

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

*Une prévention/promotion de la santé
fondée sur les données probantes*

Juin 2021 / Numéro 456

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :
Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture, pages 13, 35 : © Patrick Garçon
Pages 4, 30 : © Annie Gozard
Pages 11, 14, 23, 39, 40 : © Gilles Régneau
Pages 16, 18, 26, 45 : © Corinne Wagnier
Page 46 : © Florence Levillain/Signatures

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 2^e trimestre 2021
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction

SANTÉ DES POPULATIONS : CONJUGUER DONNÉES SCIENTIFIQUES ET SAVOIRS ISSUS DE L'EXPÉRIENCE

Dossier coordonné par

Béatrice Lamboy,

conseiller scientifique,
Direction de la prévention et promotion
de la santé, Santé publique France,

Dr Marie-Odile Frattini,

directrice, PromoSanté Ile-de-France,

Marie-Renée Guével,

maîtresse de conférences, université Rennes,
École des hautes études en santé publique
(EHESP), CNRS, Arènes UMR 6051

Zeina Mansour,

vice-présidente, Haut Conseil
de la santé publique (HCSP),

Benjamin Soudier,

chef de projets, Société française
de santé publique (SFSP),

Mélanie Villeval,

chargée de projets,
Instance régionale d'éducation et de promotion
de la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes,

Pierre Arwidson,

directeur adjoint,
Direction de la prévention et promotion
de la santé, Santé publique France.

Introduction

4 _ Béatrice Lamboy, Marie-Odile Frattini,
Marie-Renée Guével, Zeina Mansour, Benjamin
Soudier, Mélanie Villeval, Pierre Arwidson

Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux

6 _ Béatrice Lamboy

Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode

9 _ Benjamin Soudier, Christine Ferron,
Anne Laurent

Articuler les savoirs scientifiques et expérientiels pour réduire les inégalités

12 _ Marie-Renée Guével, Marion Porcherie

L'expertise sanitaire en temps de crise

15 _ Zeina Mansour, Franck Chauvin,
Bernard Faliu

Vers une action publique éclairée par la preuve

20 _ Pierre Arwidson



© Patrick Garçon

Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts aux changements des pratiques

23 _ Linda Cambon

Prévention et promotion de la santé : produire des données probantes utiles dans la pratique

26 _ Chloé Hamant, Timothée Delescluse

Les professionnels formés à la valorisation des savoirs expérientiels en promotion de la santé

28 _ Marion Porcherie, Béatrice Georgelin

Programme de soutien aux familles et à la parentalité 6-11 ans : 10 ans d'expérience en France

29 _ Corinne Roehrig

Valoriser et transformer le savoir d'expériences en connaissances appropriables

31 _ Vanessa Galissi, Apolline Caroux

« L'expérience de terrain et l'accroissement du pouvoir d'agir des personnes sont essentiels »

32 _ Entretien avec Stéphane Giganon

France Assos Santé : prendre en compte les savoirs expérientiels des usagers

33 _ Les accompagnateurs du programme
Caps

Master de psychologie : « Conjuguer connaissances théoriques et savoir expérientiel du terrain »

34 _ Entretien avec Annique Smeding

Dispositifs régionaux d'appui en promotion de la santé : au service du transfert de connaissances

35 _ Andrea Sagni, Cécile chaussignand

« Les données probantes en santé sont cruciales pour pouvoir agir auprès des populations »

37 _ Entretien avec Dylan Cherrier

Fabrique Territoires Santé : capitaliser les connaissances à partir d'expériences vécues

39 _ Clémentine Motard, Lilia Santana,
Bénédicte Madelin

Se documenter sur les interventions probantes : un défi pour les acteurs de terrain

40 _ Anne Sizaret

« Les citoyens doivent être parties prenantes dans l'élaboration d'une action de promotion de la santé »

41 _ Entretien avec Anne Laurent

Pour en savoir plus

42 _ Laetitia Haroutunian

Prévention du tabagisme

45 _ Analyse du programme Assist de prévention du tabagisme par les pairs collégiens en France

Emmanuelle Béguinot, Romain Guignard,
Viêt Nguyen-Thanh, Pierre Arwidson,
Yves Martinet, Loïc Jossieran

48 _ Prévenir la consommation tabagique dans les lycées : développer des actions de prévention menées par les jeunes

Entretien avec Florence Cousson-Gélie

Lien entre activité physique et santé

50 _ L'activité physique : un traitement scientifiquement démonstré face à l'obésité, la dépression, le diabète

Catherine Chenu, Laurent Fleury
et le groupe de l'expertise collective
de l'Inserm

Accueil des mères sans logement

54 _ « Accueillir les femmes qui se retrouvent à la rue avec leur bébé en sortant de maternité »

Entretien avec Sihem Habchi



Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

*Une prévention/promotion de la santé
fondée sur les données probantes*

Béatrice Lamboy,
conseiller scientifique,
Direction de la prévention
et promotion de la santé,
Santé publique France,
Dr Marie-Odile Frattini,
directrice, PromoSanté Île-de-France,
Marie-Renée Guével,
maîtresse de conférences,
université Rennes,
École des hautes études
en santé publique (EHESP),
CNRS, Arènes UMR 6051,
Zeina Mansour,
vice-présidente,
Haut Conseil de santé publique (HCSP),
directrice,
Cres Provence-Alpes-Côte d'Azur
Benjamin Soudier,
chef de projets, Société française
de santé publique (SFSP),
Mélanie Villeval,
chargée de projets, Instance régionale
d'éducation et de promotion
de la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes,
Pierre Arwidson,
directeur adjoint,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

L'intérêt de s'appuyer sur les données probantes – en intégrant tant les connaissances scientifiques qu'expérientielles des professionnels et des usagers – dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé fait maintenant consensus [1]. La pratique fondée sur les données probantes est ainsi reconnue par la plupart des acteurs et des décideurs comme un moyen d'améliorer l'efficacité, la crédibilité et la transférabilité des interventions de prévention et de promotion de la santé [2]. Les connaissances scientifiques accumulées ces dernières décennies sont particulièrement abondantes. Comme nous le rappel

la *Society for Prevention Research* [3], elles nous permettent aujourd'hui de savoir comment envisager la prévention des principaux problèmes de santé publique. Un des enjeux majeurs de la prévention et de la promotion de la santé est donc de permettre la traduction et l'utilisation de ces connaissances scientifiques au sein des pratiques courantes et de dépasser les nombreux freins et obstacles à l'utilisation de ces données [2 ; 4].

En miroir à cette masse de connaissances produite par les scientifiques, les acteurs de terrain – riches de leurs expertises co-construites avec les publics et de leurs pratiques ancrées sur les territoires – ont accumulé au

cours de la même période des savoirs expérimentiels et des savoir-faire qui sont au cœur de la prévention et de la promotion de la santé en France. La mobilisation et la capitalisation de ces savoirs issus de l'expérience, des professionnels comme des usagers, représentent un enjeu important.

Même si ces deux formes de connaissances sont produites dans des cadres différents, selon des modalités et des normes singulières, s'adaptant à des besoins et à des cultures professionnelles distincts, l'action de prévention et de promotion de la santé ne saurait se priver d'une dimension de ces savoirs pour apporter une réponse efficace au besoin de santé des populations.

Cette complémentarité des connaissances scientifiques et expérimentielles se trouve au cœur même du paradigme de l'*evidence based*, contrairement à la lecture restrictive et partisane qui en est souvent faite. Comme nous le rappelle Sackett, un des fondateurs de ce paradigme, « la pratique de la médecine fondée sur les données probantes signifie intégrer l'expertise clinique individuelle aux meilleures données probantes cliniques disponibles issues de la recherche systématique [...]. Les bons médecins utilisent à la fois l'expertise clinique individuelle et les meilleures données probantes disponibles, et ni l'un ni l'autre ne suffit à lui seul. Sans expertise clinique, la pratique risque d'être tyrannisée par les données probantes, car même d'excellentes données probantes peuvent être inapplicables ou inappropriées pour un patient individuel. Sans les meilleures données probantes actuelles, la pratique risque de devenir rapidement obsolète, au détriment des patients [5] ».

L'utilisation de ces différents types de savoirs dans le but de mener des actions de promotion de la santé à même d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités sociales de santé nécessite un accompagnement au « transfert des connaissances ». Il consiste à articuler ces différents types de savoirs entre eux et à les rendre accessibles et concrets pour les acteurs et les décideurs.

L'articulation entre ces différents types de savoirs se révèle de nouveau pertinente lorsque nous nous

interrogeons sur la transférabilité d'un programme de prévention-promotion de la santé, validé scientifiquement. Il est connu de tous que la reproduction à l'identique d'un tel programme est une illusion. C'est pourquoi il est nécessaire d'engager une réflexion en s'appuyant sur les savoirs d'expérience des acteurs impliqués dans le projet, pour analyser ce qui est transférable dans un contexte spécifique et ce qui doit être adapté au dit contexte. Par ailleurs, il n'existe pas de recherches académiques disponibles en tout temps et sur l'ensemble des thèmes de la prévention-promotion de la santé.

La pandémie Covid-19 a montré que, face aux incertitudes, les enseignements issus de l'expérience et des premières connaissances n'empêchent pas d'agir de manière rationnelle et argumentée. Les tâtonnements et, progressivement, les enseignements issus des pratiques professionnelles et des premières recherches facilitent les prises de décision et l'action. Au sein des collectivités locales, des contrats locaux de santé, des conseils de santé mentale et autres espaces de collaboration se sédimentent un vivier de savoirs constitués par l'expérience et nourris des premiers résultats de recherche.

En réponse aux inégalités sociales et territoriales de santé que la crise sanitaire, économique et sociale actuelle a mis en exergue et accentuées, c'est un impératif éthique pour l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé que de mettre à profit l'ensemble des savoirs disponibles au service de l'action publique. En s'appuyant sur les principes de participation, d'équité et de démocratie, l'enjeu est bien de créer des espaces de dialogue entre les différentes formes de savoirs, entre les différents acteurs, entre les différents niveaux décisionnels au bénéfice de la santé des populations.

Cette mise en synergie des savoirs scientifiques et expérimentiels représente le fil rouge de ce numéro spécial de *La Santé en action* et est un véritable appel à la convergence des expertises afin qu'en ces temps de crise, la prévention et la promotion de la santé puissent prendre toute leur place, apportant alors

les meilleures réponses possibles au besoin de santé et de bien-être des populations. La crise sanitaire à laquelle nous sommes actuellement confrontés a une origine infectieuse, mais ses retombées en termes de santé globale sont considérables. L'action sur l'ensemble des déterminants environnementaux, sociaux, comportementaux, est essentielle tout comme la prise en charge sanitaire pour garantir et préserver l'état de bien-être physique, mental et social de l'ensemble de la population. La prévention et la promotion de la santé seront nécessaires au rétablissement de la qualité de vie et de l'état de santé de la population significativement affectée par la pandémie. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé publique*, 2014, vol. 26, n° 6 : p. 783-786. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm>
- [2] Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé publique*, 2017, vol. 29, n° 1 : p. 31-39. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.htm>
- [3] Flay B. R., Biglan A., Boruch R. F., Castro F. G., Gottfredson D., Kellam S. et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 2005, vol. 6, n° 3 : p. 151-175. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-005-5553-y>
- [4] Trottier L.-H., Champagne F. *L'Utilisation des connaissances scientifiques : au cœur des relations de coopération entre les acteurs*. [Rapport de recherche] Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal : université de Montréal, août 2006 : 40 p. En ligne : <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R06-05.pdf>
- [5] Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 1996, vol. 312, n° 7023 : p. 71-72. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/14644450_Evidence_based_medicine_What_it_is_and_what_it_isn%27t

Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux

Béatrice Lamboy, conseiller scientifique, Direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France.

Trois grandes catégories de connaissances ont été mises en exergue par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [1] : connaissances issues de la recherche scientifique, issues de données recueillies de façon systématique, issues des savoirs tacites (ou connaissances expérientielles). Parmi ces trois types de connaissances, les deux premières sont considérées comme des « **données probantes** », c'est-à-dire des données produites de façon standardisée par un protocole scientifique ou par un recueil systématique [2].

Une intervention en santé publique est « un ensemble d'activités organisées dans un contexte spécifique à un moment spécifique pour produire des biens ou des services dans le but

de modifier une situation problématique [3] ». Cette définition peut être appliquée aux différentes formes d'interventions, des plus « micros » (une brochure d'information) au plus « macros » (un plan de santé).

La notion d'« **intervention probante** » peut renvoyer à deux réalités distinctes. Le plus souvent, le terme d'« intervention probante » est utilisé de manière restrictive. Le mot *evidence* dans son sens littéral se traduit en français par « preuve ». Une intervention est « probante » si son efficacité a été prouvée par des évaluations scientifiques. Une intervention probante de santé correspond ainsi à tous « programmes, pratiques [...] qui se sont avérés efficaces pour améliorer les comportements de santé, les résultats de santé ou les environnements liés à la santé [4] ».

Dans un second cas, la notion d'« intervention probante » renvoie au paradigme d'intervention apparu en médecine dans les années 1990 sous le nom d'« *evidence-based medicine* (EBM) » avec pour objectif d'accroître l'efficacité des interventions en donnant une place plus importante aux données scientifiques [5]. La pratique fondée sur les données probantes est souvent représentée schématiquement par trois cercles qui se recoupent. **Une intervention fondée sur les données probantes** intègre trois types de connaissances : 1) les connaissances scientifiques les plus

pertinentes ; 2) les connaissances expérientielles des professionnels ; 3) les connaissances expérientielles des publics. Ainsi, dans sa définition de la promotion fondée sur les données probantes, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en avant la pluralité et la complémentarité des formes de connaissances [2].

Enjeux

Enjeu 1 : différencier la logique de production des données probantes de la logique d'intervention

La promotion de la santé fondée sur les données probantes mobilise de nombreuses données probantes produites par plusieurs disciplines (santé publique, sociologie, économie, sciences de l'éducation, psychologie...) [2].

Cependant, si la promotion de la santé fondée sur les données probantes utilise ces données produites par la recherche, son objectif, en tant que champ d'intervention, est de répondre aux besoins de santé par la mise en place d'actions les plus efficaces possible au niveau individuel, interpersonnel, communautaire, environnemental et politique [2].

Comme le soulignent Gay et Baulieu [5], « cette appellation (fondée sur les données probantes) donne l'impression que toute l'affaire repose uniquement sur l'appréciation des niveaux de preuve scientifique, alors

L'ESSENTIEL

De plus en plus d'acteurs de la prévention et de la promotion de la santé souhaitent s'appuyer sur les données probantes pour enrichir leurs pratiques. Cependant, dans les faits, la compréhension et l'utilisation des données probantes en prévention et promotion de la santé demeurent encore incertaines. Définitions, enjeux et revue des stratégies efficaces pour faciliter l'utilisation des données probantes.

que ce n'est pas le cas ». La question du niveau de preuve est au cœur du travail scientifique puisqu'elle interroge « l'adéquation du protocole d'étude à la question posée » et in fine la qualité des connaissances produites. Il est convenu de classer le niveau de preuve scientifique en fonction de la nature de l'étude : preuve établie par des essais comparatifs randomisés ou des méta-analyses, présomption de preuve avec des essais comparatifs non randomisés bien menés et des études de cohorte, preuve faible dans les études rétrospectives, les séries de cas, les études épidémiologiques descriptives (Haute Autorité de la santé, 2013).

Ainsi, l'essai comparatif randomisé reste considéré comme le « *gold standard* » pour évaluer l'efficacité des interventions [6]. Il est le protocole d'évaluation qui, par son contrôle maximal des biais, permet de garantir la fiabilité des conclusions de l'étude et de démontrer, au mieux, l'efficacité d'une intervention. Cependant, la « vérité » d'une conclusion (son niveau de preuve) est à distinguer du niveau d'efficacité. Une intervention peut avoir une efficacité élevée et être évaluée par une évaluation présentant un faible niveau de preuve (telle qu'une étude avant/après). Inversement, une intervention peut avoir démontré une efficacité avec un niveau de preuve élevé via un essai comparatif randomisé et présenter un faible niveau d'efficacité dans la pratique.

Sackett *et al.* [7] nous rappellent que l'*evidence-based medicine* (EBM) est avant tout une pratique qui « requiert une approche bottom-up¹ ». Elle mobilise les meilleures données probantes et les intègre aux données expérimentales pour construire les meilleures interventions possible et répondre, au mieux, aux besoins de santé des populations.

Enjeu 2 : structurer la démarche d'utilisation des données probantes

La nécessité d'utiliser les données probantes pour optimiser les interventions en prévention et promotion de la santé et accroître leur efficacité est aujourd'hui reconnue. Cependant, dans la pratique, les freins et

les obstacles au transfert et à l'utilisation des données probantes sont nombreux ; ils sont bien documentés dans la littérature et largement constatés sur le terrain [4 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11].

Un des freins est d'ordre représentationnel. Bien que s'opposant aux faits [8], la croyance en la « capacité naturelle » de diffusion des données probantes est encore largement partagée (et grandement inconsciente). Cette croyance est au cœur du « *paradigme du transfert de connaissances dit conceptuel* [9] » qui reste encore largement majoritaire en France et qui se caractérise par : 1) des liens distants et non définis entre le monde de la recherche et celui de la pratique ; 2) l'absence d'interactions structurées entre scientifiques et praticiens ; 3) des connaissances scientifiques perçues comme ayant intrinsèquement une valeur « de vérité » et d'utilité, et de fait, comme ayant la capacité (naturelle) d'influencer la société et de générer intrinsèquement des applications pratiques ; 4) des applications pratiques qui restent sous la responsabilité des praticiens ; 5) des chercheurs qui sont dans des univers académiques, centrés sur l'avancement des connaissances ; 6) la non-reconnaissance de la nécessité de structurer le transfert de connaissances pour qu'il soit opérant [9].

Ainsi, contrairement au postulat de ce « *paradigme conceptuel* », pour que le processus de transfert (NDLR : au sens de « traduction », de « translation ») et d'utilisation des données probantes puisse être effectif, il est nécessaire qu'il soit accompagné par une diversité de stratégies facilitantes [9].

Enjeu 3 : des stratégies efficaces pour faciliter l'utilisation des données probantes

Stratégies en lien avec les milieux de la recherche

La stratégie 1 vise à accroître la production de données probantes utiles pour la pratique.

La majorité des données produites aujourd'hui sont des données probantes observationnelles qui

portent sur les problèmes de santé et leurs facteurs de risque, alors que les données probantes susceptibles d'intéresser le plus les acteurs de la prévention et promotion de la santé sont les données probantes sur les facteurs de protection et sur les interventions.

Pour pallier à ces freins majeurs, les problématiques de recherche devraient être co-construites avec les acteurs de la prévention et promotion de la santé (PPS), qu'ils soient professionnels de terrain, responsables de structures ou décideurs.

Les recherches interventionnelles doivent être plus nombreuses ; elles devraient diversifier leurs objets d'étude (facteurs d'efficacité, d'implantation...) et accorder plus de place aux questions de validité externe (résultats en situation naturelle).

La stratégie 2 vise à faciliter le développement d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé (PPS).

Peu d'interventions probantes (ayant démontré leur efficacité) sont actuellement disponibles en PPS en France. Parmi ces interventions probantes, nombreuses sont des interventions probantes développées et évaluées à l'étranger qui peuvent poser des problèmes d'implantation [8].

Les interventions de terrain les plus prometteuses en PPS pourraient donner lieu à des recherches évaluatives afin d'estimer leur caractère probant. Les recherches interventionnelles portant sur les questions d'adaptation pourraient être largement développées [12]. Une stratégie de recherche et développement pourrait être mise en place.

Stratégies en lien avec les milieux du transfert de connaissances et de pratiques

En France, les acteurs en charge de transformer les données probantes en connaissances et pratiques utiles pour l'action ne sont pas identifiés ni structurés.

La stratégie 3 vise à mettre en forme et à disposition des praticiens les données probantes.

Des structures et des professionnels pourraient être clairement dédiés à ce travail de transfert des données probantes vers les acteurs

de la PPS (voir article *Savoirs scientifiques et issus de l'expérience en promotion de la santé : un rôle d'interface pour l'École des hautes études en santé publique, dans ce dossier central*). Des documents de synthèse, des référentiels et des lignes directrices pourraient être produits en fonction des acteurs ciblés.

La stratégie 4 vise à mettre à disposition les interventions probantes et à faciliter leur appropriation.

Les interventions probantes devraient pouvoir être identifiées et identifiables par tous les acteurs. Le *catalogue des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé* [13] de Santé publique France poursuit cet objectif de recension et de présentation.

La mise en œuvre de ces interventions probantes nécessite aussi un accompagnement (formation, coaching, assistance technique, mise en réseau entre pairs) de la part des « milieux et acteurs du transfert » afin de permettre une appropriation solide et durable par les praticiens [4].

Stratégies en lien avec les milieux de pratique

La stratégie 5 vise à développer les compétences des professionnels concernant les données probantes.

Les professionnels de la prévention et promotion de la santé (PPS) présentent de grandes disparités quant à leurs connaissances des données probantes et à leurs capacités à les utiliser dans leur pratique. Que ce soit en formation initiale ou continue, par des séminaires ou du coaching, il est nécessaire de pouvoir renforcer les compétences des acteurs de la PPS afin qu'ils puissent davantage accéder aux données probantes et les utiliser de façon autonome.

La stratégie 6 vise à donner les moyens aux praticiens pour réaliser des interventions probantes.

Les interventions probantes auraient besoin d'un soutien humain et financier pérenne et intégré pour se développer et être incorporées à moyen et à long terme dans les pratiques courantes [4].

De nombreuses interventions de terrain pourraient être optimisées et gagner en efficacité et en scientificité grâce à l'appui et aux conseils de « professionnels du transfert » et de chercheurs spécialisés dans les interventions probantes.

Conclusion

La compréhension des données probantes et de leur utilisation dans la pratique remet en question le modèle unique et « idéalisé » construit sur une vision hiérarchique de descente « naturelle » des connaissances scientifiques dans la pratique [10]. L'enrichissement des pratiques de prévention et de promotion de la santé par les données et les interventions probantes ne pourra se faire sans le recours à une diversité de stratégies et de dispositifs d'accompagnement impliquant, dans tous les cas, une rencontre et une reconnaissance mutuelle des connaissances scientifiques et des savoirs issus de l'expérience. ■

1. Du bas vers le haut, NDLR.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lemire N., Souffez K., Laurendeau M.-C. *Animer un processus de transfert de connaissances—Bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2009 : 59 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- [2] Smith B. J., Tang K. C., Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 2006, vol. 21, n° 4, p. 340-345. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article/21/4/340/688495>
- [3] Contandriopoulos A. P., Champagne F., Denis J.-L., Avargues M.-C. Evaluation in the health sector: concepts and methods. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2000, vol. 48, n° 6 : p. 517-539.
- [4] Leeman J., Birken S. A., Powell B. J., Rohweder C., Shea C. M. Beyond « implementation strategies »: classifying the full range of strategies used in implementation science and practice. *Implementation Science*, 2017, vol. 12, n° 1 : art. 125. En ligne : <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0657-x>

- [5] Gay B., Beaulieu, M.-D. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 2004, vol. 5, n° 3 : p. 171-183. En ligne : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2004/03/pmed20045p171.pdf>
- [6] Vaidya N., Thota A. B., Proia K. K., Jamieson S., Mercer S. L., Elder R. W. *et al.* Practice-based evidence in community guide systematic reviews. *American Journal of Public Health*, 2017, vol. 107, n° 3 : p. 413-420. En ligne : <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303583>
- [7] Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *The British Medical Journal*, 1996, vol. 312, n° 7023 : p. 71-72. En ligne : <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>
- [8] Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé publique*, 2014, vol. 26, n° 6 : p. 783-786. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm>
- [9] Denis J.-L., Lehoux P., Champagne F. Knowledge utilization in health care: from fine-tuning of dissemination to "contextualization" of knowledge. In C. f. Lemieux-Charles L., Langley A. (éd.), *Multiple*

- perspectives on evidencebased decision-making in health care*. Toronto : université de Toronto, 2004.
- [10] Munerol L., Cambon L., Alla F. Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 5 : p. 587-597. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-587.htm>
- [11] Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F. La complexité: concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé publique*, 2017, vol. 29, n° 1 : p. 31-39. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.htm>
- [12] Movsisyan A., Arnold L., Evans R., Hallingberg B., Moore G., O' Cathain A. *et al.* Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: a systematic review of guidance. *Implementation Science*, 2019, vol. 14, n° 1 : art. 105. En ligne : <https://implementationscience.biomedcentral.com/tracK/pdf/10.1186/s13012-019-0956-5.pdf>
- [13] Santé publique France. *Catalogue des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé*. 15 janvier 2020. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode

Benjamin Soudier,

chef de projet, Société française de santé publique (SFSP), Laxou,

Christine Ferron,

déléguée générale, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes), Saint-Denis,

Anne Laurent,

directrice, Institut Renaudot, Paris.

De nombreux acteurs de la promotion de la santé mènent des projets de qualité par lesquels ils développent des compétences et des savoirs qui gagneraient à être partagés. Pour répondre au double enjeu d'élaboration et de diffusion d'une connaissance partageable issue de ces multiples expériences, un groupe de travail national a défini les principes et les objectifs d'une démarche de capitalisation. Pour ce faire, il s'est appuyé sur les travaux déjà menés autour de la notion de capitalisation dans d'autres domaines tels que le management, l'aide au développement [1], la formation professionnelle, les sciences de l'éducation, etc. [2] Il a ainsi élaboré un dispositif national de coordination, une méthode détaillée et une offre de formation pour capitaliser des expériences en promotion de la santé.

Élaborer une connaissance partageable en promotion de la santé

Une réflexion collective sur un dispositif de partage de connaissances en France

La capitalisation des expériences en promotion de la santé trouve son

origine dans le projet InSPIRe-ID. Coordinée par la Direction générale de la santé, cette Initiative en Santé Publique pour l'Interaction entre la REcherche, l'Intervention et la Décision réunit un grand nombre de partenaires dont l'objectif est d'élaborer un dispositif national de partage de connaissances en santé publique.

Dans ce cadre, la Société française de santé publique (SFSP) et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) animent, depuis 2016, la réflexion menée par le groupe de travail national Capitalisation (GTC), composé de représentant-e-s d'institutions, d'associations, de chercheurs et de personnes qualifiées¹.

La place de la capitalisation dans la production de données probantes

La capitalisation s'appuie sur une conception large des données probantes en promotion de la santé, dans laquelle une stratégie sera d'autant plus probante qu'elle associera des données issues de la recherche, des savoirs expérimentiels, des données issues d'évaluations et de capitalisations, et des synthèses de connaissances ou des recommandations dites « de bonnes pratiques [3] ».

Si les travaux de recherche éclairent l'impact d'un programme ou d'une action sur une population et contribuent à l'évolution des cadres et des modèles théoriques, ils n'informent que très partiellement sur la façon dont les acteurs de terrain ont élaboré et adapté leurs stratégies d'actions à leur contexte et à ses évolutions.

