

fnes

Fédération Nationale
d'Éducation et de promotion de la Santé

1er réseau national d'éducation et de promotion de la santé en France

NOTE PÉDAGOGIQUE LES DONNÉES PROBANTES EN PROMOTION DE LA SANTÉ

*De leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre
d'interventions complexes*

*#Promotion de la santé #Interventions complexes #Méthodologie de projet
#Recherche interventionnelle #Données probantes #Transférabilité #Science des solutions*



Auteur.e.s : Chloé Hamant (Ireps Auvergne-Rhône-Alpes), Timothée Delescluse (Promotion Santé Normandie) et Christine Ferron (Fnes)

Conception graphique : Léa Mussillier, Fnes

Utilisation et reproduction : La Fnes autorise l'utilisation et la reproduction du contenu de cette note, sous réserve de la mention des sources.

Citation proposée : Hamant C, Delescluse T, Ferron C. Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes. Note pédagogique. Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé ; 2022. 37 p. (Collection Fnes)

Le présent document a bénéficié de contributions essentielles des membres du groupe RITeC (« Recherche interventionnelle et Transfert de connaissances ») de la Fnes : Marion Boucher-Le Bras (Promotion Santé Normandie), Cécile Chaussignand (Comité régional d'éducation pour la santé Provence Alpes Côte-D'Azur), Delphine Couralet (Ireps Nouvelle-Aquitaine), Lucie Cros (Ireps Bourgogne-Franche-Comté), Marie Donius (Ireps Occitanie), Sandrine Dupé (Ireps Bretagne), Emilie Fériel (Ireps Grand-Est), Vanessa Galissi (PromoSanté Ile-de-France), Stéphanie Marchais (Comité régional d'éducation pour la santé Provence Alpes Côte-D'Azur), Anne Sizaret (Ireps Bourgogne-Franche-Comté), Mélanie Villeval (Ireps Auvergne-Rhône-Alpes).

Remerciements : **Nous remercions les experts relecteurs pour leurs remarques avisées sur la première version de cette note : Xavier Briffault (CERMES 3), Linda Cambon (ISPED), Emily Darlington (UNIReS), Cyrille Delpierre (IFERISS), Marie-Renée Guével (EHESP), Joëlle Kivits (ECEVE), Nicolas Lechopier (S2HEP), Pierre Lombrail (LEPS), Delphine Moreau (EHESP), Julie Poissant (UQAM), Philippe Terral (CresCo).**

Cette note est complétée par un **Glossaire commenté**, rédigé par Pauline Gallean et Chloé Hamant (Ireps Auvergne-Rhône-Alpes). Ce glossaire figure en Annexe page 22.

Mars 2022.

SOMMAIRE



P 5 INTRODUCTION

P 5 LA SPÉCIFICITÉ DES DONNÉES PROBANTES EN PROMOTION DE LA SANTÉ : LA MESURE DE L'EFFICACITÉ À L'ÉPREUVE DE LA COMPLEXITÉ

P 7 FAIRE VALOIR LA COMPLÉMENTARITÉ DES DONNÉES PROBANTES SUR LES PROBLÈMES ET DES DONNÉES PROBANTES SUR LES SOLUTIONS

Les données probantes sur les problèmes : comprendre la situation P 7

Les données probantes sur les solutions : analyser les pratiques d'intervention P 8

P 9 LA PRODUCTION DES DONNÉES SUR LES SOLUTIONS À LA CROISÉE DES SAVOIRS

L'analyse de transférabilité pour illustrer un mode de production de données probantes sur les solutions P 11

P 14 DE LA PRODUCTION À LA PRATIQUE : LES USAGES DES DONNÉES PROBANTES EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Les usages de données probantes dans la méthodologie de projet P 14

La place des programmes validés P 15

Le rôle des acteurs ressources de la promotion de la santé dans le transfert de connaissances P 16

1. Permettre aux acteurs de participer à la production de données probantes P 17

2. Adapter, partager et diffuser les données probantes sur les problèmes et sur les solutions P 18

3. Faire du plaidoyer et accompagner les acteurs et décideurs du champ vers la prise en compte des données probantes en promotion de la santé P 18

4. Favoriser l'appropriation et l'utilisation des données probantes en proposant des supports et des accompagnements favorables à la mobilisation de ces savoirs P 19

P 20 CONCLUSION

P 20 CONTEXTE DE PRODUCTION DU DOCUMENT

P 22 ANNEXE : GLOSSAIRE COMMENTÉ

Actions en promotion de la santé	P 22
Actions prometteuses	P 23
Capitalisation	P 23
Complexité des interventions en promotion de la santé	P 24
Contexte	P 24
Déterminants de la santé	P 26
Évaluation des interventions en promotion de la santé	P 26
Évaluation d'impact sur la santé (EIS)	P 28
Evidence Based Medicine et Evidence Based Health Promotion	P 28
1. <i>Evidence Based Medicine (EBM)</i>	P 28
2. <i>Evidence Based Health Promotion (EBHP)</i>	P 29
Fonctions-clés	P 30
Hiérarchisation des preuves	P 30
Implémentation	P 31
Incidence et Prévalence	P 31
Recherche interventionnelle en santé des populations (RISP)	P 32
Savoirs expérientiels, savoirs issus de l'expérience	P 32
Savoirs situés	P 33
Transférabilité et Analyse de transférabilité	P 34
1. <i>Transférabilité</i>	P 34
2. <i>Analyse de transférabilité</i>	P 34
Transfert de connaissances	P 35
Utilité sociale	P 36

INTRODUCTION

Les données probantes font désormais partie du vocabulaire de la santé publique et de l'intervention en promotion de la santé en France. Les définitions autour de cette notion varient et sont difficilement appropriables par les acteurs de l'intervention. Cette note, fruit d'un travail collaboratif pluriprofessionnel,

a vocation à poser les éléments de débat pour définir les données probantes en promotion de la santé et en proposer une acception commune, dans une perspective d'utilisation effective par les acteurs de l'intervention. Elle est complétée par un glossaire qui vient préciser les termes mobilisés.

LA SPÉCIFICITÉ DES DONNÉES PROBANTES EN PROMOTION DE LA SANTÉ : LA MESURE DE L'EFFICACITÉ À L'ÉPREUVE DE LA COMPLEXITÉ

La promotion de la santé s'appuie sur une approche multifactorielle et transversale de la santé, qui se définit de façon ambitieuse comme la recherche d'un « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946), et pas seulement comme « l'absence de maladie ou d'infirmité ». En proposant un cadre d'intervention à travers 5 axes complémentaires (1), ↗ **la promotion de la santé** s'inscrit dans une approche écosystémique (2) qui met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leurs environnements physiques, sociaux et politiques. Saisis dans leur dimension macro à micro-contextuelle, les déterminants de la santé sont ainsi appréhendés en lien avec une acception large de la santé. Le système de soin y joue un rôle, mais les déterminants non sanitaires exercent une influence bien plus significative sur l'état de santé des populations.

Agir en promotion de la santé suppose donc d'intervenir en combinant des approches plurisectorielles et multiniveaux, en soutenant

et accompagnant les populations sur plusieurs dimensions et déterminants de la santé.

Sur quoi s'appuyer pour construire des projets en promotion de la santé qui contribuent à améliorer la santé globale de la population et à réduire les inégalités sociales de santé ? (3, 4) Comment articuler les savoirs sur les interventions et le développement du pouvoir d'agir des populations ? Comment savoir ce qui fonctionne ou ce qui renforce, au contraire, les inégalités sociales de santé ? Pour les acteurs de la promotion de la santé, la mobilisation des connaissances les plus à jour, pour intervenir auprès des populations et améliorer leur santé dans un cadre partenarial, répond à des enjeux éthiques.

Mais ↗ **les interventions complexes** et leur évaluation soulèvent aussi d'importantes questions méthodologiques, liées notamment aux limites de l'utilisation des paradigmes méthodologiques expérimentaux construits pour l'évaluation du médicament (5, 6, 7, 8). En effet, si l'essai contrôlé

(1) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ «Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé». In : *Première conférence internationale pour la promotion de la santé*. Ottawa, Ontario: OMS. 1986.

(2) BRONFENBRENNER, Urie. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press, 1979.

(3) OMS, 1986.

(4) HUBER, Machteld, KNOTTNERUS, J. André, GREEN, Lawrence, *et al.* How should we define health?. *Bmj*, 2011, vol. 343.

(5) PAGANI, Victoria, KIVITS, Joëlle, MINARY, Laetitia, *et al.* La complexité: concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*, 2017, vol. 29, no 1, p. 31-39.

(6) RIDDE, Valéry et HADDAD, Slim. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61, p. S95-S106.

(7) TARQUINIO Cyril, KIVITS Joëlle, MINARY Laetitia, COSTE Joël, ALLA François. Evaluating complex interventions: Perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology & Health* 2015 ; 30(1) : 35-51.

(8) TARQUINIO, Cyril, KIVITS, Joëlle, MINARY, Laetitia, *et al.* Evaluating complex interventions: perspectives and issues for health behaviour change interventions *Psychology & health*, 2015, vol. 30, no 1, p. 35-51.

randomisé est considéré comme incontournable dans ↗ **la hiérarchisation des preuves** en recherche clinique, son recours n'est pas toujours adapté pour évaluer des interventions de santé publique non standardisables par nature, ou encore pour prendre en compte l'influence du ↗ **contexte** sur les résultats obtenus (9, 10).

L'enjeu est donc d'élaborer des méthodes d'évaluation de ces interventions complexes en promotion de la santé qui permettent de rendre compte à la fois de leurs effets, mais également de leurs processus et contextes de mise en œuvre, de manière à renforcer leur transférabilité.

Appréhender la complexité a alors pour finalités de réduire l'incertitude inhérente à la mise en œuvre des actions dans des contextes spécifiques, d'expliquer l'articulation des environnements avec les systèmes, de comprendre les mécanismes comportementaux et psychosociaux, et ainsi de définir et améliorer l'efficacité des interventions.

Dès lors que l'on fait face à un système complexe, le modèle de ↗ **l'Evidence Based Medicine** – qui fait autorité en santé publique – peut se révéler inadéquat (11) ; il doit être reconsidéré et adapté dans l'ensemble de ses fondements (12, 13), en résistant à la tentation de « maîtrise du réel » relevant d'une pensée simplifiante, pour développer une pensée capable de « faire avec le réel » (14, 15).

↗ **La recherche interventionnelle en santé des populations** constitue une modalité de production de connaissances qui répond à ces enjeux de complexité tout en soutenant les pratiques des acteurs et les orientations à prendre par les décideurs du secteur (16). Alimentée par la recherche dans de multiples domaines – évaluation des programmes, santé et psychologie

communautaires, science politique, épidémiologie sociale, etc. - la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) se définit comme l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (provenant du secteur de la santé ou d'un autre secteur). Elle vise à développer un corpus de connaissances, fondées scientifiquement, sur le fonctionnement, l'efficacité et l'efficience des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations (17). « Bien qu'elle reste un champ de recherche émergent et encore peu investi (18), elle vient apporter des éléments de « preuve ». Pour autant, la RISP n'est pas l'unique source de savoirs en la matière : l'expérience professionnelle du praticien (ou de l'acteur de terrain) et ↗ **les savoirs issus de l'expérience** constituent également des piliers des choix d'intervention, comme le soulignait Sackett dans un contexte d'intervention clinique à propos de l'Evidence Based Medicine (19). Viennent s'ajouter les choix des patients dans la prise de décision – ou plus largement, la participation et co-élaboration des publics concernés par les interventions en promotion de la santé.

Pour agir sur la santé des populations, la question se pose de la **nature des données et savoirs utiles** pour « étayer les interventions » (20) et de leurs modalités de production. Le recours à des données ou stratégies dites « probantes » en promotion de la santé nécessite de questionner la nature même de ces données et stratégies. C'est cet **ensemble d'ajustements, mis à l'épreuve de la pratique**, qui sera abordé dans cette note pédagogique. Cette note s'adresse aux professionnels, décideurs et chercheurs qui ont à cœur d'articuler leurs pratiques avec les connaissances disponibles, dans une perspective d'amélioration de la santé globale des populations. Elle vise à leur permettre

(9) PAGANI, 2017.

(10) BRAVEMAN, Paula et GOTTLIEB, Laura. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 2014, vol. 129, no 1_suppl2, p. 19-31.

(11) BANTA, H. David. CONSIDERATIONS IN DEFINING EVIDENCE FOR PUBLIC HEALTH: The European Advisory Committee on Health Research Members of the Committee *International Journal of Technology Assessment in health care*, 2003, vol. 19, no 3, p. 559-572

(12) TARQUINIO, 2015.

(13) HAWE PENELOPE ET AL., COMPLEX INTERVENTIONS: HOW "OUT OF CONTROL", CAN A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL BE ? *BMJ (CLINICAL RESEARCH ED.)*, JUN, 2004, P.1561-1563.

(14) PAGANI, 2017.

(15) MORIN, Edgar, « Introduction à la pensée complexe », Éd. *ESF, Coll. Communication et complexité*, 1990.

(16) POTVIN, Louise, DI RUGGIERO, Erica, et SHOVELLER, Jean-A. Pour une science des solutions: la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action*, 2013, no 425, p. 13-16.

(17) POTVIN, 2013.

(18) ALLA François, KIVITS Joëlle, « La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social », *Santé Publique*, 2015/3 (Vol. 27), p. 303-304. DOI : 10.3917/spub.153.0303. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-303.htm>

(19) SACKETT, David L., ROSENBERG, William MC, GRAY, JA Muir, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 1996, vol. 312, no 7023, p. 71-72.

