



HAL
open science

L'interdisciplinarité en action : les “ mots-pièges ” d'une recherche interdisciplinaire

Mélanie Villeval, Thomas Ginsbourger, Elsa Bidault, François Alias, Cyrille Delpierre, Émilie Gaborit, Michelle Kelly-Irving, Pascale Manuello, Pascale Grosclaude, Thierry Lang, et al.

► To cite this version:

Mélanie Villeval, Thomas Ginsbourger, Elsa Bidault, François Alias, Cyrille Delpierre, et al.. L'interdisciplinarité en action : les “ mots-pièges ” d'une recherche interdisciplinaire. Santé Publique, 2014, Vol. 26 (2), pp.155-163. 10.3917/spub.138.0155 . hal-04958197

HAL Id: hal-04958197

<https://ut3-toulouseinp.hal.science/hal-04958197v1>

Submitted on 20 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'interdisciplinarité en action : les « mots-pièges » d'une recherche interdisciplinaire

Interdisciplinarity in action: "trap-words" in interdisciplinary research

Mélanie Villeval^{1,2}, Thomas Ginsbourger^{2,3}, Elsa Bidault^{1,2}, François Alias³, Cyrille Delpierre^{1,2}, Émilie Gaborit^{2,3}, Michelle Kelly-Irving^{1,2}, Pascale Manuello^{2,5}, Pascale Grosclaude^{1,2,6}, Thierry Lang^{1,2,7} et le groupe AAPRISS*

➔ Résumé

Contexte : l'interdisciplinarité est nécessaire pour comprendre et agir sur les Inégalités Sociales de Santé (ISS), mais comporte des difficultés en pratique. Le programme AAPRISS, qui vise la réorientation co-construite de projets de prévention pour qu'ils prennent mieux en compte l'objectif de réduction des ISS, associe porteurs de projets et chercheurs de différentes disciplines. Certaines difficultés inhérentes au travail interdisciplinaire ont émergé au cours du programme, notamment des incompréhensions liées à certains termes revêtant des sens différents selon les disciplines, au sein d'une même discipline, ou même entre anglais américain ou britannique. L'objectif est de repérer ces « mots-pièges » afin de construire un glossaire visant non pas à s'accorder sur « la » bonne définition, mais à expliciter les différentes notions qu'ils peuvent recouvrir pour faciliter les échanges interdisciplinaires.

Méthodes : les termes sources d'incompréhension ont été repérés et différentes définitions en ont été données grâce à la participation des chercheurs et à des recherches documentaires.

Résultats : cinq ensembles de mots ont été repérés et définis : « politique, programme, projet et intervention » ; « impact » ; « ressortissant, public cible, population cible, bénéficiaire, et communauté » ; « inégalités sociales de santé, disparités et iniquités » ; et « protocole ».

Discussion : les enjeux soulevés par la construction d'un tel glossaire, qui vise à soutenir cette co-construction entre chercheurs de disciplines différentes, conduit à impulser une réflexion sur la richesse et les difficultés liées à l'interdisciplinarité.

Mots-clés : Communication interdisciplinaire ; Terminologie ; Disparités d'accès aux soins ; Recherche sur les services de santé.

➔ Summary

Context: Interdisciplinary work is essential to understand and address Social Inequalities in Health (SIH), but involves a number of practical difficulties. The AAPRISS programme, comprises project leaders and researchers from various disciplines in order to co-construct the reorientation of prevention projects, in order to more effectively reduce SIH. Certain challenges emerged during this project concerning the interdisciplinary work, especially misunderstanding of certain terms with different meanings according to various disciplines, within the same discipline, or even between British and US English. The objective is to identify these "trap-words" in order to create a glossary clearly explaining the various meanings, rather than rigidly defining a unique correct definition.

Methods: The words leading to misunderstandings were identified and several definitions were provided by participating researchers and literature searches.

Results: Five sets of words were defined: "politique, programme, projet et intervention"; "impact"; "ressortissant, public cible, population cible, bénéficiaire, et communauté"; "inégalités sociales de santé, disparités et iniquités"; and "protocole".

Discussion: Issues raised by the construction of this glossary, designed to support co-construction between researchers from different disciplines, allow reflection on the richness and difficulties of interdisciplinary research.

Keywords: Interdisciplinary communication; Terminology; Healthcare disparities; Health services research.

¹ UMR 1027 INSERM – Université Toulouse III – Faculté de Médecine – 37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse cedex 9.

² Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS) – Toulouse.

³ PRISSMH – SOI (EA 4561) – Université Toulouse III.

⁴ Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Midi-Pyrénées – Toulouse.

⁵ LISST-CERS (UMR 5193 CNRS) – Université Toulouse II.

⁶ Institut Claudius Regaud – Toulouse.

⁷ Centre Hospitalo-Universitaire – Toulouse.

* Pour l'ensemble du groupe AAPRISS (Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) : B. Almudever, J.C. Basson, L. Birelichie, E. Breton, F. Cayla, P. Ducournau, B. Gandouet, J.P. Génolini, E. Godeau, P. Grosclaude, A. Guichard, N. Haschar-Noé, A. Lacouture, C. Martin, A. Mayère, P. Manuello, I. Poirot-Mazère, E. Salaméro, M. Servat, F. Sicot, F. Sordes-Ader, I. Theis.