L'ESSENTIEL

La Société française de santé publique (SFSP) et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) animent la réflexion menée par le groupe de travail national Capitalisation. Ce dernier œuvre dans le cadre de l'Initiative en Santé Publique pour l'Interaction entre la Recherche, l'Intervention et la Décision (InSPIRe-ID), coordonnée par la Direction générale de la santé. Le dispositif piloté par le groupe de travail national Capitalisation repère des actions innovantes et organise leur capitalisation, épaulé les accompagnateurs et les porteurs de projets impliqués ; parce qu'elle vise à « transformer le savoir pratique en connaissance partageable », la capitalisation apparaît incontestablement comme l'un des leviers potentiels de la construction d'une politique nationale de promotion de la santé.

La capitalisation des expériences complète les données issues de la recherche et les bases existantes (base OSCAR Santé, Répertoire d'actions de France Assos Santé, etc.) à partir d'un recueil d'informations très détaillé auprès des acteurs – utilisant des méthodologies scientifiques : entretien, analyse documentaire, etc. – et d'une analyse de celui-ci.

La capitalisation s'appuie sur un principe : 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. Elle a

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. Elle vise ainsi à « *transformer le savoir pratique en connaissance partageable* [4] ».

La capitalisation de l'expérience présente plusieurs finalités

Pour le porteur d'action

Pour les acteurs impliqués dans une démarche de capitalisation, ce processus constitue un espace réflexif sur les pratiques et sur les actions menées [5]. Moment privilégié de prise de recul sur l'organisation et sur les méthodes de conception et de mise en œuvre des actions, il permet de questionner les stratégies et de partager en interne et/ou en externe les enseignements tirés du retour réflexif sur l'action.

Pour l'ensemble des acteurs de la promotion de la santé

La capitalisation facilite l'accès à des données essentielles contextualisées et illustrées par des exemples pratiques, dans des environnements et auprès de publics-cibles spécifiques.

Elle favorise ainsi des choix éclairés de stratégies d'actions par les acteurs intervenant en prévention ou en promotion de la santé, et elle contribue à l'amélioration des pratiques.

Pour les institutions et les associations

Le processus de capitalisation renforce, complète et valorise le soutien des institutions et des associations aux promoteurs de projet. En diffusant des enseignements sur les interventions, il constitue ainsi

une ressource supplémentaire pour accompagner les acteurs de terrain et les collectivités territoriales et pour mobiliser de nouveaux acteurs.

Pour les chercheurs

L'interaction entre recherche et capitalisation de l'expérience réside :

- dans les objectifs de la capitalisation, en l'éclairage et l'enrichissement de la recherche ;
- dans la possibilité d'identifier, par la capitalisation de l'expérience, des projets pertinents n'ayant pas fait l'objet de publications ;
- dans l'identification des projets qui pourraient faire l'objet de travaux de recherche originaux, compte tenu de leur thématique, de leur contexte, des stratégies déployées, de la population concernée, etc. ;
- dans un partage indispensable pour la construction de connaissances et ce sans hiérarchisation.

Comment conduire une capitalisation d'expériences en promotion de la santé ?

Une méthode portée par un accompagnateur en capitalisation auprès de porteurs de projets

Le porteur du projet est, au sein de la structure participant à la capitalisation, l'interlocuteur-clé, capable de retracer la conception du projet concerné et son histoire et d'en dégager des enseignements dans le cadre de l'entretien. Auprès des porteurs de projets, l'accompagnateur en capitalisation a pour rôles-clés de rendre explicites des connaissances implicites et de faire émerger un discours sur l'action, son contexte et son déroulement. Il ne doit pas avoir de lien avec le projet capitalisé : il garde ainsi un regard neutre et distancié sur le discours recueilli. Sa posture

est fondée sur une écoute attentive et bienveillante, et mobilise des techniques d'enquête qualitative.

Cinq grandes étapes entre le porteur de projet et l'accompagnateur de capitalisation (voir Figure 1)

Cadrage de la démarche

La capitalisation concerne tous les types de projets, intégrant tous types d'actions, quelle que soit l'expertise à laquelle elles se réfèrent (scientifique et/ou expérientielle), sous réserve du respect de plusieurs critères :

- le fait que ces actions s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé et mobilisent donc des « *systèmes d'action complexes et multinationaux, et impliquant une diversité d'acteurs issus de différents secteurs. Ces acteurs coordonnent leurs actions en fonction des conditions et du milieu dans lesquels elles sont mises en œuvre, favorisent la participation et le développement du pouvoir d'agir des populations, et promeuvent l'équité en matière de santé* [6] » ;

- leur temporalité : les projets doivent être achevés, ou avoir démarré depuis au moins un an, début d'année 2022. Ce dispositif national de partage des connaissances permettra de regrouper l'ensemble des productions issues de la capitalisation, y compris des analyses thématiques construites sur la base de plusieurs capitalisations mettant en avant les enseignements transversaux et les éventuels points de discussion issus de ces récits d'expérience.

Diffuser la méthode de capitalisation et accompagner les acteurs

Le groupe de travail national Capitalisation (GTC) porte un dispositif dont les objectifs sont de repérer

Figure 1.



des actions innovantes et d'organiser leur capitalisation, d'appuyer les accompagnateurs et les porteurs de projets impliqués et d'alimenter ainsi le portail des connaissances issues de l'expérience. Pour soutenir l'atteinte de ces objectifs, le GTC a élaboré un *guide méthodologique* complété par un cahier pratique. La dissémination de la démarche de capitalisation et son déploiement à l'échelle nationale ont suscité l'émergence d'une offre de formation et d'un projet de communauté de pratiques destinés aux accompagnateurs de capitalisation. Ces deux développements sont en cours de réalisation en partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Pour répondre à l'ensemble de ces enjeux, le déploiement de la capitalisation s'inscrit dans un temps long. Il nécessite un portage coordonné qui doit être soutenu par les pouvoirs publics, aussi bien politiquement que financièrement.

En effet, la capitalisation apparaît comme l'un des leviers potentiels de la construction d'une politique nationale de promotion de la santé, par la prise en compte d'expériences portant sur les publics, les stratégies, les contextes locaux, et par la mise en évidence de leviers d'intervention généralisables. En s'intéressant aux modalités de mise en œuvre des actions, hors des protocoles de recherche expérimentaux, en impliquant et en associant les porteurs de projets dans la construction de la réflexion, elle se positionne en complémentarité des données issues de la recherche. Elle prend ainsi tout son sens, au croisement du politique, de la recherche et de l'action de terrain. ■

1. Aïdes, agence régionale de santé Normandie, Collège de médecine générale, École des hautes études en santé publique (EHESP), Fabrique Territoires Santé, France Assos Santé, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnès), Institut Renaudot, instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté, Le Réverbère, Promotion santé Normandie, PromoSanté Île-de-France, Santé publique France, Société française de santé publique, universités de Lorraine et de Côte d'Azur.



© Gilles Réginau

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Villeval P., Lavigne-Delville P. *Capitalisation d'expériences et expériences de capitalisation, comment passer de la volonté à l'action*. [Document de travail] Éditions du groupe Initiatives Handicap international, Groupe de recherche et d'échanges technologiques (Gret), coll. Traverses, no 15, et octobre 2004, 49 p. En ligne : https://www.gret.org/wp-content/uploads/traverse_15.pdf
- [2] Balizet O., Feuvrier M.-V., Noury A. *La Capitalisation d'expériences – Un voyage au cœur de l'apprentissage. Kit de formation*. F3E, mai 2016 : 129 p. En ligne : https://forum.net/sites/default/files/kit_formation_capitalisation_experiences_v2_2.pdf
- [3] Villeval M. *Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé – Quelques éléments de cadrage. Dispositif régional de soutien aux politiques et aux interven-*

tions en prévention et promotion de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. Ireps Auvergne-Rhône-Alpes, agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, juin 2018 : 20 p. En ligne : <http://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

[4] De Zutter P. *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital*. Paris : Éditions-diffusion Charles Léopold Mayer, 1994 : 137 p. En ligne : http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDesHommes.pdf

[5] Graugnard G., Quiblier V. Introduction à la capitalisation d'expériences. [Note de synthèse du module de formation] Ciedel, juillet 2006 : 24 p. En ligne : https://www.ciedel.org/wp-content/uploads/2017/08/Note_de_synthese_formation_capitalisation_2006-2.pdf

[6] Trickett E. J., Beehler S., Deutsch C., Green L. W., Hawe P., McLeroy K. *et al.* Advancing the science of community-level interventions. *American Journal of Public Health*, 2011, vol. 101, no 8 : p. 1410-1419. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134512/pdf/1410.pdf>

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

Articuler les savoirs scientifiques et expérimentiels pour réduire les inégalités

Marie-Renée Guével,
maîtresse de conférences,
Marion Porcherie,
ingénieure de recherche,
université de Rennes, École des
hautes études en santé
publique (EHESP), Centre
national de la recherche
scientifique (CNRS), Arènes
UMR 6051.

La mobilisation et l'articulation de différentes formes de savoirs – expérimentiels, scientifiques et contextuels – dans le développement d'interventions en santé publique et en promotion de la santé ne sont pas des démarches nouvelles [1]. Elles restent un enjeu fort dans l'actuel contexte de crise sanitaire, économique et sociale. Le développement de politiques de promotion de la santé pertinentes – efficaces, efficientes, faisables, adaptées, acceptées et acceptables, éthiques, inclusives – est plus que jamais une obligation pour lutter contre les inégalités de santé qui se sont encore aggravées ces derniers mois. Pour ce faire, il est impératif de mettre à profit l'ensemble des savoirs disponibles au service de l'action publique en faisant écho aux principes de participation, d'équité et de démocratie qui sont au cœur des approches de promotion de la santé. L'enjeu est de créer des espaces de dialogue entre les différentes formes de savoirs au bénéfice de la santé des populations.

Dans ce contexte, l'École des hautes études en santé publique (EHESP), par ces trois missions de recherche, expertise et formation, contribue aux réflexions autour de la mobilisation de ces différentes sources de savoirs. En tant que productrice de savoirs académiques et vecteur de diffusion de savoirs vers

les professionnels, organisations et autres milieux de pratiques, elle remplit une fonction d'interface entre professionnels, disciplines et secteurs de l'action publique.

Interaction entre chercheurs et décideurs

L'aide à la décision et le travail de partenariat et de partage de connaissances entre chercheurs et décideurs politiques constituent l'un des leviers permettant d'aller vers une décision publique éclairée par les données disponibles scientifiques, expérimentielles et contextuelles, dont l'enjeu est particulièrement important lorsqu'il s'agit des inégalités de santé [2].

Le Dispositif inter-régional de recherche, d'évaluation et d'expertise en santé (Direes) lancé en janvier 2020, sur la base d'un partenariat entre l'EHESP et les agences régionales de santé de Bretagne et des Pays-de-la-Loire, poursuit cet objectif de partage des connaissances. Le Direes vise à créer une interface, un espace de dialogue et de coopération entre chercheurs et décideurs publics. L'objectif est qu'ils interagissent pour produire des connaissances et pour les faire circuler. Le Direes soutient aussi les expérimentations territoriales innovantes dans le domaine de la santé, à l'instar de dispositifs régionaux similaires (comme la plateforme Cassiopée en Aquitaine ou le pôle fédératif de recherche et formation en santé publique en Bourgogne-Franche-Comté). Pour les décideurs publics, il s'agit de transformer des problèmes à résoudre en questions de recherche, et pour les chercheurs, de produire

L'ESSENTIEL

▣ **Lutter contre les inégalités appelle à mobiliser l'ensemble des savoirs disponibles, quelle que soit leur nature. Trois modalités d'intervention, mises en œuvre à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), sont présentées : faire collaborer chercheurs et décideurs ; agir sur les déterminants de santé et donc contre les inégalités en favorisant l'intersectorialité (santé, social, environnement, etc.) ; former les professionnels.**

des connaissances permettant de construire la décision. Les projets expérimentés au cours de la première année de fonctionnement du Direes tendent à s'inscrire dans une dynamique d'aller-retour entre recherche et décision politique.

Afin de lever les potentielles réticences (instrumentalisation de la recherche par les décideurs politiques, inadéquation du temps de la recherche et du temps de la décision politique, etc.), la mise en œuvre de ce type de démarches hybrides s'inscrit dans une temporalité longue et exige de s'appuyer sur des processus d'acculturation et d'interconnaissance progressives entre les différents acteurs.

Intersectorialité

Le deuxième levier de réduction des inégalités de santé sur lequel l'EHESP intervient est celui de l'intersectorialité. Il s'agit d'élargir le spectre de la santé publique aux secteurs non sanitaires au sein desquels se nichent les déterminants de



© Patrick Garçon

la santé, et de favoriser l'adoption de démarches visant une prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques [3]. Par exemple, des projets s'inscrivant dans le cadre de l'urbanisme et de l'aménagement des territoires ont un impact reconnu sur la santé des populations, potentiellement pathogène (pollution de l'air, de l'eau et des sols, nuisances sonores, cumul d'expositions à divers agents chimiques, physiques ou biologiques) ou favorable à la santé (accès à des espaces verts et bleus, mobilités actives, espaces de rencontre). Les liens entre santé et environnement(s) sont bien étayés scientifiquement, mais bien que des preuves scientifiques existent, celles-ci ne suffisent pas pour placer les enjeux de santé au cœur des décisions d'aménagement et d'urbanisme. Pour susciter le changement de paradigme nécessaire à l'évolution des pratiques, l'EHESP a co-produit avec l'agence d'urbanisme Bordeaux Aquitaine (a'urba) et la Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme (FNAU) le *Guide ISadOrA* (Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement) [4]. Cet ouvrage est le fruit d'une collaboration entre des chercheurs, des professionnels de l'aménagement, de l'environnement

et de la santé publique. Il propose un cadre méthodologique et des exemples de mises en œuvre fondés sur des données probantes pour aider les professionnels à questionner les enjeux de santé et à les intégrer aux différentes étapes d'élaboration d'une opération d'aménagement. L'articulation des savoirs scientifiques et expérientiels est ici réalisée tant au cours du processus de production du guide que dans son contenu qui rend accessibles et opérationnels ces savoirs disponibles sur les liens existants entre santé, environnement et aménagement.

Formation

Puissant vecteur de changement de pratiques, le troisième levier à disposition de l'EHESP est celui de la formation des professionnels et des cadres du système de santé en s'ouvrant à des acteurs d'autres champs (éducation, environnement, urbanisme, aménagement, travail social). Les professionnels doivent être en capacité d'articuler les différentes sources de savoirs scientifiques, expérientiels et contextuelles. Dans le champ de la promotion de la santé, ils doivent développer des connaissances et des compétences relatives à la recherche et aux pratiques

professionnelles, tout en sachant susciter la participation des populations concernées par les interventions qu'ils développeront [5]. Ils doivent pouvoir identifier les contributions des différentes disciplines académiques et des méthodes de recherche pour documenter et évaluer les interventions en promotion de la santé, en s'adossant aux données qualitatives et quantitatives disponibles dans la littérature scientifique nationale et internationale. Ils doivent d'être en capacité de faire émerger les savoirs expérientiels des professionnels et de s'appuyer sur les démarches d'échanges de pratiques, de valorisation et de capitalisation des expériences publiées. Enfin, ils doivent pouvoir adopter une posture permettant aux populations de contribuer légitimement aux interventions de promotion de la santé. Pour articuler ces différentes sources de savoirs, une réflexion critique et éthique est indispensable.

Ces compétences se construisent bien sûr tout au long d'une carrière professionnelle, mais la formation initiale joue un rôle important dans leur acquisition. Celle-ci ne peut se faire que par la mise en pratique et la création d'espaces d'interaction avec le monde professionnel, ainsi que par un accompagnement académique des



© Gilles Régnier

étudiants tout au long de leur formation (par exemple, dans les masters Promotion de la santé et Prévention ou Enfance, Jeunesse : Politiques et Accompagnements ; ou encore la formation statutaire des médecins de l'Éducation nationale). Ainsi, à partir de problématiques réelles proposées par des acteurs du champ de la promotion de la santé ou de l'enfance et

de la jeunesse (associations, collectivités territoriales, etc.), les étudiants sont amenés à développer un argumentaire pour apporter une réponse concrète et opérationnelle à une problématique que rencontre leur partenaire sur le terrain.

La mise en place de telles activités pédagogiques est indispensable pour l'acculturation des futurs

professionnels de santé publique à l'articulation des savoirs (comme l'illustre également l'entretien avec Annique Smeding intitulé *Master de psychologie : « Conjuguer connaissances théoriques et savoir expérientiel du terrain »*, dans ce même numéro). Elles nécessitent toutefois d'y consacrer suffisamment de temps dans le cadre de la formation et de mobiliser des ressources humaines importantes, tant du côté académique que du côté professionnel, pour accompagner les étudiants dans leurs apprentissages. L'enjeu est que les étudiants – professionnels en devenir – soient en capacité d'utiliser et de valoriser les différents types de savoirs, qu'ils se destinent à être décideur, chercheur ou professionnel agissant au plus près des populations.

Conclusion

Ces trois modalités d'intervention illustrent la manière dont une institution de formation, de recherche et d'expertise peut se saisir des enjeux d'articulation des différents savoirs existant. Ce travail d'interface, de partenariat, nécessite de créer les conditions d'une acculturation des différentes parties prenantes à l'existence des différentes sources de savoirs et à leur intérêt pour nourrir les politiques publiques et les pratiques professionnelles. Ces démarches intégrées s'inscrivent par ailleurs dans un temps long, mais ces espaces de dialogue constituent un investissement indispensable au service de l'amélioration de la santé des populations et de la lutte contre les inégalités de santé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 2000, vol. 15, n° 4: p. 355-367. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/30935638_The_question_of_evidence_in_health_promotion
- [2] Alla F. Research on public health interventions: the need for a partnership with practitioners. *European Journal of Public Health*, 2016, vol. 26, n° 4: p. 531-531. En ligne : <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/4/531/2467537>

- [3] Kickbusch I., Health G. Health in all policies: An approach that accepts that health is not created by ministries of health or healthcare systems. *British Medicine Journal*, 3 juillet 2013, vol. 347, n° 7915. En ligne : <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f4283.full>
- [4] Roué-le-Gall A., Clément B., Malez M. (Dir.) *Le Guide ISadOrA. Une démarche d'accompagnement à l'Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain*. EHESP, a-urba, mars 2020 : 352 p.

- En ligne : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>
- [5] Dempsey C., Battel-Kirk B., Barry M. M. et les partenaires du projet CompHP. *Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé*. Paris : Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé (UIPES), 2011 : 28 p. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/255569250_Cadre_de_Reference_sur_les_Compétences_pour_la_Promotion_de_la_Santé

L'expertise sanitaire en temps de crise

Zeina Mansour,

vice-présidente,
Haut Conseil de la santé publique.

Franck Chauvin,

président,
Haut Conseil de la santé publique.

Bernard Faliu,

secrétaire général,
Haut Conseil de la santé publique.

La crise que nous vivons a mobilisé très fortement les ressources d'expertise dans tous les pays pour aider à la décision publique. Le contexte de forte incertitude a conduit les décideurs politiques à fonder le plus possible leurs décisions sur une expertise scientifique qui, au moins dans un premier temps, a tenu un rôle majeur dans les décisions prises pour contrôler l'épidémie que dans le nécessaire processus d'adhésion des populations.

Dans plusieurs pays dont la France, les instances habituelles d'expertise ont été complétées par des instances *ad hoc*, plus orientées sur les problématiques épidémiques que sur les problématiques de santé publique, au sens où on l'entend habituellement de prise en compte de la santé dans son ensemble et donc de l'ensemble des déterminants de santé. Cette mise en tension a été renforcée par des médias prompts pour une part d'entre eux à relayer des opinions minoritaires ou peu fondées plutôt que des expertises construites sur les données scientifiques disponibles.

Il est donc important d'analyser la production de l'expertise durant cette crise et de voir en quoi elle a été fondée sur des preuves scientifiques ou sur des données disposant d'un niveau de preuve suffisant

pour être des données probantes. De cette expertise dépendront en effet des décisions pouvant modifier très fortement la vie d'une population. En garantir la qualité est donc essentiel.

Une expertise relevant d'une organisation complexe

En France, deux instances indépendantes d'expertise interviennent dans le champ de la santé, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) pour ce qui concerne la santé publique et la Haute Autorité de santé (HAS) pour les pratiques médicales et de la vaccination. Durant cette crise, trois instances supplémentaires ont été créées : un comité des scientifiques dit « Conseil scientifique », créé dans le cadre de la loi d'urgence sanitaire ; le Comité d'analyse, recherche et expertise (Care) ; puis plus récemment, le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV). Parallèlement, les agences ont joué aussi un rôle majeur dans la production de l'expertise, comme Santé publique France (SpFrance), l'Agence nationale de sécurité du médicaments (ANSM) ou l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Ainsi, plusieurs structures d'expertise ont eu à se coordonner tout au long des différentes phases de cette crise dans un système jugé complexe [1].

Une expertise fortement sollicitée

Le fait marquant de cette crise aura été le besoin massif d'expertise de la part des autorités sanitaires et politiques. L'essentiel de cette demande a été concentré sur le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) qui a reçu en une année plus de

120 saisines, mobilisé plus de 60 experts en interne, plus de 100 en externe et auditionné plus de 300 personnes qui ont contribué à l'élaboration de ses avis. Il a, par ailleurs, sollicité la plupart des sociétés savantes concernées en fonction des sujets abordés.

Cette mobilisation a été effective dès le début de la crise. Le HCSP a reçu ses premières saisines dès le 25 janvier [2], et a réactivé le 27 février 2020 le groupe de travail « Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes », composé d'experts membres ou non du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) après un mois de fonctionnement informel. Le HCSP a adopté un fonctionnement d'urgence à partir de cette date-ci, permettant une saisine rapide des différents groupes de travail et une validation selon une procédure exceptionnelle prévue par son règlement intérieur. Ainsi, le HCSP a-t-il pu fournir aux autorités des avis/recommandations prenant en compte toutes les données disponibles publiées ou issues de la littérature grise.

D'autres structures d'expertise ont été mobilisées comme la Haute Autorité de santé (HAS), essentiellement dans la deuxième partie de la crise, l'Agence nationale de sécurité du médicaments (ANSM) ou l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) dès la première partie.

Le Conseil scientifique (comité de scientifiques) a, lui, essentiellement fonctionné sur le mode de l'auto-saisine pour la plupart des avis rendus, et ce comme le Comité d'analyse, recherche et expertise (Care) ou le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV).

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience



Au total, les décideurs ont pu disposer de près de 200 avis, concernant tant des aspects de stratégie que des aspects plus opérationnels. Ces avis ont permis de définir et d'adapter en fonction des connaissances, tout au long de cette crise, une doctrine tant thérapeutique que sanitaire et ce dès avril 2020, alors que peu de données probantes étaient disponibles concernant tant les mesures non médicamenteuses que les traitements.

Si l'on considère les avis rendus par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), une part importante d'entre eux a été traduite en décrets, arrêtés ou circulaires permettant de piloter et d'accompagner les différents temps de cette crise. Il est donc légitime d'analyser le cadre dans lequel sont produits ces avis qui vont contribuer à la décision publique et donc peser sur la vie de nos concitoyens.

Une expertise produite dans des cadres réglementaires différents

Les structures d'expertise « classiques » ont montré leur capacité d'adaptation et leur capacité à mobiliser leurs experts avec des contraintes

temporelles très fortes. La force de ces structures a été de fournir une expertise reposant sur l'évidence scientifique et dans le respect de la charte de l'expertise scientifique ou sanitaire et de leurs procédures. Ces différentes procédures, tant pour le HCSP [3] que pour la Haute Autorité de santé (HAS) existent pour garantir la qualité de l'expertise produite : le recrutement des experts sur la base d'appel à candidature et par un jury externe, l'examen des déclarations publiques d'intérêt par des structures externes et internes, les procédures d'élaboration et de validation des avis rendus sont autant de points majeurs permettant de garantir que les avis produits sont *a priori* reproductibles et indépendants de pressions institutionnelles, politiques ou commerciales.

Les structures d'expertise ad hoc ont été créées dans le cadre de la loi d'urgence sanitaire [4]. La loi et des décrets précisent leurs missions, leurs compositions et les conditions dans lesquelles les avis sont rendus publics. En revanche, *créées de novo*, ces structures ne bénéficient pas d'une infrastructure apportant un appui à leurs travaux, ni de procédures explicites encadrant la production de leurs travaux.

Une expertise produite sous forte contrainte des médias et des réseaux sociaux

Une des caractéristiques de cette crise sanitaire par rapport à toutes les crises précédentes est le rôle joué par les médias. La grippe asiatique de 1958-1959 ou la grippe de Hong Kong de 1968-1970 – cette dernière responsable de 1 million à 4 millions de décès (pour 3,5 milliards d'habitants) – ont été peu médiatisées et n'ont surtout donné lieu à aucune mesure de lutte particulière, comme notamment des mesures de restriction [5].

Face à un niveau très élevé d'incertitude, à un système d'information sanitaire peu accessible dans un premier temps, et au caractère très rapidement pandémique de cette épidémie, les médias ont organisé la dispensation de l'information avec leurs règles et leurs outils propres qui ne sont ceux ni du débat scientifique, ni de la santé publique, ni de l'évidence scientifique. Ce contexte, nouveau pour la plupart des acteurs de cette crise et notamment pour les scientifiques se revendiquant experts, a permis le développement de ce que l'on peut

appeler du populisme scientifique, utilisant la même dialectique que les autres populismes. Ces méthodes sont à l'opposé de toute démarche scientifique y compris de la règle fondamentale de l'élaboration progressive d'une évidence [6].

Et alors que les interventions médiatiques auraient pu avoir comme objectif d'expliquer la démarche scientifique, cette crise aura vu des scientifiques ou des cliniciens exprimer des opinions reposant sur un rationnel scientifique très faible. Ainsi, les opinions, les prises de positions à travers des tribunes ou des émissions dans les médias ont été rapidement mises sur le même plan que des avis et des recommandations élaborés par des structures d'expertise appliquant des chartes exigeantes ou des méthodologies lourdes.

Il conviendra d'analyser, *a posteriori*, ce phénomène auquel a été confrontée la parole des experts issus des instituts d'expertise. Cependant, on peut constater que rapidement le souci de l'information voire d'une vérité scientifique – telle qu'elle est habituellement élaborée dans des congrès scientifiques ou dans des revues par des publications dont la qualité est contrôlée – a été remplacé par le souci de la visibilité médiatique, amenant certains à renoncer à la rigueur scientifique, à énoncer des vérités successives ou à prôner des mesures non évaluées.