(20) TERRAL, Philippe. Développer une science des solutions pour les interventions en santé en France: les RISP, un espace intermédiaire de pluralisation des expertises. *Revue française des affaires sociales*, 2020, no 4, p. 53-72.

de mieux saisir ce qui se joue pour développer les connaissances en promotion de la santé ; elle vise aussi à leur conférer une place contributive et stimulante dans le développement des approches

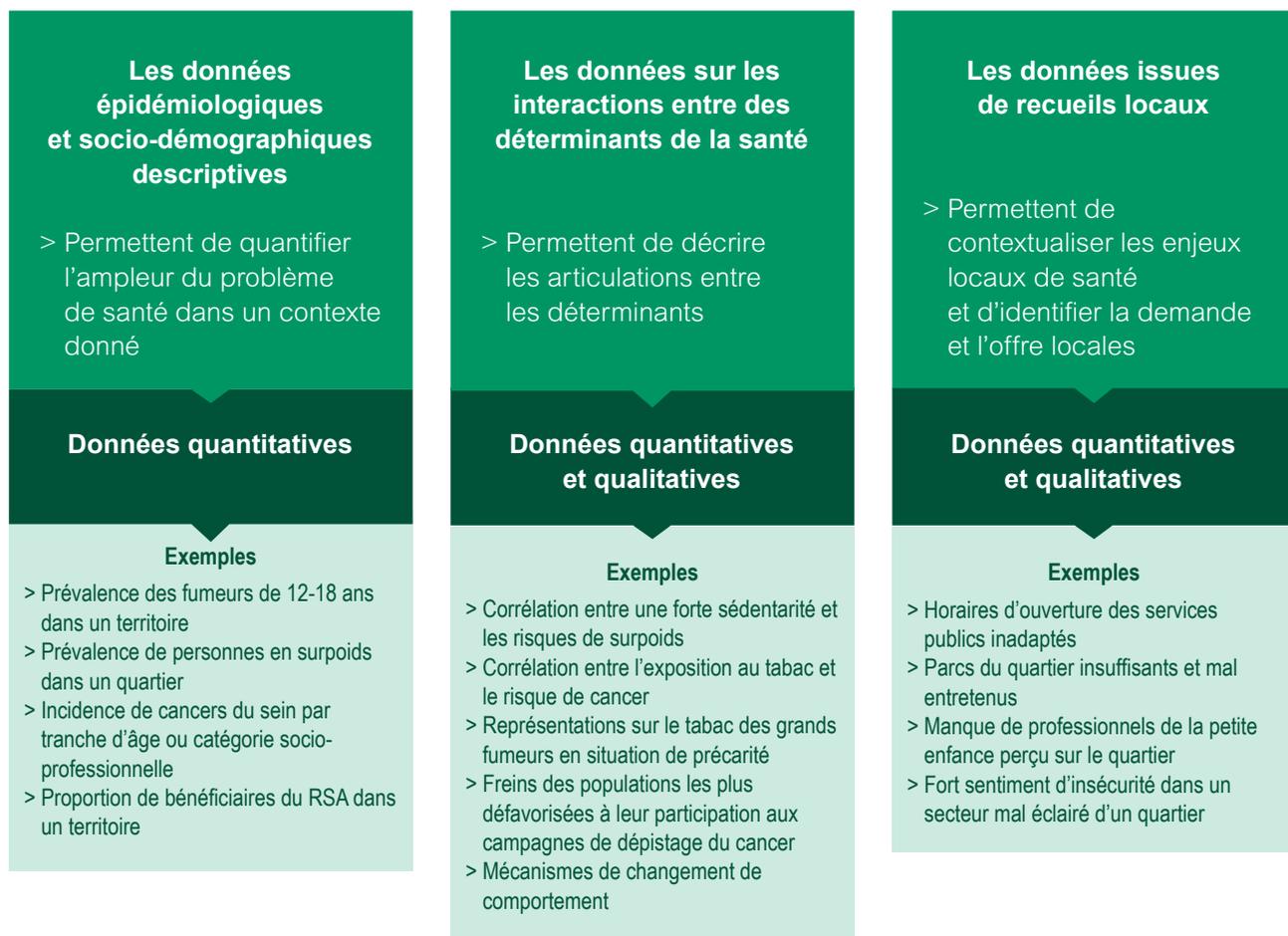
complexes et efficaces en promotion de la santé, sans céder à la tentation d'un contrôle des effets des interventions auquel on prêterait des propriétés algorithmiques et prédictives (21).

FAIRE VALOIR LA COMPLÉMENTARITÉ DES DONNÉES PROBANTES SUR LES PROBLÈMES ET DES DONNÉES PROBANTES SUR LES SOLUTIONS

Pour comprendre les enjeux de production et d'utilisation de données probantes, une première étape consiste à distinguer les données sur les problèmes de santé des populations et celles sur les moyens de les résoudre : les données sur les « solutions » (22).

Leurs modalités possibles de production et d'utilisation ne sont pas les mêmes, selon que l'on cherche à comprendre une situation sur le plan de la santé ou les méthodes pour y faire face. Pour rendre ces données complémentaires, il faut commencer par les différencier.

Les données probantes sur les problèmes : comprendre la situation



(21) MORIN, Edgar. La méthode. 4. Les idées. Editions du Seuil, Paris, 1991.

(22) POTVIN, 2013.

Pour intervenir sur un problème de santé, il faut d'abord le définir : en estimer l'ampleur, comprendre qui est concerné et comment on en arrive à une situation insatisfaisante sur le plan de la santé publique. Ce sont les « **données du problème** » (23). Ces données sont tirées de recherches issues de disciplines qui couvrent les déterminants de la santé : recherches biomédicales, épidémiologiques, sociologiques, de psychologie sociale, de sciences politiques, de sciences de l'environnement... Afin de comprendre les enjeux liés au contexte, ces recherches peuvent être complétées par des recueils effectués auprès des personnes concernées (professionnels ou bénéficiaires) en mobilisant des méthodes variées : un diagnostic en marchant, un groupe focal, des entretiens, un questionnaire... Par exemple, dans un projet visant à réduire la proportion de personnes atteintes de surpoids dans un quartier de la ville, il faudra d'abord réunir des données probantes sur le problème en recherchant les données socio-démographiques de la zone d'intervention ainsi que ↗ **la prévalence et l'incidence** du surpoids selon les tranches d'âge, en mobilisant les résultats d'études sociologiques sur les cultures et pratiques alimentaires, en recueillant des données sur l'accès à une alimentation saine dans le quartier et sur la perception du problème par les habitants.

Les données probantes sur les solutions : analyser les pratiques d'intervention

Décrire un problème, identifier un besoin, connaître les risques liés à telle exposition ou détailler les étapes d'un changement de comportement, ne fournissent que très peu d'indications méthodologiques directement mobilisables pour la **mise en œuvre** d'une intervention de promotion de la santé susceptible de contribuer à la résolution des problèmes mis en évidence. Comme le rappelle Louise Potvin, « *il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et*

de promotion de la santé des populations » (24). La planification de ces interventions requiert des savoirs et compétences spécifiques.

L'approche écosystémique de la santé des acteurs de la promotion de la santé nécessite de recourir à des interventions complexes, dont l'analyse permettra de renseigner ce qui fonctionne et pour quels effets, dans un contexte explicite. C'est ce type d'analyse qui produit des « données probantes sur les solutions » (25). Pour produire ces « données probantes sur les solutions » que ce soit à partir d'**actions ponctuelles** ou de **programmes pluriannuels à composantes multiples**, nous nous poserons trois grands types de questions (26) :

1 Est-ce que ça marche ?

Les effets de l'intervention

2 Comment ça marche ?

Les composantes de l'intervention mobilisées et les spécificités du contexte

3 Comment ça peut marcher dans d'autres contextes ?

Les formes spécifiques de cette intervention, liées à son contexte de mise en œuvre

↗ **L'évaluation d'une intervention** qui ne fournit que des résultats sur l'efficacité de cette intervention ne suffit pas à la reproduire dans un autre contexte (27), quand bien même les résultats présentés reposent sur des méthodes considérées comme les plus robustes dans la hiérarchisation des preuves (28). Et à l'inverse, la description des composantes d'une intervention ne permet pas de savoir ce qu'elle produit comme effets, en particulier en matière d'inégalités sociales de santé. Prenons comme **exemple** une campagne régionale d'information à destination des **jeunes** dont l'objectif est de **promouvoir l'usage du vélo dans les déplacements quotidiens** (29). La campagne mobilise différents supports et médias d'information, ciblés pour cette tranche de la population.

(23) POTVIN, Louise, DI RUGGIERO, Erica, et SHOVELLER, Jean-A. Pour une science des solutions: la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action*, 2013, no 425, p. 13-16.

(24) BRETON, Eric, FERRON, Christine, et GUICHARD, Anne. Introduction [du dossier: Recherche interventionnelle en santé publique: quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble]. *La santé en action*, 2013, no 425, p. pp. 10-12.

(25) POTVIN, 2013.

(26) TANG, Kwok Cho, EHSANI, Jonathan P., et MCQUEEN, David V. Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57, no 11, p. 841-843.

(27) BÉRIOT, Dominique. *Manager par l'approche systémique: Préface de Michel Crozier*. Editions Eyrolles, 2014.

(28) RAPHAEL, Dennis. The question of evidence in health promotion. *Health promotion international*, 2000, vol. 15, no 4, p. 355-367.

(29) Exemple inspiré de "Cycling Strategy Liverpool" : GRINNELL, Sophie. A03 Health impact assessment of the liverpool cycling strategy'Get Liverpool Cycling.'. *Journal of Transport & Health*, 2015, vol. 2, no 2, p. S6-S7.

Le programme de recherche attendant évalue la campagne et se focalise sur la mesure de l'impact de la campagne : l'utilisation du vélo chez les jeunes, via une étude longitudinale d'une cohorte de jeunes suivie sur plusieurs années. Même si la recherche montre l'efficacité de la campagne sur le changement de comportement d'une proportion importante de jeunes du territoire, cela n'est pas suffisant pour que d'autres porteurs ou décideurs puissent s'approprier les mécanismes de la campagne afin de reproduire ces résultats dans une autre région.

Comment les décideurs ont-ils été convaincus de la démarche ? Où, sur quels supports s'est déployée la campagne, et sur quels critères ont-ils été choisis ? Quel était le contenu de la campagne et comment a-t-il été élaboré ? Est-ce que des pistes cyclables et des vélos ont été mis à disposition, de quelle manière ? Est-ce que des lieux spécifiques fréquentés par les jeunes ont été ciblés ? etc.

À cela on pourrait ajouter une dimension complémentaire de l'évaluation de l'efficacité de la campagne : est-ce que les besoins spécifiques de certaines catégories de jeunes ont été pris en compte (jeunes en situation de handicap ou atteints de maladie chronique, jeunes en surpoids...) ? Est-ce que les jeunes issus des quartiers les plus défavorisés ont été touchés par la campagne ? Ont-ils eux aussi changé de comportement ou finalement, les ressources proposées ont-elles été principalement mobilisées par les jeunes ayant déjà

accès à des moyens de transport alternatifs, comme on l'observe généralement si aucune mesure spécifique pour réduire les inégalités de santé n'est proposée ? (30)

À l'inverse, une description fine des messages et des activités de diffusion, bien que potentiellement inspirante pour d'autres, peut s'avérer insuffisante pour justifier le déploiement d'une telle campagne ailleurs.

L'évaluation doit aussi prendre en compte les critères éthiques de la promotion de la santé. Certaines pratiques, qui ont prouvé leur efficacité sur des indicateurs d'impact, mobilisent des moyens qui ne respectent pas ces critères éthiques et sont contraires aux principes de la promotion de la santé. Par exemple, est-il éthique, du point de vue de la promotion de la santé, de rémunérer certains sous-groupes de populations pour qu'ils aient recours à un dépistage dans le cadre de la prévention du cancer ? Si l'impact en matière de dépistage est avéré sur une cohorte donnée dans un champ spécifique de la santé publique, en quoi cette partie de la population a-t-elle acquis des connaissances et des compétences lui permettant de mieux prendre en charge sa santé sur le long terme et d'améliorer la construction de son parcours de santé ? En d'autres mots, en quoi a-t-elle renforcé son pouvoir d'agir ? Dans un tel cas, ce sont des finalités fondamentales de la promotion de la santé qui sont ignorées, aussi bien dans l'action elle-même que dans son évaluation.

LA PRODUCTION DES DONNÉES SUR LES SOLUTIONS À LA CROISÉE DES SAVOIRS

Les possibilités d'utiliser des données probantes sur les solutions en promotion de la santé dépendent de la façon dont ces données sont produites (31, 32). Les leviers d'efficacité de l'intervention analysée doivent pouvoir être établis dans une perspective de ↗ **transférabilité** pour permettre

son ↗ **implémentation** par d'autres acteurs et décideurs (33). Les savoirs produits sont donc en principe activables, mobilisables et adaptables à une variété de contextes, tout en respectant la dimension de complexité des interventions en santé des populations.

(30) ADAM Matthieu et COMBY, Emeline. Le Capital dans la cité. *Une Encyclopédie Critique de la Ville*, 2020.

(31) CAMBON, Linda et ALLA, François. Transfert et partage de connaissances en santé publique: réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé publique*, 2013, vol. 25, no 6, p. 757-762.