Introduction

De nombreux arguments (d'ordre cognitif, pratique, éthique voire économique) justifient la pertinence de l'interdisciplinarité et du décloisonnement scientifique [1]. Dans la pratique, la rencontre de différentes disciplines n'est cependant pas exempte de difficultés et peut nécessiter la création de méthodes et d'outils visant à soutenir le travail interdisciplinaire. La multiplicité des déterminants de la santé et des trajectoires qui conduisent aux Inégalités Sociales de Santé (ISS), rend indispensable de réfléchir ensemble, au-delà des frontières disciplinaires, dès lors qu'il s'agit de comprendre la façon dont elles se construisent et d'envisager comment agir pour les réduire. Il s'agit de faire se croiser différents angles de vue, différents regards sur la société [2]. L'enjeu que constitue leur réduction, loin d'être l'apanage du seul système de santé et d'experts de ce champ, concerne tous les secteurs qui, directement ou indirectement, ont des effets sur la santé et sur l'équité en matière de santé.

L'IFERISS (Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société) est une structure fédérative de recherche interuniversitaire, rassemblant des équipes de recherches de disciplines diverses (épidémiologie, sociologie, psychologie, sciences politiques, droit). Celle-ci fonde ses questions de recherche sur la complexité inhérente à la santé publique et sur l'importance d'associer divers regards sur la multiplicité des déterminants de la santé. Ces dernières années, plusieurs projets de recherche interdisciplinaires visant à mieux comprendre et à agir sur les inégalités sociales de santé ont été menés dans le cadre de cette fédération (par exemple, le programme INTERMEDE [3,4] et le programme IBISS (Incorporation Biologique et Inégalités Sociales de Santé), actuellement en cours).

Le programme AAPRISS (« Apprendre et Agir pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé »), également en cours et dans le cadre duquel a été construit ce glossaire, est un méta-programme de recherche interventionnelle en santé des populations (la recherche interventionnelle en santé des populations comporte l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions ayant un impact sur la santé des populations, au sein et en dehors du système de santé [5]), qui s'articule autour de deux grands axes. Le premier consiste en l'association de chercheurs, acteurs du champ de la santé et collectivités territoriales pour analyser des interventions de prévention primaire du cancer et co-construire leur réorientation vers une meilleure prise en compte des ISS.

Aujourd'hui, cinq projets de prévention axés sur la nutrition sur le territoire Midi-Pyrénées sont inclus dans ce processus. Un second axe concerne le développement de la recherche sur les méthodes d'évaluation des interventions de réduction des ISS, à partir d'approches interdisciplinaires plurielles d'analyse de ces actions de prévention. Le programme AAPRISS rassemble notamment des sociologues, des épidémiologistes, des politistes, des chercheurs en promotion de la santé, des psychologues et des psycho-sociologues.

L'interdisciplinarité recouvre une grande diversité de pratiques et n'a pas de définition fixe dans la littérature, mais les auteurs insistent sur les dimensions d'« interaction » et d'« intégration » de différents savoirs disciplinaires qu'elle recouvre [6]. Si les découpages disciplinaires permettent une structuration des savoirs, leur transgression favorise l'émergence d'un « désordre », propice à la création et à la découverte [7]. Une problématique telle que celle de la réduction des ISS est en outre caractéristique de la complexité d'un monde où « il n'est plus permis de s'en tenir à quelques sous-systèmes relativement simples et évoluant de manière indépendante » [7]. L'étude de l'enchevêtrement d'une multiplicité de déterminants sociaux qui conduisent à ces ISS nécessite des collaborations qui « impliquent une compréhension mutuelle des disciplines des autres » [8].

Si l'interdisciplinarité permet de ne pas occulter la complexité et la globalité des réalités [9], elle implique toutefois de sortir des chemins battus, de s'inscrire dans un certain inconnu. Ceux qui l'ont pratiquée se sont parfois « empoignés sur les mots, ont fait assaut de savoirs et d'opinions, se sont impatientés les uns contre les autres, ont fulminé et claqué les portes » [7]. Les mots, parce qu'ils recouvrent des enjeux épistémologiques et disciplinaires implicites, ont une importance cruciale dans ces expériences. L'un des nœuds des difficultés rencontrées au cours de ces recherches est en effet lié à certains termes pouvant paraître consensuels, mais dont la compréhension et l'utilisation par les chercheurs de différentes disciplines varient fortement. Ces termes, sources d'incompréhensions voire de conflits liés à la cristallisation de positionnements divergents ou à des interprétations diverses, ont ainsi été qualifiés de « mots-pièges ». Les terminologies sont en effet parfois propres et spécifiques à certains courants de recherche, tandis que les acceptions de certains termes se révèlent différentes voire inverses, d'une discipline à l'autre. Les incompréhensions peuvent également être liées à des utilisations différentes selon les cultures et les langues (par exemple entre l'anglais britannique et nord-américain) et selon leur traduction.