Les conditions d'une expertise indépendante

De cette crise et de la production de l'expertise pendant cette crise, il est possible d'identifier les conditions garantissant aux pouvoirs publics que les avis produits sont indemnes d'influence, correspondent aux attentes des décideurs ou de la population, et reposent sur les données actuelles de la science plutôt que sur des opinions. Par ailleurs, un des objectifs de l'expertise est de fournir des avis indépendants des personnes qui composent le groupe de travail, puisque fondés sur une méthodologie et des process plus que sur les individus. Ainsi, six éléments semblent indispensables à la production d'avis. En effet, les seules données probantes ne peuvent garantir à elles seules la

qualité des expertises tant il est vrai que leur interprétation dépend du point de vue considéré.

Le cadre réglementaire et organisationnel

Le cadre réglementaire de l'élaboration des avis est un aspect souvent négligé de la production de l'expertise. Or seul un cadre réglementaire très précis permet de sécuriser le travail des experts et leur expression. Loin d'être une entrave, ce cadre, idéalement fixé par la loi, permet de protéger les experts de pressions qui pourraient être exercées afin de modifier l'expertise. Il évite aussi que des groupes d'experts sortent de leur rôle quel qu'en soit le motif.

La charte de l'expertise sanitaire [7] constitue un socle réglementaire protégeant les experts et par là la qualité de l'expertise. En France, elle est définie par la loi (Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du Code de la santé publique). Elle permet aux commanditaires et aux organismes chargés de la réalisation des expertises de respecter les principes d'impartialité, de transparence, de pluralité. Elle permet aussi d'assurer la qualité de l'expertise au regard de la compétence et de l'indépendance de ceux qui la conduisent, de la traçabilité des sources utilisées, de la transparence des méthodes mises en œuvre et de la clarté des conclusions.

Une infrastructure indépendante des experts, comme c'est le cas pour le Haut Conseil de santé publique (HCSP) ou la Haute Autorité de santé (HAS), permet un contrôle du respect des procédures et de l'indépendance des experts. Elle assure le contrôle de qualité tant sur le fond que sur la forme. Composée de professionnels chevronnés, cette infrastructure accompagne le processus d'expertise aux côtés des experts. Elle est le garant du respect de la charte de l'expertise sanitaire dans ses différents volets.

Un règlement intérieur [8], validé par une autorité externe à la structure qui réalise l'expertise et rendu public, constitue le dernier aspect réglementaire d'une expertise de qualité. Celui-ci prévoit ainsi les

L'ESSENTIEL

▣ **La crise sanitaire provoquée par l'épidémie de SARS-CoV-2 a mis à l'épreuve le système d'expertise en France comme à l'étranger. Certaines analyses ou recommandations ont ainsi été critiquées ou contestées par les citoyens ou par les hommes politiques, le développement des chaînes d'information ou des réseaux sociaux favorisant les affrontements plutôt que la construction d'un consensus.**

▣ **Il est donc important de revenir aux fondamentaux de l'expertise. Si l'analyse des données issues de la science est la base de la construction de l'expertise, les données probantes ne peuvent être le seul élément de ce processus. D'autres étapes jouent un rôle fondamental : le cadre réglementaire, le recrutement des experts, le contrôle de qualité, la validation et la publicité des avis sont autant de points qui vont contribuer à la qualité des avis et des recommandations produits.**

▣ **Dès lors que ces différentes conditions seront remplies – y compris en temps de crise –, les résultats des expertises pourront être pris en considération comme des avis au-delà de l'expression des opinions individuelles ou collectives.**

principales conditions de fonctionnement, évitant les adaptations de fonctionnement en fonction des circonstances. Le fonctionnement en situation de crise doit y être détaillé.

Le recrutement des experts

Le recrutement des experts participant à une instance d'expertise est un temps fondamental de l'expertise. Le processus de sélection doit garantir la qualité des experts, la pluridisciplinarité, mais aussi l'absence de lien d'intérêt voire de possible collusion pour promouvoir une tendance particulière durant l'élaboration d'un avis. Ainsi, les experts ne peuvent représenter une institution ou un groupe de professionnels ou une association. Les mêmes règles doivent être respectées pour la composition des groupes de travail.

Le recrutement doit être réalisé sur la base d'un appel à candidature et par un comité externe à la structure.



La cooptation est un biais de sélection préjudiciable *a priori* à la qualité de l'expertise, rétrécissant les points de vue et pénalisant la dynamique nécessaire à l'élaboration des avis.

Un examen attentif des liens ou des conflits d'intérêt est impératif, les liens d'intérêt convergents de certains pouvant amener à réduire des expressions minoritaires dans les groupes de travail.

Une pluralité et une pluridisciplinarité sont nécessaires à la prise en compte de différents points de vue lors de l'analyse des données disponibles. La surreprésentation d'une discipline, d'un établissement ou autre doivent ainsi être évitées.

Cette étape de constitution de la commission d'expertise est ainsi cruciale pour garantir la qualité de l'expertise produite. On peut noter que cette étape de recrutement des experts est menée très rigoureusement dans les instances d'expertises sanitaires nationales françaises.

La saisine par les commanditaires

Le fonctionnement par saisine doit être un fonctionnement privilégié même s'il apparaît contraignant pour les experts. En effet, la saisine permet de préciser l'objet, le calendrier et les conditions de réalisation de l'expertise. Elle permet surtout une concertation entre l'organisme

chargé de la réalisation de l'expertise et le commanditaire de cette expertise, selon des modalités adaptées au contexte et au degré d'urgence de la saisine.

La saisine garantit aussi l'utilité de l'expertise qui répondra à une attente formalisée par le commanditaire. Elle permet de préciser éventuellement les modalités d'association ou de consultation des parties prenantes et le délai de réponse permettant de garantir l'adéquation entre l'expertise et la décision publique.

La présentation des conclusions au commanditaire de l'expertise ou aux parties prenantes est un aspect important du travail d'expertise. Elle permet d'identifier les éléments qui peuvent nécessiter une clarification au regard des questions posées et des décisions à prendre par le commanditaire.

La saisine garantit ainsi tout aussi bien la pertinence de l'expertise que son utilité, les autosaisines étant réservées à des questions émergentes, non encore identifiées par les autorités sanitaires et pour lesquelles les données probantes sont encore peu nombreuses.

La méthodologie d'élaboration des avis

L'élaboration des avis constitue le corps de l'expertise qui permet d'identifier des données probantes,

base des recommandations. Elle doit avant tout reposer sur une analyse exhaustive de la littérature, faite dans la mesure du possible par des tiers ne participant pas directement à l'élaboration de l'avis ou du rapport d'expertise. Cette analyse permet d'éviter le biais de confirmation, l'un des biais cognitifs les plus fréquents consistant à ne retenir que les résultats d'études confirmant une opinion.

Le référencement de toutes les affirmations présentes dans l'avis ou dans le rapport est un autre point essentiel permettant au commanditaire ou au lecteur de s'assurer de la pertinence des prémices des recommandations qui vont aider à la décision publique. Ainsi, la plupart des avis comportent plusieurs dizaines de références bibliographiques scientifiques ou de littérature grise disponible sous forme de rapports ou d'autres documents.

La séparation entre des affirmations fondées sur une évidence scientifique, celles fondées sur un consensus d'experts justifié par des données scientifiques et celles fondées sur des opinions non fondées scientifiquement est un point essentiel du processus d'élaboration de l'expertise. Dans un certain nombre de cas, l'évidence scientifique est en effet trop faible pour permettre d'élaborer des recommandations sur cette base. Ce

faible niveau de preuve nécessite donc d'élaborer un consensus d'experts qui doit répondre à des exigences fortes, dont l'expression justifiée des avis minoritaires qui doivent d'autant plus être pris en compte que le niveau de preuve est faible.

La traduction de l'évidence scientifique en recommandations d'actions est une étape importante de la production des avis. Pour être pertinentes, ces recommandations doivent être élaborées non sur la simple connaissance d'un effet produit, mais lorsque cela est possible, sur la base d'une analyse de type bénéfice-risque ou d'une évaluation *ex ante*¹ des mesures proposées.

La validation des avis et le contrôle de qualité

La validation des avis est le dernier temps de la production de l'expertise. Cette étape permet d'assurer le contrôle qualité de l'expertise tant en termes de cohérence interne et de cohérence externe, que de pertinence ou de processus.

Pour cela, l'étape de validation doit être 1) externe au groupe de travail qui a produit l'expertise ; 2) si possible collégiale ; 3) et impliquer l'infrastructure de l'institution produisant l'expertise. À titre d'exemple, le HCSP comme la HAS comportent

des collègues validant les rapports ou les avis en situation ordinaire et des procédures rapides pour la validation des saisines urgentes. Par ailleurs, les présidents des deux institutions, qui valident *in fine* les avis ou les rapports d'expertise, ne participent pas à l'élaboration des expertises.

La publicité

Une fois remises aux commanditaires, toutes les expertises doivent être publiées de façon à ce que la population puisse disposer des éléments qui ont amené à prendre telle ou telle décision. Si la situation idéale serait celle d'une publication immédiate, celle-ci ne doit pas être une pression exercée sur le décideur par les experts soucieux de voir retenues leurs recommandations. Savoir que cette analyse des données scientifiques disponibles sera accessible au public, même de façon différée, est déjà en soi une pression importante.

Conclusion

La crise sanitaire provoquée par l'épidémie de SARS-CoV-2 aura mis – et continue de mettre – sous tension le système de l'expertise sanitaire en France comme dans les autres pays. Les experts ne sont pas les décideurs et n'ont souvent pas les données qui leur permettraient de

prendre les décisions. En revanche, ils doivent garantir que les avis et les recommandations qu'ils fournissent aux commanditaires ont le niveau de qualité permettant d'asseoir les décisions. Si les données probantes sont la base de l'expertise en santé publique, elles ne peuvent, à elles seules, la résumer et en garantir la qualité. Différentes étapes permettant de générer des recommandations stratégiques ou opérationnelles à partir des données expérimentales ou même des éléments issus de la littérature grise sont elles aussi importantes pour en garantir la qualité, la pertinence et la cohérence. C'est dans cette perspective qu'a été établi un cadre réglementaire dont la charte de l'expertise sanitaire constitue le socle et les étapes de contrôle de qualité. C'est à cette condition que, même en situation de crise sanitaire, les décideurs pourront disposer de recommandations permettant de définir une politique de santé publique reposant sur les données actuelles de la science. ■

1. Effectuée avant la mise en œuvre d'une intervention publique, NDLR.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Deroche C., Jomier B., Vermeillet S. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion*. [Rapport remis au président du Sénat] Paris : Sénat, 8 décembre 2020, rapport n° 199 : 486 p. En ligne : <http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-11.pdf>

[2] Haut Conseil de la santé publique. Coronavirus SARS-CoV-2 : nettoyage des locaux d'un patient confirmé et protection des personnels. *La lettre du HCSP*. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=761>

[3] République française. *Décret n° 2017-323 du 13 mars 2017 relatif au Haut Conseil de la santé publique, version en vigueur au 26 mai 2021*. Légi-

france. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034183160/>

[4] République française. *Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19*. Légifrance. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041746313/>

[5] Organisation mondiale de la santé. Grippe aviaire : questions fréquemment posées. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 4 novembre 2005, n° 44, p. 377-384. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/232932/WER8044_377-384.PDF?sequence=1&isAllowed=y

[6] *Le président du Haut Conseil de la santé publique dénonce le « populisme scientifique »*. Audition du président du Haut Conseil de la santé publique, Franck Chauvin, par la Commission

d'enquête du Sénat sur l'évaluation des politiques publiques face aux pandémies. 16 septembre 2020. Youtube. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=Wu-V5UHQRZ0>

[7] République française. *Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L.1452-2 du Code de la santé publique*. Légifrance. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000027435251/2013-05-23/#LEGIARTI000027435251>

[8] République française. *Arrêté du 13 décembre 2018 portant approbation du règlement intérieur du Haut Conseil de la santé publique*. Légifrance. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037833010/>

Vers une action publique éclairée par la preuve

Pierre Arwidson,
directeur adjoint,
Direction de la prévention
et de la promotion
de la santé,
Santé publique France.

Quarante-cinq pour cent des cancers seraient liés à des facteurs de risque évitables. Pour faire des progrès dans la lutte contre le cancer, il est nécessaire d'offrir à la population des interventions efficaces et de les disséminer largement [1]. Il y a deux enjeux derrière cet objectif. Le premier est le repérage des interventions efficaces. C'est l'objet des portails dont se dotent de nombreux pays. Le deuxième est la dissémination de ces interventions. Cette dissémination implique de trouver le juste équilibre entre la fidélité [2] au programme initial, qui permet de conserver l'efficacité, et la flexibilité qui permet l'adaptation aux différents contextes. Ceci nécessite la création d'une base centralisée qui répertorie les adaptations d'un programme donné et qui les supervise [3].

Pourquoi partir de programmes ayant déjà fait l'objet de recherche et ayant montré leur efficacité ?

Parmi les catégories de recherche dont les résultats permettent de faire progresser la prévention et la promotion de la santé, il y en a une qui est particulièrement importante pour les responsables de santé publique. Il s'agit des expérimentations ayant permis d'estimer l'impact de différentes modalités d'intervention. L'attribution du gain de santé observé comporte un jugement du niveau de preuve de causalité, qui est l'objet des différentes synthèses et méta-analyses. Ce niveau de preuve est à l'origine de l'adjectif « probant », proposé par nos amis québécois pour traduire le terme anglais *evidence-based*.

L'estimation de cet impact est une étape incontournable si l'on veut pouvoir calculer ensuite un retour sur investissement. Sans connaissance de l'impact de l'investissement, il n'y a aucune possibilité de faire un plaidoyer pour la prévention et la promotion de la santé. Le site de l'Institut de politique publique de l'État de Washington – *Washington State Institute for Public Policy (WSIPP)* –, créé en 1983, met à jour un calcul du retour sur investissement de nombreuses interventions sanitaires, sociales et éducatives. Le *WSIPP* est la référence internationale dans ce domaine. Le programme d'amélioration du climat de travail scolaire en classe primaire, nommé *Good Behavior Game*¹, adapté à la France par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale², permettrait ainsi un retour sur investissement de 62,80 dollars pour un dollar investi³ s'il était appliqué dans cet État.

Les dimensions temporelles : ancienneté, durée du suivi et temps de mise en œuvre

Nous disposons d'un patrimoine de cinquante ans de recherche en prévention et en promotion de la santé. Pour donner un exemple d'ancienneté, on peut citer l'un des plus célèbres programmes communautaires de promotion de la santé cardio-vasculaire qui a débuté en 1972. Le programme finlandais dit de Carélie du Nord a permis de faire baisser la mortalité cardio-vasculaire dans cette région de 73 % entre 1970 et 1995, à comparer à seulement 65 % dans l'ensemble de la Finlande [4]. Ce programme a ensuite été disséminé à l'ensemble du pays [5].

En plus de l'ancienneté, une autre dimension temporelle est celle de la durée de suivi après l'intervention. On

peut donner comme exemples deux programmes dont l'adaptation française est en cours : *Nurse Family Partnership*⁴ et *Good Behavior Game*. *Nurse Family Partnership* est une intervention de visite à domicile pré- et postnatale, qui a permis de montrer des effets positifs dans des domaines sanitaires et sociaux dix-neuf ans après l'intervention [6], soit jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte des enfants. Le programme *Good Behavior Game*, qui consiste à améliorer le climat de travail en cours préparatoire par un travail en équipe, a montré des effets positifs à long terme avec un suivi de quinze ans, de 6 à 21 ans.

La dernière dimension temporelle est celle du temps nécessaire pour mettre en place une recherche de qualité, puis sa mise à disposition du plus grand nombre. Rona Campbell, de l'université de Bristol, principale investigatrice d'un programme de prévention par les pairs de l'entrée dans le tabagisme de collégiens, a commencé à développer son projet en 1993. R. Campbell a mis huit ans pour concevoir l'intervention et son évaluation, et surtout pour trouver les ressources humaines, financières et les partenariats afin de réaliser l'intervention entre 2001 et 2004. Le premier article scientifique n'a été publié qu'en 2008 [7], soit quinze ans après le début du projet. La phase de dissémination, confiée à une structure à but non lucratif nommée *Evidence to Impact*⁵, est en cours, soit près de vingt ans après le début du projet.

L'expérimentation française Intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité (Icaps), fondée sur une approche socio-écologique de promotion de l'activité physique chez les collégiens, s'est tenue en Alsace de 2002 à 2006. L'article décrivant

L'ESSENTIEL

■

▣ **L'un des enjeux les plus importants de la prévention et de la promotion de la santé est de repérer les interventions efficaces et de favoriser leur dissémination pour en faire bénéficier le plus largement possible la population. Hélas à ce jour, les résultats des expérimentations en prévention et en promotion de la santé sont considérablement sous-exploités. Toutefois, depuis ces dernières décennies, les initiatives se multiplient pour faire émerger ces actions efficaces et les faire connaître. Ainsi, en France, en Europe, aux États-Unis et à travers le monde, nombre d'agences de santé publique ont créé des sites Internet afin de faire connaître les programmes ayant fait la preuve de leur efficacité. Revue synthétique de ces initiatives.**

l'impact d'Icaps sur la réduction de la prise de poids des collégiens a été publié en 2008 [8]. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a ensuite réalisé un guide de dissémination publié en 2012 [9]. Ce n'est qu'en 2020 qu'un dispositif de dissémination a été mis en place par Santé publique France, soit quatorze ans après la fin de la recherche.

Avant de nous engager dans de nouvelles expérimentations ou des évaluations qui consomment énormément de ressources et de temps, nous devons nous servir en priorité des résultats de recherches déjà réalisées. Il est nécessaire d'avoir la modestie d'accepter que « nous sommes des nains assis sur les épaules de[s] géants⁶ » qui nous ont précédés.

Les portails d'interventions probantes : un nouvel objet de santé publique

Les résultats des expérimentations en prévention et en promotion de la santé sont malheureusement sous-exploités. Ces résultats dorment au fond d'articles scientifiques difficiles d'accès. Les abonnements aux revues sont souvent payants, les articles sont rédigés dans un jargon technique et scientifique. Ils sont donc peu accessibles pour les utilisateurs finaux potentiels. On constate dans ces articles une partie hypertrophiée sur la méthode d'évaluation, qui contraste avec une maigre description de l'intervention, souvent à partir de quelques

mots ambigus ou polysémiques. Abraham et Michie prennent l'exemple de termes aussi vagues que « groupes de discussion » ou « conseil individualisé [10] », qui ne disent strictement rien sur ce qui s'est réellement passé.

Pour répondre à ce besoin, des sites ont été créés afin de faire connaître les programmes ayant fait la preuve de leur efficacité. Parmi les pionniers, on peut noter les *Blueprints for Health Youth Development*, créés aux États-Unis en 1996⁷. Cette base contient 18 programmes dits *model* et *model plus* et 80 programmes prometteurs. Une autre structure pionnière est le *National Registry of Evidence-based Programs and Practices*⁸ (NREPP), créé par le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Samsha)* américain en 1997. La base qui contient environ 350 programmes consacrés à la santé mentale et aux addictions a quitté le *Samsha* en 2017 et a rejoint un autre site agrégateur du *Pew Charitable Trusts*⁹. Le *Samsha* s'est orienté depuis vers la production de dossiers documentaires¹⁰. Par exemple, celui sur la prévention de l'usage des e-cigarettes contient, en plus de la situation épidémiologique et d'une analyse psychosociologique du vapotage, la promotion de plusieurs programmes de prévention efficaces, comme *smokeSCREEN*, *This is Quitting*, *CATCH My Breath* et la campagne *The Real Cost* [11].

Un autre site célèbre est l'*Evidence-Based Cancer Control Programs* (EBCCP¹¹) qui se nommait autrefois *Research-Tested Intervention Programs* (RTIPs). Ce dispositif a été créé par le *National Cancer Institute* américain en 2003 [12] et appartient au projet *Cancer Control Plan, Link, Act, Network and Evidence-based tools* (*Planet*). Le changement de dénomination de RTIPs à EBCCP donne plus clairement l'objectif du dispositif de lutte contre le cancer. EBCCP contient une base de données de plus de 200 programmes, incluant par exemple des programmes sur la nutrition, l'activité physique, le tabagisme, l'obésité, la sécurité solaire et la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV). Ce site offre également des ressources pédagogiques¹² pour la mise en œuvre d'une intervention fondée sur les preuves. Ces ressources pédagogiques sont

prises en œuvre sous la responsabilité du *Cancer Prevention and Control Research Network*.

Ces portails, en tant que nouveaux objets de santé publique sont devenus un objet d'étude, comme pour une équipe de l'université du Michigan qui compare les différentes catégories de portails [13], et étudie les variations de classification par différents portails d'un échantillon de 100 programmes [14].

Ces portails se développent au niveau des pays européens. Un réseau européen a été initié par Santé publique France et le Centre fédéral d'éducation pour la santé allemand (BzGA) ; il est animé par EuroHealthNet¹³. De son côté, Santé publique France est en train de construire un portail pour la France¹⁴, dans le cadre du dispositif Initiative en Santé Publique pour l'Interaction de la Recherche, de l'Intervention et de la Décision (InSPIRe-ID), piloté par la Direction générale de la santé. Le développement de ce portail a été très ralenti par la pandémie de la Covid-19 qui absorbe une grande partie des ressources humaines de l'agence.

L'indispensable intersectorialité d'une approche fondée sur des preuves

Un Fonds d'expérimentation pour la jeunesse¹⁵ a été mis en place en 2008 (article 25 de la loi n° 2008-1249). Ce fonds a pour but de financer des programmes expérimentaux visant à favoriser la réussite scolaire des élèves, l'égalité des chances et l'insertion sociale et professionnelle des jeunes. L'Agence nouvelle des solidarités actives a fait, en 2014, le bilan du mouvement d'expérimentation sociale à partir en particulier de l'expérience du Fonds d'expérimentation jeunesse [15]. À cette occasion, des ateliers d'échanges avec de nombreuses institutions ont permis de faire émerger un réseau informel de professionnels et d'institutions intéressés par les approches fondées sur les preuves. Le premier travail réalisé par ce réseau a été l'étude sur la transférabilité en France des *What works Centres* britanniques [16]. Ce même réseau vient de publier un guide, réalisé dans le cadre d'un soutien financier de Santé publique France. Le titre du guide est *Vers une action publique éclairée par*

la preuve. Un guide pour identifier et mettre en œuvre ce qui fonctionne [17]. Le travail autour de ce guide a permis de maintenir une dynamique positive de collaboration entre des institutions aussi différentes que France Stratégie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, la Direction interministérielle de la transformation publique, l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, et bien sûr Santé publique France.

Conclusion

Il faut avoir la modestie de s'appuyer sur l'expérience passée et sur les efforts d'évaluation de nos prédécesseurs. Il faut aussi avoir le souci du meilleur usage possible de l'argent public. Ces deux éléments doivent guider notre stratégie dans le domaine de la prévention et de la promotion, comme dans celui de l'ensemble de l'action publique. ■

1. Le jeu du comportement adapté, NDLR.
 2. <https://grvs06.org/good-behavior-game-gbg/> (Consulté le 24 avril 2021.)
 3. <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost?topicId=9> (Consulté le 24 avril 2021.)
 4. Que l'on pourrait traduire par « Partenariat famille-infirmière », NDLR.
 5. Que l'on pourrait traduire par « impact probant », NDLR. <http://evidencetoimpact.com> (Consulté le 23 avril 2020.)
 6. Citation attribuée à Bernard de Chartres, XI^e siècle.
 7. Que l'on pourrait traduire par Plan pour le développement des jeunes en santé, NDLR. En ligne : <https://www.blueprintsprograms.org/program-search/> (Consulté le 23 avril 2021.)
 8. Registre national des programmes et pratiques fondés sur des données probantes.
 9. <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/data-visualizations/2015/results-first-clearinghouse-database> (Consulté le 23 avril 2021.)
 10. <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/reducing-vaping-among-youth-young-adults> (Consulté le 23 avril 2021.)
 11. <https://ebccp.cancercontrol.cancer.gov/index.do> (Consulté le 23 avril 2021.)
 12. <https://cpcrn.org/training> (Consulté le 24 avril 2021.)
 13. <https://eurohealthnet.eu/members-section/developing-health-promotion-and-disease-prevention-best-practice-portals-cologne> (Consulté le 24 avril 2021.)
 14. <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante> (Consulté le 24 avril 2021.)
- Accès direct au catalogue thématique : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/recherche/spf__internet_registre
- Méthodes et critères de sélection : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/methode-et-criteres-de-selection>
15. <https://www.experimentation-fej.injep.fr/8-quest-ce-que-le-fej.html> (Consulté le 24 avril 2021.)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Chambers D. A., Vinson C.A., Norton W.E. *Advancing the science of implementation across the cancer continuum*. New York : Oxford University Press, 2019 : 440 p.
- [2] Castro F. G., Barrera M. Jr., Martinez C. R. Jr. The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 2004, vol. 5, n° 1 : p. 41-45. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- [3] Chambers D. A., Norton W.E. The adaptome: Advancing the science of intervention adaptation. *American Journal of Preventive Medicine*, 2016, vol. 51, n° 4, Suppl. 2 : S124-S131. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5030159/>
- [4] Puska P., Nissinen A., Tuomilehto J., Salonen J. T., Koskela K., McAlister A. *et al.* The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia project. *Annual Review of Public Health*, 1985, vol. 6 : p. 147-193. En ligne : <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.06.050185.001051>
- [5] Puska P., Vartiainen E., Laatikainen T., Jousilahti P., Paavola M. *The North Karelia Project: from North Karelia to national action*. Helsinki : National Institute for Health and Welfare (THL), 2009 : 298 p.
- [6] Eckenrode J., Campa M., Luckey D. W., Henderson C. R. Jr., Cole R., Kitzman H. *et al.* Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2010, vol. 164, n° 5 : p. 9-15. En ligne : <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/10.1001/archpediatrics.2009.240>
- [7] Campbell R., Starkey F., Holliday J., Audrey S., Bloor M., Parry-Langdon N. *et al.* An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*, 2008, vol. 371 : p. 1595-1602. En ligne : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60692-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60692-3/fulltext)
- [8] Simon C., Schweitzer B., Oujaa M., Wagner A., Arveiler D., Tribi E. *et al.* Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. *International Journal of Obesity (London)*, 2008, vol. 32, n° 10 : p. 1489-1498.
- [9] Rostan F., Simon C., Ulmer Z. *Promouvoir l'activité physique des jeunes : Elaborer et développer un projet de type Icaps*. Saint Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2011 : 190 p. En ligne : https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/inpes_promouvoir_l_activite_physique_des_jeunes_elaborer_et_developper_un_projet_type_icaps.pdf
- [10] Abraham C., Michie S. A. Taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology*, 2008, vol. 27, n° 3 : p. 379-387. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/5226990_A_Taxonomy_of_Behavior_Change_Techniques_Used_in_Interventions
- [11] Duke J. C., MacMonegle A. J., Nonnemaker J. M., Farrelly M. C., Delahanty J. C., Zhao X. *et al.* Impact of The Real Cost media campaign on youth smoking initiation. *American Journal of Preventive Medicine*, 2019, vol. 57, n° 5 : p. 645-651. En ligne : <https://www.rti.org/publication/impact-real-cost-media-campaign-youth-smoking-initiation>
- [12] Sanchez M. A., Vinson C. A., Porta M. L., Viswanath K., Kerner J. F., Glasgow R. E. Evolution of Cancer Control P.L.A.N.E.T.: moving research into practice. *Cancer Causes & Control*, 2012, vol. 23, n° 7 : p. 1205-1212. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10552-012-9987-9>
- [13] Burkhardt J. T., Schroter D. C., Magura S., Means S. N., Coryn C. L. An overview of evidence-based program registers (EBPRs) for behavioral health. *Evaluation & Program Planning*, 2015, vol. 48 : p. 92-99.
- [14] Means S. N., Magura S., Burkhardt J. T., Schroter D. C., Coryn C.L. Comparing rating paradigms for evidence-based program registers in behavioral health: evidentiary criteria and implications for assessing programs. *Evaluation & Program Planning*, 2015, vol. 48 : p. 100-116. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308470/pdf/nihms-642936.pdf>
- [15] Le Bars S., Prigent M., Rickey B., Aitout C.-S. L'Expérimentation sociale à l'épreuve du terrain. Un bilan d'une décennie d'expérimentations sociales en France. Paris : Agence nouvelle des solidarités actives, *Les Contributions*, 2014, n° 16 : 47 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-03/Ansa_Contribution16_ExperimentationSoc.pdf
- [16] Allard C., Rickey B. *What works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Paris : Agence nouvelle des solidarités actives, mars 2017 : 199 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-03/Ansa_RapportWWC_2017_VF.pdf
- [17] Clergeau A., Andres A., Rickey B. *Vers une action publique éclairée par la preuve. Un guide pour identifier et mettre en œuvre ce qui fonctionne*. Paris : Agence nouvelle des solidarités actives, 2021 : 60 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2021-03/Ansa_Action_Publique-V4.pdf

Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts aux changements des pratiques

Linda Cambon,

professeur titulaire de la chaire Prévention, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) – Santé publique France, centre Inserm U 1219, université de Bordeaux.