(32) TERRAL, Philippe. La recherche interventionnelle en santé: divers engagements dans la production collaborative de connaissances. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 2018, no 15.

(33) PAGANI, 2017.

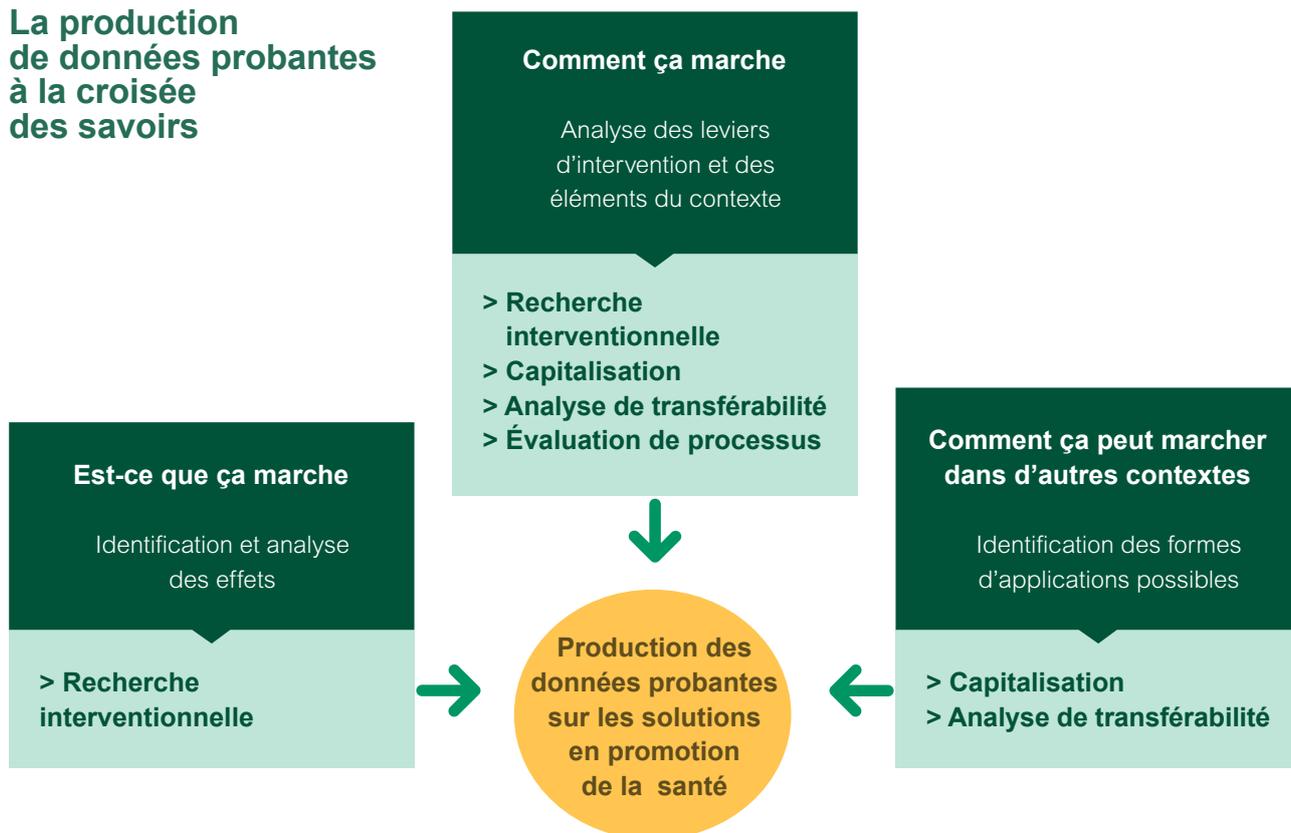
Le Medical Research Council propose ainsi un cadre théorique pour ➤ **l'évaluation de processus** : il s'agit de comprendre le fonctionnement d'une intervention en examinant la mise en œuvre, les mécanismes des effets et l'influence des facteurs contextuels. On ne cherche donc pas seulement à statuer sur l'efficacité d'une intervention, mais également à comprendre comment et pourquoi une intervention est efficace (34).

Pour cette raison notamment, les données probantes sur les solutions sont issues d'**une variété de modes de production faisant intervenir plusieurs disciplines de la recherche académique, pour la mise en œuvre de recherches interventionnelles, ainsi que d'autres modes de production de connaissances collaboratifs** (➤ **capitalisations**, évaluations de processus, ➤ **analyses de transférabilité**, etc.), s'inscrivant ainsi dans une perspective de démocratie en santé (35). **Les recherches interventionnelles en santé** des populations sont par essence **collaboratives**, engageant chercheurs académiques, acteurs de terrain, décideurs et publics à contribuer selon leurs places et leurs niveaux d'expertise (36, 37).

Cette démarche au principe prometteur, n'en est pas moins délicate à mettre en œuvre, les attentes, contraintes professionnelles, représentations et possibilités de mobilisation étant très variables suivant les disciplines et les catégories d'acteurs (38). Par les méthodes et la rigueur propres à l'approche scientifique, **la recherche interventionnelle est le principal moyen d'évaluer le processus, les effets et l'impact des interventions menées.**

La démarche de **capitalisation** des expériences nourrit également la production de données probantes ; elle peut concerner soit une seule intervention, soit plusieurs sur une même thématique ou selon une même approche. Ces capitalisations multiples peuvent alors faire l'objet d'une analyse transversale, productrice d'informations sur la récurrence de modalités d'intervention efficaces. Par une méthode issue des sciences sociales, la capitalisation des expériences permet de décrire finement les contextes, déroulés et composantes des interventions, et d'explicitier les stratégies mises en œuvre par les acteurs de terrain dans des contextes donnés. Il s'agit donc de ➤ **savoirs situés.**

La production de données probantes à la croisée des savoirs



(34) PAGANI, 2017.

(35) DARLINGTON, Emily et MASSON, Julien. Articuler inégalités sociales, équité, citoyenneté et solidarités en promotion de la santé: enjeu et perspectives. *Education, Santé, Sociétés*, 2019.

(36) ALLA, 2015.

(37) SANCHEZ Eric, MONOD-ASALNI Réjane, Recherche collaborative orientée par la conception. *Revue Education et Didactique*, 9-2, 2015. Pp 73-94.

(38) TERRAL, 2018.

Les évaluations de processus ou **les analyses de transférabilité** s'inspirent de ce type de démarche, dans une visée globale de compréhension des mécanismes de l'intervention pour permettre d'expliquer et de reproduire un résultat, un effet observés. Les acteurs de terrain, en particulier les acteurs-ressources des dispositifs régionaux de soutien, sont alors, autant que les chercheurs académiques, susceptibles de produire des données permettant de constituer des corpus de données probantes utiles pour élaborer des programmes d'intervention en promotion de la santé.

L'analyse de transférabilité pour illustrer un mode de production de données probantes sur les solutions

Afin de pouvoir transférer un programme, il est nécessaire de passer par une analyse de sa transférabilité pour comprendre de quoi il est composé, dans une perspective de réplification des résultats obtenus dans une phase expérimentale. Pour analyser les composantes de l'intervention, nous nous attacherons à distinguer **les leviers** (aspects fixes, aussi appelés **fonctions-clés**) des **formes** (aspects variables suivant les contextes) qu'ils prennent (39, 40). Ces dimensions peuvent être éclaircies à travers **un exemple de projet d'amélioration du dépistage du cancer du sein** (41). Ce projet a mobilisé les femmes d'un quartier défavorisé, qui ont choisi de réaliser une exposition pour sensibiliser d'autres femmes à avoir recours à la mammographie.

Les objectifs spécifiques visés concernaient plusieurs déterminants de la santé, avec l'amélioration de l'image et de l'estime de soi des femmes participantes, le développement du lien social dans le quartier, le renforcement de l'autonomie et de la capacité des femmes à se repérer dans le parcours d'accès au dépistage, l'identification des ressources locales.

Les leviers de l'intervention étaient la co-construction d'un outil, l'utilisation d'une communication adaptée au public cible, la convivialité et le plaisir des séances, la présentation des ressources existantes, la valorisation publique du travail réalisé. **Ces leviers sont repérables à partir de l'intention poursuivie par l'action, et des**

principes sous-jacents à la mise en œuvre elle-même. Qu'est-ce qu'on cherche à faire ? Quelle stratégie choisit-on d'adopter pour atteindre les objectifs fixés pour cette intervention ?

L'intervention a pris **la forme d'ateliers créatifs** accompagnés sur plusieurs semaines par des acteurs de prévention pour **produire une exposition**. **Des temps conviviaux** autour de collations, la participation des acteurs locaux impliqués dans le dépistage pour donner **à l'oral** des explications sur le chemin à suivre en cette matière, **une présentation** de l'exposition dans le quartier avec un temps de **vernissage**, sur invitation et **en présence de l'adjoint au maire de la Ville** délégué à la santé, ont été les principaux autres éléments de forme de l'intervention.

À la suite de ce travail créatif réalisé avec ces femmes, d'autres quartiers ont souhaité pouvoir disposer de cette exposition pour des actions de sensibilisation. Les effets produits ont été très différents lors de la circulation de cette exposition car ce n'est pas le résultat de l'intervention (l'exposition) qui constitue ici l'intervention mais bien le chemin pour y parvenir : **les leviers de l'intervention résident ici dans la mise en œuvre du projet. Ce sont eux qui sont à transférer, non les moyens utilisés (les formes) qui sont spécifiques à un contexte** : un quartier donné, avec une certaine population et dans une temporalité définie. Toutefois, les formes prises pour mettre en œuvre ces leviers peuvent rester **des sources d'inspiration**, des pistes pour l'action.

Dans un autre quartier, en appui sur les mêmes leviers, la forme aurait pu être celle-ci : co-construction d'un protocole pour « aller-vers » les habitantes du quartier, en co-réalisant pour l'occasion **une plaquette de présentation des ressources dans un langage adapté au public** voire traduit en langues étrangères. **Les rencontres pour préparer cette action** auraient pu se faire directement dans un centre de dépistage, lequel aurait accueilli les femmes avec café et viennoiseries et leur aurait expliqué le déroulé d'une mammographie, en les invitant à poser des questions en situation et en les encourageant ensuite à témoigner auprès des autres femmes du quartier de la configuration des lieux et de la convivialité de l'accueil qui leur serait réservé (témoignages entre pairs).

(39) FIANU, Adrian, VILLEVAL, Mélanie, NATY, Nadège, *et al.* Analyser la transférabilité d'une intervention: application du modèle fonctions clés/implémentation/ contexte à un programme de prévention du diabète. *Santé publique*, 2017, vol. 29, no 4, p. 525-534.

(40) HAWE, 2004.

(41) Exemple inspiré de : CAMBON, Linda, MANGIN, Grazia, et BARTHÉLÉMY, Lucette. Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. *Santé publique*, 2007, vol. 19, no 6, p. 513-523.

Analyse des composantes d'une intervention : un exemple de projet sur le dépistage du cancer du sein



EXEMPLE

Améliorer le recours au dépistage du cancer du sein en réduisant les ISS

- > Améliorer l'image et l'estime de soi des femmes participantes
- > Développer le lien social dans le quartier
- > Renforcer l'autonomie et la capacité des femmes à se repérer dans le parcours d'accès au dépistage

- > Co-construction d'un outil
- > Communication adaptée au public cible
- > Convivialité
- > Présentation des ressources locales
- > Valorisation publique

Quartier prioritaire 1

- > Co-construction conviviale d'une exposition sur la mammographie, avec participation des partenaires locaux du dépistage et vernissage à la mairie

Quartier prioritaire 2

- > Co-construction d'un protocole pour aller-vers les habitantes avec production d'une plaquette sur les ressources locales, rencontre au centre de dépistage le plus proche et démarche de témoignage de pair à pair dans le quartier.

Les analyses de transférabilité ne sont pas évidentes à mener, même si plusieurs outils ont été créés pour accompagner la démarche, comme ASTAIRE (42). Néanmoins, la multiplication des expériences permet d'avancer sur la modélisation de cette pratique et même d'imaginer pouvoir intégrer cette perspective d'analyse de transférabilité dès la conception de la recherche, comme l'ont fait ces chercheurs, acteurs de terrain et locataires autour d'une intervention auprès de locataires âgés résidant en parc social, pour l'adaptation de leurs logements à leurs besoins (43). Le point crucial de ces analyses reste de savoir ce qui est incontournable pour reproduire

les effets attendus et ce qui relève plus de leviers complémentaires. Dit autrement, lors d'une analyse de transférabilité, il peut être difficile de savoir ce qui a été décisif pour obtenir les résultats et comment prioriser entre différents leviers qui apparaissent tous comme contributifs.

Les éléments mis en exergue lors de ces analyses de transférabilité (leviers, formes) viennent compléter les évaluations d'effets et les capitalisations et alimentent les bases de données probantes sur les interventions en promotion de la santé, à travers **des sources diverses et complémentaires**.

(42) CAMBON, Linda, MINARY, Laetitia, RIDDE, Valery, *et al.* Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé: ASTAIRE. *Santé Publique*, 2014, vol. 26, no 6, p. 783-786.

(43) TRÉVIDY, Frédérique, TORROT-ARROGET, Daniela, BRUNIE, Vanida, *et al.* Étude sur la transférabilité d'une intervention d'éducation en santé dans le parc HLM: une méthode de recherche à l'épreuve du transfert pour décrire autrement les fonctions-clés. *Global health promotion*, 2021, vol. 28, no 1_suppl, p. 47-55.