Partant de ce constat, nous avons élaboré, après un repérage de certains de ces « mots-pièges », un « glossaire » visant à expliciter les différentes acceptions auxquelles un même terme peut renvoyer selon les disciplines. L'objectif de ce glossaire est de rassembler et d'expliciter différentes définitions relatives à des ensembles de termes, récurrents dans le champ des interventions de réduction des ISS, et pouvant paraître interchangeables pour certains chercheurs tandis qu'ils comportent des nuances pour d'autres. Il n'a pas pour but d'obtenir un consensus ou une définition commune pour chacun des termes. Il ne s'agit pas non plus de « prescrire » ou de « proscrire » l'utilisation de certains termes au sein du projet. Ce glossaire est davantage conçu comme un outil, une aide à la compréhension mutuelle et aux échanges interdisciplinaires au sein du programme, afin de lever certaines incompréhensions en en mettant à jour les fondements. De manière plus générale, il peut aussi permettre aux chercheurs de différentes disciplines impliqués dans l'analyse des interventions de réduction des ISS d'anticiper certaines incompréhensions potentielles liées à ces termes récurrents.

Méthodes

La nécessité de construire ce glossaire a émergé à partir de problématiques concrètes. Certains chercheurs avaient l'impression que beaucoup de débats récurrents étaient liés à ces mots-pièges et qu'il était nécessaire de les expliciter. Ce glossaire a ainsi été réalisé chemin-faisant, reflétant le fonctionnement du programme AAPRISS de manière plus générale.

Une première étape a été de rechercher les mots à inclure dans le glossaire à partir de l'analyse des retranscriptions des réunions scientifiques du projet rassemblant les chercheurs des différentes disciplines. Les termes retenus étaient ceux qui avaient entraîné des demandes d'explicitation, soulevés des débats évoquant des acceptions différentes selon les participants, ou encore ceux dont les chercheurs ont relevé la polysémie.

Au total, les retranscriptions de six journées scientifiques rassemblant les chercheurs des différentes disciplines du programme ont été analysées. Une première liste de neuf ensembles de mots a été proposée aux chercheurs. Après de nombreuses discussions, le choix a été fait de se concentrer sur cinq ensembles de mots qui semblaient les plus adaptés à ce travail de « mise à plat » de différentes définitions. Ainsi, ont été exclus certains termes constituant

des objets de recherche du programme et qui demandaient d'emblée un travail d'analyse plus approfondi car ils n'étaient pas nécessairement définis au sein des différentes disciplines, comme les notions de « théorie de programme », « intervention complexe », ou encore celles de « mécanisme » ou « processus ». Les cinq ensembles de mots intégrés à ce glossaire sont : « politique, programme, projet et intervention » ; « impact » ; « ressortissant, public cible, population cible, bénéficiaire, et communauté » ; « Inégalités sociales de santé, disparités et iniquités » ; et « protocole ».

Les définitions données à ces termes lors des réunions ont été complétées par des définitions écrites recueillies à l'aide d'un document envoyé aux chercheurs, leur demandant de définir les différents termes sélectionnés. L'ensemble de ces définitions a été confronté et enrichi par des éléments issus de la littérature provenant de différents champs disciplinaires. À partir de recherches bibliographiques, des références provenant de différents courants (promotion de la santé, sociologie de l'action publique, etc.) ont ainsi été mobilisées.

Résultats

Politique, programme, projet et intervention

Au cours des différentes réunions scientifiques du programme, les termes « politiques », « programmes », « projets » et « interventions » ont été couramment utilisés. Les échanges sur la distinction entre ces notions ont surtout émergé au cours de travaux sur l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) qui ont été menés au sein du programme. Selon la définition adoptée lors du Consensus de Göteborg, l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) désigne « une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population » [10]. L'EIS peut s'appliquer respectivement à des « politiques », « programmes » ou « projets ». Lorsque l'on a évoqué l'EIS, plusieurs chercheurs en sociologie et en épidémiologie ont soulevé le manque de clarté sur la distinction entre ces trois termes. De manière générale, en santé publique comme dans le champ de l'analyse des politiques publiques, la distinction entre ces différents termes est reconnue comme peu explicite. Ainsi, « des politiques publiques locales peuvent se rapprocher de la notion de projet, et des projets importants supposent presque toujours des décisions de

politique publique. Il est possible cependant de concevoir une hiérarchie des décisions qui irait de “stratégiques et générales” à “tactiques et particulières” » [11]. En santé publique, « programme, intervention, projet, initiative sont souvent utilisés de manière interchangeable et [...] personne n’est encore parvenu à imposer une taxonomie fondée sur des distinctions réelles » [12].

Politique, programme, projet

Au sein d’AAPRISS, certains chercheurs spécialistes des politiques publiques distinguent ces trois objets en termes de niveaux, traduisant une hiérarchisation de la décision centrale vers l’action locale. Dans le champ de l’EIS, ces trois dimensions sont également souvent distinguées ainsi. Par exemple, dans le glossaire proposé par la Plateforme EIS Suisse, une politique désigne la « définition des grandes orientations et objectifs qu’un gouvernement ou un état ou une autorité se donne dans un ou plusieurs secteurs d’activités » ; un programme, une « série d’actions, de projets permettant de mettre en œuvre une politique » ; tandis qu’un projet vise également à mettre en œuvre une politique, mais « est habituellement plus limité bien qu’en termes de moyens il puisse être plus important ou plus réduit qu’un programme » [13]. Plus généralement, on retrouve cette distinction en termes de niveaux dans le champ de l’évaluation des politiques publiques où une politique peut être définie comme un « ensemble complexe de programmes, de procédures et de régulations concourant à un même objectif général » et un programme comme une « séquence d’action limitée dans le temps, définie précisément dans ses moyens et ses objectifs opératoires » [14]. Une politique se traduit donc par un ensemble de programmes, eux-mêmes composés de plusieurs projets.