« Données probantes », « transférabilité », « transfert de connaissances » sont des termes de plus en plus utilisés dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé (PPS). Que signifient ces concepts ? Qu'engagent-ils de nos pratiques ? Sont-ils compatibles avec les principes de promotion de la santé ? C'est à ces questions que se propose de répondre cet article.

De la hiérarchie à la complémentarité des données probantes

Utiliser les preuves produites ailleurs est le principe fondateur de la « démarche probante ». Derrière se cache l'épineuse question de la preuve, très largement colorée du paradigme positiviste expérimental qui hiérarchise les niveaux de preuves non pas au regard du sens qu'elles ont pour discuter le problème à résoudre, mais à celui des moyens scientifiques de les générer [1]. Ainsi, les méta-analyses, revues de littérature et essais contrôlés randomisés produiraient des preuves de niveau



plus élevé que les méthodes qualitatives, non comparatives ou les consensus d'experts.

Cette hiérarchie, empruntée au domaine clinique de la santé publique, a montré depuis longtemps maintenant ses limites en prévention et promotion de la santé, où tant la complexité des interventions que celle des effets qu'elles génèrent appellent à considérer autrement ce qui fait preuve [1]. Ainsi, la notion de « données probantes » a-t-elle évolué. Selon l'Organisation mondiale

de la santé, ces données probantes sont des « conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé [2] ». Elles peuvent porter sur [3] : 1) la problématique expliquant les liens entre déterminants et état de santé, l'importance et la sévérité des problèmes de santé publique et la possibilité de les prévenir (sur quoi agir ?) ; 2) les solutions, c'est-à-dire les leviers ou modalités d'intervention

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

efficaces (quelle intervention est efficace sur le problème considéré ?) ; 3) les conditions d'implantation des interventions (comment et à quelles conditions cette intervention est-elle efficace ?). Ces données probantes, parce qu'elles sont constituées de données scientifiques, expérientielles et contextuelles, sont de fait produites par des méthodes différentes.

Au-delà du mythe de la reproductibilité, la transférabilité

Les données probantes qui intéressent le plus les acteurs ont trait aux solutions à mettre en œuvre pour traiter les problèmes connus. La démarche probante appelle à repérer les interventions ayant montré leur efficacité ailleurs afin d'être reproduites. Cependant, que transfère-t-on ? N'est-ce pas contradictoire avec les principes de promotion de la santé qui engagent la participation des bénéficiaires de l'intervention dans sa conception ? Derrières ces questions se dessine le concept de transférabilité, obligeant à définir ce qu'il est et ce qu'il n'est pas.

La transférabilité est la mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte [4]. Cette notion est centrée sur le résultat et non sur le processus pour l'obtenir, ce qui ne convoque pas d'appliquer, forcément et tout à fait, la même intervention. Ainsi, la transférabilité se distingue de l'applicabilité ou de la reproductibilité (*i. e.* la mesure dans laquelle les processus d'une intervention dans un contexte donné peuvent être mis en œuvre dans un autre contexte) en intégrant des conditions d'adaptation nécessaires à la genèse du résultat [5]. Ce n'est donc pas l'intervention que l'on transfère, mais certaines de ses composantes, d'autres étant adaptées au contexte.

Cette précision fondamentale révèle un déterminant majeur du résultat à considérer : le contexte dans lequel l'intervention est implémentée. Ce dernier inclut l'environnement physique et social ainsi que les caractéristiques des acteurs en présence, intervenants ou bénéficiaires. Analyser la transférabilité d'une

L'ESSENTIEL

■ **► Pour promouvoir la santé d'une personne, d'un groupe de population ou de la population entière, il est incontournable d'utiliser les connaissances scientifiques et de les articuler avec les savoirs dits « expérientiels » des acteurs. Cette démarche renforce l'assise scientifique des interventions tout en prenant en compte les savoir-faire des acteurs et les expériences de terrain.**

intervention revient donc à estimer *a priori* les éléments propres à l'intervention qui doivent rester intègres, contrairement à ceux à adapter. Cela peut d'ailleurs amener aussi à modifier le contexte lui-même afin de favoriser l'implantation, l'acceptabilité ou l'effet de l'intervention. En réalité, cette analyse oblige à décortiquer la « boîte noire » des interventions (*voir encadré page suivante*).

Par cette démarche d'adaptation et d'ancrage contextuel, l'analyse de la transférabilité est compatible avec les principes de promotion de la santé. De plus, la démarche est participative, car elle sollicite les acteurs de ce contexte (dont la population) afin de déterminer les conditions d'adaptation nécessaires. Elle peut être accompagnée par certains outils et cadres [5 ; 6] (dont, en français, la grille Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé – Astaire).

Mise à l'échelle et macro-système

De la même manière que pour la transférabilité qui envisage le transfert d'un contexte à un autre – autre lieu, autre population, etc. –, les freins à la mise à l'échelle (*i. e.* la généralisation d'une intervention à grande échelle) sont une préoccupation des acteurs. Dans quelles conditions des innovations réalisées à un endroit peuvent-elles être étendues plus largement ? Pour répondre à cette question, il faut non seulement envisager la transférabilité, mais également leur capacité à s'adapter aux exigences sociales, économiques et environnementales du contexte élargi.

En effet, une intervention peut être transférable, mais peu généralisable pour des raisons liées au contexte macro-systémique. Cela peut être lié à la réglementation, à l'acceptabilité par les intervenants, à la trop grande importance des ressources à mobiliser pour être pérenne, ou tout simplement à la plus-value de l'innovation vis-à-vis des actions déjà en place sur le terrain. En d'autres termes, pour être généralisée, une action doit avoir démontré qu'elle est utile, qu'elle peut s'inscrire dans le droit commun, qu'elle est éthique, qu'elle est pérenne [7].

De la démarche probante aux partages de connaissances

De ces différentes notions naît le constat suivant : la démarche probante en prévention et promotion de la santé (PPS) ne revient pas à appliquer ce qui se fait ailleurs, mais à intégrer des connaissances nouvelles visant à fabriquer des pratiques nouvelles. On parle de partage ou transfert de connaissances, défini par l'Institut national de santé publique du Québec comme un « *ensemble d'activités et de mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé* ». Selon quels processus cette intégration se fait-elle ? Comment favoriser ce partage de connaissances (PC) chez les acteurs de la PPS ? Une chose est certaine : cela dépasse la simple diffusion de ces dernières. De nombreux facteurs sont à prendre compte dans le succès d'une démarche de PC : les caractéristiques des connaissances, les acteurs impliqués, les organisations dans lesquelles les acteurs évoluent.

En d'autres termes, ce n'est pas en diffusant des articles sur les expérimentations efficaces que les acteurs vont changer leur pratique. Il faut pour cela une combinaison de stratégies [8 ; 9] favorisant à la fois la diffusion – p. ex. : un résumé vulgarisant des données, une vidéo, un site Web, etc.) –, les échanges – réseautage, forums de discussion –, la formation et la collaboration. Dans le cadre de l'étude française

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cambon L., Ridde V., Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'*evidence-based health promotion* dans le contexte français. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2010, vol. 58, n° 4 : p. 277-283. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/261989/article/reflexions-et-perspectives-concernant-l-dans-le-co>
- [2] WHO Regional Office for Europe. Evidence policy for the WHO Regional Office for Europe. [Internet]. Copenhagen : 2004. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/eni/evidencepolicy.pdf>
- [3] Brownson R. C., Fielding J. E., Maylahn C. M. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health*, 2009, vol. 30 : p. 175-201. En ligne : https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
- [4] Wang S., Moss J. R., Hiller J. E. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, mars 2006, vol. 21, n° 1 : p. 76-83. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article/21/1/76/646412>
- [5] Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, décembre 2013, vol. 13, n° 1, art. 1184. En ligne : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1184>
- [6] Schloemer T., Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science* [Internet], décembre 2018 [cité 9 juillet 2019], vol. 13, n° 1, art. 88. En ligne : <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0751-8>
- [7] Chen H. T. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Evaluation & Program Planning*, août 2010, vol. 33 : p. 205-214. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718909001013?via%3Dihub>
- [8] LaRocca R., Yost J., Dobbins M., Ciliska D., Butt M. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. *BMC Public Health*, 2012, vol. 12, art. 751. En ligne : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-751>
- [9] Langer L., Tripney J., Gough D. *The Science of using science: researching the use of research evidence in decision-making*. Londres : EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London, 2016 : 57 p. En ligne : <https://www.alliance4useofevidence.org/assets/Science-of-Using-Science-Final-Report-2016.pdf>

Transfert de connaissances en région (TC-REG), les conditions de succès des stratégies de partage de connaissances en prévention et promotion de la santé ont été analysées (voir encadré ci-dessous).

Conclusion

L'utilisation et l'articulation des connaissances scientifiques aux savoirs expérimentiels des acteurs est un enjeu du développement d'une promotion de la santé crédible. Que

l'on parle de transfert d'intervention ou de connaissances pour modifier une pratique ou une organisation professionnelle, la démarche renforce l'assise scientifique des interventions tout en valorisant les expériences de terrain. Elle est d'autant plus pertinente qu'elle respecte les savoir-faire des acteurs et leur permet de gagner en efficacité, en créativité et en partenariat. ■

Contact : linda.cambon@u-bordeaux.fr

EXEMPLE DE CE QUI PEUT CONSTITUER LA BOÎTE NOIRE

Prenons l'exemple d'une formation de professionnels visant à changer leurs pratiques en prévention. Derrière le mot « formation » se cache en réalité une multitude de composantes interventionnelles (*i. e.* liées à l'intervention) : posture pédagogique, méthodes de communication et outils de formation, compétences, adéquation des contenus à l'expérience des participants, etc. Ces éléments vont prendre place dans un contexte particulier, dans lequel la formation s'inscrit. Il est fait des caractéristiques des participants

– expériences, attitudes, dispositions – et de l'environnement – ambiance, lieu, ressources, volontariat, possibilités de mise en pratique. Parmi ces éléments, certains sont plus ou moins influents sur le résultat et modifiables. C'est leur identification que vise l'analyse de la transférabilité afin d'anticiper les résultats et, par conséquent, les nécessaires adaptations d'un contexte à l'autre pour obtenir le résultat : intérêt, accroissement des compétences, sentiment de pouvoir mettre en pratique, etc.

L'ÉTUDE FRANÇAISE TC-REG

Trente-cinq activités de partage de connaissances ont pu être standardisées [1] (une activité standardisée = un objectif), et regroupées en 11 catégories. Par ailleurs, TC-REG a permis de mettre en évidence les conditions d'efficacité de ces activités et notamment les rôles spécifiques : 1) de l'environnement professionnel ; 2) du caractère apprenant de la démarche ; 3) de la perception de son utilité (action plus efficace, davantage financée, apport de nouveautés, partenariat, émulation, etc.) ; 4) et l'auto-efficacité perçue à utiliser efficacement ces données probantes. Par exemple, l'activité « formation à l'utilisation des données probantes » n'est efficace que si les compétences acquises permettent d'être plus performant dans les appels à projet, de se sentir à l'aise dans le maniement des apports

probants pour justifier son action, et si des données probantes sont facilement accessibles (par exemple produites par un centre de ressources documentaires).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Affret A., Prigent O., Porcherie M., Aromatario O., Cambon L. Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention: a participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Research Policy & System*, 15 août 2020, vol. 18, n° 1, art. 91. En ligne : <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00602-z>

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

Prévention et promotion de la santé : produire des données probantes utiles dans la pratique

Chloé Hamant,
référente régionale recherche,
coordinatrice d'Émergence,
dispositif d'appui en prévention
et promotion de la santé,
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (Ireps)
Auvergne-Rhône-Alpes,
Timothée Delescluse,
chargé de projet,
Promotion santé Normandie
pour le groupe Recherche
interventionnelle et transfert
en connaissances (Ritec)
de la Fédération nationale
d'éducation et de promotion
de la santé (Fnes).

La prévention et la promotion de la santé s'inscrivent dans une approche écologique [1] qui implique de développer des interventions complexes aux effets multiples, engageant des méthodes d'évaluation spécifiques [2 ; 3 ; 4 ; 5]. Ces dernières soulèvent d'importantes questions méthodologiques, liées notamment aux limites de l'utilisation des paradigmes métho-

logiques expérimentaux construits pour l'évaluation clinique. Ainsi, les savoirs sur ces interventions croisent deux enjeux : leur production et leur utilisation, le premier étant intimement lié au deuxième. Comment produire des « données probantes » sur les interventions en prévention et promotion de la santé, qui soient utiles à la pratique ? De quoi parle-t-on lorsque l'on parle de données probantes en prévention et promotion de la santé ? Pour intervenir sur un problème de santé des populations, 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. Nous avons pour cela besoin des données du problème [6], premier grand pan de ces données probantes. Cependant, comment résoudre ce problème ? La connaissance fine d'un problème ne suffit pas à savoir comment agir efficacement pour le résoudre. Au-delà de l'intuition et de la satisfaction des publics, au-delà de la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des maladies [7], les données sur les solutions [6] doivent permettre d'améliorer l'efficacité des interventions complexes. Les données sur les problèmes (les problèmes de santé et leur causes) et celles sur les solutions – sur les interventions – sont donc de différentes natures, mais complémentaires.



© Corinne Wargnier

Des savoirs scientifiques et expérimentaux complémentaires

Pour être utiles à la pratique, les données disponibles sur l'efficacité des interventions doivent non seulement attester de leurs effets, mais également fournir les éléments qui permettent de comprendre comment et pourquoi elles sont efficaces, afin que ces éléments soient transférables à d'autres contextes d'intervention [2].

Plusieurs modes de production de données probantes sur les interventions complexes coexistent et sont complémentaires ; ils permettent de répondre aux trois interrogations guidant la pratique [8] :

- l'intervention est-elle efficace ? La mesure des effets et de l'impact s'inscrit plus volontiers dans des méthodes et des temporalités propres à la recherche académique... D'où le développement progressif d'une autre voie : la recherche interventionnelle en santé des populations. Interdisciplinaire par essence, elle mobilise différentes disciplines et associe professionnels et bénéficiaires de l'intervention ;

- comment (et donc par quels mécanismes) est-elle efficace ? Les leviers et les composantes des interventions peuvent être analysés dans le cadre de la recherche interventionnelle. Ils sont particulièrement développés dans les capitalisations d'expériences, les évaluations de processus ou les analyses de transférabilité (voir article *Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts aux changements des pratiques, dans ce dossier central*) ;

- comment l'intervention peut-elle être efficace dans d'autres contextes ? Les analyses de transférabilité et les capitalisations d'expérience interrogent les contraintes et les ressources des contextes et décrivent les formes d'application possibles. Elles permettent de recenser les conditions à réunir pour implanter une intervention probante dans un autre contexte et sont sources d'inspiration sur les formes qu'elles peuvent prendre.

Utiliser les données probantes pour intervenir

Ces données probantes sont mobilisées dans la mise en œuvre d'un projet ayant une dimen-

sion de promotion de la santé ; l'enjeu est qu'elles soient réellement utilisables par les professionnels, et donc qu'elles s'inscrivent dans leur culture professionnelle et dans leurs référentiels. Un projet se structure en différentes phases : analyse de la situation, choix des priorités, définition des objectifs, choix des stratégies et des leviers d'intervention, planification et recherche de ressources, mise en œuvre, évaluation, jusqu'à sa valorisation. Cette approche trouve des variantes suivant les acteurs, mais elle sert globalement de support à la méthodologie de projet, colonne vertébrale de la construction d'intervention en promotion de la santé. Comment passe-t-on des résultats d'une recherche (les résultats d'expérimentation d'intervention) à un savoir activé – mobilisé dans la pratique ?

Les données probantes sur le problème permettent d'analyser la situation afin de mettre en place une intervention qui corresponde à un besoin en santé, à une demande des publics. Cependant, où se situent les données probantes sur les solutions dans la méthodologie de projet ?

Le recours aux données probantes sur les interventions est un outil majeur à différentes étapes du projet :

- le choix des stratégies et des leviers d'intervention peut s'appuyer sur des expériences menées ou sur des stratégies probantes mobilisées dans d'autres contextes. Ces leviers d'intervention seront mobilisés en fonction des contextes, et leur forme y sera adaptée ;
- la planification et la mobilisation des ressources peuvent 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 ;
- l'évaluation de processus du projet peut porter sur les leviers probants d'intervention. En s'appuyant sur le modèle logique de l'action [9], 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'inter-

vention. Si l'on peut démontrer que les leviers utilisés sont probants, on peut supposer que les effets de cette intervention-ci seront proches de ceux observés en situation de recherche interventionnelle. L'action est alors dite « prometteuse [10] ».

Pour conclure

Les informations sur les données probantes en prévention et promotion de la santé sont difficiles à trouver pour les acteurs (*voir article Se documenter sur les interventions probantes : un défi pour les acteurs de terrain, dans ce dossier central*). L'ingénierie requise pour rendre ces savoirs d'intervention partageables est à développer pour répondre à la complexité des interventions et être utile aux acteurs [11]. Les acteurs intermédiaires assurent ce travail de conception favorisant le transfert de connaissances et sa mise en œuvre. Il s'agit de plus de plus de professionnels que l'on pourrait qualifier d'hybrides chercheurs-acteurs de terrain, à l'interface entre recherche, décision et actions [12]. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Renaud L., Lafontaine G. *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique : guide pratique*. 2^e édition. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 2019, 42 p. En ligne : <http://promosante.org/international-intervenir-en-promotion-de-la-sante-laide-de-laprophe-ecologique-guide-pratique/>

[2] Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé publique*, 2017, vol. 29, n° 1 : p. 31-39. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.htm>

[3] Ridde V., Haddad S. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61 (suppl. 2) : p. S95-106. En ligne : http://equitesante.org/documents/articles/Ridde-Haddad_2013_Pragmatisme_et_realisme.pdf

[4] Tarquinio C., Kivits J., Minary L., Coste J., Alla F. Evaluating complex interventions: Perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology & Health*, 2015, vol. 30, n° 1 : p. 35-51. En ligne : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01573571/file/Evaluating%20complex%20inter>

ventions%20Perspectives%20and%20issues%20for%20health%20behaviour%20change%20interventions.pdf

[5] Hawe P., Shiell A., Riley T. Complex interventions: how "out of control", can a randomised controlled trial be? *BMJ*, 2004, vol. 328, art. 7455 : p. 1561-1563. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/15217878/>

[6] Potvin L., Di Ruggiero E., Shovelier Jean A. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La Santé en action*, 2013, n° 425 : p. 13-15. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pour-une-science-des-solutions-la-recherche-interventionnelle-en-sante-des-populations>

[7] Ferron C., Breton E., Guichard A. Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. Dossier. *La Santé en action*, 2013, n° 425 : p. 10-41. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2013-n-425-recherche-interventionnelle-en-sante-publique-quand-chercheurs-et-acteurs-de-terrain-travaillent-ensemble>

[8] Moore F., Audrey S., Barker M., Bond L., Bonell C., Hardeman W. *et al.* Process evaluation of complex

interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 2015, vol. 350 : h1258. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4366184/>

[9] Morestin F., Castonguay J. *Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment ?* [Note documentaire] Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2013 : 11 p. En ligne : https://www.ccnpps.ca/docs/LogicModeleLogique_Fr.pdf

[10] Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Refips). *Pratiques prometteuses en promotion de la santé*. En ligne : <http://promosante.org/pratiques-prometteuses/>

[11] Affret A., Prigent O., Porcherie M., Aromatario O., Cambon L. Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention: a participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Research Policy & Systems*, 15 août 2020, vol. 18, n° 1, art. 91. En ligne : <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00602-z>

[12] Munerol L., Cambon L., Alla F. Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 5 : p. 587-597. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-587.htm>

Les professionnels formés à la valorisation des savoirs expérientiels en promotion de la santé

Marion Porcherie,
ingénieure de recherche,
université Rennes,
École des hautes études en santé
publique (EHESP), Centre national
de la recherche scientifique (CNRS),
Arènes UMR 6051,
Béatrice Georgelin,
chargée de mission,
Société française de santé publique,
Laxou.

Une enquête menée par la Société française de santé publique (SFSP) en 2016 a mis en évidence le besoin d'outillage des professionnels de la promotion de la santé pour accéder à des connaissances sur les interventions de terrain et les diffuser. De ce constat est née une démarche de Capitalisation des expériences en promotion de la santé (Caps), portée par un collectif d'acteurs institutionnels et associatifs (voir l'article *Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode, dans ce dossier central*). Proposer une formation à l'accompagnement en capitalisation constitue un moyen privilégié pour que la démarche soit connue, appropriée, mise en œuvre et promue par un nombre croissant d'acteurs du champ de la promotion de la santé et, au-delà, des champs qui contribuent à la santé des populations (sanitaires, sociaux, environnementaux...).

Approche par compétences

La formation de trente heures, inaugurée en 2020, est portée conjointement par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et par le groupe de travail national sur la capitalisation. Elle s'adresse à des professionnels en formation continue comme à des étudiants en formation initiale. Elle vise, dans une logique de professionnalisation, à acquérir par la pratique les compétences nécessaires à l'activité concernée. Elle s'inscrit en cela dans la nouvelle approche par compétences et répond aux référentiels européens [1 ; 2]. Ainsi, une session de formation articule des temps

en présentiel (trois jours) avec une mise en situation et vise l'acquisition des compétences suivantes : 1) valoriser les savoirs expérientiels des acteurs en promotion de la santé ; 2) accompagner l'identification et le partage des savoirs expérientiels des acteurs en promotion de la santé. L'objectif est que les personnes formées puissent promouvoir l'intérêt de recueillir les savoirs expérientiels et sachent mener et partager avec d'autres une ou plusieurs capitalisations d'interventions en promotion de la santé, suivant la méthode Capitalisation des expériences en promotion de la santé (Caps), garante d'une pratique éthique de la capitalisation.

Deux promotions formées

Deux premières sessions de formation ont eu lieu auprès de neuf étudiants en master 2 en Promotion de la santé et Prévention (PSP) à l'EHESP et de douze professionnels, au cours desquelles tous ont pu mener avec succès la capitalisation d'une intervention. L'apprentissage passe ainsi par la production de capitalisations originales, qui bénéficient également aux porteurs d'interventions choisies par les apprenants pour être capitalisées. Le témoignage ci-après l'illustre. Durant le premier confinement lié à la pandémie de Covid-19, une partie des activités menées par le collectif L'Orange bleue, association œuvrant en Bretagne pour la réduction des risques en milieu festif, a basculé en format numérique afin de maintenir le lien avec les usagers. La mise en place, successivement, d'une ligne d'écoute et d'un serveur sur la plateforme Discord a représenté un moyen pour le collectif de répondre à l'urgence, de garder un sens à ses missions, mais aussi d'expérimenter de nouvelles façons de faire. Cynthia Hurel, étudiante du master 2 PSP à l'EHESP (2020-2021), a pu dans le cadre de sa formation accompagner la capitalisation de ce collectif. Blandine Raitière, coordinatrice du collectif, y a contribué. Toutes deux témoignent de l'intérêt de capitaliser et de savoir capitaliser ces expériences : « La capitalisation de nos initiatives en 2020 a permis de recevoir un avis extérieur sur les projets menés au cours de la crise sanitaire,

dont le recul a enrichi leur évaluation. Grâce à ce travail, nous avons pris connaissance de ressources pertinentes et espérons que notre expérience servira à d'autres », témoigne Blandine Raitière.

« Rigueur et adaptabilité permettent de recueillir et de rendre partageable l'expérience de porteurs de projets comme Blandine. Ces compétences sont très enrichissantes pour porter un autre regard sur ces actions et participer à leur diffusion », commente Cynthia Hurel.

Une communauté de pratique des démarches de capitalisation

Fondée sur des valeurs partagées de respect de l'éthique et de partage, la future communauté de pratique réunissant les personnes formées et les institutions porteuses et partenaires sera structurée dans une visée d'apprentissage continu grâce au partage des capitalisations réalisées et à la diffusion de ressources innovantes et pertinentes. Les espaces de discussion créés entre les professionnels formés pourront venir en appui de la production de nouvelles capitalisations, et de l'élaboration d'analyses transversales. Cette formation innovante sera accessible dès 2022 à un nombre croissant de professionnels, grâce notamment à l'ouverture d'une offre de formation continue à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), afin que tout professionnel intéressé puisse acquérir les compétences nécessaires pour capitaliser. ■

L'ESSENTIEL

► L'École des hautes études en santé publique (EHESP) et le groupe de travail national sur la capitalisation organisent depuis 2020 une formation à la capitalisation des expériences en promotion de la santé d'une durée de trente heures, à destination des étudiants et des professionnels acteurs de terrain. À ce jour, une vingtaine de personnes ont été formées et une quarantaine le seront en 2021-2022. Premiers enseignements.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization, Regional Office for Europe. *WHO-ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region*. Copenhague : WHO, 2020 : 72 p.
- [2] Dempsey C., Battel-Kirk B., Barry M. M. et les partenaires du projet CompHP. *Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé*. Paris : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), février 2011 : 28 p.