Les données probantes sur l'intervention en promotion de la santé sont à la croisée de la recherche pluridisciplinaire et des **7 savoirs issus de l'expérience** des acteurs ressources et des acteurs de terrain (44). Elles sont le fruit de plusieurs dispositifs de construction de savoirs, **qui ne sont pas de même nature, mais sont complémentaires** : la recherche dispose des outils et méthodes pour évaluer plus spécifiquement l'efficacité des interventions, tandis que les formes prises par les leviers d'intervention et leurs adaptations aux contextes dépendent des savoir-faire des professionnels sur le terrain.



Pour répondre aux enjeux **7 d'utilité sociale** et **d'atteinte d'objectifs** en promotion de la santé, nous retiendrons que les données probantes sur l'intervention produites et partagées doivent réunir les 4 caractéristiques suivantes :

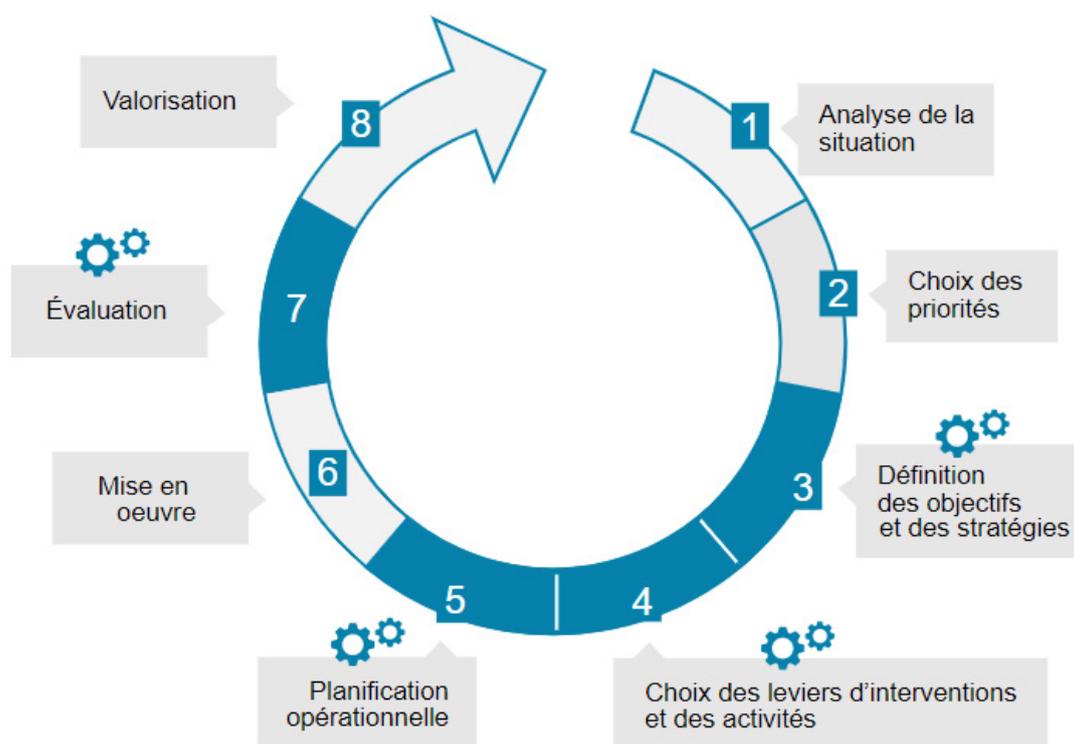
- Croiser différentes sources de données prenant en compte toute la complexité des interventions conduisant aux impacts observés
- Être utiles à la pratique des acteurs de terrain et à leurs publics dans différents contextes
- Être utiles au pilotage de la prévention par les décideurs pour réduire les inégalités sociales de santé
- S'inscrire dans les valeurs de la promotion de la santé

(44) BENTA, 2003.

DE LA PRODUCTION À LA PRATIQUE : LES USAGES DES DONNÉES PROBANTES EN PROMOTION DE LA SANTÉ

La production de savoirs ne présuppose pas de leur usage, même si en la matière, l'utilité des données probantes fait partie des critères de qualité que l'on retient. **Comment passe-t-on d'un savoir constitué à un savoir activé ?**

L'articulation avec la méthodologie de projet en promotion de la santé permet d'identifier les espaces de pratiques professionnels susceptibles de mobiliser ces savoirs d'intervention.



Les usages de données probantes dans la méthodologie de projet

Les données sur le problème sont essentielles pour analyser la situation lorsque l'on veut mettre en place une intervention en promotion de la santé. C'est la première étape de la mise en œuvre d'un projet, au travers de **1 l'analyse de la situation**. À partir de cette analyse vont pouvoir être définies **2 les priorités**. Les données sur les solutions seront mobilisées aux étapes suivantes du cycle du projet :

3 La définition des objectifs et des stratégies à adopter est à établir de façon conjointe. On détermine **un objectif général** directement en lien avec les priorités engagées. **Les objectifs spécifiques** vont donner l'orientation des actions qui seront programmées. Ils serviront d'ailleurs à

l'évaluation. Le choix de ces objectifs spécifiques n'est pas aisé : **les stratégies probantes** sont susceptibles de guider ce choix. *Par exemple, une recommandation basée sur des données probantes indique d'impliquer les parents dans les projets qui visent à améliorer la nutrition des enfants. Un des objectifs spécifiques pourrait donc être de mettre en place des modalités d'accompagnement des parents vers un renforcement de leur capacité à proposer à leurs enfants une alimentation plus favorable à leur santé.*

4 Le choix des leviers d'intervention et des activités peut s'appuyer sur des expériences menées ou des leviers probants mobilisés dans d'autres contextes pour favoriser la qualité des projets.

Ces leviers d'intervention vont prendre des formes différentes suivant les contextes, d'autres formes mises en œuvre ailleurs pouvant être **sources d'inspiration** pour la pratique. Évidemment, d'autres leviers peuvent être mobilisés lors de la conception d'un projet, dans une perspective d'innovation ou d'expérimentation. *Pour continuer sur l'exemple proposé, un levier identifié par plusieurs acteurs est celui d'adopter en tant que professionnels une posture bienveillante et non stigmatisante. Cela supposera de mettre en place des activités pour pouvoir actionner ce levier, comme par exemple la sensibilisation des professionnels d'une crèche à cette question, l'organisation d'activités de valorisation des parents et des ateliers-cuisine collectifs associant professionnels, parents et enfants.*

5 La planification opérationnelle peut également s'appuyer sur des éléments issus de stratégies probantes. L'engagement d'un collectif (financeurs, pilotes, parties prenantes, bénéficiaires...) nécessite un accord sur les modalités de mise en œuvre, les temporalités de l'action, les modalités de partenariat. La principale stratégie recommandée dans la littérature concerne l'inscription des projets dans la durée, les actions isolées et ponctuelles étant rarement évaluées comme efficaces lorsqu'on s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé. L'inscription dans la durée est aussi incontournable pour l'application d'autres principes essentiels de la promotion de la santé comme l'action sur des déterminants structurels de la santé ou la participation de la population.

7 L'évaluation de processus du projet peut porter sur les leviers probants d'intervention. En s'appuyant sur le modèle logique de l'action (45), on peut décomposer la chaîne des effets attendus entre une intervention et le problème qu'on cherche à résoudre, en identifiant les leviers mobilisés dans l'intervention. Si l'on peut démontrer, en étudiant la littérature scientifique, en explorant l'expertise expérimentielle, en consultant les référentiels, ou par exemple les guides d'auto-évaluation, que les leviers utilisés sont probants, qu'ils ont montré leur efficacité, **on peut supposer que les effets de cette intervention-là sont proches de ceux observés en situation de recherche interventionnelle. L'action est alors dite « ↗ prometteuse ».**

La place des programmes validés

Il existe plusieurs programmes d'intervention dit *validés* qui ont montré leur efficacité dans un contexte expérimental, au travers de méthodes d'évaluation ayant mobilisé le plus souvent des essais contrôlés randomisés. Le principal enjeu, mais aussi la principale difficulté autour de ces programmes expérimentaux, résident dans leur transfert et leur mise en œuvre dans d'autres contextes. Lorsqu'ils existent, les supports pour guider cette utilisation « en routine » par les acteurs de terrain varient dans leurs formes : il s'agit généralement de guides d'implémentation, plus ou moins détaillés, décrivant les leviers de l'intervention et les formes de leur mise en œuvre, ou parfois seulement les leviers ou seulement les formes.

L'enjeu central est celui du passage de données de recherche permettant d'identifier une expérience évaluée scientifiquement comme « probante », à la mise en pratique de ces résultats dans des contextes réels, non expérimentaux. En d'autres mots, ces programmes proposent aux acteurs de terrain un modèle d'intervention qui a fait la preuve de son efficacité dans le cadre d'une expérimentation scientifique dans laquelle les éléments du contexte étaient contrôlés.

Toute la difficulté réside dans la transformation de ces résultats expérimentaux en un programme susceptible **d'être implanté dans des contextes différents**, tout en garantissant l'efficacité observée dans la phase d'expérimentation. Il s'agit donc de produire des supports de programmes validés permettant aux acteurs d'identifier **les points incontournables et permanents** pour assurer la transférabilité de l'action (les leviers) et **ceux qui sont au contraire à adapter** (les formes). Cela nécessite généralement, outre un document-support suffisamment clair pour distinguer ces dimensions, **un accompagnement des acteurs de terrain** pour s'approprier ces enjeux et les marges d'adaptation ou de créativité pertinentes en fonction des demandes et ressources locales.

(45) MORESTIN Florence, CASTONGUAY Julie. Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment ? Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2013, 11 p. En ligne : https://www.ccnpps.ca/docs/LogicModeleLogique_Fr.pdf

Par ailleurs, pour être tout à fait compatibles avec la démarche de promotion de la santé, ces programmes doivent être compatibles avec les valeurs et les critères de qualité propres à ce champ d'intervention (46) :

- Le programme favorise une approche globale et positive de la santé ;
- Le programme est orienté vers la réduction des inégalités sociales de santé et applique une méthodologie appropriée pour atteindre cet objectif ;
- Le programme privilégie le renforcement des ressources personnelles et sociales des populations ;
- Le programme se fonde sur la participation des populations concernées dans une perspective de co-construction ;
- Le programme s'appuie sur une analyse de situation qui prend en compte
 - Le contexte dans sa globalité, la multiplicité des déterminants,
 - Les besoins, demandes et attentes des porteurs de projet et des institutions locales,
 - Les ressources mobilisables ;
- Le programme est planifié sur la base d'un ensemble cohérent d'objectifs définis, de méthodes et de ressources ;
- La mise en œuvre du programme fait l'objet d'un suivi organisé et régulier permettant des ajustements tout au long de sa mise en œuvre ;
- Le programme s'inscrit dans une approche de protection de l'environnement et de développement durable (47).

Le rôle des acteurs ressources de la promotion de la santé dans le transfert de connaissances

C'est un fait, la mobilisation des données probantes dans la prise de décision et la pratique est désormais incontournable en promotion de la santé. Si le constat est partagé (48), il existe des obstacles qui tiennent notamment à la nature des données et à leurs modalités de production :

- Les informations disponibles portent plus souvent sur la méthode utilisée pour attester de l'efficacité des interventions que sur la description du contenu de ces dernières ;
- Le recueil de l'expertise expérientielle des professionnels, comme la capitalisation, est encore peu développé ;
- Les données produites par la recherche étant rarement issues d'équipes françaises, concernent donc des contextes culturels et sociaux différents de ceux que nous connaissons en France ; les publications qui résultent de ces travaux paraissent souvent exclusivement dans des revues scientifiques, en anglais et payantes ;
- Enfin, quand bien même leur diffusion serait large, identifier, sélectionner et se procurer celles qui seront les plus utiles pour la pratique de chaque acteur ou décideur, est un parcours compliqué et semé d'embûches.

Surmonter ces obstacles implique de développer **le transfert de connaissances**, intégrant les activités de **diffusion et d'accès**, comme la médiation scientifique et le courtage de connaissances, tout en travaillant aux dispositifs d'**appropriation** de ces savoirs dans les pratiques d'intervention. Le transfert de connaissances apparaît alors comme une démarche globale de partage et de circulation des savoirs entre la recherche et la pratique, qui s'inscrit dans une approche dynamique et évolutive.

(46) HAMEL Emmanuelle (sous la direction de). Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. Saint-Denis : Inpes, 2009, 40 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/256735/2625107>

(47) ERLING Jelsøe, THUALAGANT Nicole et al. A future task for health-promotion research: Integration of health promotion and sustainable development. Scand J Public Health. 46(Suppl 20), 2018. 99–106.

(48) ALLA, François et CAMBON, Linda. Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. *Quest Santé Publique*, 2014, vol. 12, p. 1-4.