Intervention

Dans le cadre de notre programme, l’« intervention » est, pour certains chercheurs, constitutive d’un programme, lui-même composé d’un ensemble d’interventions renvoyant à différentes stratégies d’action. Pour d’autres, le « programme » correspond à ce qui est prévu, et l’« intervention » plutôt à ce qui est fait. Le terme d’« intervention » est aussi régulièrement utilisé de façon « générique » pouvant désigner aussi bien une politique, une action de terrain en train de se faire, etc. Une intervention peut ainsi désigner « une action ou un ensemble organisé d’actions (politique, programme, projet) visant à modifier une situation jugée problématique » [15].

Impact

Les réflexions et échanges ayant eu lieu autour de l’EIS ont été l’occasion de mettre en lumière des différences importantes dans la définition que les chercheurs donnent à l’« impact » d’une intervention. Pour les épidémiologistes, l’impact était synonyme d’effets non prévus d’une intervention, tandis que pour les sociologues il s’agissait à l’inverse de l’atteinte des objectifs prévus de l’intervention sur la population-cible. Pour certains sociologues, l’« impact » d’un programme était même associé à l’image du centre d’une cible devant être percuté, ce terme étant ainsi connoté négativement.

Cette image de cible est notamment utilisée par M. Akrich, en sociologie de la traduction, pour qualifier une conception courante et discutée des relations entre systèmes techniques et société : « Cette métaphore balistique suppose l’existence séparée d’un projectile, la technologie, et d’un milieu, la société ; la trajectoire du projectile résulte du jeu combiné de l’énergie du mobile et de la résistance du milieu dans lequel il est propulsé : il peut être rapidement arrêté par la présence d’obstacles de grande inertie, comme la résistance au changement, les forces sociales, etc., ou poursuivre très loin sa route en bousculant ce qui se trouve sur son passage, et créant ainsi les fameux impacts qui peuvent être jugés positifs ou négatifs selon les cas » [16].

Dans le champ de la santé publique, la littérature étudiée a confirmé que la définition de l’« impact » d’un programme ou d’une action de santé prend des sens très différents, voire contradictoires, selon les sources. Des contradictions peuvent notamment être retrouvées en termes d’atteinte de la population cible. Ainsi, l’impact est souvent défini comme « les effets du programme autres que ceux observés sur la population concernée. Par exemple, ceux observés sur les acteurs, sur l’environnement... » [17]. D’autres sources comme le glossaire européen de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) définissent l’évaluation d’« impact » comme l’« estimation du niveau d’effet qu’un programme ou une intervention produit sur une population cible » [18]. D’autres définitions s’opposent en termes de temporalité des effets. Ainsi, l’« impact » peut désigner les changements à long terme imputables à une intervention : « on parlera par exemple, d’impact sur l’amélioration de la qualité de vie, la réduction de la mortalité, la réduction de l’obésité, la réduction de la consommation de tabac d’une population. L’évaluation d’impact s’intéresse aussi à l’ensemble des changements sociaux, économiques et environnementaux imputables à une intervention, qu’ils soient positifs ou négatifs, souhaités ou non » [19]. Au contraire, d’autres auteurs différencient l’« impact », correspondant

aux modifications obtenues à court terme ; et les « résultats », qui désignent les changements à moyen ou à long terme [20].

Il existe également des définitions très larges et inclusives dans lesquelles l'« impact » représente « l'ensemble des conséquences attendues et inattendues de l'intervention » [21].

Dans la littérature sur l'évaluation des politiques publiques, les définitions d'« impact » ne se recouvrent pas non plus nécessairement. Par exemple, les impacts représentent pour certains auteurs l'ensemble le plus large des effets d'une politique, c'est-à-dire la somme de l'efficacité et des effets prévus et des « side effects » ou « effets pervers » [14]. D'autres distinguent l'impact et les résultats en fonction des niveaux d'objectifs : « Au niveau des objectifs spécifiques correspond l'évaluation des résultats. Ainsi, dans le domaine de la sécurité routière, le résultat sera le nombre de points noirs supprimés. Au niveau le plus élevé, celui des objectifs globaux, ce sont les impacts qui sont mesurés, généralement à plus long terme » [22].

Ressortissant, public cible, population cible, bénéficiaire, et communauté

Selon la place qu'ils occupent dans les projets, et en fonction des différentes disciplines, les destinataires des projets sont désignés différemment par les chercheurs.