Programme de soutien aux familles et à la parentalité 6-11 ans : dix ans d'expérience en France

Corinne Roehrig,
médecin de santé publique, thérapeute familiale,
pilote nationale du Programme de soutien
aux familles et à la parentalité (PSFP),
Comité départemental d'éducation
pour la santé Alpes-Maritimes (Codes 06).

Le Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) est l'adaptation française du *Strengthening Family Program* (SFP), de l'américaine K. Kumpfer. SFP est un programme psycho-éducatif de renforcement des compétences familiales, faisant partie des programmes répertoriés comme « interventions probantes » dans les revues scientifiques de littérature internationale [1]. Les évaluations ont démontré que SFP améliore les compétences parentales : efficacité et confiance en soi, supervision et investissement ; les compétences psychosociales des enfants : communication, gestion des émotions, résistance à la pression des pairs ; le climat et les liens familiaux. À long terme, il réduit l'initiation aux produits psychoactifs et leur consommation.

L'adaptation française PSFP est mise en œuvre depuis 2011 dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, et s'adresse aux familles en grande difficulté éducative. Elle les implique dans 14 sessions hebdomadaires de deux heures, animées par quatre professionnels, majoritairement éducateurs ou travailleurs sociaux, en trois temps : une heure en parallèle dans des groupes séparés parents et enfants (6-11 ans), puis une heure commune parents-enfants.

Le programme s'appuie sur les concepts de résilience, d'auto-efficacité, d'apprentissage social et de communication non violente. Il développe l'attention positive et la communication, explore le champ des émotions et pose les bases d'une discipline ferme et bienveillante. Il offre un contexte d'échanges constructifs et progressifs au cours desquels les participants apprennent aussi de leurs expériences et de leurs savoir-faire respectifs. Il permet aux parents d'élargir l'éventail de leurs pratiques parentales, dans un contexte

de bienveillance et d'expérimentations concrètes ; il améliore les compétences professionnelles des animateurs au-delà du programme.

L'adaptation d'un programme « probant » est essentielle à sa réussite [2]. Elle doit en respecter les fondamentaux et se limiter aux modifications de forme. En France, l'adaptation culturelle de SFP en PSFP a consisté à modifier plusieurs activités et jeux de rôle ; et, pour permettre l'adaptation contextuelle, un protocole d'implantation a été élaboré, permettant à la fois de former longuement et scrupuleusement des animateurs et de mobiliser des familles. Deux études ont été nécessaires pour adapter SFP au contexte français et évaluer PSFP : 1) faisabilité et acceptabilité dans une commune ; 2) validation des premiers résultats obtenus en quartiers prioritaires de la ville (QPV) [3]. Une évaluation de l'efficacité de PSFP, réalisée par Santé publique France, sera publiée courant 2021 [4].

L'efficacité du Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) a été évaluée entre 2015 et 2017 auprès de 308 familles dans 19 villes, avec des mesures répétées – avant l'intervention, un mois après et six mois après – dans deux groupes, l'un ayant bénéficié du programme de 14 sessions en présentiel, l'autre, d'un livret de conseils parentaux à utiliser en autonomie. Sans pouvoir citer ici les résultats complets, voici deux indicateurs concernant le processus : le taux d'assiduité des familles atteint 73 %, et leur niveau de satisfaction 97 %. Parmi les résultats en termes d'efficacité, le programme induit : 1) une baisse de l'hyperactivité et des troubles du comportement chez les enfants ; 2) une amélioration de l'engagement parental, du bien-être des enfants et de la santé mentale des parents. Ces résultats sont observés un mois après l'intervention. À six mois, les effets bénéfiques sont maintenus concernant la baisse des troubles du comportement et l'amélioration du bien-être de l'enfant. Le point faible de PSFP est aussi ce qui fait sa force : il requiert un temps incompressible

L'ESSENTIEL

■ **Un programme de soutien à la parentalité et au développement des compétences psychosociales de l'enfant, conçu aux États-Unis, a été reconnu « probant » outre-Atlantique. Depuis 2010, il est adapté puis mis en œuvre en France sur 32 sites dans huit régions. L'efficacité est-elle transférable dans ce type d'intervention de promotion de la santé ? L'évaluation indique que le programme français réduit les troubles du comportement chez les enfants et améliore leur bien-être.**

d'investissement pour pouvoir être mis en œuvre intégralement afin d'être efficace. Il nécessite donc un engagement important des villes, qui en sont le pivot ; il faut du temps pour informer et former, pour s'imprégner du programme et animer les 14 sessions. Le Programme de soutien aux familles et à la parentalité compte sur le long terme, sur sa répétition sur un même site.

Le suivi des implantations de PSFP 6-11 ans sera fait en routine par Santé publique France [5] pour les trois ans à venir, afin de garantir la qualité du dispositif sur l'ensemble du territoire, via 1) des données de processus : fidélité des activités délivrées, expérience et motivation des animateurs, assiduité des familles, leur satisfaction et les effets ressentis du programme ; 2) l'évolution de l'engagement parental et des troubles du comportement de l'enfant, et des pratiques professionnelles des animateurs.

L'ensemble de ces stratégies permettra d'accompagner le déploiement du Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) au-delà des 32 sites implantés dans huit régions françaises¹. L'implantation de PSFP est encadrée au niveau national par l'équipe du Comité départemental d'éducation pour la santé



© Jimmie Cozard

Alpes-Maritimes (Codes 06), directement auprès des villes ou *via* un transfert de compétences à des développeurs locaux susceptibles de déployer le Programme de soutien aux familles et à la parentalité sur plusieurs sites². Elle comprend le soutien méthodologique aux porteurs de projet, du premier contact à l'évaluation du programme, ainsi que les temps de formation des acteurs locaux. ■

1. Les régions qui implantent *via* leurs Ireps/Codes sont : Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), Nouvelle-Aquitaine, Grand-Est, Normandie, Réunion, Guyane, Mayotte; et l'association Cairn 71 pour la Bourgogne-Franche-Comté.

2. 12 nouveaux sites à venir en 2021-2022.

Pour en savoir plus

● Articles complémentaires, détails des sessions, témoignages de parents, d'animateurs et d'élus sur le site www.codes06.org, onglet parentalité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*. Linden (Colorado) : UNODC : p. 18-24. En ligne : <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf>
- [2] Burkhart G. *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2013 : 51 p. En ligne : https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/729/TDAX13002ENN_final_442518.pdf
- [3] Roehrig C., Pradier C. Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité. *Santé publique*, septembre-

octobre 2017, vol. 29, n° 5 : p. 643-653. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-5-page-643.htm>

[4] Lasbeur L., Pelat C. Évaluation de l'efficacité de PSFP 6-11 ans en comparaison à une intervention minimale en parentalité. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 2 p.

[5] Gorza M., Houzelle N., Sempé S., Lasbeur L., Hamsany M., Du Roscoat E. *et al.* Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : l'action de Santé publique France. *Enfances & Psy*, 2018, vol. 77, n° 1 : p. 37-48. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/promouvoir-la-sante-de-l-enfant-en-soutenant-les-competences-parentales-l-action-de-sante-publique-france>

Valoriser et transformer le savoir d'expériences en connaissances appropriables

Vanessa Galissi,
Apolline Caroux,
responsables de projets,
PromoSanté Île-de-France.

Agir en promotion de la santé invite à s'appuyer sur un corpus de savoirs et de compétences, issus de données scientifiques, recommandations, évaluations, savoirs expérientiels des professionnels et des publics concernés [1]. Ainsi, le transfert de connaissances¹ [2] est un enjeu essentiel pour guider les pratiques de terrain dans le but de renforcer la qualité des interventions. Les activités de PromoSanté Île-de-France² sont orientées vers ces finalités, au travers de ressources en ligne, temps d'échange entre professionnels, et capitalisation des expériences (en adéquation avec le groupe de travail national³).

Articuler les savoirs par l'intégration de la capitalisation dans des dossiers

Les dossiers numériques Comprendre et Agir apportent des ressources pour faciliter la compréhension du sujet et la mise en œuvre de projets. Quatre dossiers sont disponibles : nutrition, compétences psychosociales, littératie en santé et participation des habitants-usagers-citoyens. Les deux chapitres Comprendre et Agir, avec des sous-rubriques sur les enjeux, concepts et apports opérationnels, permettent de faire des liens entre différents types de ressources.

La capitalisation des expériences est intégrée dans ces dossiers sous forme de mises en récit de la pratique, avec cinq à neuf récits par thématique. Ce processus s'attache à transformer et à valoriser l'expérience en « un capital au service de tous, pour qu'elle puisse être partagée et enrichir théorie et pratique [3] ». La démarche de capitalisation consiste à interconnecter les différents types de savoirs : 1) en s'appuyant sur les savoirs des professionnels, par des entretiens narratifs croisant les points de vue de décideurs et de professionnels de terrain ; 2) en assurant un rôle d'« accompagnateur », par

des techniques d'entretien et de médiation entre savoirs théoriques et savoirs pratiques ; 3) en intégrant les récits dans le chapitre Agir, et en complémentarité avec le chapitre Comprendre, pour une illustration en pratique des concepts, enjeux et facteurs d'efficacité.

Favoriser l'appropriation des savoirs

Afin de renforcer leurs compétences en promotion de la santé, il s'agit de permettre aux professionnels de s'approprier [2] les récits d'expérience. Pour les structures engagées dans la capitalisation, la mise en récit et l'articulation avec les dossiers permettent une réflexivité sur leurs pratiques, contribuant à leur auto-formation. Cette appropriation semble d'autant plus avérée lorsque la thématique et ses méthodes sont émergentes ou peu maîtrisées. Par exemple, selon M. Laurier de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Paris, « on n'avait pas conscience qu'on faisait de la littératie en santé, on était comme M. Jourdain, on en faisait sans le savoir ». Pour les autres professionnels, PromoSanté Île-de-France pose l'hypothèse que l'articulation au sein d'un dossier entre des analyses théoriques et pratiques favorise l'appropriation des logiques d'intervention. Les récits en sont une illustration opérationnelle, donnant des clés de compréhension adaptées au contexte spécifique des professionnels : stratégies d'action, leviers, contournement des freins...

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes. *Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé. Quelques éléments de cadrage*. Ireps et agence régionale de santé Rhône-Alpes, juin 2018 : 20 p. En ligne : http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=0f376a89d29dc2cffe1fbeb647d020e6
- [2] Lemire N., Souffrez K., Laurendeau M.-C. *Animer un*

Perspectives

PromoSanté Île-de-France vise une stratégie complète de transfert de connaissances, telle que définie par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [2] et reprise par Breton *et al.* [4] : diffusion, échange, formation et accompagnement. Plusieurs chantiers liés à la capitalisation sont en cours : 1) capitaliser également les savoirs des habitants-usagers-citoyens (avec l'Institut Renaudot) ; 2) renforcer l'implication des structures faisant l'objet de capitalisations : co-rédaction du récit et appui à son appropriation ; 3) animer des temps de travail collaboratif à partir des récits : appropriation, mise en lien avec les pratiques, éléments transférables. ■

1. « Ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. » (INSPQ, 2009.)

2. PromoSanté Île-de-France est un dispositif d'appui aux professionnels franciliens intervenant en promotion de la santé.

3. La méthode du groupe de travail piloté par la Société française de santé publique (SFSP) et la Fédération nationale d'éducation et de la promotion de la santé (Fnès) est décrite dans ce document.

Pour en savoir plus

● Dossiers Comprendre et Agir (voir les rubriques « Retours d'expériences »). <https://www.promosante-idf.fr/dossier>

processus de transfert de connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), octobre 2009 : 59 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf

[3] De Zutter P. *Des histoires, des savoirs et des hommes : l'expérience est un capital*. Éditions-diffusion Charles Léopold Mayer, 1994 : 137 p. En ligne : http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDesHommes.pdf

[4] Breton É., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W. (dirs.) *La Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes : Presses de l'EHESP, Coll. Références Santé Social, 2017 : 588 p.

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

« L'expérience de terrain et l'accroissement du pouvoir d'agir des personnes sont essentiels »

Entretien avec Stéphane Giganon,
directrice démarche qualité,
association de lutte contre le sida
et les hépatites virales AIDES.

La Santé en action : Pourquoi AIDES a-t-elle très tôt utilisé le partage des connaissances comme élément essentiel de l'intervention probante ?

Stéphane Giganon : Ce point fait partie de l'ADN de l'association depuis sa création en 1984 par Daniel Defert. À ce moment-là, il y avait une incapacité de la part du corps médical et des pouvoirs publics à répondre à l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les malades et leurs proches, qui n'avaient pas de réponses, se sont mobilisés collectivement pour faire face au danger et pour survivre. Ils s'informaient, se soutenaient, prenaient la parole publiquement : ensemble, qu'est-ce qu'on peut faire ? C'est quoi, le VIH ? Comment le combattre ? Ils ont fini par acquérir de nombreuses connaissances, parfois supérieures à celles des professionnels de santé. Depuis l'origine, la formation et la sensibilisation à partir de l'expérience sont un pilier central du fonctionnement de l'association, parce qu'elles permettent de faire reculer la stigmatisation et la discrimination. Le sida, c'est aussi une épidémie qui a une dimension sociale, avec des inégalités qui ont un impact sur la santé des individus. En menant des expériences sur le terrain, il y a des pratiques qui émergent et qui montrent leur efficacité, même si elles ne sont pas validées par une démonstration scientifique. Chacun des acteurs donne son expérience métier ou son expérience de vie pour construire une connaissance commune et partagée. Cela apporte de l'*empowerment* (capacité d'agir) individuel et collectif. En d'autres termes, l'expérience de terrain et l'accroissement du pouvoir d'agir des personnes sont essentiels.

L'ESSENTIEL

Depuis sa création, l'association AIDES place les personnes concernées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites au centre de l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation de toute action de prévention et de promotion de la santé. Ce sont donc les personnes accompagnées, les volontaires et les salariés de l'association qui décident ensemble si une intervention est « probante », c'est-à-dire efficace au bénéfice de la population.

S. A. : *Comment ces connaissances issues de l'expérience sont-elles collectées ?*

S. G. : Le développement d'une action suit un processus bien balisé. Prenons l'exemple d'une démarche communautaire en matière de dépistage. Les personnes qui viennent à l'association font part de leur insatisfaction en la matière. À partir de leur vécu, on expérimente un mode d'intervention efficace, le test rapide Trod¹. On crée ensuite des outils (type cahier des charges, assurance qualité) pour capitaliser ce qui a bien marché. On déploie cette intervention sur quelques sites, afin de mettre au point des outils méthodologiques qui vont permettre ensuite de diffuser la pratique dans tout le réseau et de former les militants. Enfin, nous mettons en place des outils de suivi et d'évaluation de l'action pour vérifier qu'elle est bien implantée selon les règles. Dans ce déroulé, il y a parfois une étape supplémentaire qui est l'action de plaidoyer. Elle a pour but de mobiliser afin de changer la législation. Par exemple, auparavant, les non-médecins ne pouvaient pas effectuer le test de dépistage Trod. C'est parce que nous avons montré que c'était possible et plus efficace de le faire par des accompagnants associatifs qu'en novembre 2010 un arrêté a autorisé les non-professionnels de santé à réaliser ce dépistage. Cela a été le premier programme

de santé communautaire dans la politique de santé publique. La dernière étape consiste à valoriser ces connaissances. Pour ce faire, nous publions des guides communs d'action, qui font office de référentiels, comme celui sur les *Lieux de rencontres extérieurs*². Nous produisons aussi des documents, les *C dans AIDES* : celui de janvier 2020 était ainsi consacré aux « Actions en milieu carcéral ». Cela permet de transférer les connaissances afin qu'elles soient appropriées par tous, au sein du réseau, mais aussi par les parties prenantes, les partenaires et le public auquel nous nous adressons.

S. A. : *Comment formez-vous vos volontaires et vos salariés ?*

S. G. : Le parcours de formation est essentiel dans notre association. Il comprend une formation initiale, un socle commun sur ce que l'on fait et comment on le fait. Celle-ci est suivie de trois modules, obligatoires, tant pour les salariés que pour les volontaires. Le premier porte sur la transformation sociale (notre histoire, nos valeurs, nos principes d'action...). Le second est centré sur la démarche communautaire. Le troisième est consacré à l'*empowerment*, ou comment développer ses compétences – ici, associatives (savoir-être et savoir-faire militant) – pour aider les personnes à augmenter leurs capacités d'agir. Cela crée un cadre sécurisant dans lequel tous – séropositifs, gays, trans, consommateurs de produits, etc. – se sentent à l'aise, en confiance pour vivre leur différence, se mobiliser et porter une parole qui a été construite collectivement. Chacun y partage un même niveau de connaissance et, de façon équitable, peut renforcer son pouvoir d'agir. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel,
journaliste.

1. Le test de dépistage rapide à orientation diagnostique (Trod) permet de déterminer rapidement la séropositivité VIH-Sida d'un individu à partir d'une goutte de sang ou d'un échantillon de salive.
2. http://www.platforme-elsa.org/_files/Guide_Lieux_Rencontre_Exterieur.pdf

France Assos Santé : prendre en compte les savoirs expérientiels des usagers

Les accompagnateurs du programme Capitalisation des expériences en promotion de la santé (Caps), France Assos Santé.

France Assos Santé est engagée dans la démocratie en santé, la valorisation de la parole des usagers et des savoirs expérientiels. Sa légitimité et sa plus-value reposent sur ses délégations régionales, présentes dans toutes les régions (métropole et DOM-TOM), et sur le nombre et la diversité de ses associations-membres (représentant les patients, les familles, l'environnement, le handicap, les personnes âgées/retraitées, les consommateurs, la précarité...). La variété des thématiques abordées et des publics accompagnés témoigne de l'importance d'un tel réseau et du grand nombre d'actions potentiellement capitalisables, c'est-à-dire transférables dans d'autres contextes, d'autres territoires.

De surcroît, les actions déployées par les associations sont étayées par les savoirs expérientiels de leurs adhérents et notamment de leurs bénéficiaires.

En 2018, financée par la Direction générale de la santé, France Assos Santé a engagé un

recensement des actions en prévention et promotion de la santé de son réseau. Elles sont réunies dans le *Répertoire des actions de prévention et de promotion de la santé de France Assos Santé*¹, formalisées dans des fiches-actions (voir encadré ci-dessous).

Dans la continuité, en 2019, afin de pouvoir engager la démarche de capitalisation d'expériences en promotion de la santé, France Assos Santé a décidé d'intégrer le programme Capitalisation des expériences en promotion de la santé (Caps), piloté par la Société française de santé publique (SFSP) et par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) [voir notamment article *Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode, dans le dossier central*]. Dans ce cadre, il était nécessaire que des salariés de France Assos Santé et d'associations-membres puissent se former à la méthode. En 2020, des délégations régionales (Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Provence-Alpes-Côte d'azur, Île-de-France), l'Association française des hémophiles (AFH²) et l'Association française des polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (Afric³) ont suivi une formation dédiée. Ainsi, à compter du

deuxième semestre 2021, les premières capitalisations pourront commencer au sein du réseau. Progressivement, d'autres délégations régionales et d'autres associations pourront se former à la méthode, rejoignant ainsi le groupe des premiers accompagnateurs du programme Capitalisation des expériences en promotion de la santé (Caps).

L'intégration de France Assos Santé dans la démarche Caps concrétise l'importance du rôle des associations dans le système de santé, notamment dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. La capitalisation d'expériences des associations-membres de France Assos Santé leur permettra d'être mieux reconnues dans leur capacité à savoir déployer des actions efficaces voire efficientes, étayées par les savoirs expérientiels, produisant des résultats en améliorant l'état de santé des différents publics accompagnés. ■

1. <https://repertoire-actions.france-assos-sante.org>
2. www.afh.asso.fr
3. www.polyarthrite.org

UN RÉPERTOIRE DES ACTIONS EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Dès sa création, le *Répertoire des actions de prévention et de promotion de la santé* des associations-membres a suscité une forte mobilisation. En 2020, un site dédié a été créé. Il est possible d'y rechercher des actions par mots-clés, thématiques, pathologies, associations, zones géographiques, et les responsables peuvent remplir leurs fiches-actions directement en ligne.

Cet outil participatif a pour but de valoriser les actions du réseau, de permettre aux acteurs associatifs de mieux se connaître, de s'inspirer, de collaborer. Il est aussi une base de données des savoirs expérientiels,

qui permet de repérer facilement des actions éventuellement capitalisables.

À ce jour, le *Répertoire* compte plus de 250 actions, dans l'ensemble très ciblées. Plus de 20 % portent sur de l'accompagnement personnalisé ou s'adressent à des publics à risques. Parmi elles, les groupes de parole, rencontres, réunions d'informations sont fortement représentés. Les actions d'éducation pour la santé sont également à l'honneur (21 %). La notion de l'aller-vers et la qualité de vie sont en première ligne avec plus de 25 % d'actions pour chacune de ces deux thématiques. Près de la

moitié des actions recensées concernent des maladies chroniques et proviennent d'associations telles Fibromyalgie France, Fibromyalgie SOS, l'Association française des hémophiles (AFH), la Fédération française des diabétiques, La Ligue contre le cancer, l'Union nationale des associations familiales (Unaf), Transhépate, l'Association François Aupetit-Crohn-rectocolite hémorragique (AFA-Crohn-RCH), etc.

Enfin, depuis la survenue de la crise sanitaire en mars 2020, une trentaine d'actions en lien avec la Covid-19 ou adaptées à celle-ci ont été recensées.

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

Master de psychologie en Prévention : « Conjuguer connaissances théoriques et savoir expérientiel du terrain »

Entretien avec

Annique Smeding,

professeure des universités, responsable du parcours Prévention, master de psychologie, université Savoie Mont Blanc (Chambéry).

La Santé en action : Pourquoi votre université a-t-elle créé une formation de psychologie centrée sur les interventions probantes en prévention et promotion de la santé ?

Annique Smeding : L'utilisation de données scientifiques et de modèles théoriques validés est habituelle dans une formation de psychologie. Mais l'ajout des savoirs expérientiels – c'est-à-dire des connaissances propres des professionnels et bénéficiaires avec qui nous travaillons – est moins courante, notamment dans le champ de la prévention. Cette « pratique intégrative » est la spécificité de ce parcours de master : partir du principe que

les différentes sources de connaissances sont toutes importantes pour les interventions en prévention et promotion de la santé. Concrètement, cette pratique intégrative se traduit par un suivi poussé des problèmes de santé traités lors des stages professionnels de master 2, en travaillant particulièrement l'articulation entre le contexte d'intervention et les données disponibles (scientifiques, politiques, juridiques). Dans ce cadre, l'évaluation systématique de l'intervention envisagée avec les acteurs de terrain en termes de pertinence, de faisabilité et de bien-fondé est réalisée.

S. A. : Quel est le contenu de cet enseignement ?

A. S. : Nous recevons environ 200 candidatures et formons 15 titulaires de licence de psychologie par an. Le stage représente 800 heures, soit la moitié des heures du parcours en master 1 et master 2 ; il permet cet aller-retour entre modèles théoriques et expérience de terrain. Autrement dit, conjuguer connaissances théoriques et savoir expérientiel du terrain. Ces stages se déroulent dans les agences régionales de santé (ARS), les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), les structures associatives comme La Ligue contre le cancer, les réseaux de prévention de l'addiction (centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie – Csapa, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – Caarud...), les accueils Santé mentale des structures psychiatriques. Et aussi dans les collectivités locales qui ont besoin d'évaluer leurs interventions pour voir si elles fonctionnent. Chaque étudiant est tutoré de près par des professionnels de terrain et l'équipe pédagogique. Pour ce qui concerne le contenu, outre les classiques de l'enseignement en prévention (introduction à la santé publique, addictions, risques psychosociaux...), la formation est axée sur trois volets : 1) connaissances fondamentales des comportements de santé et les modèles scientifiquement validés de changement comportemental ; 2) acquisition d'une méthodologie de projet fondée sur l'approche des données probantes afin de pouvoir réaliser des interventions (concep-

tion, mise en œuvre, évaluation) ; 3) outils d'intervention en prévention (animation de groupe, entretien motivationnel, éducation thérapeutique...) et en promotion de la santé mentale (gestion du stress, méditation pleine conscience, psychologie positive...).

S. A. : Votre formation répond-elle aux critères des données probantes ?

A. S. : Oui, puisque le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) a reconduit notre accréditation en 2020. Le Hcéres a notamment souligné l'originalité de notre programme, adossé à la recherche scientifique et s'appuyant sur des modèles théoriques empiriquement validés. Non seulement nous faisons la démonstration que notre parcours est spécifique, mais nous montrons aussi que les étudiants diplômés ont une bonne insertion professionnelle¹. Afin de continuer de faire évoluer la formation, les encadrants des stages sont systématiquement conviés aux soutenances de master, y compris par visioconférence, ce qui permet d'avoir des retours du terrain et de mesurer l'adéquation de l'enseignement avec leurs attentes. Ainsi, des propositions de modules de formation suite aux suggestions des acteurs de terrain viennent enrichir régulièrement la formation. Enfin, si l'on regarde ailleurs, la prise en compte des données probantes existe bien sûr dans d'autres formations (NDLR : voir encadré ci-contre). Toutefois, la spécificité de notre parcours est qu'il intervient dans un cursus de psychologie, ce qui en France reste encore trop rarement le cas. Le fait que ce type de formation demeure peu répandue a pour effet de réduire l'efficacité des interventions visant à promouvoir la santé. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

LA PLACE DES DONNÉES PROBANTES DANS LES FORMATIONS

Outre l'exemple de l'université de Savoie (voir ci-contre), et l'École des hautes études en santé publique (EHESP), de nombreuses autres universités de Lorraine, de Clermont-Ferrand, de Lyon, de Nice ou encore l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) à Bordeaux, etc. ont intégré dans leurs cursus de prévention et de promotion de la santé la prise en compte des données probantes et qui s'inscrivent dans différentes disciplines : santé publique, sciences de l'éducation, sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps). Ces formations portent également sur l'articulation des différents types de savoirs : par les stages et l'accompagnement de ceux-ci, par de l'alternance, par des projets tutorés en lien avec les partenaires du champ prévention et promotion de la santé, par le travail des mémoires, par la mise en perspective des pratiques professionnelles au regard des connaissances académiques, etc. Ce développement souligne l'enjeu de la formation de l'ensemble des acteurs du champ de la prévention et promotion de la santé à cette appréhension des différents types de savoirs.