Ainsi, le transfert de connaissances peut être considéré comme « *un processus continu impliquant des interactions plus ou moins fréquentes entre plusieurs groupes d'acteurs (...) jouant tour à tour un rôle dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances* » (49). Dans une conception idéale du transfert de connaissances dite "en spirale", les utilisateurs des données probantes sont coproducteurs de ces données. L'interaction et l'échange, tout en prenant en compte la complexité des organisations, sont centraux. Dans cette conception du transfert de connaissances, les acteurs spécialistes de la promotion de la santé jouent un rôle important. Grâce à leurs multiples fonctions (formation, communication, documentation, accompagnement méthodologique...) les structures ressources en promotion de la santé et leurs partenaires assurent collectivement la fonction de transfert de connaissances. Tout en étant garantes du respect des principes et valeurs de la promotion de la santé, elles remplissent les missions suivantes :

1. Permettre aux acteurs de participer à la production de données probantes

En se positionnant à l'interface entre les acteurs, les décideurs et les chercheurs, les structures ressources facilitent les échanges entre les trois catégories de professionnels, en mobilisant autant que possible la participation de la population. Elles proposent des activités de recueil des savoirs professionnels par la capitalisation, des évaluations de processus, des évaluations d'impact sur la santé appliquées aux champs des politiques publiques ou à l'urbanisme, ou des analyses de transférabilité. Elles accompagnent également à la mise en œuvre de recherches interventionnelles collaboratives dans le champ de la promotion de la santé.

Quelques exemples de mise en œuvre

→ Le Comité régional d'éducation pour la santé Provence Alpes Côte-D'Azur coordonne **un groupe de travail sur les actions prometteuses** mis en place en 2019. Il est destiné à repérer et **valoriser des actions régionales**. Ce groupe rassemble des acteurs de terrain, des acteurs de la recherche et des institutionnels (dont l'Agence régionale de santé). Il a travaillé à l'élaboration d'outils et de procédures de repérage. Le travail s'est poursuivi jusqu'en 2021 pour arriver au terme du processus, en proposant un entretien aux porteurs des actions repérées.

→ **Des capitalisations d'expérience** sont produites par PromoSanté Ile-de-France depuis 2017, comme parties intégrantes des dossiers numériques « Comprendre & Agir ». Ces capitalisations sont réalisées à partir d'entretiens approfondis avec les porteurs de projets, et font lien avec les concepts, les modalités d'action, les facteurs d'efficacité et l'éthique sur le sujet traité. PromoSanté IDF est membre d'un groupe de travail national copiloté par la Société française de santé publique et la Fnes qui soutient le développement des démarches de capitalisation en promotion de la santé sur l'ensemble du territoire national.

→ À partir d'un recensement des acteurs intervenant en prévention sur le thème des écrans, Emergence (Ireps ARA et son réseau de partenaires) a procédé à **une sélection d'interventions à partir de critères probants** et a **capitalisé les actions** qui apparaissaient les plus prometteuses. Elles ont été partagées dans un document interactif Bonnes idées et Pratiques prometteuses pour intervenir auprès des 12-25 ans sur les écrans.

→ L'Ireps ARA, Ambassadeur « Moi(s) Sans Tabac », a engagé **une recherche interventionnelle** sur ce programme, centrée sur le rôle des acteurs intermédiaires dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique (POLITAB) avec l'Université Lyon 2 et des chercheur.e.s en Sciences politiques et sociologie, en partenariat avec une enseignante-chercheuse en communication de l'Université Paris 8. Cette recherche est accompagnée par le dispositif Emergence.

→ De 2017 à 2019, l'Ireps Bretagne a porté avec le laboratoire « Violences, Innovations, Politiques, Socialisations et Sports » de l'UFR STAPS de l'Université de Rennes un projet de **recherche interventionnelle (PRECAPSS)** visant à co-construire et évaluer une offre locale d'activité physique avec et pour les personnes en situation de précarité de plusieurs territoires. Plusieurs **leviers du programme** (la participation de l'ensemble des parties prenantes en tant que stratégie d'empowerment, la mobilisation et le renforcement des compétences des acteur·rice·s impliqué·e·s à travers un processus pédagogique et participatif, la sensibilisation et la mise en réseau des acteur·rice·s locaux·ales autour de l'enjeu d'une offre territoriale d'activités physiques pour les personnes éloignées du sport) ont fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la recherche.

(49) LEMIRE, Nicole, SOUFFEZ, Karine, et LAURENDEAU, Marie-Claire. *Animer un processus de transfert des connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2009.

→ Promotion Santé Normandie accompagne pour une collaboration acteurs/chercheurs, le projet « **Vape et précarité** » porté par l'association « La Passerelle ». Le projet consiste à mettre à disposition de personnes en situation de précarité, dans une approche de réduction des risques, des cigarettes électroniques. Une collaboration avec un épidémiologiste (ANTICIPE) et une psychologue sociale (Psychologue Caen Normandie) a permis de faire **une évaluation scientifique des activités du projet** depuis ses débuts. Le travail en cours consiste à structurer, ensemble, l'intervention et un protocole de recherche interventionnelle.

→ L'Ireps Nouvelle-Aquitaine porte pour l'ARS un dispositif visant à développer les **Évaluations d'Impact sur la Santé (COMODEIS)** en aidant les collectivités à évaluer les effets potentiels de leurs projets d'aménagement du territoire sur la santé. Les collectivités se lançant dans cette démarche peuvent ainsi renforcer leurs choix pour développer des cadres de vie favorables à la santé et améliorer la qualité de vie des habitants. Onze EIS sont actuellement en cours, accompagnée à l'Ireps NA et réalisées par des prestataires sélectionnés.

2. Adapter, partager et diffuser les données probantes sur les problèmes et sur les solutions

En sélectionnant les informations transférables, en répondant aux besoins des acteurs de terrain et des décideurs, en transformant des données et des résultats en stratégies mobilisables, les structures ressources rendent les données probantes accessibles et utilisables dans les pratiques

Quelques exemples de mise en œuvre

→ Le dispositif régional d'appui en prévention et promotion de la santé DRAPPS Occitanie organise **des Journées d'échanges régionales sur « la petite enfance »** avec une déclinaison en sous-thématique chaque année : les étapes de développement du jeune enfant 0-3 ans, les troubles du neurodéveloppement 3-6 ans, périnatalité et santé-environnementale. Ces journées permettent de partager une culture scientifique commune autour d'un sujet en exposant les données probantes sur les problèmes ; elles permettent aussi d'inviter les professionnels à réfléchir sur les actions ou les projets en cours en présentant les données sur les interventions. Un travail de courtage de connaissances est réalisé en amont : ces

données sont collectées, synthétisées, vulgarisées et capitalisées dans **un dossier de connaissances** dédié et envoyé à l'ensemble des participants.

→ Emergence, avec l'Ireps ARA, propose **des ateliers à la croisée des connaissances** qui permettent, sur une thématique donnée (Nutrition, Compétences psychosociales, Écrans...), de partager des données probantes collectées, sélectionnées et organisées. A partir d'exercices concrets, les acteurs s'approprient ces éléments, ce qui leur permet, outre l'apport de connaissances, de situer à quel niveau ils peuvent mobiliser les données probantes dans leurs pratiques. L'après-midi est consacré au recueil de leurs savoirs d'interventions à partir de leurs expériences et des formes prises pour des leviers proposés (ex : comment mobiliser les parents ?). L'ensemble des savoirs collectés, à partir de la littérature et des expériences d'acteurs, sont partagés dans un **site web Savoirs d'intervention**, ressource pour la conception de projets ou leur évaluation théorique.

→ **Les Matinales scientifiques** sont proposées par le DRAPPS Occitanie : événements gratuits et ouverts à tous, les matinales sont une occasion de réunir, dans un environnement convivial, chercheurs, décideurs publics et acteurs de santé impliqués dans le champ de la prévention, de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé.

→ La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) a produit depuis 2018 **plusieurs « dossiers de connaissances » dans le cadre d'une collection dédiée**. Cette collection compte désormais 4 publications destinées aux décideurs des ARS et des collectivités territoriales, dont 3 portent sur des sujets de santé-environnement et 1 sur la promotion de l'activité physique dans les territoires (Collection Fnes D-Codé-Santé).

3. Faire du plaidoyer et accompagner les acteurs et décideurs du champ vers la prise en compte des données probantes en promotion de la santé

En sensibilisant et encourageant les décideurs et les acteurs de terrain à leur utilisation, en favorisant les échanges et débats autour des connaissances pour en faciliter la compréhension, l'usage et la production, les structures ressources agissent pour démystifier, valoriser et disséminer le concept de données probantes en promotion de la santé.

Quelques exemples de mise en œuvre

→ Plusieurs structures du réseau de la Fnes ont rédigé des **articles dans des revues professionnelles** pour sensibiliser au concept de données probantes : Santé en Action, lettre Interactions Santé...

→ L'Ireps Bretagne participe au **réseau des acteurs** du Tiers secteur de la recherche qui désigne le secteur non marchand (associations, syndicats, collectivités locales), le secteur marchand à but non lucratif (économie sociale et solidaire, groupements professionnels), les organisations à but lucratif de petite taille (auto-entrepreneurs, groupements agricoles ou artisanaux), impliqués dans des activités territorialisées de recherche et d'innovation, souvent en partenariat avec le pôle public. **Les assises** de ce tiers secteur de la recherche se sont tenues en décembre 2020. Ces activités sont portées par **la plateforme ALLISS** qui vise à développer les coopérations entre le tiers-secteur de la recherche et les institutions-établissements du système français de recherche et d'innovation.

→ Promotion Santé Normandie, dans le cadre du projet de recherche TC-REG (« Transfert de connaissances en région ») a organisé **un séminaire de lancement de la démarche** réunissant acteurs et décideurs de la région. Lors de cette journée, un temps était consacré à la prise en compte des données probantes. Des **ateliers** organisés dans les mois suivants ont été consacrés à la sensibilisation et l'engagement à l'utilisation de données probantes en pratique. L'ARS a par exemple dans la foulée incité à l'usage de **données probantes dans les appels à projets** de prévention et promotion de la santé.

→ EMERGENCE/Ireps ARA : **après un séminaire collaboratif acteurs-chercheurs-ARS** mettant en avant l'importance des données probantes en nutrition, l'ARS a construit son **appel à projet** pour réduire l'obésité chez les enfants sur les leviers d'intervention efficaces partagés dans le cadre du site Savoirs d'intervention Nutrition.

→ **Un module de formation sur les données probantes** est proposé dans le cadre de l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon, chaque mois de juillet.

4. Favoriser l'appropriation et l'utilisation des données probantes en proposant des supports et des accompagnements favorables à la mobilisation de ces savoirs.

En s'appuyant sur des méthodes inspirées de la pédagogie active et participative, les structures ressources créent les conditions de l'expérimentation et de la mise en œuvre de pratiques étayées par des données probantes.

Quelques exemples de mise en œuvre

→ **Les ateliers « d'interventions efficaces »** sont développés par le DRAPPS Occitanie sur des thématiques spécifiques en lien avec les attentes exprimées par les professionnels (Compétences-psycho-sociales des enfants et des jeunes, Nutrition des publics précaires accueillis et Vie affective et sexuelle des jeunes).

→ Une vidéo « tutoriel » a été réalisée pour prendre en main les informations contenues dans le document sur les Bonnes idées et pratiques prometteuses autour des écrans par Emergence en Auvergne-Rhône-Alpes. Elle explique la démarche et ce qui est disponible dans le document, à quoi cela peut servir.

→ Dans le cadre du projet de recherche TC-REG, Promotion Santé Normandie a proposé aux coordinateurs de santé de la région (Ateliers Santé Ville, Contrats locaux de santé...) **une session de formation** visant à questionner et concrétiser l'utilisation des données probantes dans leur mission d'accompagnement méthodologique. A travers des scénettes, les participants étaient invités à utiliser au moins l'un des supports de données probantes (vidéo, notes stratégiques produites pour l'occasion) dans des mises en situations fictives.

CONCLUSION

Cette note pédagogique est le fruit d'un travail collaboratif entre acteurs ressources de la promotion de la santé, avec un appui engagé de chercheurs et chercheuses. Elle a pour objectif de contribuer à éclaircir la notion de « données probantes » pour les décideurs qui posent le cadre institutionnel des interventions en promotion de la santé et pour les acteurs qui les mettent en œuvre. Elle vise à sensibiliser les acteurs académiques de la recherche aux enjeux de la production de savoirs mobilisables. Ni article scientifique, ni retour d'expérience, cette note se veut poser les bases d'une culture commune, fondée scientifiquement, sur les données probantes en promotion de la santé, avec deux intentions : partager une représentation des liens entre les savoirs académiques, les savoirs d'expériences et les pratiques d'une part, et d'autre part trouver une place et un rôle justes et satisfaisants pour chacun.e. Fondamentalement, ce travail s'inscrit dans une démarche réflexive globale sur la promotion de la santé, considérée comme un champ d'interventions à l'écoute des populations,

prompt à évoluer, et toujours dans une dynamique générale d'innovation.

Le développement de la réflexion sur les données probantes sur les interventions doit représenter une opportunité pour un croisement de regards entre les différentes catégories d'acteurs concernées ; il ne doit pas s'inscrire dans la croyance de modalités d'intervention qui seraient valables pour tous, en tout temps et tout lieu, dans un fonctionnement mécaniste pour lequel il suffirait d'administrer la dose nécessaire de « preuve scientifique » pour résoudre tous les problèmes.

Travailler avec l'humain, avec le social, implique une part d'incertitude et de complexité (50). Les acteurs de la promotion de la santé devraient mobiliser les données probantes, non pas avec la volonté d'imposer, de contraindre et de contrôler, mais dans une démarche d'accompagnement et de confiance mutuelle, à même de favoriser une action globale et éthique sur les déterminants de la santé.