Ressortissants

Le terme de « ressortissant » est spécifique à l'analyse des politiques publiques et était exclusivement utilisé par les sociologues et politistes du programme. Pour eux, les ressortissants se différencient de simples « receveurs » d'une politique ou d'un programme. Pour les autres chercheurs, ce terme était inconnu dans ce cadre, ou correspondait par exemple uniquement pour certains épidémiologistes, dans le champ de la santé, aux personnes qui dépendent d'une caisse d'Assurance Maladie.

En sociologie de l'action publique, les « ressortissants » désignent les personnes destinataires des politiques publiques. Ils sont considérés comme participant à l'action publique, selon différents mécanismes : « contribution à l'élaboration d'une politique », « contribution à l'aménagement du contenu des politiques » et « contribution à l'impératif d'efficacité de l'action publique » [23]. Les comportements des ressortissants sont largement imprévisibles, et influencent fortement les effets d'une politique [24].

Bénéficiaires, publics-cible, populations-cible

Dans les programmes de santé publique, les destinataires des interventions sont fréquemment qualifiés de « publics », « populations-cible », ou encore de « bénéficiaires », désignant les « personnes ou organismes tirant profit de la mise en œuvre d'une intervention, directement ou indirectement, intentionnellement ou non » [15]. Ces termes n'incluant pas explicitement de dimension participative, ne sont pas utilisés par certains chercheurs en promotion de la santé du programme, qui leur préfèrent par exemple le terme « participants ». Bien que couramment retrouvés dans la littérature, ces termes peuvent être jugés inappropriés : « Promouvoir la santé, c'est associer les gens (ex-« public-cible ») à la définition des problèmes, des besoins et des solutions, et à l'intervention elle-même. » [25].

Communauté

Les interventions en santé publique peuvent aussi s'adresser à une communauté. Le terme « *community* » est particulièrement utilisé dans les pays anglophones pour désigner les destinataires des interventions publiques. Ce concept est en effet plus familier des sociétés anglo-saxonnes, construites sur des structures communautaires. En France, le modèle sociétal est différent, plus central, et le terme « communauté » est de plus polysémique (il peut renvoyer par exemple, à « communauté européenne », « communauté urbaine », « communauté virtuelle », etc.) ; ce qui « rend difficile la définition conceptuelle et freine considérablement la modélisation des pratiques communautaires » [26]. Une « communauté » peut être définie comme l'« ensemble d'une population d'un quartier, d'une ville, d'un village, des groupes réunis pour un intérêt commun, une situation problématique commune » [27]. Pour les chercheurs en promotion de la santé, la « communauté » n'est pas un état, mais un processus qui se construit à partir d'un travail du social associant un ensemble social et des intervenants extérieurs [26].

Inégalités sociales de santé, disparités et iniquités

Les « inégalités sociales de santé » constituent l'objet central du programme. Pour l'ensemble de ses chercheurs, elles sont socialement construites et renvoient à une notion de justice sociale. Cependant, l'un des épidémiologistes du programme a soulevé le fait que dans la littérature internationale, différents concepts s'en rapprochent, sans

toutefois recouvrir les mêmes dimensions. Il était donc intéressant d'explorer quelques usages de ces termes selon différents pays et différentes langues.

En France

L'expression « inégalités sociales de santé » (mais également en pratique celle d'« inégalités de santé » [28]) fait référence à « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » [29]. Dans le domaine de la santé publique, beaucoup se réfèrent à la définition de M. Whitehead [30], qualifiant les « inégalités sociales de santé » de différences systématiques, injustes et évitables car socialement construites, faisant référence à la justice sociale contrairement aux notions de « variabilité » et de « disparités » qui relèvent plus du constat, sans référence à la justice.

Le terme d'« iniquité » ou (« inéquité ») en matière de santé est plus rarement utilisé. L'« inéquité » en santé renvoie pour le glossaire européen de la BDSP à des « différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique » [18]. Il est à noter que ce terme d'« inéquité », semble-t-il utilisé parfois comme traduction du terme anglais « inequity » n'est pas retrouvé dans les dictionnaires généraux. Celui d'« iniquité », plus rarement employé, y est pour sa part défini comme « une injustice extrême, flagrante (s'oppose à *équité*) » [31]. Selon certains épidémiologistes du programme, l'équité est à situer dans le champ des interventions. Ainsi, pour avoir un impact sur les inégalités, il faut mettre en œuvre des mesures équitables. Cela renvoie au concept d'« universalisme proportionné » qui vise à associer des politiques universelles et ciblées pour agir sur le gradient social de santé (la distribution des ISS suit un gradient continu qui traverse l'ensemble de la population française, des ouvriers aux cadres en passant par les professions intermédiaires [32]), en ayant un effet plus important sur les populations situées dans le bas de ce gradient [33]. L'iniquité est ainsi définie par certains sociologues du programme comme le résultat d'actions qui ne tiennent pas compte des différences sociales entre les individus.

En Europe

La plupart des pays européens ont adopté les terminologies « *inequalities in health* », ou « *social inequalities in health* », provenant au départ du Royaume-Uni, pour désigner les différences de santé systématiques entre les

différents groupes socio-économiques [30]. Selon M. Whitehead et G. Dahlgren, il n'existe pas de différences entre les expressions « *inequities in health* » et « *inequality in health* ». Elles sont systématiques, socialement produites (et donc modifiables) et injustes, les distinguant de simples différences ou variation dans l'état de santé. Cependant, la plupart des documents du bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe reprend le terme « *inequities* » plutôt que celui d'« *inequalities* », pour faire référence plus explicitement à la justice [30].