Marie-Renée Guével

1. Le document d'évaluation stipule en particulier l'intérêt de « spécialisations non proposées ailleurs [...] parcours Prévention en master Psychologie » [...] un parcours Prévention unique en région Rhône-Alpes ». Parmi les points forts, il cite – pas seulement pour le master psychologie, mais pour trois cursus – : « Une insertion professionnelle des étudiants [...] importante et en adéquation avec le niveau et le parcours choisi. »

Dispositifs régionaux d'appui en promotion de la santé : au service du transfert de connaissances

Andrea Sagni,
chargé de projets régionaux,
Instance régionale d'éducation et de promotion
de la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes,
Cécile Chaussignand,
chargée de projets,
Comité régional d'éducation pour la santé (Cres)
Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les dispositifs régionaux d'appui aux professionnels, initialement pilotés et financés par Santé publique France et actuellement par les agences régionales de santé¹, sont portés pour certains par les Instances régionales d'éducation pour la santé. Dans un contexte où les liens entre acteurs, décideurs et chercheurs sont rares, ils constituent des interfaces qui contribuent à la production des données probantes en promotion de la santé et favorisent le transfert de connaissances (TC). Leurs actions se déclinent en trois axes :

- construire les savoirs d'intervention à partir des expériences des professionnels en analysant les pratiques ;
- partager ces savoirs en les articulant avec ceux issus de la recherche, en sélectionnant les informations transférables et répondant aux besoins des acteurs de terrain. Cela implique de transformer des données, des résultats en stratégies mobilisables ;
- favoriser leur appropriation et leur utilisation en proposant des supports et des accompagnements.

Cet article fournit deux exemples pour comprendre comment cela se traduit dans la pratique.

Le site Savoirs d'intervention du dispositif Émergence

Porté par l'Instance régionale d'éducation pour la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes, le dispositif Émergence déploie des démarches qui mobilisent ressources scientifiques et professionnelles, tout en impliquant les décideurs. Proche des acteurs de terrain, il contribue à construire des connaissances utiles à la mise en œuvre d'interventions efficaces.

Émergence est également un outil d'aide à la décision, d'accompagnement à l'évaluation



© Patrick Garçon

et de valorisation des pratiques d'acteurs. Il s'appuie sur un réseau partenarial d'acteurs de terrain, de chercheurs, en collaboration avec les décideurs des politiques publiques régionales et territoriales. Une équipe d'acteurs médiateurs [1], issus à la fois du monde de la recherche et de la pratique de terrain, met en place des démarches de construction, de partage et d'accompagnement à l'utilisation des savoirs d'intervention afin d'appuyer les acteurs.

Parmi les productions du dispositif, le site Savoirs d'intervention² illustre cet effort de mettre à disposition des leviers d'intervention issus de différentes sources de connaissances articulées entre elles. Le but est de concilier validité scientifique et prise en compte des savoirs professionnels : 1) à partir d'une revue narrative, qui offre une synthèse informelle des connaissances sur un sujet précis, une sélection est effectuée par les chargés de projet spécialisés dans la thématique au regard de la pertinence pour les acteurs de terrain ; 2) des groupes de discussion ont été menés dans différents départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) rassemblant

L'ESSENTIEL

- ▣ Les dispositifs régionaux d'appui aux professionnels contribuent à la production des données probantes en promotion de la santé et favorisent le transfert de connaissances. Gros plan sur deux d'entre eux en régions Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca).

une dizaine de professionnels chacun ; 3) ces savoirs professionnels sont articulés à la revue narrative et présentés sur le site tout comme les grandes stratégies d'actions reconnues comme efficaces dans la littérature scientifique et par les professionnels, ainsi que des exemples pour les mettre en pratique ; 4) des ateliers de présentation sont proposés pour permettre leur appropriation dans le cadre de la mise en œuvre ou de l'évaluation de processus de projets.

Le site, actuellement axé sur la thématique de la nutrition, sera ensuite complété par

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

d'autres thématiques. Il sera enrichi par les résultats d'une démarche de capitalisation d'actions sélectionnées par un comité régional composé de chercheurs et de professionnels.

Le site Savoirs d'intervention renseigne sur les leviers d'efficacité ; il peut donc être utilisé par les acteurs comme un outil pour évaluer si les actions qu'ils mettent en place sont prometteuses. Ces démarches permettent aux acteurs de participer à la production des données probantes sur les interventions. Ce type de ressource s'inscrit dans le cadre de l'accompagnement à la méthodologie de projet. Le développement d'une nouvelle interface est en cours. Une évaluation qualitative est prévue auprès des utilisateurs afin d'enquêter sur les façons dont ils se l'approprient et envisager des pistes d'améliorations.

Le groupe Actions prometteuses

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), un dispositif d'appui, intitulé Dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé, a été mis en œuvre par le comité régional d'éducation pour la santé (Cres) et les comités départementaux d'éducation pour la santé (Codes). Il vise, entre autres, la valorisation des actions d'éducation et de promotion de la santé. Dans ce cadre, le groupe de travail Actions prometteuses [2] permet de rapprocher les secteurs de l'éducation pour la santé et de la recherche, afin de créer de meilleures collaborations. Composé de chercheurs, de professionnels de l'éducation pour la santé et d'institutionnels, il réunit des compétences et des savoirs complémentaires, académiques et expérientiels. Ces professionnels collaborent à la valorisation des actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé conduites en région Paca. L'objectif est d'identifier le potentiel d'efficacité de ces actions susceptibles d'inspirer d'autres acteurs, territoires ou champs d'interventions.

Cette démarche repose sur les constats suivants : 1) toutes les actions efficaces ne remplissent pas forcément les conditions pour être qualifiées de probantes ; 2) de nombreuses actions s'appuient sur des fondements théoriques dont l'expérience reconnaît l'efficacité ; 3) il est important de promouvoir les actions qui fonctionnent.

Pour atteindre ses objectifs, le groupe de travail Actions prometteuses s'est doté d'outils et de procédures :

1) une grille de repérage, comportant 11 critères, permet à un membre du groupe de

présélectionner une action. Pour être soumise au groupe, une action doit répondre à cinq critères au minimum. Le respect des principes éthiques de l'éducation pour la santé est un préalable ;

2) à partir de documents fournis par le porteur de l'action, à qui la démarche est expliquée et qui donne son accord, un trinôme, composé d'un chercheur, d'un institutionnel et d'un acteur de terrain, étudie l'action grâce à une grille d'analyse, également dénommée grille d'évaluation expert, inspirée de celle de Santé publique France³ ;

3) à l'aide d'une trame d'entretien élaborée grâce aux apports de la Société française de santé publique (SFSP) et de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps), le trinôme précise auprès du porteur les points incomplets de la grille, permettant de caractériser l'aspect prometteur de l'action. Des éléments de valorisation sont également discutés ;

4) enfin, le trinôme présente son analyse au groupe qui valide collectivement le caractère prometteur de l'action ainsi qu'une ou plusieurs démarches de valorisation et de soutien. Parmi ces démarches, certaines propositions renvoient vers des initiatives nationales en cours : inscription au *Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé* [3], réalisation d'une démarche de capitalisation des expériences [4]. D'autres propositions peuvent mobiliser les professionnels du groupe : soutien méthodologique pour renforcer une partie de l'action, mise en place d'une recherche (évaluative ou de transférabilité), rédaction d'un article dans une revue professionnelle, dont celle du comité régional d'éducation pour la santé (Cres)⁴.

Au moment de l'écriture de l'article, les deux grilles ont été utilisées sur trois actions régionales. Les entretiens seront menés afin de tester la trame de l'étape 3, puis de valider l'étape 4. Le groupe devra ensuite décider du rythme et des modalités de fonctionnement à venir, en articulation avec les réflexions nationales conduites par le groupe Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision (InSPIRe-ID) et relatives aux données probantes et à leur utilisation dans le champ de la promotion de la santé.

Conclusion

Ces exemples montrent la diversité des compétences nécessaires pour mener à bien un processus de transfert de connaissances. Recueillir et analyser les savoirs requiert des compétences issues des méthodes en recherche qualitatives ; identifier les sources documentaires pertinentes relève du champ des recherches documentaires tandis que la diffusion et l'appropriation réclament des compétences en sciences de l'information et de la communication. Toutes ces dimensions peuvent s'articuler à partir du moment où il existe une action de médiation entre les différentes composantes, portée par des acteurs aux compétences multiples, impliqués dans ces dispositifs. ■

1. <http://www.cres-paca.org/r/82/presentation/>
2. <https://savoirsdintervention.org/nutrition/>
3. <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/04-a-propos/services/grille-analyse>
4. <http://www.cres-paca.org/r/29/priorites-sante/>

Pour en savoir plus

- andrea.sagni@ireps-ara.org
- cecile.chaussignand@cres-paca.org

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Audoux C., Gillet A. Recherche partenariale et coconstruction de savoirs entre chercheurs et acteurs : l'épreuve de la traduction. *Revue Interventions économiques*, 2011, n° 43. En ligne : doi.org/10.4000/interventionseconomiques.1347

[2] Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres-Paca). *Groupe d'experts pour le repérage et la valorisation d'actions dites « prometteuses » en prévention-promotion de la santé*. [Document de synthèse]. Cres-Paca, 2020 : 7 p. En ligne : <http://www.cres-paca.org/a/628/bilan-du-groupe-de-travail-actions-prometteuses/>

[3] Santé publique France. *Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé*. Site Santepubliquefrance.fr, rubrique « Interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé », 15 janvier 2020. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

[4] Groupe de travail national Capitalisation. *Capitalisation des expériences en promotion de la santé. Définitions, enjeux, démarche*. Société française de santé publique. 19 p. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/20_10_27_Capitalisation_-_reunion_de_lancement_-_Enjeux_et_démarche_de_capitalisation.pdf

« Les données probantes en santé sont cruciales pour pouvoir agir auprès des populations »

Entretien avec Dylan Cherrier,

chargé de mission recherche en santé publique et données de santé (mission Stratégie et Recherche), Direction générale de la santé (DGS), ministère des Solidarités et de la Santé, Paris.

La Santé en action : Comment la Direction générale de la santé (DGS) utilise-t-elle les « données scientifiques probantes » dans l'ensemble de sa stratégie de prévention et promotion de la santé des populations ?

Dylan Cherrier : L'utilisation des données probantes et l'évaluation des programmes d'intervention en population générale par le biais de la recherche constituent pour la DGS un socle important dans l'élaboration des politiques publiques, aussi bien quand il s'agit de mettre en place un programme spécifique que quand il s'agit de préparer un plan national. En matière de promotion de la santé, les résultats de la recherche fondamentale ou clinique sont le plus souvent utiles pour bien comprendre certains mécanismes, mais difficilement mobilisables de manière directe pour pouvoir agir auprès des populations, et les données probantes sont donc cruciales. Elles font d'ailleurs partie du quotidien de beaucoup d'agents de la DGS, directement dans le cadre de revues régulières de la littérature, et indirectement *via* l'intégration d'experts, de sociétés savantes et d'associations dans des groupes de travail, ou encore par la prise en compte des rapports et avis émis par le Haut Conseil de santé

publique ou par la Haute Autorité de santé, qui peuvent eux-mêmes se fonder sur des données probantes.

S. A. : Pouvez-vous donner des exemples concrets ?

D. C. : Je peux citer deux exemples qui illustrent de manière complémentaire l'utilisation des données probantes au sein de la DGS. Le premier exemple, c'est celui de la lutte contre le tabagisme. Beaucoup de mesures prises au cours des dernières années (comme le passage au paquet neutre et l'agrandissement des avertissements sanitaires, la suppression des arômes, ou encore la mise en place du Mois sans tabac) sont directement issues de programmes ou de politiques publiques évalués et validés à l'étranger et pour lesquels la recherche a également permis soit d'assurer une bonne transposition en France, soit d'en vérifier l'efficacité. Ce qui est encore plus intéressant dans le cas du Mois sans tabac, c'est que les données probantes ont non seulement facilité l'élaboration du projet, mais elles ont aussi contribué à nous faire sortir des sentiers battus et à convaincre une série d'acteurs de l'intérêt du marketing social. Le deuxième exemple, c'est celui du Nutri-Score (*voir NDLR*). L'idée initiale était bien évidemment issue de publications scientifiques, mais l'étiquetage étant volontaire, il a fallu convaincre les partenaires industriels de la pertinence du logo que nous proposons. C'est cette fois à l'initiative de la DGS qu'une expérimentation en condition réelle a pu être lancée, engageant les parties prenantes à choisir le logo le plus performant parmi les cinq testés.

La dynamique était lancée, et ce sont maintenant les autres pays européens qui s'inspirent de recherches menées en France, puisque plusieurs de nos voisins sont aujourd'hui engagés dans son déploiement. Pour autant, nous cherchons à améliorer encore la prise en compte des résultats de la recherche par les services de la DGS, et nous travaillons actuellement à la mise en place d'échanges plus réguliers et plus directs entre les chercheurs extérieurs et nos agents. L'objectif est de favoriser l'émergence d'un langage commun, qui permette à la fois aux chercheurs de mieux comprendre les problématiques que nous pouvons rencontrer et à notre direction de mieux s'approprier les résultats de la recherche.

S. A. : L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 expérimente de nouvelles organisations en santé : dans quelle mesure ce dispositif permet-il d'innover en prévention et promotion de la santé ?

D. C. : L'article 51 est un dispositif de financement original qui permet une mise en œuvre simplifiée d'expérimentations innovantes en matière d'organisation et de financement de la santé. D'un point de vue pratique, la DGS est régulièrement sollicitée pour expertiser les projets qui sont déposés dans ce cadre, ce qui nous permet d'avoir une bonne vision de ce qui se fait dans les territoires. Les approches sont souvent transversales, et plusieurs projets ont déjà été lancés qui abordent de manière très directe la question de la promotion de la santé, notamment sur les thèmes de

la nutrition et de l'activité physique adaptée. De manière plus ponctuelle, c'est également un levier que nous pouvons activer directement au niveau ministériel, et qui l'est actuellement dans le cadre de l'expérimentation de centres de santé sexuelle à approche communautaire (Ccssac). Suite à un appel à manifestations d'intérêt lancé en 2019 par la DGS, quatre centres ont été retenus en France pour permettre cette expérimentation, qui s'inspire directement des modèles britannique et californien. Ces centres, à destination directe de populations particulièrement exposées, permettront une approche globale des questions de santé sexuelle, incluant bien entendu des aspects de prévention, avec pour objectif d'assurer un suivi durable des patients qui s'y rendront. Les équipes de la DGS continuent par ailleurs d'être très mobilisées sur ce projet, un suivi étant assuré tous les trimestres dans le cadre de l'évaluation du dispositif. L'article 51, malgré sa récente mise en place, est donc déjà un outil très intéressant, dont l'utilité sera sans doute encore renforcée suite à la période épidémique que nous traversons actuellement.

S. A. : Quels premiers bilans tirez-vous du catalogue des interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé ?

D. C. : Le travail de recensement des interventions probantes ou prometteuses, piloté par Santé publique France, est un travail très important, et le portail dédié rassemble déjà presque une centaine de programmes probants, dans différents champs de la prévention ou de la promotion de la santé. Cet

outil permet aux décideurs et aux acteurs de terrain de pouvoir identifier rapidement des projets ayant fait preuve d'efficacité, qu'ils pourraient déployer sur leur propre territoire. Il y a sans doute là aussi des pistes d'amélioration à explorer, comme une meilleure mise en visibilité des conditions de

transférabilité des programmes, ou au contraire les aspects pouvant en être aménagés selon les spécificités locales. Ces évolutions pourraient *in fine* permettre aux acteurs de terrain de mieux personnaliser les programmes selon les contextes locaux et les bénéfices attendus. Mais plus largement, ce portail doit pour fonctionner s'inscrire dans un écosystème plus large d'outils et de réseaux, allant de la production des savoirs jusqu'à son utilisation par les acteurs de terrain ou de la décision publique. C'est d'ailleurs le sens de l'Initiative en Santé Publique pour l'Interaction de la Recherche, de l'Intervention et de la Décision (InSPIRE-ID), pilotée par la DGS, et qui réunit plusieurs grands acteurs de la recherche, de l'expertise et de la décision en santé publique¹. Les données probantes sont au cœur de cette initiative, mais y sont élargies aux connaissances issues de l'expérience, qui constituent un vivier complémentaire de ressources pour les acteurs de terrain et feront également l'objet d'un portail dédié, géré cette fois par la Société française de santé publique (SFSP) et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps) [NDLR : voir *Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode, dans ce dossier central*]. Outre ces outils, ce sont également des actions de mise en réseaux des chercheurs entre eux et avec les décideurs, et des actions de formation des acteurs de terrain que cherche à développer cette initiative.

S. A. : Comment les données probantes sont-elles prises en compte face à la pandémie de Covid-19 afin de préserver la santé globale de la population ?

D. C. : Les données, au sens large cette fois, ont eu une place critique dans la gestion de la crise, qui s'est fondée pour partie sur des indicateurs devenus journaliers de nombre de contaminations, de nombre de patients hospitalisés et maintenant, de nombre de personnes vaccinées. L'expertise aussi a joué un rôle souvent décisif, au travers des avis rendus par la Haute Autorité de la santé (HAS) ou le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), ce dernier ayant été saisi plus d'une centaine de fois dans le cadre de la Covid-19. La gestion de crise a utilisé autant que faire se peut

les données probantes, mais l'urgence sanitaire est relativement incompatible avec le temps de la recherche interventionnelle en population générale. Tout au moins, les résultats de la recherche sont moins robustes et davantage susceptibles d'évoluer plus rapidement en situation d'urgence qu'en situation normale. Ce constat doit cependant nous interroger et nous inviter peut-être à imaginer de nouveaux moyens de mobilisation de la recherche interventionnelle en situation de crise. Tout n'est cependant pas joué, et de nombreux champs de recherche s'ouvrent ou restent encore ouverts. Quelles interventions par exemple pour toucher les populations les plus éloignées de la vaccination ? Quelles interventions pour limiter les impacts négatifs de la crise en matière de santé publique ? Si nous sommes atteints par une nouvelle vague ou une nouvelle épidémie, quelles interventions pour assurer le maintien de l'état de santé d'une population confinée ? Par ailleurs, la gestion au quotidien de la crise s'appuie sur des travaux d'anticipation à six mois des principaux risques à affronter et d'une veille bibliographique prospective. Une cellule au sein du ministère des Solidarités et de la Santé a été mise en place à cet effet, Santé publique France en est d'ailleurs un des membres aux côtés des directions de l'Administration centrale² et de l'Assurance maladie. ■

Propos recueillis par Béatrice Lamboy.

NDLR : À la suite d'une demande du ministère des Solidarités et de la Santé, Santé publique France a créé un système d'étiquetage nutritionnel à l'avant des emballages : le Nutri-Score, qui peut être apposé par les producteurs sur leurs produits sur la base du volontariat. Le Nutri-Score a été développé pour faciliter la compréhension des informations nutritionnelles par les consommateurs et ainsi de leur aider à faire des choix éclairés.

Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/nutri-score>

1. Notamment l'École des hautes études en santé publique (EHESP), Santé publique France, l'Institut de recherche en santé publique (Iresp), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la Société française de santé publique (SFSP), La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps), le secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales (SGMAS), l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), l'Institut national du cancer (Inca).

2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees; Direction générale de l'offre de soins – DGOS; Direction générale de la santé – DGS; Direction générale de la cohésion sociale – DGCS; Direction de la sécurité sociale – DSS.

L'ESSENTIEL

► En matière de promotion de la santé, les résultats de la recherche fondamentale ou clinique sont utiles, mais difficilement mobilisables pour pouvoir agir auprès des populations. C'est dans ce contexte que la Direction générale de la santé (DGS) a recours aux données probantes pour concevoir les programmes et les actions de santé publique. **Éclairage.**

Fabrique Territoires Santé : capitaliser les connaissances à partir d'expériences vécues

Clémentine Motard,
chargée de projet,
Lilia Santana,
chargée de développement,
Bénédicte Madelin,
administratrice,
Fabrique Territoires Santé.

Capitaliser, c'est construire des connaissances à partir d'expériences vécues, c'est « le passage de l'expérience à la connaissance partageable [1] ». Fabrique Territoires Santé a pour objet d'apporter des ressources aux acteurs et aux actrices impliqués dans des dynamiques territoriales de santé. Pour l'association, la capitalisation est une démarche et une méthode pour échanger et apprendre à partir de ce qui se passe dans les territoires, puis partager et diffuser ces savoirs et ces réflexions issus des expériences.

Cette activité a évolué au fil des années. Dans un premier temps, la capitalisation a porté exclusivement sur la démarche des ateliers santé-ville (ASV) et permis de mieux comprendre leur méthodologie, leurs actions et leurs plus-values : il s'agissait d'abord de rendre ces démarches plus visibles et lisibles. Puis, suivant l'évolution de l'association elle-même – la Plateforme nationale de ressources des ateliers santé-ville, créée en 2012, est devenue Fabrique Territoires Santé en 2017 –, la capitalisation concerne maintenant l'ensemble des dynamiques territoriales de santé (contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale...) et porte sur des thématiques croisant déterminants de santé et lutte contre les inégalités : elle donne ainsi à voir la richesse des actions menées localement, les met en perspective entre elles et avec d'autres ressources et propose des angles décalés par rapport aux thématiques « classiques » de santé publique. Comment partage-t-on toute cette connaissance issue des expériences locales ? C'est l'objet de nos dossiers-ressources. Sur une problématique donnée, le point de départ, ce sont les actions menées dans le cadre d'une dynamique territoriale de santé et identifiées



© Gilles Réginau

à la suite d'un appel à contributions auprès de notre réseau. Elles sont capitalisées à partir d'entretiens avec le porteur de projet, voire avec ses partenaires, et présentées sous la forme de fiches-actions (nos Inspir'actions). Elles donnent à voir différents contextes, différentes façons de faire...

À cela s'ajoutent une recherche documentaire et des entretiens, ouverts à des disciplines diverses : santé publique, mais aussi sociologie, science politique, urbanisme... Le dossier-ressources réunit alors plusieurs types d'informations : un état des lieux synthétique des politiques publiques et des travaux sur le sujet, des interviews, des présentations d'actions locales, des références bibliographiques et des pistes de réflexions et de questionnements.

Pour les lecteur-riche-s – professionnel-le-s amené-e-s à conduire des actions et à s'inspirer de ce qui est réalisé ailleurs –, il peut être difficile d'identifier UNE action qui répondrait à leurs interrogations et à leurs besoins et dont le contexte serait comparable. De manière générale, il faut être réaliste sur le temps limité que peuvent s'accorder les porteur-euse-s de projets pour identifier et lire ce type de documents.

La mise en commun de plusieurs actions, qui se déploient sur des territoires différents (plus ou moins urbains), avec des partenaires différents, selon des modalités différentes – l'une, la mise en place d'ateliers avec les habitant-e-s ; l'autre, l'animation de groupes d'échanges entre professionnel-le-s... –, fournit une vue d'ensemble et des repères pour appréhender une problématique de santé. Ces actions sont aussi replacées dans un contexte et mises en regard des autres données. Les connaissances ainsi produites et mises en relation poussent à la réflexion et à réinterroger ses pratiques. Quelques exemples de dossiers-ressources réalisés : comment faciliter l'accessibilité à une alimentation saine ? Comment la santé-environnement peut-elle réduire les inégalités environnementales de santé ? Comment la santé est-elle prise en compte dans les projets de transformation urbaine ?

C'est par le partage, le croisement des regards et l'analyse transversale que les acteurs de terrain s'emparent de la capitalisation. La fiche-action, aussi complète puisse-t-elle être, ne remplacera pas l'échange entre les personnes. Capitaliser une action dépasse sa narration, ce n'est pas que la retranscrire ; c'est aussi la mettre en discussion et en lien avec d'autres données pour que la connaissance soit partagée, comme nous essayons de le faire dans les dossiers-ressources. ■

Pour en savoir plus

● <https://www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/dossiers-ressources/alimentation-et-territoires>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] De Zutter P. *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital*. Paris : Éd. La Fondation pour le progrès de l'homme, 1994.

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

Se documenter sur les interventions probantes : un défi pour les acteurs de terrain

Anne Sizaret,
documentaliste,
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (Ireps)
Bourgogne-Franche-Comté.

En 2016, la Société française de santé publique (SFSP) mène une enquête sur les pratiques des acteurs de terrain en promotion de la santé en matière d'accès, de production et de transfert de connaissances [1]. Elle dresse le constat de leur usage limité à la recherche documentaire – et donc aux données probantes ou prometteuses – par manque de temps, de moyens et d'accessibilité à la littérature scientifique et professionnelle. Elle pointe aussi, pour les mêmes raisons, leurs difficultés à publier... et donc à alimenter le corpus des données probantes. Comment les documentalistes peuvent-elles/ils à la fois améliorer le repérage et l'utilisation des connaissances dans la mise en œuvre de projets, voire encourager la production de connaissances issues des expériences ? Le Centre de collaboration nationale en santé publique de Montréal définit la santé publique fondée sur des données probantes comme le « processus consistant à extraire et à disséminer les meilleures données disponibles issues de la recherche, de la pratique et de l'expérience, ainsi qu'à utiliser ces données pour éclairer et améliorer la pratique et les politiques en santé publique [2] ».

Savoirs conceptuels, scientifiques, expérientiels

La recherche documentaire de données probantes s'oriente vers trois grands types de ressources pour pointer des savoirs contextuels, des savoirs scientifiques et des savoirs expérientiels [3]. Ces derniers se rapportent au savoir-faire des acteurs de terrain. Ils sont difficiles à repérer : ils prennent au mieux la forme d'articles narratifs publiés dans des revues professionnelles (vs. des revues à comité de lecture pour les savoirs scientifiques), ils alimentent le plus souvent le grand vivier de la littérature grise et de l'implicite. Le périmètre de la recherche documentaire s'élargit alors considérablement, il ne peut plus se limiter à l'interrogation de bases de données bibliographiques ; il s'ouvre par

exemple sur la consultation de bases d'actions ou la veille sur les réseaux sociaux...

Capitaliser les expériences en promotion de la santé

Le projet de Capitalisation des expériences en promotion de la santé (Caps), coordonné par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) et la Société française de santé publique (SFSP), offre ici des perspectives intéressantes : il prévoit la mise en place d'un dispositif national de partage de connaissances en santé publique, sous la forme d'une base de données interrogeable par mots-clés... Un instrument de plus dans la boîte à outils, bien en phase avec la recherche du « qu'est-ce qui marche » et du « comment ça marche » !

Compte-tenu de la diversité et de la multiplicité des ressources liées aux données probantes, les missions des professionnels de la documentation ne sont plus « *seulement de traiter l'information [...] mais aussi et surtout de faciliter pour le public l'appropriation de ces éléments multifformes, porteurs potentiels de savoirs, pour qu'ils deviennent pour lui connaissance* [4] ».

