d'études en agriculture et environnement*, *2*(91), 153-184.

Faure, A., Piollet, G. & Warin, P. (1995). *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel.* Paris : L'Harmattan.

Gaborit, E. (2015). *Sanitarisation de l'école et scolarisation de la santé. Socio-ethnographie de la mise en œuvre et de l'appropriation d'un programme nutritionnel.* Thèse de doctorat non publiée, Université Toulouse 3 – Paul-Sabatier, Toulouse.

Guichard, A. & Potvin, L. (2010). Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M.-J. Mocquet & C.-M. Jones (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé* (pp. 35-51). Saint-Denis : INPES.

9. Programme Transferiss, financement Inca, 2015-2017, dir. M. Kelly-Irving.

Guiet-Silvain, J. (2011). Les enjeux et les transformations de l'éducation à la santé. *Carrefours de l'éducation*, *32*(2), 11-13.

Haschar-Noé, N., Basson, J. C., Honta, M., Julhe, S., Malric, L., Merlaud, F., Sallé, L. & Terral, P. (2012). *Sociologie politique d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais)*. Rapport de recherche IRESP.

Hassenteufel, P. (2011). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris : Armand Colin.

Jourdan, D. (2007). L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables. *Les Tribunes de la santé*, *16*(3), 53-59.

Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po.

Lang, T. (dir.) (2009). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : La Documentation française.

Lopez, A., Moleux, M. & Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morales, condition de vie et développement de l'enfant*, IGAS, Rapport : RM2011-065P.

Muller, P. (2005). Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs. *Revue française de science politique*, *55*, 155-187.

Nay, O. Smith, A. (2002). Les intermédiaires en politique : médiations et jeux d'institutions. In O. Nay & A. Smith (dir.), *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique* (pp. 47-86). Paris : Economica.

Padioleau, J. G. (1982). *L'État au concret*. Paris : PUF.

Pierru, F. (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*. Broissieux : Éditions du Croquant.

Pornet, C., Delpierre, C., Dejardin, O., Grosclaude, P., Launay, L., Guittet, L. *et al.* (2012). Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index : The French version. *Journal of Epidemiology Community Health*, *66*(11), 982-989.

Régnier, F. & Massullo, A. (2009). « Obésité, goûts et consommation. » Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Revue française de sociologie*, *4*(50), 747-773.

Rolland, C. & Sicot, F. (2012). « Les recommandations de bonne pratique en santé. » Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et action publique*, *3*(3), 53-75.

Salais, R. (2010a). « La donnée n'est pas un donné. » Pour une analyse critique de l'évaluation chiffrée de la performance. *Revue française d'administration publique*, *135*(3), 497-515.

Salais, R. (2010b). Usages et mésusages de l'argument statistique : le pilotage des politiques publiques par la performance. *Revue française des affaires sociales*, *1*(2), 129-147.

Trompette, P. & Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, *1*(3), 5-27.

Uhalde, M. (2008). L'instrumentalisation de la sociologie en situation d'intervention : analyse critique d'une notion ordinaire. *Sociologies pratiques*, 16, 95-113.

Villeval, M., Bidault, E., Gaborit, E., Grosclaude, P., Haschar Noé, N. & Lang, T. (2015). Un programme de recherche interventionnelle visant à réduire les inégalités sociales de santé : méthodes et validation. Le programme AAPRISS. *Can Journal of Public Health*, *6*(106), 434-441.

Vincent, G., Lahire, B., Thin, D., Hardy, M., Maroy, C., Montandon, C., Eliou, M. *et al.* (1994). *L'éducation prisonnière de la forme scolaire ? Scolarisation et socialisation dans les sociétés industrielles*. Lyon : PUL.

Delalandre, M., Collinet, C. & Terral, P. (2012). Les contraintes de coordination entre scientifiques et entraîneurs dans les structures de transfert de technologies du monde sportif. In *Revue de l'association française de sociologie* [en ligne] : https ://socio-logos.revues.org/2665 (15-05-2012).

HCAAM (2012). *Rapport annuel* [en ligne] : http ://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2012_hcaam.pdf (13-12-12).