Aux États-Unis

Plusieurs auteurs américains soulignent la différence entre la notion d'« *equality* », considérée comme une simple quantité mesurable, et celle d'« *equity* », renvoyant à un concept politique, et exprimant une référence à la justice sociale [34]. Ainsi, selon certains auteurs, « *The concept of health equity focuses attention on the distribution of resources and other processes that drive a particular kind of health inequality – that is, a systematic inequality in health (or in its social determinants) between more and less advantaged social groups, in other words, a health inequality that is unjust or unfair* » [35].

Ainsi, le terme « *inequity* » en anglais britannique et nord-américain renvoie à celui d'« inégalité » en français, et fait référence à la justice. Le terme « *inequality* » en anglais britannique peut également être traduit par « inégalité », tandis qu'en anglais US il renvoie à une « disparité », sans référence à la justice sociale. Cependant, si les termes « *inequality* » et « *disparity* » sont souvent utilisés indifféremment dans la littérature américaine, il n'existe pas de réel consensus entre les auteurs sur les définitions et les nuances existantes entre ces différents termes [36].

Protocole

Au cours du programme, ce terme a été utilisé par un épidémiologiste, auquel un des sociologues a d'abord répondu qu'elle ne menait pas sa recherche en fonction d'un « protocole » préétabli, mais « chemin-faisant ». Après discussion, ils se sont accordés sur le fait qu'ils menaient tous deux leurs recherches en fonction d'une « méthodologie », les deux termes étant tenus pour équivalents par l'épidémiologiste mais pas pour la sociologue. Le terme « protocole » est familier aux épidémiologistes, renvoyant à la description détaillée d'un projet de recherche, suivant généralement un plan prédéterminé. Il leur permet aussi

de fournir à la communauté scientifique les informations nécessaires à la reproduction de l'étude dans des conditions identiques, utiles pour en confirmer ou infirmer les résultats. Ce terme est en revanche peu utilisé par les sociologues du programme, qui préfèrent le terme « méthodologie » de recherche, et pour qui la notion de protocole renvoie parfois davantage aux méthodes quantitatives, révélant en filigrane les paradigmes différents dans lesquels les disciplines évoluent.

En épidémiologie, le « protocole de recherche » renvoie souvent à une procédure très cadrée. Il peut être défini comme la « description de l'ensemble des étapes correspondant à une étude, comportant : la définition des objectifs, le choix de la population, les procédures d'échantillonnage s'il y a lieu, le mode de recueil des données, les procédures de validation et le plan d'analyse. Dans une étude épidémiologique, la mise au point du protocole est aussi importante et peut demander autant de temps que le recueil de données » [37]. Dans le domaine de la recherche en sciences sociales, certains auteurs soulignent que la « méthodologie de la recherche englobe à la fois la structure de l'esprit et de la forme de la recherche et les techniques utilisées pour mettre en pratique cet esprit et cette forme (méthode et méthodes) » [38]. La réalité de la recherche sur le social ne peut suivre une séquence linéaire d'étapes, mais correspondrait mieux à des allers et retours entre différents « moments » de la recherche [38]. En sociologie, la méthode « éclaire mais ne décide pas la route » : une recherche innovante implique des réorientations des questions et des méthodes au fil des découvertes et des obstacles rencontrés [39].

Discussion

Les limites de ce glossaire, concernent en premier lieu le choix des termes et sa méthode de construction. Les termes retenus ne sont pas anodins. Le choix a été fait de se concentrer sur des termes d'ores et déjà définis dans les différentes disciplines en jeu dans le programme. Plusieurs termes ont été abandonnés car ils ont été considérés comme des objets trop complexes ou n'étant pas définis de façon assez consistante dans les différentes disciplines pour permettre cet exercice de « mise à plat » de définitions. Le travail de recherche et de définition de ces termes n'est pas réalisé dans le cadre de ce glossaire, mais dans celui des collaborations en cours au sein de l'IFERISS, sur le long terme.

D'autre part, la méthode envisagée au départ comme plus participative s'est heurtée à des désaccords sur l'objet même de ce glossaire, et à des différences de point de vue sur la pertinence d'un tel travail. La construction de ce glossaire a entraîné des débats car elle implique le recours à des définitions écrites pouvant donner l'impression de « figer » des objets complexes ou de les réduire trop rapidement. Ce fut le cas pour certains sociologues, pour qui un tel travail ne peut se faire par l'écrit, au risque de limiter la réflexion interdisciplinaire. Plutôt que de leur apporter des définitions, les sciences sociales s'attachent en premier lieu à déconstruire les objets pour s'en distancier [40].