Les documentalistes en promotion de la santé se positionnent de plus en plus activement dans l'élaboration de projets et d'interventions en promotion de la santé : elles et ils vont permettre aux acteurs de terrain d'accroître leurs connaissances sur les outils et sur les objets de la recherche, de se les approprier



© Gilles Régnier

pour améliorer leurs pratiques et les conforter. En mettant en évidence les modalités d'intervention les plus pertinentes, elles et ils vont contribuer à la transposition des données probantes dans les pratiques et les décisions. Ce positionnement passe par la rédaction de dossiers ou de synthèses documentaires, le repérage de collaborations possibles et de croisement de savoirs, la participation active au pilotage et à la coordination de projets. Cet élargissement des missions traditionnelles dévolues aux documentalistes esquisse une compétence qui s'étend de plus en plus dans le champ de la promotion de la santé : le transfert et le courtage de connaissances, qui visent, tous deux, à faciliter la production et l'utilisation des connaissances fondées sur les preuves. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Laurent-Beq A. *Quels besoins des acteurs de terrain en promotion de la santé en matière de transfert de connaissances ?* Laxou : Société française de santé publique (SFSP), 2016, 52 p. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra_besttranscon_0216.pdf

[2] *Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ?* [Page Internet]. Montréal :

Centre de collaboration national des méthodes et outils (CCNMO), 2011. En ligne : <http://www.nccmt.ca/fr/au-sujet-du-ccnmo/eiph>

[3] Sizaret A. Entre « données probantes » et « partage de connaissances » : quelques ressources et outils en promotion de la santé. *Actualité et Dossier en santé publique (ADSP)*, 2018, n° 103 : p. 11-15. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1031115.pdf>

[4] Calenge B. *Les Bibliothèques et la médiation des connaissances*. Paris : Éditions du Cercle de la librairie, 2015, 156 p.

« Les citoyens doivent être parties prenantes dans l'élaboration d'une action de promotion de la santé »

Entretien avec
Anne Laurent,
directrice,
Institut Renaudot.

La Santé en action : Pourquoi l'Institut Renaudot associe-t-il les usagers aux actions en santé ?

Anne Laurent : Il est dans notre ADN¹ d'associer l'ensemble des acteurs : professionnels, bénévoles, associations, élus, habitants du territoire sur lequel nous travaillons sur les questions de santé. C'est l'essence même des démarches communautaires en santé. L'objectif : s'appuyer sur le partage des expériences, des connaissances et des pouvoirs pour parvenir à des décisions concertées sur des solutions plus efficaces. La place des usagers dans cette approche est essentielle : leurs connaissances n'ont pas moins de valeur que la technicité des professionnels. Chacun a une expertise. On voit la pertinence d'une telle approche avec la crise sanitaire actuelle : il a fallu du temps pour que les violences domestiques, les problèmes de santé mentale, les addictions... soient pris en compte dans la gestion politique de la pandémie Covid-19, alors que dès les premières semaines, les habitants et les acteurs de terrain avec lesquels nous étions en contact partageaient déjà leurs expériences et leurs inquiétudes à ce sujet.

S. A. : Comment s'organise la participation des habitants préalable à une action en santé ?

A. L. : Lorsque nous lançons un projet, nous allons vers les habitants pour les associer à la réflexion et à l'action avec des méthodologies et des approches qui favorisent l'équité, et qui leur permettent de partager leur savoir d'expérience, puis l'expérience de la démarche à laquelle ils ont participé. Cette démarche renforce leurs capacités individuelles et collectives à agir. Concrètement, il s'agit de créer un cadre favorable pour permettre cette expression. Ces savoirs sont enrichis par l'ensemble des participants. La confrontation de ces situations concrètes d'expériences individuelles – qui peuvent être similaires – construit peu à peu ce que Patrick Lechaux

qualifie de « généralité ». Pour faciliter ce partage des savoirs entre citoyens-usagers et professionnels, nous mettons à jour le fait qu'ils ont une partie des réponses, mais aussi qu'ils ont en commun des « méconnaissances ». C'est un formidable levier pour les démarches communautaires en santé : partant de l'accès aux savoirs académiques, nous expérimentons l'élaboration d'espaces partagés entre des habitants-usagers-citoyens et des professionnels autour de publications scientifiques dans le cadre d'un projet sur les addictions. Le principe : se poser une question, trouver des ressources accessibles, les lire ensemble, les analyser, les discuter et en partager les éléments essentiels. Autre exemple : dans les Hauts-de-France, nous avons construit une stratégie de dépistage des cancers à destination des publics éloignés de la prévention. Nous avons associé les habitants dans les quartiers, via les associations et les structures d'hébergement. Une vingtaine d'habitants et de professionnels participaient aux rencontres ; puis le projet s'est essoufflé et ne restaient présents que les professionnels. Nous avons compris, grâce au travail d'une chercheuse qui nous accompagne, que notre méthode était parfois trop contraignante : nous proposons aux habitants de participer, mais ils ont pu vivre notre « exigence » méthodologique comme une injonction ; cela allait à l'encontre de la spontanéité dans les échanges et d'un certain désordre dont ils avaient finalement besoin. Pour mener ce type de réflexion participative, il faut bien sûr un cadre. Cependant, il faut veiller à la façon dont on le partage avec les participants et laisser des marges de liberté pour l'adapter ensemble. Les citoyens doivent être parties prenantes dans l'élaboration d'une action de promotion de la santé.

S. A. : Quelles difficultés rencontrez-vous ?

A. L. : La plupart de nos actions font aujourd'hui suite à des commandes institutionnelles, elles s'inscrivent rarement dans le cadre d'une mobilisation d'habitants. Ce sont des démarches verticales auxquelles l'approche communautaire en santé donne de l'horizontalité. Il n'est alors pas toujours

simple de mobiliser les usagers et de les embarquer. Rarement, la demande émane de leur part. Cela nécessite de passer par une phase d'explicitation de notre démarche pour que chacun se l'approprie et trouve un lien entre ses propres besoins, sa propre expérience et notre sollicitation. L'évaluation des actions pose aussi quelques problèmes, tant les indicateurs quantitatifs souvent privilégiés par les institutions ne se prêtent pas à donner une image juste de la manière dont un projet s'est déroulé. Les choses progressent, mais il nous faut encore démontrer l'intérêt d'approches évaluatives réalistes et plus qualitatives pour mettre à jour ce que ces démarches produisent particulièrement sur le pouvoir d'agir, les changements de pratiques...

S. A. : En quoi vos interventions permettent-elles de contribuer à construire des données probantes ?

A. L. : Acteurs en promotion de la santé, nous accompagnons des projets de terrain. L'évaluation de nos actions, l'analyse de notre expérience et les capitalisations nous permettent d'élaborer une connaissance expérientielle contributive de la construction de données probantes. Nous réfléchissons à une méthode et mettons en œuvre une expérimentation pour compléter les données recueillies auprès des porteurs de projets par un recueil auprès des participants. Nous explorerons notamment les stratégies de mobilisation des habitants-usagers-citoyens, leurs motivations à la participation, les processus de croisement des savoirs que nous mettons en place, l'impact des démarches communautaires sur l'empowerment individuel et collectif. Nous avons construit des grilles qui nous permettent d'analyser collectivement l'évolution de l'empowerment d'un groupe, ce qui nous fournit des données précieuses sur les leviers et les freins à celui-ci. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel**,
journaliste.

1. L'Institut Renaudot est une association visant à promouvoir les démarches communautaires en santé.

Dossier
Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience

Pour compléter ce dossier consacré aux données probantes et à la capitalisation, nous proposons ici des ressources documentaires organisées selon cinq axes : documents de définition et de cadrage ; enjeux des données probantes ; recherche interventionnelle et transfert de connaissances ; ressources pour se former et s'informer ; registres d'interventions. Cette bibliographie est sélective ; aussi le lecteur cherchant plus d'exhaustivité peut consulter les bibliographies suivantes :

- **Bec E.** *Les données probantes en promotion de la santé. Bibliographie sélective.* ARS Occitanie, Drapps Occitanie, Ireps Occitanie, CREAI-ORS Occitanie, 2019 : 12 p. En ligne : https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/12/Bibliographies_Les-donn%C3%A9es-probantes-en-promotion-de-la-sant%C3%A9.pdf
- **Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca).** *Les données probantes. Promotion de la santé basée sur des preuves : bibliographie sélective.* Marseille : Cres Paca, Avril 2021 : 20 p. En ligne : http://www.cres-paca.org/arkotheque/client/crespaca/thematiques/detail_document.php?ref=37541&titre=selection-bibliographique-
- **Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé Centre-Val de Loire.** *Les données probantes en promotion de la santé.* Fraps, 2017 : 19 p. En ligne : http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/03/ForceDeFRAPS_Donn%C3%A9esProbantes_D%C3%A9c2017.pdf

Laetitia Haroutunian,

documentaliste,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

Au sein des parties thématiques, les références sont présentées par ordre chronologique inversé. Les liens ont été consultés le 27 avril 2021.

INTERVENTIONS PROBANTES : DÉFINITIONS, RAPPORTS

- **Haute Autorité de Santé (HAS).** *Construction et dialogue des savoirs : vers de meilleures décisions individuelles et collectives en santé.* Saint-Denis, HAS, 2019 : 96 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/actes-colloque_has_construction_et_dialogue_des_savoirs.pdf
- **Les données probantes en promotion de la santé.** Ireps Grand-Est, 2018 : 4 p. En ligne : https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos productions/DP_ireps_GE_2017.pdf
- **Les données probantes en promotion de la santé : ce qu'elles sont, ce qu'elles ne sont pas.** Ireps Grand-Est, 2018 : 1 p. En ligne : https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos productions/Synth%C3%A8se_DP_ireps_GE_2017.pdf
- **Sandon A.** *Données probantes et promotion de la santé.* Ireps Bourgogne, 2011 : 20 p. En ligne : https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_ndeg2_-_donnees_probantes.pdf
- **Lamboy B.** *Introduction aux notions d'« interventions efficaces » et de « données probantes » : définitions et éléments historiques.* Saint-Denis : Inpes, 2010. En ligne : <https://docplayer.fr/amp/11234837-Introduction-aux-notions-d-interventions-efficaces-et-de-donnees-probantes-definitions-et-elements-historiques.html>
- **Cambon L., Ridde V., Alla F.** *Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français.* *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 58, n° 4, 2010 : p. 277-283.

- **Centre de collaboration nationale des méthodes et outils.** *Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ?* [page web]. Hamilton (CA) : NCCMT, [s.d.]. En ligne : <https://www.nccmt.ca/fr/tools/eiph>

Voir aussi la fiche technique : Modèle de prise de décision en santé publique fondée sur les preuves. En ligne : <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/6d6e6921bd9700d7e3762efd8d29bae2aecb2493.pdf>

ENJEUX ET USAGES DES DONNÉES PROBANTES

- **Borgès Da Silva R.** *Les données probantes et la santé publique dans le débat public.* *Canadian Journal of Public Health*, 2021, vol. 112, n°2 : p. 183-185. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7890767/>
- **Cairney P.** *Favoriser l'élaboration de politiques publiques fondées sur des données probantes : incertitude versus ambiguïté. Note documentaire.* Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, n° 2494, 2019 : 13 p. En ligne : http://www.ccnpps.ca/docs/2019_processpp_pcairney_FR.pdf
- **Allard C., Rickey B.** *What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Agence nouvelle des solidarités actives, 2017 : 199 p. En ligne : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ansa_rapportwwc_2017_vf.pdf
- **Briffault X.** *Usages et mésusages des données probantes en santé publique.* *Le Journal des psychologues*, n° 345, 2017 : p. 39-43.
- **Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F.** *La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique.* *Santé Publique*, 2017, vol. 29, n°1 : p. 31-39.
- **Potvin L., Juneau C.-E., Jones C., et al.** *Comment les données probantes sont-elles utilisées pour planifier, mettre en œuvre et évaluer la promotion de la santé ? Une compilation mondiale d'études de cas.* *Global Health Promotion*, n° 1757-9759, Vol.18, n° 1, 2011 : p. 92-94.

RECHERCHE INTERVENTIONNELLE ET TRANSFERT DE CONNAISSANCES

• Potvin L., Ferron C., Terral P., Di Ruggiero E., Cervenka I., Foucaud J. Recherche, partenariat, intervention : le triptyque de la recherche interventionnelle en santé des populations. *Global Health Promotion*, 2021, vol. 28, n°1 suppl. : p. 6-7.

• Terral P., Ferron C., Potvin L. Leçons d'un colloque : les enjeux épistémiques et politiques de la recherche interventionnelle en santé des populations. *Global Health Promotion*, 2021, vol. 28, n°1 suppl. : p. 62-65.

• Filloz A., Ridde V. Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action. Une revue de la portée interdisciplinaire des écrits. *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances (TUC)*, vol. 4, n° 2, 2020 : 29 p. En ligne : <https://revue-tuc.ca/index.php/accueil/article/view/15/16>

• Dagenais C., Ridde V. Le transfert des connaissances scientifiques, « c'est bien, mais c'est pas encore arrivé... ». *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances (TUC)*, vol. 4 n° 1, 2020 : 4 p. En ligne : <https://revue-tuc.ca/index.php/accueil/article/view/16/tuc.2020.4.1.16>

• Terral P. 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, n°15. En ligne : <https://journals.openedition.org/rfsic/4581>

• Villeval M. Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018 : 20 p. En ligne : <http://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

• Cambon L. De la recherche à la décision en santé : le transfert de connaissances. *Environnement risques & santé*, vol. 16, n° 4, 2017 : p. 389-392.

• Trompette J. Complexité des interventions en santé publique et en promotion de la santé : exploration de son appréhension par les chercheurs et par les acteurs de terrain [thèse]. Université de Lorraine, 2017. En ligne : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01835058/document>

• Le Pennec A. Partage et application de connaissances (PAC). L'itinéraire incertain des connaissances issues de la recherche. *Education santé*, n° 329, 2017 : p. 6-9. En ligne : http://educationsante.be/media/filer_public/a8/b8/a8b82054-f350-4273-86d0-b37ebbacaed0/es_329_jan17_lr.pdf

• Morestin F. Les conseillers des décideurs politiques, les connaissances scientifiques et le partage de connaissances : faits saillants d'une revue de littérature et leçons à retenir. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2017 : 14 p. En ligne : http://www.ccnpps.ca/docs/2017_PC-KS_conseillersadvisors_resume_FR.pdf

• Société française de santé publique (SFSP). Quels besoins des acteurs de terrain en promotion de la santé en matière de transfert de connaissances ? Rapport d'étude - Premiers

résultats. Paris : SFSP, 2016, 51 p. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra_besttransfcon_0216.pdf

• Alla F., Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*, 2015, vol. 27, n°3 : p. 303-304.

• Ridde V., Haddad S. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, vol. 61(suppl. 2) : S95-106.

• Cambon L., Alla F. Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. Le défi français de l'innovation. *Questions de santé publique*, n° 27, 2014 : 4 p. En ligne : https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2018/10/Web_QSPn--27_web_.pdf

• Gervais M.-J., Gagnon F., Bergeron P. Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques : l'apport de la littérature sur le transfert des connaissances. Instituts de recherche en santé du Canada, 2013 : 117 p. En ligne : https://chairecjmiu.uqam.ca/upload/files/Gervais-Rapport2013-Mise_a_profit_connaissances.pdf

• Dagenais C., Robert E. Le transfert des connaissances dans le domaine social. Montréal (CA) : Presses de l'Université de Montréal, 2012 : 226 p.

• Munerol L. Le courtage en connaissances en promotion de la santé : revue de littérature. [thèse de médecine]. Université de Lorraine-faculté de médecine de Nancy, 2012 : 111 p. En ligne : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734243/document>

SE FORMER ET S'INFORMER : OUTILS ET GUIDES PRATIQUES

• Centre d'apprentissage du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO)

Ce site web donne accès à plusieurs outils et modules d'apprentissage autour des données probantes :

- « Évaluation des compétences en matière de prise de décisions fondée sur des données probantes » ;

- 12 modules d'apprentissage (démarche PDFFP) ;

- Pyramide des 6 S.

Accès au centre d'apprentissage : <https://www.nccmt.ca/fr/learning-centre>

• Renaud L., Lafontaine G. Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique : guide pratique. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé, coll. Partage, 2018 : 42 p.

En ligne : <http://promosante.org/wp-content/uploads/2018/12/Guide-pratiqueApprocheEcologique2018-web.pdf>

• Promotion Santé Normandie. Structurer une démarche de transfert de connaissances en santé. Outil d'aide à l'usage des professionnels. ARS Normandie, 2018 : 13 p. En ligne : https://docs.wixstatic.com/ugd/acc913_38144e4772b44d719c70ee4d8c03dc95.pdf

• **Sizaret A.** Entre « données probantes » et « partage de connaissances » : quelques ressources et outils en promotion et éducation pour la santé. *ADSP*, n° 103, 2018 : p. 11-15.

• **Cambon L., Minary L., Ridde V., et al.** Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : *ASTAIRE*. *Santé publique*, vol. 26, n°6, 2014 : p. 783-794.

• **Souffez K., Laurendeau M.-C.** *Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances*. Québec (CA) : Institut national de santé publique du Québec, 2013 : 2 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_pour_soutenir_l_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf

• **Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment ?** Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2013 : 11 p. En ligne : http://www.ccnpps.ca/docs/logicmo_delelogique_Fr.pdf

• **Hamel E. (dir).** *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>

• **Lemire N., Souffez K., Laurendeau M.-C.** *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec (CA) : Institut national de santé publique du Québec, 2009 : 59 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_animertransfertconn_Bilan.pdf

• **Lock K.** Les outils pour améliorer les politiques de santé publique fondées sur des preuves avérées : les rôles potentiels de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision et des techniques de prévision. *Télescope*, 2008, vol. 14, n° 2 : p.107-117. En ligne : http://www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_2/Telv14n2_lock.pdf

REGISTRES D'INTERVENTIONS

• **Registre d'interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé**

La Direction générale de la santé, qui pilote le développement d'une prévention scientifiquement fondée en s'inscrivant dans les préconisations de la Stratégie nationale de santé, a confié à Santé publique France, la mise en place d'un registre français d'interventions validées ou prometteuses. La création de cette plateforme permet l'articulation et la diffusion des innovations entre la recherche et les pratiques de terrain. L'objectif est de sélectionner et de qualifier les interventions les plus pertinentes – d'abord dans le contexte français, ensuite en l'élargissant aux interventions étrangères – puis de rendre compte du contenu et des conditions de mise en œuvre, dans le but d'aider les décideurs et les acteurs locaux à choisir des interventions adaptées pour répondre à leurs besoins. La recherche de l'efficacité et de l'efficience des actions publiques est une préoccupation croissante à la fois au niveau national et international, par le choix d'approches ou d'interventions fondées sur des preuves (*evidence-based*).

[Source : extrait du site Santé publique France]

Accès au registre des interventions probantes : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/recherche/spf_internet_registre

• **Mayer N.** « Projets partagés » : un outil de partage d'expériences en promotion de la santé. *Education santé*, n° 358, 2019. En ligne : <http://educationsante.be/article/projets-partages-un-outil-de-partage-dexperiences-en-promotion-de-la-sante/>
Accès à la base de données : <https://www.clps-bw.be/presentation-db>

• **Oscars : Observation et suivi cartographique des actions régionales en santé**

La base de données cartographique des actions régionales de santé OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) référence les actions en région. La ressource comprend plusieurs modules :

- un module généraliste adopté par certaines régions à la demande des ARS : Grand-Est, Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Auvergne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Océan indien, Guadeloupe, Martinique ;

- un module Moi(s) sans tabac adopté par toutes les régions à la demande de Santé publique France ;

- un module Éducation thérapeutique du patient adopté par 4 régions à la demande des ARS : Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

- un module Santé-travail adopté par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DiRECCTE) en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

[Source : extrait du site web OSCARS santé]

Accès à OSCARS : <https://www.oscarsante.org/>

• **Société française de santé publique (SFSP) : la capitalisation des expériences en promotion de la santé**

Le projet de Capitalisation des expériences en promotion de la santé est mené depuis 2017 et coordonné par la Fnies et la SFSP. Son objectif est d'élaborer un dispositif national de partage de connaissances en santé publique : repérer des projets riches en enseignements et d'organiser leur capitalisation, appuyer les accompagnateurs et les porteurs d'action impliqués et alimenter un futur portail qui accueillera les connaissances issues de l'expérience. En parallèle des projets de capitalisation d'expériences sont en cours :

Le projet D-CAP : Produire des connaissances à partir de l'expérience des acteurs sur les actions de prévention incluant la question du tabagisme. En ligne : <https://www.sfsp.fr/content-page/item/15793-capitalisation-d-actions-de-prevention-du-tabagisme>

Le projet SeRra : Produire des connaissances à partir de l'expérience des acteurs sur les actions de réduction des risques liés à l'alcool. En ligne : <https://sfsp.fr/content-page/item/17298-capitalisation-des-savoirs-experientiels-sur-la-reduction-des-risques-lies-a-l-alcool>

Le projet Dépistage : Produire des connaissances à partir de l'expérience des acteurs sur les actions de promotion de la participation au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. En ligne : <https://sfsp.fr/content-page/item/17136-capitalisation-d-actions-de-promotion-de-la-participation-au-depistage-des-cancers-du-sein-et-du-col-de-l-uterus>

[Source : site web SFSP]

Accès : <https://sfsp.fr/capitalisation>

Analyse du programme Assist de prévention du tabagisme par les pairs collégiens en France

Emmanuelle Béguinot,

directrice, Comité national contre le tabagisme (CNCT),

Romain Guignard,

chargé d'expertise scientifique, unité addictions,

Viêt Nguyen-Thanh,

responsable de l'unité addictions,

Pierre Arwidson,

directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,

Yves Martinet,

président, Comité national contre le tabagisme (CNCT),

Loïc Josseran,

professeur des universités, praticien hospitalier (PU-PH) de santé publique, UFR des sciences de la santé, université de Versailles – Saint-Quentin, hôpital Raymond Poincaré, Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP).



© Céline Wangner

A *Stop Smoking In Schools Trial*¹ (*Assist*) est un programme britannique – conçu et évalué au Royaume-Uni – de prévention du tabagisme au collège, déployé au niveau local, inspiré de la théorie de la diffusion de l'innovation² et fondé sur l'influence d'élèves ambassadeurs. Il vise les élèves de 12-13 ans (en classe de cinquième), et son efficacité sur la prévalence du tabagisme a été démontrée à partir d'un essai contrôlé randomisé en clusters, réalisé en 2001-2002 auprès de 10 730 élèves issus de 59 collèges en Angleterre et au pays de Galles : deux ans après l'intervention, les chercheurs observaient un écart de 2,1 % de prévalence entre les

établissements ayant bénéficié de l'intervention et les établissements-témoins, cet écart correspondant à une baisse relative d'environ 15 % du nombre de fumeurs. Un effet était également observé sur l'âge d'entrée dans le tabagisme, ce qui est bénéfique dans le sens où un âge précoce d'initiation est associé à une dépendance tabagique plus importante à l'âge adulte. Une analyse médico-économique a également montré que le coût de l'intervention était de 1 500 £ pour un collégien non-fumeur deux ans après l'intervention grâce à celle-ci, Un rapport coût-efficacité considéré positif dans l'hypothèse raisonnable où la réduction observée du tabagisme

L'ESSENTIEL

▣ **A *Stop Smoking In Schools Trial* (*Assist*), programme britannique de prévention du tabagisme au collège qui a fait ses preuves, a été expérimenté en France. Les premiers résultats sont prometteurs.**

deux ans après l'intervention traduit une baisse de la prévalence observée à l'âge adulte ou un arrêt du tabac plus précoce, au regard des dépenses de santé induites par le tabagisme (coût des soins et des traitements d'aide à l'arrêt du tabac notamment).

Lutte contre le tabagisme
Programme de prévention par les pairs collégiens



© Florence Levlain/Signatures

La dissémination du programme au Royaume-Uni est assurée depuis 2010 par une structure sise à Bristol, *Evidence to Impact*, et elle a pu bénéficier à plus de 160 000 élèves. La mise en place de l'intervention est conditionnée par l'obtention d'une licence d'usage.

Mise en œuvre de l'expérimentation en France

Afin d'évaluer l'acceptabilité du programme et la faisabilité de sa mise en œuvre dans le contexte français, une expérimentation a été menée de 2016 à 2019 dans le cadre d'un partenariat conclu entre Santé publique France, le Comité national contre le tabagisme (CNCT) et l'université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), avec l'appui du ministère de l'Éducation nationale.

Sur les trois années scolaires de l'expérimentation, 4 252 élèves de 19 collèges (des régions Île-de-France, Grand-Est, Normandie et Bourgogne – Franche-Comté) ont pu bénéficier de l'intervention. 737 collégiens (17,7 % des effectifs) ont été formés pour être des ambassadeurs.

Une évaluation qualitative de la mise en œuvre du programme a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs auprès d'élèves ambassadeurs et d'autres élèves, d'enseignants, de parents, de formateurs et du personnel éducatif des établissements. Une évaluation quantitative a également été menée auprès des ambassadeurs, visant à mesurer la satisfaction de la formation et des séances de suivi.

Résultats de l'expérimentation

Les observations et les données recueillies montrent que le principe de la prévention par les pairs est bien accepté par les adolescents et par la communauté éducative et que ce programme britannique peut être mis en œuvre en France. Les élèves ambassadeurs sont fiers dans l'ensemble d'avoir été choisis et d'avoir participé au programme. Ils mentionnent également avoir acquis des connaissances et des compétences grâce à ce dispositif. Il serait cependant nécessaire de renouveler le contenu des sessions de suivi pour éviter la lassitude de certains, les réunions

de suivi étant moins appréciées que la formation initiale de deux jours. En année 3, 88 % des ambassadeurs déclarent avoir eu au moins une discussion sur le tabagisme avec leurs camarades (11 % des ambassadeurs : plus de 10 discussions ; 27 % : entre 6 et 10 ; 50 % : entre 1 et 5 discussions). Les trois quarts (73 %) déclarent qu'il a été facile d'aborder le sujet et 93 % des ambassadeurs recommanderaient ce programme aux enfants de leur âge.

Les ambassadeurs ont des profils variés : il peut s'agir d'élèves ayant un très bon niveau sur le plan académique et reconnus comme tels, mais aussi, à l'opposé, de « fortes têtes » ayant généralement des difficultés sur le plan scolaire. On trouve également des personnalités plus introverties, mais avec des qualités et un certain charisme vis-à-vis de leurs camarades.

Le programme a été adapté pour prendre en compte les résultats de l'évaluation tout en préservant les ingrédients fondant l'efficacité du programme originel (cible des élèves de cinquième, protocole structuré, durée, sélection des pairs, formation par des intervenants extérieurs...). L'évaluation met en exergue que les parents doivent être mieux informés du déroulement du programme et de ses objectifs, contrairement à ce qui est fait au Royaume-Uni. En effet, le « culte du secret » pratiqué autour du projet, composante forte du programme dans sa version britannique, n'apparaît pas toujours très pertinent et peut constituer un obstacle pour impliquer d'autres acteurs.

Recommandations

La dé-normalisation du tabac étant moins avancée en France qu'au Royaume-Uni, l'expérimentation a mis en évidence le besoin de renforcer le contenu de la formation des formateurs et des ambassadeurs sur le tabac par la transmission de connaissances solides. Ce renforcement favorisera l'adhésion des personnels éducatifs et des parents. Le protocole et le contenu des activités prévues doivent aussi être adaptés au niveau scolaire des élèves, avec des options additionnelles à développer ou bien des modules à approfondir. Autre facteur limitant : les contraintes organisationnelles et logistiques inhérentes au déploiement

du programme ne sont pas toujours compatibles avec le contexte scolaire français (relations avec les élèves et avec les enseignants, disponibilité des salles dans les collèges, lieu de la formation des ambassadeurs, transport, restauration...). En outre, le constat est fait que les intervenants doivent être mieux formés pour gérer les comportements difficiles de certains élèves.