CONTEXTE DE PRODUCTION DU DOCUMENT

La production de cette note pédagogique sur les données probantes s'inscrit dans **l'axe 2 des conventions 2021 et 2022 signées entre Santé publique France et la Fnes, intitulé : « Production, transfert et courtage des connaissances en promotion de la santé »**. Cet axe des conventions rappelle que « l'accessibilité des connaissances issues de la recherche, de l'expérience et de l'évaluation en prévention et promotion de la santé représente un enjeu majeur pour la qualité des programmes et des actions. Le soutien à la production et à la mise à disposition de ces connaissances constitue l'un des principaux leviers mobilisables pour favoriser leur transposition dans les pratiques et les décisions. »

L'objectif général de cet axe est de « faire connaître les données probantes en promotion de la santé ». Son objectif spécifique s'inscrit dans l'animation du groupe de travail national « Recherche interventionnelle et transfert de connaissances »

(RITeC). Ce groupe de travail coordonné par l'Ireps Auvergne-Rhône-Alpes et Promotion Santé Normandie, en lien avec le siège de la Fnes, se donne pour principaux objectifs « de clarifier et diffuser des notions appartenant au domaine scientifique en prévention, promotion de la santé et éducation pour la santé. L'enjeu est ici de faire entrer ces notions dans le vocabulaire et les pratiques des acteurs de ces différents champs, afin de favoriser les partenariats acteurs-chercheurs-décideurs et l'étayage des actions sur des connaissances validées. » Une première version de la note a été rédigée et transmise à Santé publique France en 2021.

En 2022, il s'est agi de coordonner la relecture de cette première version par des experts, d'intégrer les recommandations des experts au document puis de finaliser la rédaction, la structuration et la mise en page de la note, qui sera diffusée sur l'ensemble du territoire national.

(50) LAPOUJADE, David. William James, empirisme et pragmatisme. 1997.

Les destinataires de cette note sont principalement :

- Les institutions de santé publique du niveau national au niveau local : agences nationales et régionales de santé, Assurance maladie, collectivités territoriales, autres secteurs concernés par la promotion de la santé (Education nationale, Protection judiciaire de la jeunesse...);
- Les associations et opérateurs de promotion de la santé, spécialisés ou non, du niveau national au niveau local : têtes de réseaux associatifs, associations régionales ou locales ;
- Les instances de démocratie en santé du niveau national au niveau local : conférence nationale de santé, conférences régionales de la santé et de l'autonomie, conseils territoriaux de santé... ;
- Les organismes de formation et d'études supérieures initiales et continues (étudiants) et les laboratoires de recherche et leurs équipes (enseignants-chercheurs, chercheurs et ingénieurs de recherche).

GLOSSAIRE COMMENTÉ

Le Glossaire a été rédigé par Pauline Gallean et Chloé Hamant (Ireps Auvergne-Rhône-Alpes)

Ce glossaire commenté est un document conçu pour accompagner la note pédagogique. Il propose des définitions compatibles avec la promotion de la santé, pour des termes qui sont parfois utilisés dans divers champs professionnels et pour lesquelles plusieurs acceptions co-existent. Il s'agit donc d'un glossaire sélectif commenté, expliquant pour chaque terme l'orientation choisie et sa justification théorique.

Actions en promotion de la santé

En 2021, l'OMS définit la promotion de la santé comme étant « **le processus qui permet aux personnes, individuellement et collectivement, d'accroître le contrôle sur les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé** ».

La charte d'Ottawa - texte fondateur de la promotion de la santé - définit **cinq domaines d'actions** prioritaires :

- Élaborer une politique publique favorable à la santé,
- Créer des environnements favorables à la santé,
- Renforcer l'action communautaire en faveur de la santé,
- Développer les compétences personnelles,
- Réorienter les services de santé.

Ainsi, agir en promotion de la santé ne se limite pas à mener des actions visant le renforcement des compétences des individus, mais implique, à travers l'adoption d'**une approche globale de la santé**, de mener des actions sur plusieurs **déterminants de la santé**, tout en tenant compte des **inégalités sociales de santé**. **La participation des populations et le renforcement de leur pouvoir d'agir (ou empowerment) sont des principes fondamentaux de ce champ d'action.**

Les chercheurs et experts français constatent **que la promotion de la santé est parfois assimilée à la prévention**, ce qui peut entraîner de la confusion et le risque de « réduire les stratégies d'intervention à des mesures préventives au détriment des approches globales visant un ensemble de déterminants de la santé »

Les actions de ces deux champs peuvent être différenciées en distinguant facteurs de risque (approche négative) et facteurs de protection (approche positive). Tandis que les interventions de prévention s'attacheront à lutter contre les facteurs de risque des maladies et à agir sur les déterminants proximaux de la santé, la promotion de la santé visera le renforcement des facteurs de protection et l'action sur les déterminants structurels de la santé.

-
- Françoise Jabot, Jeanine Pommier, Marie-Renée Guével. Evaluation en promotion de la santé. La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone., <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>, pp. 411-442, 2017.
 - Marion Porcherie, Jeanine Pommier, Christine Ferron, Françoise Jabot. Promotion de la santé en France. La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone., <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>, pp. 303-314, 2017.
 - Christine Ferron. « Promotion de la santé des jeunes et réduction des inégalités », Colloque Santé des jeunes et interventions socio-éducatives de l'Université Paris-Nanterre et Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne-Franche-Comté, octobre 2021.
-

Actions prometteuses

En l'absence d'une définition française consensuelle, nous retiendrons la définition ci-dessous :

Une pratique (ou intervention) dite « prometteuse » correspond à une « pratique s'appuyant sur des fondements théoriques documentés qui démontrent sa capacité à atteindre les résultats escomptés, ainsi que sur des indications quant à sa reproductibilité, son adaptabilité, son déploiement ou sa durabilité ». (Promosanté)

Soutenues par des « fondements théoriques dont l'expérience reconnaît l'efficacité », les actions prometteuses possèdent ainsi une « efficacité pressentie » ; beaucoup d'entre elles bénéficient d'une évaluation rigoureuse mais pas d'une évaluation de leurs résultats (sur un mode quasi-expérimental par exemple) qui permettrait de les valider au sens scientifique du terme.

En France, les acteurs de la promotion de la santé reconnaissent l'intérêt d'identifier et de valoriser les actions prometteuses existantes dans le champ de la promotion de la santé, notamment pour inspirer d'autres acteurs et porteurs de projets.

- PromoSanté. Pratiques prometteuses en promotion de la santé. En ligne : <http://promosante.org/pratiques-prometteuses/> (consulté le 09.03.2022)
- Comité Régional d'Education pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA). Pour le repérage et la valorisation d'actions dites « prometteuses » en prévention promotion de la santé. 2020 ; 7p. En ligne : <http://www.cres-paca.org/a/628/bilan-du-groupe-de-travail-actions-prometteuses-/> (consulté le 09.03.2022)
- Santé Publique France. Interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante> (consulté le 08.03.2022)

Capitalisation

Afin de « **transformer le savoir pratique en connaissance partageable** » (De Zutter), les travaux de capitalisation s'intéressent à la mise en œuvre concrète d'actions ou de projets et ont pour objectifs de « **faire apparaître les logiques à l'œuvre, de décrire finement les contextes, les savoirs issus de l'action, les stratégies déployées pour rendre opérationnel ce qui est décrit comme efficace dans la littérature** » (Soudier et al.).

Complémentaires aux données issues de la recherche, les données issues de capitalisations d'expériences s'attachent ainsi à répondre à **la question du « Comment ? »** (Comment fonctionne concrètement tel projet ? Comment agir ?...) à travers le recueil de données contextualisées et d'exemples illustrés par des porteurs de projets.

« Les savoirs issus de l'expérience en promotion de la santé sont utiles à l'action, à la valorisation du champ et des acteurs de la promotion de la santé, à l'analyse des politiques en promotion de la santé » (Soudier et al.). C'est au regard de ce principe que **la capitalisation d'expériences en promotion de la santé s'inscrit aujourd'hui comme un enjeu permettant de contribuer à l'amélioration des pratiques d'une part, et de favoriser des choix éclairés de stratégies d'actions par les acteurs de terrain d'autre part.**

La capitalisation d'expériences en promotion de la santé répond ainsi à **quatre grands objectifs** :

- **Un objectif pédagogique** : elle apporte un temps réflexif sur les pratiques et permet de l'auto-formation
- **Un objectif stratégique et politique** : elle met en évidence la déclinaison de politiques nationales et locales de santé sur le terrain
- **Un objectif informatif** : elle permet un partage de connaissances sur les projets
- **Une finalité scientifique** : elle s'inscrit en complémentarité des données issues de la recherche

→ Soudier Benjamin, Ferron Christine, Laurent Anne. Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode. La Santé en action, 2021 ; 456 : 9-10. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/capitalisation-des-experiences-en-promotion-de-la-sante-enjeux-apports-et-methode>

→ Société Française de Santé Publique (SFSP). La capitalisation des expériences en promotion de la santé. En ligne : <https://www.sfsp.fr/content-page/item/22522-la-capitalisation-des-experiences-en-promotion-de-la-sante> (consulté le 01.03.2022)

Complexité des interventions en promotion de la santé

« Est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple ». (Morin)

La complexité d'une intervention réside dans le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la variabilité des résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention.

Agir en promotion de la santé implique d'activer plusieurs leviers et stratégies d'intervention (niveaux individuels, communautaires ou politiques). Ainsi, **les interventions en promotion de la santé sont considérées comme étant des interventions complexes car elles sont « constituées d'un ensemble d'actions conduites à plusieurs niveaux, s'appuient sur les contributions incertaines d'une grande variété d'acteurs porteurs de logiques et de représentations pas toujours convergentes, et enfin dépendent des influences de l'environnement »**. (Jabot et al)

→ Morin Edgar. Introduction à la pensée complexe. Montrouge : ESF éditeur, 1990, 158p.

→ Pagani Victoria, Kivits Joëlle, Minary Laetitia, Cambon Linda, Claudot Frédérique, Alla François. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. Santé Publique 2017 ; 29 (1) : 36. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.htm?contenu=article>

→ Françoise Jabot, Jeanine Pommier, Marie-Renée Guével. Evaluation en promotion de la santé. La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone., <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>, pp. 411-442, 2017

Contexte

Les interventions en promotion de la santé sont par nature complexes, car « leurs effets sont autant le fruit de l'intervention elle-même que du contexte dans lequel elles s'insèrent.

Ainsi même si une intervention a montré son efficacité dans un contexte donné, les effets observés seront rarement identiques dans un autre contexte » (Cambon et al.)

Les analyses de transférabilité et les capitalisations d'expérience en promotion de la santé, en interrogeant les contraintes et les ressources des contextes d'intervention, s'attachent ainsi à comprendre comment une intervention peut être efficace dans un autre contexte.

Les acteurs de la santé publique s'accordent aujourd'hui pour reconnaître l'importance de considérer le contexte des interventions, tant lors de la mise en œuvre d'interventions que lors de leur évaluation. Cependant, si l'influence du contexte est soulignée dans la majorité des travaux de recherche, ce concept n'est que « partiellement mature » : aucune définition ne fait consensus et il existe différentes manières d'appréhender ce qui compose un contexte. (Pfadenhauer et al)

« Le terme « contexte » est l'une des nombreuses « boîtes noires » ou expression « fourre-tout » de l'analyse des politiques publiques, parfois utilisé pour désigner tout ce que l'on n'arrive pas à expliquer, notamment dans le cadre des analyses du changement dans l'action publique. (Hassenteufel)

Pour tenir compte de la « complexité caractérisant les contextes, tout en permettant une description simplifiée des interventions analysées, et une possible comparaison entre ces contextes » (Villeval), il est important d'en identifier des dimensions pour les décrire et les qualifier. S'il n'est pas possible de proposer une liste exhaustive de ce qui peut être contenu dans un contexte, on peut mentionner certaines dimensions prégnantes dans le champ des interventions en promotion de la santé telles que :

- L'organisation politique, institutionnelle, culturelle, économique, géographique, démographique
- Le milieu et ses rapports sociaux
- La temporalité
- Les caractéristiques des parties prenantes (personnes ou structures)

Notons enfin qu'à l'instar de Cambon et Alla, les acteurs de la promotion de la santé tendent à effacer les frontières entre les composantes de l'intervention et son contexte, parlant de « système interventionnel » et prenant ainsi en compte les interactions entre les éléments, le caractère holistique du système, son organisation et sa complexité.

—

- Cambon Linda, Minary Laetitia, Ridde Valéry, Alla François. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. Santé Publique 2014 ; 26(6) : 783-786. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm>
- Hamant Chloé, Delescluse Timothée. Prévention et promotion de la santé : produire des données probantes utiles dans la pratique. La Santé en action 2021 ; 456 : 26-27. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2021-n-456-sante-des-populations-conjuguer-donnees-scientifiques-et-savoirs-issus-de-l-experience>
- Pfadenhauer Lisa Maria, Mozygamba Kati, Gerhardus Ansgar, et al. Context and implementation : A concept analysis towards conceptual maturity. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2015 ; 109 (2) :103-114
- Hassenteufel Patrick. Sociologie politique : l'action publique. Paris : Armand Colin, 2008
- Villeval Mélanie. Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle. Thèse de doctorat, Université Toulouse 3, 2015.
- Cambon and Alla Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT) Health Res Policy Sys (2021) 19:95 En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00743-9>

Déterminants de la santé

Le Glossaire des termes de la promotion de la santé 2021 de l'OMS propose une définition mise à jour des déterminants de la santé :

« Ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'espérance de vie en bonne santé des individus et des populations.