La recherche en santé est caractérisée par une multiplication des projets interdisciplinaires et la place des sciences sociales dans les projets de santé publique a fait l'objet de nombreuses analyses [40-42]. Aujourd'hui, le dialogue entre sciences sociales et santé semble avoir évolué : les chercheurs se connaissent mieux et « la question de la légitimité des regards est écartée pour laisser place à une compréhension riche et complexe des objets de la santé » [43]. Les enjeux épistémologiques demeurent néanmoins prégnants. Ils s'expriment notamment en situation de recherche interventionnelle, l'objectif du sociologue étant d'abord d'aider à comprendre la société, alors que la santé publique cherche à intervenir pour améliorer la santé des individus et des populations [41, 44].

La construction de ce glossaire témoigne de la complexité de toute démarche interdisciplinaire, liée à la diversité des positionnements épistémologiques, disciplinaires, politiques, etc. Une telle démarche implique donc une multitude de traductions et d'allers et retours entre disciplines, pour envisager une élaboration commune [40]. Cela rend nécessaire une réflexivité sur les enjeux de savoirs et de pouvoirs et une négociation des rôles de chacun tout au long de la recherche [45]. Le programme AAPRISS fait ainsi l'objet d'une thèse visant à produire une analyse plus globale des différents arguments et enjeux disciplinaires qui structurent ce projet ; le but étant *in fine*, de comprendre comment les chercheurs impliqués dans ce collectif se coordonnent entre eux [46].

Conclusion

Les différences d'acceptation mises à jour dans ce glossaire ne reflétant qu'un nombre limité de points de vue, il n'a pas pour ambition d'être exhaustif, ou représentatif des pensées ou courants disciplinaires. En levant certaines

incompréhensions, il a pour but de favoriser les échanges et d'initier le débat afin de soutenir le travail complexe de co-construction entre différents univers. La construction d'un glossaire pour expliciter différentes conceptions d'un même mot peut paraître simple, mais soulève de nombreux enjeux disciplinaires et épistémologiques qui s'y révèlent au même titre que tout au long du processus de co-construction inhérent à un tel programme de lutte contre les ISS. Il s'agit d'être conscient des limites et difficultés soulevées par un tel exercice, qui ne doit pas être envisagé comme quelque chose de fini ou de définitif. La perspective de ce travail est de poursuivre une réflexion plus approfondie autour des implications, difficultés et enjeux de l'interdisciplinarité à partir des expériences menées au sein de l'IFERISS.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Le programme AAPRISS est financé par l'Institut National du Cancer (INCa), l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), et l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Midi-Pyrénées. Nous souhaitons également remercier les lecteurs référents de la revue Santé Publique dont les commentaires nous ont particulièrement aidés à enrichir la discussion de ce travail.

Références

- Teixeira OA. Pour une sociologie de l'interdisciplinarité L'expérience des programmes « Causes-Cévennes » et « Agriculture-Environnement-Vittel. Strates [Internet]. 2004 [cité 24 juill 2013];(11). Disponible sur : < <http://strates.revues.org/402> >
- Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales (Fr) ; 2011. 124 p. Rapport No. : RM2011-061P.
- Kelly-Irving M, Rolland C, Afrite A, Cases C, Dourgnon P, Lombrail P, et al. Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. BMC Health Serv Res. 2009;9:66.
- Schieber A-C, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lepage B, Bensafi A, Afrite A, et al. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? Patient Educ Couns. 2013;91(1):97-104.
- Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? Can J Public Health. 2009;100(1):18-114.
- Kleinpeter E. Taxinomie critique de l'interdisciplinarité. Hermès. 2013;(67):123-9.
- Besnier JM. Seul le désordre est créateur. Pour en finir avec les bataillons disciplinaires. Hermès. 2013;67:25-31.
- Goldberg M, Melchior M, Leclerc A, Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. Sci Soc Santé. 2002;20(4):75-128.
- Morin E. Sur l'interdisciplinarité. Bull Interactif Cent Int Rech Études Transdiscipl [Internet]. 1994 [cité 3 janv 2014];(2). Disponible sur : < <http://ciret-transdisciplinarity.org> >
- Organisation Mondiale de la Santé. Étude de l'impact sur la santé. Principaux concepts et méthode proposée. Consensus de Göteborg (traduction Centre collaborateur de l'OMS). Bruxelles : OMS, Bureau régional de l'Europe (Centre européen pour la politique de la santé) ; 2005. 15 p.
- Kemm J. Les expériences d'évaluation d'impact sur la santé au Royaume-Uni et leur traduction dans les politiques publiques. Telescope - Rev Anal Comparée En Adm Publique. 2008;14(2):1-13.
- Potvin L, Bilodeau A, Gendron S. Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. Promot Éducation. 2008;15(Supplément au n1):17-21.
- Plateforme EIS. Glossaire [Internet]. [cité 12 juill 2013] 1 p. Disponible sur : < http://www.impactsante.ch/spip/article.php3?id_article=39 >
- Conseil Scientifique de l'Évaluation. Petit guide de l'évaluation des politiques publiques. Paris : La Documentation française ; 1996. 123 p.
- Jabot F, Bauchet M. Glossaire. In : Ridde V, Daguenaï C, éditeurs. Approches et pratiques en évaluation de programmes. 2^e éd. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2012. p. 433-9.
- Akrich M. La construction d'un système socio-technique. In : Akrich M, Callon M, Latour B, éditeurs. Sociologie de la traduction, Textes fondateurs. Paris : Presses des Mines ; 2006. p. 109-34.
- ANDEM. Évaluation d'une action de santé publique : recommandations. Paris : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) ; 1995. 39 p.
- Banque de Données en Santé Publique (BDSP). Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. [cité 15 avr 2013]. Disponible sur : < <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/> >
- Absil G, Vandoorne C. Des mots pour parler d'évaluation. Éduc Santé. 2012;(283):17-23.
- Deccache A. Évaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. Promot Éduc. 1997;4(2):10-4.
- Blum-Boisgard C, Chabaud F, Gaillot-Mangin J, Matillon Y. Évaluation en santé publique. Actual Doss En Santé Publique. 1996;(17):18-22.
- Fouquet A. L'évaluation des politiques publiques en France. Définitions et historique. In : Studer N (sous la direction de). Méthodes d'évaluation des politiques publiques : Actes du séminaire. Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ; 2011. p. 9-16.
- Warin P. Les « ressortissants » dans les analyses des politiques publiques. Rev Française Sci Polit. 1999;49(1):103-21.
- Hassenteufel P. Sociologie politique : l'action publique. Paris : Armand Colin ; 2008. 294 p.
- Bruxelles Santé. Numéro Spécial : Agir en promotion de la santé : un peu de méthode... Bruxelles Santé [Internet]. 2005 [cité 15 avr 2013]. Disponible sur : < http://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=12981 >
- Goudet B. Développer des pratiques communautaires en santé et développement local. Lyon (France) : Chronique Sociale ; 2009. 352 p.

27. Institut Théophraste Renaudot. Charte de promotion des pratiques de santé communautaire [Internet]. Paris ; 1998 [cité 07 juill 2013] 8 p. Disponible sur : < [http://www.institut-renaudot.fr/resources/Microsoft+Word++CHARTE+ITR+98\\$5B1\\$5D.pdf](http://www.institut-renaudot.fr/resources/Microsoft+Word++CHARTE+ITR+98$5B1$5D.pdf) >
28. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). INPES - ISS : Définition et concepts du champ [Internet]. [cité 29 mars 2013] 1 p. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp> >
29. Guichard A, Potvin L. Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In : Potvin L, Moquet MJ, Jones CM, éditeurs. Réduire Inégalités Sociales En Santé. Saint Denis (France) : Institut National d'Éducation et de Promotion de la Santé ; 2010. p. 35-51.
30. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2006. 34 p.
31. Le Robert. Le Robert Illustré et Dixel Édition 2013. Paris : Le Robert ; 2012.
32. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : Haut Conseil de la santé publique ; 2009. 99 p.
33. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health. 2012;126(Suppl 1):S4-S10.
34. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health. 2002;56(9):647-52.
35. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57(4):254-8.
36. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu Rev Public Health. 2006;27:167-94.
37. Leclerc A, Papoz L, Bréart G, Lellouch J. Dictionnaire d'épidémiologie. Paris : Frison-Roche ; 1990. 143 p.
38. Gauthier B. Recherche Sociale : De la Problématique à la Collecte des Données. 4^e éd. Sainte Foy (Québec, Canada) : Presses de l'Université du Québec ; 2003. 619 p.
39. Combesse JC. La méthode en sociologie. 5^e éd. Paris : La Découverte ; 2007. 131 p.
40. Kivits J, Fournier C, Mino JC, Frattini MO, Winance M, Lefève C, et al. Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales : apports d'un séminaire de recherche. Santé Publique. 2013;25(5):579-86.
41. Kivits J, Alla F. Recherche et intervention en santé publique : quels espaces de rencontre avec les sciences sociales ? Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol [Internet]. 2012 [cité 26 mars 2013];(7). Disponible sur : < <http://socio-logos.revues.org/2680> >
42. Fassin D. L'anthropologue et la santé publique. Texte révisé de la communication présentée au séminaire *Bilan d'une anthropologie de la santé. Autour d'études de cas*. Centre Thomas More, La Tourette (Lyon) ; 21-22 novembre 1992.
43. Eideliman JS, Kivits J. Dossier « Recherches en santé et santé de la recherche en sociologie – Orientations, professionnalisation, financements ». Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol [Internet]. 2012 [cité 7 janv 2014];(7). Disponible sur : < <http://socio-logos.revues.org/2679> >
44. Fassin D. Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie. Rev D'épidémiologie Santé Publique. 2003;(51):403-13.
45. Chabrol F, Hunsmann M, Kehr J. Réaliser un doctorat en sciences sociales de la santé : financements, pratiques de recherche et enjeux de professionnalisation. Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol [Internet]. 2012 [cité 8 janv 2014];(7). Disponible sur : < <http://socio-logos.revues.org/262> >
46. Ginsbourger T. Alliances et controverses autour de la présence de sociologues dans une recherche interdisciplinaire visant à agir sur les inégalités sociales face au cancer. Journée d'étude *Agir pour chercher, chercher pour agir : recherches interventionnelles en SHS sur le cancer* du groupe des jeunes chercheurs sciences sociales et cancer du réseau Santé et Société. Institut National du Cancer, Paris ; 9 décembre 2013.