Les conditions qui influencent la santé sont multiples et interactives. Certains déterminants de la santé ne sont pas modifiables (par exemple l'âge, le lieu de naissance et les attributs héréditaires (génétiques)). **La promotion de la santé concerne fondamentalement l'action visant à aborder l'éventail complet des déterminants de la santé potentiellement modifiables** - non seulement ceux qui sont liés aux actions des individus, mais aussi les facteurs qui échappent largement au contrôle des individus et des groupes. Ceux-ci comprennent, par exemple, le revenu et l'accès aux ressources, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail (souvent appelés déterminants sociaux de la santé), l'accès à des services de santé appropriés et les déterminants environnementaux de la santé.

La promotion de la santé aborde ce large éventail de déterminants grâce à **une combinaison de stratégies**, notamment à travers la promotion de la santé dans toutes les politiques et la création d'environnements favorables à la santé ; et en renforçant la littératie en santé et les compétences individuelles en matière de santé. **Les mesures visant à agir sur les déterminants de la santé sont inextricablement liées à l'équité en santé et s'intéressent fondamentalement à la répartition du pouvoir et des ressources au sein des populations ».**

→ World Health Organization (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva : World Health Organization, 2021. En ligne : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

Évaluation des interventions en promotion de la santé

Il existe de nombreuses définitions de ce qu'est l'évaluation. Nous proposons de considérer l'évaluation comme étant **« un processus d'analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire, les effets spécifiques et les conséquences ou l'impact) »** (HAS)

Les multiples définitions du concept de l'évaluation permettent d'en identifier **trois éléments clés** : (Jabot et al)

- L'évaluation vise la « construction d'un jugement sur la valeur d'une intervention »
- Elle doit respecter les « standards et normes des disciplines mobilisées »
- Il existe une relation étroite entre évaluation, contexte et intervention

On peut également identifier **quatre dimensions à l'évaluation, au regard de ses finalités**. Ainsi, ce concept revêt à la fois une dimension cognitive (une évaluation permet de faire émerger des connaissances), une dimension normative (elle consiste à porter un jugement sur la valeur d'une action), une dimension instrumentale (une évaluation vise principalement le changement) et enfin une dimension démocratique (elle apporte l'opportunité d'un débat sur l'action publique).

Dans le domaine de la santé publique, on va classiquement retrouver des approches évaluatives qui consistent à s'intéresser à des dimensions telles que l'efficacité, l'efficience ou la pertinence, lesquelles peuvent se définir ainsi :

- Évaluation de l'efficacité : permet d'apprécier l'atteinte des objectifs d'une intervention en comparant les résultats obtenus aux résultats attendus, ces **effets** étant directement imputables à l'intervention (on parle alors d'« efficacité propre »).
- Évaluation de l'efficience : permet d'apprécier le **rapport** entre les ressources (budgétaires, humaines, matérielles) mises en œuvre et l'efficacité d'une intervention.
- Évaluation de la pertinence : permet d'interroger le bien-fondé d'une intervention, c'est-à-dire la **concordance** entre les objectifs de l'intervention et la nature du problème à résoudre.

Certaines caractéristiques de la promotion de la santé en font un domaine spécifique dans le champ de l'évaluation : la complexité des liens de causalité entre les interventions et leurs effets potentiels, les valeurs et principes sur lesquels repose la promotion de la santé (justice sociale, équité, participation et empowerment), ainsi que la nature holistique des interventions qui reposent sur une démarche d'intersectorialité (*voir Complexité des interventions en promotion de la santé*).

Ainsi, au regard des enjeux posés par les spécificités de l'évaluation en promotion de la santé, plusieurs approches sont envisageables. **Deux grands types d'évaluation sont cependant apparues comme étant les plus utiles aux porteurs de projets : l'évaluation de processus et l'évaluation des résultats de l'action**, que l'on définit ainsi :

- « **L'évaluation des résultats**, ou de l'efficacité de l'action, concerne l'atteinte des objectifs spécifiques et permet d'éclairer les effets directement imputables à l'action. Elle est également appelée évaluation « finale », « récapitulative », ou évaluation « des effets » ».
- « **L'évaluation de processus** s'intéresse aux efforts déployés par les acteurs pour mobiliser les ressources, réaliser les activités et atteindre les publics visés. Elle va questionner la stratégie d'intervention. Elle pose aussi la question du comment et du pourquoi l'action fonctionne ou non. Elle permet de repérer les freins et les leviers possibles à l'action et d'identifier les éléments de contexte qui ont une incidence sur l'action. Elle s'interroge sur la mise en œuvre de l'action en identifiant les écarts entre ce qui est prévu dans la programmation et ce qui est réellement mis en œuvre sur le terrain au niveau des ressources, des activités et des groupes cibles. On parle également d'évaluation « d'implantation », « de la mise en œuvre », ou « en cours » d'action ».

-
- Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Évaluation d'une action de santé publique : recommandations. 1995 ; 39 p. En ligne : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/santpubl.pdf>
 - Jabot Françoise, Roué Le Gall Anne. Evaluation d'impact sur la santé, un atout pour la promotion de la santé. In : La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017 : 457-461
 - Breton Eric (dir.), Jabot Françoise (dir.), Pommier Jeannine (dir.) et Sherlaw William (dir.). La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017 ; 537p.
 - Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS), Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (ORS), Dispositif Emergence. L'évaluation en 7 étapes : Guide pratique pour l'évaluation des actions santé et social. 2019 ; 50p. En ligne : <https://evaluation7etapes.fr/>

Évaluation d'impact sur la santé (EIS)

L'évaluation d'impact sur la santé (ou EIS) se distingue des autres démarches d'évaluation dans la mesure où elle s'inscrit dans **une démarche prospective*** visant à éclairer les décideurs politiques sur les choix futurs en amont d'un projet urbain ou d'une politique publique.

« L'évaluation d'impact sur la santé ou EIS est une démarche qui connaît une popularité croissante partout dans le monde depuis la fin des années 1990, et en France depuis une dizaine d'années seulement. D'abord utilisée dans le cadre des évaluations d'impact environnemental (EIE), elle s'est enrichie des connaissances et des principes portés par le courant des déterminants sociaux de la santé et de l'action contre les inégalités sociales de santé. Elle s'est ainsi transposée dans le contexte de l'élaboration de politiques publiques et ce, à tous les échelons de prise de décision.

L'EIS poursuit trois objectifs concomitants : **estimer les effets potentiels d'un projet de politique sur la santé, favoriser la participation citoyenne et de parties prenantes au processus d'analyse d'impact et informer le processus de décision** (Saint-Pierre et al. 2014). Cette pratique de santé publique consiste à **mettre au jour des effets non souhaités et parfois non soupçonnés de politiques ou de projets sur la santé de la population**. L'EIS vise à estimer, de manière prospective, **les effets probables sur la santé et sur les inégalités sociales de santé** d'un projet ou d'une politique, avant que la décision finale soit prise par les décideur.es, en **formulant des recommandations permettant aux décideur.es de maximiser les gains potentiels sur la santé et pour éviter ou réduire les effets négatifs de leur projet** (IAIA 2006) . L'EIS propose une démarche standardisée en étapes successives, ce qui permet de structurer l'action et d'établir clairement les pas à franchir ».

*Ce type de démarche a à voir avec les actions prometteuses (*Voir Actions prometteuses*).

- Jabot Françoise, Roué Le Gall Anne. Evaluation d'impact sur la santé, un atout pour la promotion de la santé. In : La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017 : 457-461
- Saint Pierre Louise, Lamarre Marie-Claude, Simos Jean. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) : une démarche intersectorielle pour l'action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Global Health Promotion 2014 ; 21 (Suppl. 1) : 7-14.

Evidence Based Medicine et Evidence Based Health Promotion

Il existe une préoccupation grandissante en ce qui concerne la recherche de l'efficacité et de l'efficience des actions publiques, ce qui se traduit par le développement d'approches fondées sur des preuves (en anglais « *evidence based* »).

1. Evidence Based Medicine (EBM)

L'Evidence Based Medicine (ou EBM) s'inscrit dans le champ scientifique biomédical. Née dans les années 90 dans le domaine de la médecine, elle vise l'accroissement de l'efficacité des interventions médicales. La définition qui en est donnée est la suivante :

« La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa

pratique clinique » (Sackett).

Si le paradigme de l'Evidence Based fait souvent référence à l'EBM, ses principes et ses méthodes se sont aujourd'hui étendus à d'autres domaines, dont la santé publique.

2. Evidence Based Health Promotion (EBHP)

Au regard de la définition de l'EBM, l'Evidence based health promotion (ou EBHP) peut se définir comme étant l'« utilisation d'informations issues de la recherche et des études systématiques pour identifier les déterminants et les facteurs qui influencent les besoins en santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et auprès d'une population donnée » (WHO).

Face à la nécessité de mettre en place des interventions à l'efficacité prouvée, les acteurs œuvrant à la promotion de la santé doivent aujourd'hui argumenter leurs choix d'interventions en s'appuyant sur des données issues de la recherche ou sur des expériences antérieures. Cependant, l'application des principes de l'EBM au domaine de la promotion de la santé à travers l'EBPH fait l'objet de nombreux débats parmi les experts de la santé publique.

En promotion de la santé, « (...) les interventions, parce qu'elles visent un plus grand contrôle de l'individu sur les déterminants de sa santé, tel que stipulé par la Charte d'Ottawa, doivent être construites dans un paradigme systémique concevant l'individu dans une logique individuelle mais aussi collective, communautaire et environnementale. Ces interventions, qu'elles soient globales ou plus centrées sur les comportements comme en éducation pour la santé, sont donc, par définition, fortement dépendantes du contexte. **On comprend alors toute la difficulté qu'il y a à s'appuyer, comme il est préconisé, sur des expériences reçues dans un autre contexte et par conséquent, à appliquer les principes d'Evidence based Health Promotion** ». (Cambon et al)

La question de ce qui fait preuve en promotion de la santé, par rapport à ce qui fait preuve dans le domaine biomédical, est au cœur des questions controversées (*voir Hiérarchisation des preuves*). Dans tous les cas, la notion d'« evidence » (preuve) reste à considérer en tant que savoirs valides à un moment donné, dans l'état actuel de la connaissance, qui est par définition perpétuellement en évolution.

-
- Sackett David L, Rosenberg William MC, Gray Muir JA, Haynes R Brian, Richardson W Scott. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996 ; 312 (7023) : 71-2
 - Villeval Mélanie. Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle. Thèse de doctorat, Université Toulouse 3, 2015.
 - World Health Organization (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva : World Health Organization, 2021. En ligne : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
 - Cambon Linda, Ridde Valéry, Alla François. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2010 ; 58 (4) : 277-283
 - Brownson C. Ross, Fielding E. Jonathan, Maylahn M. Christopher. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health* 2009; 30 (1) : 175-201. En ligne : <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>

Fonctions-clés

« Processus, basé sur un rationnel (plus ou moins explicité par les parties prenantes), visant à produire un changement afin de modifier une situation jugée problématique (du point de vue de professionnels de santé publique, de chercheurs, de membres d'une communauté, par exemple). Elle est mobilisée (par ces mêmes acteurs) en fonction d'un contexte dans lequel cette situation s'exprime, et est implémentée sous forme d'activités concrètes adaptées à ce contexte. Une intervention de santé publique est en général composée de plusieurs fonctions clés, qui constituent autant de processus dont l'association forme une stratégie globale visant à répondre aux objectifs de cette intervention. »

-
- Fianu, Adrian, et al. « Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète », *Santé Publique*, vol. 29, no. 4, 2017, pp. 525-534.

Hierarchisation des preuves

Traditionnellement, les approches issues du paradigme de l'Evidence Based (ou approches fondées sur des preuves) s'inscrivent dans la lignée de la recherche biomédicale, et mettent l'accent sur les **méthodes expérimentales**, la collecte et l'analyse de **données quantitatives** et l'identification des **relations linéaires de cause à effet**.

La notion de niveaux de preuve (ou hiérarchisation des preuves) est fondamentale dans le domaine de l'EBM, et est classiquement représentée sous la forme d'une pyramide. Les niveaux (qui schématisent le degré de confiance que l'on va accorder à une étude scientifique par rapport à une autre) sont liés aux schémas d'études, à la qualité de la méthodologie et à l'analyse des résultats.

Selon le paradigme de l'Evidence Based (*voir Evidence Based Medicine et Evidence Based Health Promotion*), les essais contrôlés randomisés (ou ECR), fondés sur un protocole expérimental, constituent, en particulier quand ils sont convergents dans leurs résultats, la preuve la plus solide, notamment car ils permettent d'établir des liens de causalité entre l'intervention et un résultat donné. Cependant, au regard à la fois de la complexité des interventions en promotion de la santé (*voir Complexité des interventions en promotion de la santé*) et des valeurs inhérentes à ce champ, de nombreux experts et chercheurs remettent en cause la pertinence de l'ERC, et plus largement des méthodes expérimentales pour évaluer les interventions en promotion de la santé.

« Les limites des essais expérimentaux dans le cadre de l'évaluation des interventions en santé publique, qu'elles soient de prévention ou de promotion de la santé, s'articulent autour de deux dimensions : les limites auxquelles ils se heurtent en termes de faisabilité, de méthodologie et d'éthique d'une part, et leur inadéquation avec les valeurs et l'épistémologie au fondement de la promotion de la santé d'autre part ». (Villeval)

-
- Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International* 2000; 15 (4) : 355-367. En ligne: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-question-of-evidence-in-health-promotion-Raphael/faa18765f0e294f1975b4453366491739b80ea68>

- Françoise Jabot, Jeanine Pommier, Marie-Renée Guével. Evaluation en promotion de la santé. La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone., <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>, pp. 411-442, 2017

- Cambon Linda, Ridde Valéry, Alla François. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2010 ; 58 (4) : 277-283
 - Villeval Mélanie. Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle. Thèse de doctorat, Université Toulouse 3, 2015.
-

Implémentation

Le terme « implémentation » est un anglicisme utilisé en santé publique pour désigner « un processus de mise en œuvre d'un programme dans un contexte particulier (...) prenant en compte le rôle des acteurs de terrain ». Les termes d' « implantation » ou de « mise en œuvre » sont d'ailleurs souvent utilisés pour un usage similaire.

Reliant le terme d'implantation à ceux de « transférabilité » et de « fonctions-clés », (Villeval et al.) proposent la définition suivante :

Implémentation : **processus par lequel les fonctions-clés d'une intervention sont mises en œuvre sous la forme d'activités concrètes** (voir *Fonctions-Clés*). Ces activités sont spécifiques du contexte et constituent la « forme » de l'intervention. Leur adaptation au nouveau contexte doit être questionnée en cas de transfert de l'intervention dans un nouveau contexte et suppose le recours à une ingénierie de projet.

Les termes d' « implantation » ou de « mise en œuvre » sont souvent utilisés comme des synonyme d'implémentation, mais ils renvoient à une échelle plus fine (un établissement, un site, une collectivité), dans le cadre de la mise en place de programme auprès des publics cibles.

-
- Villeval Mélanie. Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle. Thèse de doctorat, Université Toulouse 3, 2015.
 - Villeval Mélanie, Bidault Elsa, Shoveller Jeannie, Alias François, Basson Jean-Charles, Frasse Catherine, et al. Enabling the transferability of complex interventions: exploring the combination of an intervention's key functions and implementation. Int J Public Health 2016 ; 61(9) : 1031-8
-

Incidence et Prévalence

La prévalence d'un phénomène (contamination, maladie, handicap...) est la mesure du nombre de cas enregistrés pour une population déterminée, à un moment donné, englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

L'incidence d'un phénomène est la mesure du nombre de nouveaux cas survenus sur une période donnée (en épidémiologie, le taux d'incidence est en général calculé sur une année).

Recherche interventionnelle en santé des populations (RISP)

La Recherche Interventionnelle (RI) se définit comme étant l'« utilisation des méthodes de la recherche pour produire des connaissances concernant des interventions, qu'elles soient menées ou non dans le champ du système de santé. Elle a pour objectifs de démontrer l'efficacité des interventions, d'analyser les leviers à mobiliser, les mécanismes des interventions, leurs conditions et modalités de mise en œuvre, leur reproductibilité et durabilité.

Elle repose sur l'expérimentation et sur la capitalisation des innovations de terrain et pour cela fait appel à un large éventail de disciplines, de méthodes et d'outils scientifiques. À visée opérationnelle, la RI tend à produire des connaissances utiles à l'action et à la décision. Elle est la « science des solutions » pour reprendre l'expression de Louise Potvin, qu'elle considère à juste titre en retard par rapport à la « science des problèmes ». (Alla et al.)

Appliquée au domaine de la santé des populations, **« la RISP se définit comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques (provenant du secteur de la santé ou d'un autre secteur), et a pour objectifs :**

- d'**avoir un impact favorable sur les déterminants** sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population ;
- de **réduire les facteurs de risque** des maladies dans cette population.

Il s'agit de déplacer le « point focal » des efforts de recherche du quoi (ce qui cause la maladie) **vers le comment (les actions de prévention et de promotion)**. Comment ? En développant un corpus de connaissances fondées scientifiquement sur le fonctionnement, l'efficacité, l'efficience et le devenir des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations ». (Potvin et al.)

→ Alla François, Kivits Joëlle. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. Santé Publique 2015 ; 27(3) : 303-304. En ligne : <https://www.caim.info/revue-sante-publique-2015-3-page-303.htm>

→ Potvin Louise, Di ruggiero Erica, Shoveller Jean A. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. La Santé en action 2013 ; 425 : 13-16. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pour-une-science-des-solutions-la-recherche-interventionnelle-en-sante-des-populations>

Savoirs expérientiels, savoirs issus de l'expérience

La notion de savoirs expérientiels – que l'on trouve également sous le terme « savoirs issus de l'expérience » – est née dans les années 1970, dans les domaines de la psychologie et des sciences de l'éducation. L'une des premières définitions de ce concept est proposée par Borkman, qui définit le savoir expérientiel comme étant **« une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par raisonnement discursif, observation ou réflexions sur des informations fournies par d'autres »**. (Borkman)

Cette définition, qui met en avant l'enjeu de la recherche de la vérité dans la démarche scientifique, souligne le fait que **la reconnaissance des savoirs expérientiels peut être mise à mal par ce qui est traditionnellement considéré comme étant « vrai » et relevant de connaissances valides dans le domaine de la recherche scientifique.**

En effet, il existe aujourd'hui une plus grande considération sociale et politique pour les savoirs issus des méthodes scientifiques traditionnelles, à savoir les connaissances dites théoriques ou explicites objectivées, formalisées, pouvant se résumer à la seule information qui les compose.

Par opposition, les savoirs expérientiels, sont « évolutifs » par nature et « jamais aboutis » (Gardien), et apparaissent comme jamais stabilisés, alors que les savoirs scientifiques, même amenés à être remis en cause, tentent de trouver des savoirs établis. Ils sont fondés sur des connaissances tacites, basées sur l'expérience pratique des individus, développées dans un contexte donné, souvent difficiles à décrire. C'est la raison pour laquelle des méthodes telles que la capitalisation d'expériences contribuent à les rendre intelligibles et partageables (*voir Capitalisation*). Ces connaissances tacites ne peuvent se réduire à la somme de leurs composantes, et sont de nature « plutôt qualitative » (Jacob).

Ainsi, **face aux savoirs dit scientifiques, les savoirs expérientiels sont parfois disqualifiés et il peut être difficile d'en faire reconnaître la légitimité, alors même que cette reconnaissance relève d'enjeux politiques, stratégiques et démocratiques.**

-
- Borkman, Thomasina. Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review* 1976 ; 50 (3) : 445-56.
 - Jacob Réal. Le transfert intergénérationnel des savoirs : enjeux et pistes d'action. Présentation donnée dans le cadre de la Journée de l'institut d'administration publique du Grand Montréal ; Montréal, 20 octobre 2005. En ligne : https://telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_16_no_1/Telv16n1_intergenerationnel.pdf
 - Nonaka Ikujiro. The Knowledge Creating Company. *Harvard Business Review* 1991 ; 69 : 96-104
 - Gardien Ève. Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale* 2017 ; 20 (4) : 31-44

Savoirs situés

« Tout savoir est « situé », c'est-à-dire produit par certaines personnes déterminées dans un certain contexte socio-politique, historique et géographique ». (Gérardin-Lavergne et al.)

L'expression « savoirs situés » a été créée par Donna Haraway dans une perspective féministe. Elle défend l'idée que le « savoir, ainsi que ses modalités de production, sont envisagés à partir d'une réflexion épistémologique et autour des questions suivantes : quels contenus de savoir sont produits, à partir de quels points de vue et de quels projets politiques et sociaux ? Dans quelle mesure la production de savoir est-elle toujours en même temps une production de subjectivités ? Quels processus d'invisibilisation et de délégitimation d'autres savoirs accompagnent cette production ? ». (Gérardin-Lavergne et al.)

Cette représentation du savoir **remet en cause la possibilité d'un « savoir neutre, objectif et universel », une idée qui sert à la fois « à dissimuler le fait que le champ du savoir est traversé de rapports de pouvoir, et à légitimer les productions théoriques dominantes ».** (Gérardin-Lavergne et al.)

Ainsi, bien que l'épistémologie des savoirs situés trouve son origine dans une perspective féministe, cette notion peut s'élargir à d'autres visées émancipatrices, comme peut le revendiquer la promotion de la santé dans sa démarche de développement du pouvoir d'agir des personnes (*voir action de prévention en promotion de la santé*) ou vis-à-vis des savoirs qu'elle produit dans le champ de la Santé Publique.

-
- Gérardin-Lavergne Mona, Collier Anne-Claire. Circulation et production des savoirs. Une discussion épistémologique. Pratiques croisées en philosophie et sociologie, Terrains/Théories 2020 ; 11. En ligne : <https://journals.openedition.org/teth/2588>
 - Gautero Jean-Luc. Collectifs de pensée et savoirs situés. Actes du Colloque La production du savoir : formes, légitimations, enjeux et rapport au monde ; Nice, décembre 2019. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02422685/>

Transférabilité et Analyse de transférabilité

1. Transférabilité

La définition ci-dessous provient d'un document de cadrage réalisé par l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes en 2018 :

« Transférabilité : reproduction non seulement de la mise en œuvre d'une intervention, mais aussi de ses résultats, dans un nouveau contexte. Cette notion renvoie le plus souvent à **la capacité d'une intervention menée dans un contexte de recherche à être utile dans un autre contexte**, au-delà de la population d'étude .

La transférabilité des interventions pose la question de la **comparabilité entre le contexte où a été mise en œuvre l'intervention initiale et le contexte où elle sera reproduite**. Il est notamment nécessaire de s'interroger sur les différences en termes de prévalence du problème de santé, de caractéristiques des populations (en termes socioéconomiques notamment), et de contexte politique, organisationnel, de ressources humaines et matérielles ; ainsi que sur l'impact potentiel de ces différences sur l'efficacité de l'intervention reproduite. La transférabilité implique également un travail de description fine de l'intervention initiale, afin de tenter de distinguer les éléments potentiellement transférables pouvant être traduits de manières différentes selon les contextes ». (Hawe)

-
- Villeval Mélanie. Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018, 7p. En ligne : <http://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>
 - Wang Shuhong, Moss R. John, et Hiller E. Janet. Applicability and Transferability of Interventions in Evidence-Based Public Health. Health Promotion International 2006 ; 21(1) : 76 83
 - Cambon Linda, Minary Laetitia, Ridde Valéry, Alla François. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. Santé Publique 2014 ; 26(6) : 783-786. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm>
 - Hawe Penelope, Shiell Alan, et Riley Therese. Theorising Interventions as events in systems. American Journal of Community Psychology 2009 ; 43 : 267 76

2. Analyse de transférabilité

Afin de pouvoir déployer dans un nouveau contexte une intervention **identifiée comme efficace dans un contexte donné**, tout en maintenant son efficacité, il est nécessaire d'analyser (ou évaluer) la transférabilité de l'intervention en amont : Est-il possible de garantir, dans un autre contexte l'atteinte d'un résultat obtenu dans un contexte donné ? Quelles sont les modalités de mise en œuvre permettant de rendre l'intervention efficace dans un nouveau contexte ?

Selon les travaux réalisés par les chercheurs français et l'élaboration du guide *ASTAIRE*, **l'analyse de transférabilité** d'une intervention doit permettre successivement de

- **Comparer les deux contextes** (contexte primaire et contexte où l'on souhaite répliquer l'intervention) ;
- **Analyser si l'intervention répliquée peut produire les mêmes effets que ceux de l'intervention évaluée à l'origine ;**
- **Guider les acteurs dans leur choix : Faut-il répliquer ou non l'intervention ? Si oui, faut-il la répliquer avec ou sans modifications ? Si des modifications sont nécessaires, lesquelles sont-elles ?** (on parle alors de « processus d'adaptation au contexte »).

→ Trompette J., Kivits J., Minary L., Cambon L., Alla F. Analyse de la validité des critères d'un outil de transférabilité des interventions en promotion de la santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2013 ; 61 (Supp 4) : S216. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762013003623>

→ Cambon Linda, Minary Laetitia, Ridde Valéry, Alla François. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : *ASTAIRE*. *Santé Publique* 2014 ; 26(6) : 783-786. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm>

Transfert de connaissances

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSQ), le transfert de connaissances est **un processus dynamique** qui réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de nouvelles connaissances à des fins d'utilisation dans la pratique. Il est possible de parler de « partage de connaissances » pour un usage équivalent, ce qui appuie le fait que **cette démarche ne recouvre pas uniquement une diffusion unidirectionnelle de connaissances (généralement, des chercheurs vers les acteurs et les décideurs), mais englobe à la fois partage, échange et transmission de connaissances entre des acteurs de différents horizons**. Selon les experts français, le transfert de connaissances doit ainsi permettre un « apprentissage mutuel » et s'envisager **« de manière symétrique, partenariale, basée sur une inter-influence entre chercheurs, acteurs et décideurs dans la production comme dans l'utilisation des connaissances produites**. Il est un processus continu d'échanges et d'interactions ponctués par des allers-retours entre deux milieux d'intervention : celui des chercheurs et celui des utilisateurs de données de recherche c'est-à-dire acteurs de terrain et décideurs » (Cambon et al).

Dans un contexte d'abondance et de complexité des sources d'informations, auquel s'ajoute un temps dédié pour son appropriation réduit du côté des utilisateurs, il est nécessaire que des dispositifs et des personnes pratiquent **le courtage de connaissances** : il s'agit d'identifier les besoins des utilisateurs (décideurs, acteurs