Le protocole d'intervention doit aussi être adapté afin de mieux intégrer les modes de communication et d'échanges des jeunes : les conversations sur les réseaux sociaux sont devenues centrales et des activités autour de la création de groupes d'échanges seraient à prévoir. L'utilisation des réseaux sociaux dans la mission des ambassadeurs devrait faire l'objet d'une réflexion et d'une proposition cadrée pour que ceux-ci viennent en appui des ambassadeurs sans les « exposer ». Par ailleurs, il serait important de prévoir une forme de valorisation des établissements parties prenantes. Des actions de communication en direction, par exemple, de la presse locale pourraient être intégrées dans le dispositif.

Enfin, il apparaît nécessaire d'inclure systématiquement ce programme dans le projet éducatif du collège, par exemple, en présentant le programme Assist comme partie intégrante d'un établissement sans tabac ou plus largement de prévention, en appui de mesures complémentaires telles que des interdictions de fumer aux abords du collège. Il pourrait aussi être bénéfique de l'intégrer plus largement dans la communauté (avec les parents, l'équipe éducative, les municipalités, les associations...).

Conclusion

Il n'existe pas de barrières culturelles à la mise en œuvre du programme Assist en France, ce type de programme de prévention par les pairs auprès des collégiens est globalement accepté, c'est-à-dire recevable par cette population. Les principales difficultés renvoient à des contraintes organisationnelles, pas toujours appropriées au contexte scolaire et pratique français, et également au fait que la norme tabagique – l'acceptation sociétale de la consommation du tabac – est beaucoup plus forte en France qu'au Royaume-Uni. Ce programme très structuré, simple à suivre et scientifiquement évalué, nécessite des

adaptations, un renforcement des contenus et mériterait d'être davantage intégré dans le projet éducatif du collège, voire à un développement communautaire dans sa mise en œuvre. Des réflexions sont en cours concernant un déploiement de ce programme dans d'autres établissements sur le territoire français, en complémentarité d'autres interventions de prévention des addictions en milieu scolaire. ■

1. Que l'on pourrait traduire par : Stop au tabac dans les écoles.
2. Selon cette théorie, les changements de comportement d'une communauté sont impulsés par des personnes souvent populaires et respectées.

CONTENU DE L'INTERVENTION

Le calendrier et les grandes caractéristiques du programme Assist, qui se déroule sur une période de 14 semaines environ, sont détaillés dans un manuel d'intervention :

- l'établissement fait passer un questionnaire à l'ensemble des élèves de cinquième pour identifier les potentiels pairs ambassadeurs. Objectif : repérer les 15 % d'élèves les plus influents. Puis, le programme est présenté aux élèves repérés. Sous réserve de leur accord et de celui de leurs parents, ils sont ensuite formés pendant deux jours en dehors de l'établissement scolaire par des intervenants extérieurs, dans le but de leur fournir des informations sur le tabagisme et également de favoriser le développement de leurs compétences psychosociales (développement de l'esprit critique, estime de soi, capacités d'écoute

et de communication, résistance à la pression des pairs...) par des activités et des jeux de rôles ;

- le programme est ensuite « informel » : une fois formés, les pairs ambassadeurs peuvent influencer leurs camarades lors de leurs interactions quotidiennes et en particulier les dissuader de commencer à fumer (et non pas inciter les fumeurs à arrêter de fumer) ;
- les formateurs effectuent auprès d'eux quatre visites de suivi d'une durée d'une heure dans les collèges (visites étalées sur dix semaines) ; ils répondent aux questions des ambassadeurs et s'assurent du bon déroulement du programme. Et ils délivrent des informations complémentaires sur le tabac et la prévention ;
- en fin d'intervention, un certificat est remis aux élèves ambassadeurs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Audrey S., Cordall K., Moore L., Cohen D., Campbell R. The development and implementation of a peer-led intervention to prevent smoking among secondary school students using their established social networks. *Health Educational Journal*, 2004, n° 63 : p. 266-284. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001789690406300307>

- Campbell R., Starkey F., Holliday J., Audrey S., Bloor M., Parry-Langdon N. *et al.* An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*, 10 mai 2008, vol. 371, n° 9624 : p. 1595-1602. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2387195/>
- Hollingworth W., Cohen D., Hawkins J., Hughes R. A., Moore L. A., Holliday J. C. *et al.* Reducing smoking in adolescents: cost-effectiveness results from the cluster randomized ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial). *Nicotine and Tobacco Research*, février 2012, vol. 14, n° 2 : p. 161-168.

En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3628155/pdf/ntr155.pdf>

- Eker F., El Mellah L., Béguinot E., Gastet V., Guignard R., Nguyen-Thanh V *et al.* Évaluation de l'acceptation de la méthode de prévention du tabagisme par les pairs Assist par les collégiens français. [Poster] 2^e Congrès Adelf-SFSP 2017, Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques, Amiens, 4-6 octobre 2017. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/poster/evaluation-de-l-acceptation-de-la-methode-de-prevention-du-tabagisme-par-les-pairs-assist-par-les-collegiens-francais>

Prévenir la consommation tabagique dans les lycées : développer des actions de prévention menées par les jeunes

Entretien avec

Florence Cousson-Gélie,

professeur de psychologie de la santé, université Paul-Valéry Montpellier 3, directrice scientifique d'Épidaure, le département prévention de l'Institut du cancer de Montpellier (ICM).

La Santé en action : Quels facteurs influent sur l'entrée des jeunes dans le tabagisme ?

Florence Cousson-Gélie :

Les études scientifiques montrent que les jeunes ne sont pas tous égaux devant le tabagisme. Le milieu social des parents peut jouer un rôle qu'il n'est pas si simple d'appréhender, car il ne s'agit pas seulement du niveau socio-économique des familles, mais également de l'influence des représentations que la famille a vis-à-vis du tabac. En effet, on constate que les classes sociales défavorisées consomment davantage de tabac et que les jeunes issus de ces familles ont également tendance à fumer plus. Lorsque l'on va proposer des mesures pour lutter contre le tabagisme, il faut être attentif à ce qu'elles n'augmentent pas les inégalités sociales de santé. Par exemple, une mesure de prévention comme l'augmentation du prix du paquet a paradoxalement permis une

diminution de la consommation de tabac dans les classes sociales les plus favorisées. Pour les classes sociales les plus défavorisées, ce résultat a été moins observé. Des enquêtes sociologiques ont tenté d'expliquer ce résultat et il ressort que pour ces personnes, la cigarette est vue comme un des derniers « *petits plaisirs* », qu'on peut quand même s'offrir, car c'est une petite dépense au jour le jour. La famille a donc un rôle important dans la consommation de tabac chez les jeunes : vivre dans un environnement de fumeurs contribue à donner une représentation positive du tabac. Cette influence du milieu familial est plus marquée chez les plus jeunes, les 13-15 ans, et chez les filles. L'influence des pairs vient plutôt dans un second temps, autour de 15-16 ans et les filles y sont également plus sensibles. Des études ont aussi montré que nous ne sommes pas tous égaux non plus d'un point de vue génétique. La dépendance à la nicotine, substance rapidement addictive, varie d'un individu à l'autre. Les troubles psychiatriques (anxiété, déficit de l'attention, hyperactivité...) ont également été identifiés comme des facteurs de risque de l'entrée dans le tabagisme et de la consommation de tabac. L'état psychologique au moment de l'adolescence joue évidemment un rôle : quand on manque de confiance en soi, fumer est vu comme un moyen de se donner de la prestance, de se réassurer. Et puis il y a aussi, dans certains cas, l'incitation à consommer, déployée par les cigarettiers et non contrariée par les pouvoirs publics : ainsi, en dépit de la loi Évin, la publicité et le marketing indirects, sous la forme de placement de produit – acheter un emplacement visuel, faire apparaître une actrice ou

un acteur en train de fumer et supposé en tirer plus de prestance et de style –, sont importants dans l'industrie du divertissement (films, série, jeux vidéos).

S. A. : En quoi le programme de prévention du tabagisme par les pairs (P2P) consiste-t-il ?

F. C.-G. : Épidaure, le département prévention de l'Institut du cancer de Montpellier, est un centre de prévention primaire¹. En 2012, nous avons souhaité développer un nouveau programme de prévention du tabagisme en interrogeant les jeunes sur leurs souhaits en matière de prévention sur le sujet. Il est apparu qu'ils voulaient participer davantage et que les messages viennent moins des adultes. C'est pourquoi l'influence des pairs nous a semblé un point de départ intéressant pour construire ce programme. Celui-ci a été élaboré à partir d'un modèle en psychologie : la théorie du comportement planifié. En effet, l'initiation au tabac dépend d'un point-clé qui est la motivation. Et la motivation pour fumer repose sur les attitudes – évaluations positives ou négatives du tabac –, les normes subjectives – perceptions du comportement tabagique par l'entourage, perceptions de ce que l'entourage pense du tabac –, et le contrôle perçu – capacités perçues à ne pas consommer de tabac ou à limiter sa consommation de tabac. C'est sur ces variables que nous voulions que les pairs volontaires développent une action de prévention dans leur lycée, avec l'objectif de faire du tabac un produit moins positif (attitudes), de dé-normaliser le tabac (normes subjectives) et de développer la résistance au tabac (contrôle perçu) chez leurs camarades. Nous avons ciblé des lycées

L'ESSENTIEL

► En région Occitanie, un programme de prévention du tabagisme – qui fait intervenir des jeunes pairs formés pour sensibiliser les autres – a permis de ne pas augmenter la prévalence du tabagisme quotidien dans le groupe ayant reçu l'intervention par les pairs. Après deux ans de projet, l'évaluation montre une différence significative de fumeurs quotidiens de 9,6 % entre les lycéens du groupe-intervention et les lycéens du groupe-témoin. Compte tenu de ses résultats encourageants, le programme a été étendu à deux autres régions. Florence Cousson-Gélie décrypte les motivations, les normes sociales, l'influence des pairs, du milieu familial dans l'entrée et la consommation de tabac. Par ailleurs, pour prévenir l'entrée des collégiens dans le tabagisme, il faut les aider à développer leurs compétences psychosociales : gagner en confiance, en estime de soi, savoir résister à la pression.

professionnels, car les élèves issus des classes défavorisés y sont davantage représentés. Les jeunes volontaires ont été contactés *via* la maison des lycéens, structure associative chapeauté par l'établissement, ou *via* le conseil de vie lycéenne. Ces pairs ont été accompagnés, pendant six séances de deux heures, par des professionnels de la prévention pour être formés et être en capacité d'intervenir dans leur établissement, de façon autonome. Certains ont collecté les mégots jetés pour dessiner la silhouette d'un mort dans la cour ; d'autres ont tourné une vidéo *Ma vie de merde avec le tabac* pour susciter le débat.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de cette action ?

F. C.-G. : Après deux ans de projet, l'évaluation montre une différence significative – de 9,6 points de pourcentage – de fumeurs quotidiens entre les lycéens du groupe-intervention (sept lycées où le programme de prévention du tabagisme par les pairs – P2P a été mis en place) et les lycéens du groupe-témoin (huit lycées où aucune action n'a été mise en place) sur un échantillon de 1 573 lycéens [1]. En effet, dans les deux groupes, 31 % des élèves fumaient quotidiennement au début de l'opération. Deux ans plus tard, ils étaient 34 % dans le groupe-intervention et 43 % dans le groupe-témoin. L'action a ainsi permis de limiter la progression du tabagisme d'une façon significative. Au regard de ces premiers résultats, nous avons continué à proposer ce programme à d'autres régions comme l'Île-de-France et l'Auvergne – Rhône-Alpes. Sur les années 2018-2019 et 2019-2020, 30 lycées ont participé, dont 10 dans la Région parisienne et 15 en Occitanie. Nous avons notamment évalué les freins et les leviers dans la mise en place de ce programme et vérifié la fidélité des actions mises en œuvre sur le terrain.

S. A. : Quels leviers et quels freins ont alors été identifiés ?

F. C.-G. : L'implication de l'établissement dans l'action est un élément important, et notamment la mobilisation de l'infirmière scolaire et/ou du conseiller principal d'éducation (CPE). Le soutien institutionnel et financier de l'agence régionale de santé l'est également, même si le programme de formation des pairs n'est pas très coûteux. Enfin, nous

terminons le programme par une Journée des pairs, où ces derniers racontent leurs interventions et partagent leurs idées, et elle apparaît comme essentielle, en particulier pour relancer la deuxième année du programme. *A contrario*, nous avons effectivement constaté quelques freins, essentiellement dans le recrutement des pairs éducateurs. Il s'avère compliqué de faire de la place dans leur emploi du temps pour suivre la formation de douze heures et les lycéens sont parfois absents de l'établissement pour effectuer des stages.

S. A. : Pourquoi ces résultats sont-ils encourageants, quand la science est réservée sur l'efficacité de la prévention par les pairs contre les addictions des jeunes ?

F. C.-G. : Sur le plan international, la méta-analyse de McArthur en 2016 montre qu'il y a bien un effet de ces interventions sur le tabac, l'alcool et le cannabis. Toutefois, il reste à améliorer et à clarifier la qualité des études sur le plan méthodologique et sur les modalités du pair à pair. Notre programme P2P fonctionne, mais il est difficile de dire si c'est dû à l'implication des pairs ou au fait que l'intervention est ancrée sur un modèle théorique. En effet, l'intervention des pairs semble mieux fonctionner si elle cible bien les trois variables (attitudes, normes sociales et contrôle perçu).

S. A. : Faut-il adopter différentes stratégies pour prévenir le tabagisme chez les jeunes ?

F. C.-G. : Oui, car les influences sociale, familiale et psychologique n'interfèrent pas de la même manière auprès des collégiens et des lycéens. Parler trop tôt des méfaits du tabac peut avoir un effet inverse en termes de prévention. Pour les plus jeunes, il est préférable de ne pas viser spécifiquement le tabagisme, mais de proposer des programmes plus généraux sur la santé, et notamment autour du développement des compétences psychosociales : gagner en confiance, acquérir une estime de soi, savoir résister à la pression, etc. Cette capacité à résister peut être abordée de façon plus globale... Par exemple, en intégrant le harcèlement à l'école. Avec la Fédération Addiction, nous travaillons aussi en direction des familles : l'idée est de suggérer des règles d'éducation

par rapport aux addictions, en constituant des groupes parents – adolescents entre 12 et 16 ans. Avec les lycéens, il est possible de parler davantage du produit et de son marketing. Il s'agit de battre en brèche certaines idées : les lycéens se croient libres alors qu'ils sont dépendants de l'image véhiculée par l'industrie du divertissement ; ils ont également tendance à surestimer le nombre de fumeurs de leur classe d'âge, en pensant que tous les jeunes de leur âge fument, alors que ce n'est pas le cas. En revanche, il me paraît difficile d'adopter des stratégies différentes selon le sexe. Tout au plus, certains messages pourraient être accentués concernant les conséquences sur le physique (préserver des dents blanches, un joli teint...).

S. A. : L'image du tabac est-elle en train de changer auprès des jeunes ?

F. C.-G. : On observe que la consommation baisse parmi les 12-16 ans. Il y a une forme de dé-normalisation du tabac. Les jeunes deviennent plus conscients de sa dangerosité et de son côté addictif. Pour autant, ils sont toujours tentés d'essayer. Dans l'enquête que nous avons menée en 2012, certains ont exprimé l'idée que soit inventé un « vaccin » pour qu'ils puissent continuer de fumer et de boire sans tomber malades ! C'est pourquoi le dispositif P2P n'est pas un programme qui vise l'arrêt du tabac, mais dont l'objectif premier est d'en freiner la consommation quotidienne. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. La prévention primaire consiste à réduire ou à diminuer les cancers évitables par une modification des comportements individuels et des mesures de prévention plus efficaces.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Cousson-Gélie F., Lareyre O., Marguerite M., Pailart J., Stoebner A. Effects of P2P, a Theory of Planned Behaviour-based program against tobacco realised by a cohort of students in vocational schools. *Psychology*, 2016, vol. 25, SP. S3 : p. 20-21.

Les chercheurs de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) recommandent que l'activité physique soit le premier traitement de certaines maladies chroniques, avant même la prise de médicaments.

L'activité physique : un traitement scientifiquement démontré face à l'obésité, la dépression, le diabète

Catherine Chenu, chargée d'expertise, pôle expertise collective, **Laurent Fleury**, responsable des expertises collectives, Pôle expertise collective, **le groupe de l'expertise collective¹**, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Les maladies chroniques sont des affections non transmissibles de longue durée, parfois permanentes, qui évoluent avec le temps. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elles sont la première cause de mortalité mondiale et en Europe, elles « concourent à près de 86 % des décès [...] et pèsent de plus en plus lourdement sur les systèmes de santé ». Elles altèrent la qualité de vie et entraînent des limitations fonctionnelles, précipitent l'entrée dans la dépendance et accroissent la mortalité.

Un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur quatre facteurs de risque principaux : consommation de tabac, inactivité physique et sédentarité, consommation d'alcool et mauvaise alimentation. En France, la part des personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer d'un quart, en 2015, à un tiers de la population en 2040. Actuellement, un Français sur quatre souffre d'une maladie chronique, trois sur quatre après 65 ans. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes atteintes par les pathologies chroniques ne cesse de progresser. La prévention de leurs complications et des récurrences est de ce

L'ESSENTIEL

■ **Dans de nombreuses pathologies chroniques, le repos a longtemps été la règle, mais on assiste aujourd'hui à un véritable changement de paradigme : les études scientifiques montrent que l'activité physique (AP) a des effets bénéfiques indiscutables chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Ces bénéfices sont d'autant plus importants qu'elle est introduite tôt après le diagnostic. En conséquence, l'activité physique – même chez des malades à des stades avancés de leurs maladies – doit faire partie intégrante du traitement des maladies chroniques. Sa prescription devrait être systématique et aussi précoce que possible dans le parcours de soins de chacune des pathologies étudiées. Plus impressionnant encore, la littérature scientifique démontre désormais avec certitude que certaines pathologies peuvent être guéries par la seule pratique de l'AP à condition qu'elle soit adoptée par le patient de façon pérenne. L'expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) recommande que l'activité physique soit prescrite avant tout traitement médicamenteux, c'est-à-dire en première intention pour la dépression légère à modérée, le diabète de type 2, l'obésité et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.**

fait un enjeu central pour le maintien de l'autonomie, notamment chez les personnes âgées.

Afin de disposer d'un bilan des connaissances scientifiques et d'analyser, dans le cadre des maladies chroniques, l'impact de l'activité physique (AP²) et sa place dans le parcours de soins, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a été sollicité par le ministère des Sports pour réaliser une expertise collective. Cette expertise s'appuie sur une analyse critique de la littérature scientifique internationale, réalisée par un groupe pluridisciplinaire de 13 chercheurs experts dans différents domaines relatifs aux pathologies chroniques, à la médecine du sport et à la psychosociologie.

Une expertise collective

Les pathologies étudiées dans le cadre de cette expertise sont les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies respiratoires chroniques. L'obésité, en tant que déterminant de maladies chroniques et phénomène morbide en soi, y trouve également sa place. Enfin sont aussi prises en compte certaines maladies mentales (dépression, schizophrénie), ainsi que les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la multimorbidité.

Ses résultats sont tellement convaincants en termes d'analyse de la balance bénéfices/risques de l'activité physique, même chez des malades à des stades avancés de leurs maladies, qu'il a semblé

indispensable aux membres de l'expertise d'en diffuser aussi largement que possible les résultats.

Voici en tableau 1 ses principaux résultats.

Une activité physique adaptée, pérenne et profitable

Aussi, l'enjeu n'est pas tant de savoir si on doit recommander une pratique régulière d'une activité physique adaptée (APA³) aux personnes atteintes d'une maladie chronique – il n'y a plus aucun doute sur cette nécessité –, mais de déterminer les caractéristiques des programmes les plus efficaces selon les aptitudes physiques et les ressources psycho-sociales des patients, dans la perspective d'obtenir un maximum de bénéfices avec un minimum de risques : quand commencer un programme, quelle pratique, quelle intensité, quelle fréquence, dans quel cadre, avec quelle forme d'intervention ?

Le deuxième enjeu est d'identifier les déterminants de l'adoption d'un comportement actif, pérenne et inséré dans les habitudes de vie. Quel serait l'intérêt d'un programme d'activité physique dont la démonstration d'efficacité a été faite par un essai clinique

réalisé dans des conditions idéales, mais qui ne se révélerait ensuite ni approprié ni adopté par les patients ?

Le troisième enjeu est de comprendre les mécanismes par lesquels l'activité physique agit non seulement de façon générale, en amélioration de la condition physique, mais aussi de façon spécifique selon les pathologies concernées. Une partie importante de l'expertise décrit pathologie par pathologie les bénéfices/risques de l'activité physique, et son intérêt en prévention, soin complémentaire ou thérapeutique.

Recommandations

Les recommandations qui en découlent sont simples, en voici les principales :

Prescrire de l'activité physique pour toutes les maladies chroniques étudiées et l'intégrer dans le parcours de soins le plus précocement possible

Dans de nombreuses pathologies chroniques, le repos a longtemps été la règle, mais on assiste aujourd'hui à un véritable changement de paradigme : les études scientifiques montrent que lorsqu'elle tient compte des recommandations de pratique et des

complications liées à la pathologie, non seulement l'activité physique ne l'aggrave pas, mais en plus ses effets bénéfiques sont d'autant plus importants qu'elle est introduite tôt après le diagnostic.

L'activité physique (AP) doit faire partie intégrante du traitement des maladies chroniques. Sa prescription devrait être systématique et aussi précoce que possible dans le parcours de soins de chacune des pathologies étudiées. Au vu de la bibliographie, certaines pathologies peuvent être guéries par la seule pratique de l'AP à condition qu'elle soit adoptée par le patient de façon pérenne. L'expertise Inserm recommande que l'activité physique soit prescrite avant tout traitement médicamenteux, c'est-à-dire en première intention pour la dépression légère à modérée, le diabète de type 2, l'obésité et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Le groupe d'experts a également pu élaborer des recommandations spécifiques par pathologies, qui s'accordent cependant sur la fréquence de la pratique d'activité physique adaptée (APA) – un minimum de trois séances par semaine. Des modalités

Tableau 1. Les effets bénéfiques de l'activité physique pour les différentes pathologies avec un niveau de preuve maximal.

Pathologies	Effets
Diabète de type II	Mortalité toutes causes ↘ mortalité cardio-vasculaire, meilleur contrôle de la glycémie ↗ Capacité aérobie ↗ force musculaire, meilleur contrôle du poids
Diabète de type I	↗ Capacité aérobie, amélioration du profil lipidique ↘ des besoins en insuline
Obésité	↘ De la masse grasse viscérale, stabilisation du poids après une perte de poids initiale
Pathologies coronaires	↗ de la qualité de vie VO ₂ max, ↘ pression artérielle ↗ force musculaire ↘ mortalité et réhospitalisation
Insuffisance cardiaque chronique	↗ de la qualité de vie ↗ VO ₂ max, meilleurs marqueurs biologiques
AVC	↗ De la distance de marche ↗ VO ₂ max
Asthme	↗ Aptitude physique aérobie, qualité de vie ↘ nombre de jours avec symptômes
Cancer	↗ Capacité aérobie, force musculaire et de la qualité de vie ↘ de la fatigue, IMC et masse grasse
Rhumatisme inflammatoire	↘ Douleur ↗ des capacités fonctionnelles (PR* SPA**)
Arthrose des membres inférieurs	↘ Douleur ↗ des capacités fonctionnelles
Pathologies mentales	↘ Diminution des symptômes dépressifs et symptômes anxio-dépressifs

*PR : polyarthrite rhumatoïde. ** SPA : spondylarthrite ankylosante.

de programmes d'activité physique adaptés à la capacité physique du patient et spécifiques pour chacune des pathologies étudiées y sont décrites et auxquelles le lecteur peut accéder dans le texte de l'expertise Inserm [1]. Selon les pathologies, les programmes combinent différemment renforcement musculaire, endurance, souplesse et équilibre (le lecteur peut également se référer aux fiches pratiques de prescription de l'AP développées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour aider les professionnels de santé et de l'activité physique [2 ; 3]). Dans un prolongement logique de ses multiples bénéfices, l'APA est maintenant préconisée dans les formes très invalidantes, asthéniques et persistantes de la Covid-19.

Adapter la prescription d'activité physique aux caractéristiques individuelles et médicales des patients

Les principales barrières à la pratique de l'activité physique sont – outre le contexte socio-économique, lequel est le premier déterminant – en général liées à la pathologie elle-même (douleurs, fatigue, effets secondaires de certains traitements...).

L'enjeu principal est donc, outre en tout premier lieu d'agir sur les déterminants socio-économiques et de créer des environnements favorables, d'adapter la pratique à l'état de santé du patient, ainsi qu'à son traitement, ses capacités physiques, ses risques médicaux et ses ressources psycho-sociales.

Ainsi, l'expertise collective recommande :

- d'évaluer systématiquement le niveau d'activité physique (AP) du patient par un entretien et/ou des tests simples (p. ex : test de marche de six minutes) visant à évaluer sa capacité et sa tolérance à l'exercice afin d'adapter le programme d'AP. Des tests plus complexes (p. ex : épreuve d'effort cardio-respiratoire) sont requis pour permettre une adaptation de la prescription en termes d'intensité de pratique et pour sécuriser la pratique des personnes les plus vulnérables notamment ;
- de réaliser un suivi de l'évolution de la condition physique et de la tolérance à l'exercice pour adapter la prescription ;

- d'individualiser la prescription d'AP en tenant compte du cadre et du type de pratique, de ses modalités (intensité, durée, fréquence), et surtout des préférences et des attentes du patient, qui conditionnent son intérêt et son plaisir dans la pratique de cette activité ;
- de proposer des programmes personnalisés pour adapter individuellement l'activité physique en fonction de la pathologie, du patient et de son environnement afin de favoriser son adhésion et son observance, en particulier sur le long terme.

Associer à la prescription une démarche éducative pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme

L'enjeu principal est que le patient intègre l'activité physique (AP) dans sa vie quotidienne, ce qui implique de favoriser dès le départ son engagement et le développement de son autonomie dans une pratique qui a du sens pour lui et qu'il pourra poursuivre sur le long terme. La bonne intégration de l'AP au projet global de soins et d'éducation thérapeutique suppose une communication régulière entre l'intervenant en activité physique adaptée et les soignants.

Une bonne articulation des programmes d'activité physique avec les programmes d'éducation thérapeutique est requise afin d'initier toute démarche par un bilan éducatif partagé qui invite le patient à identifier ses habitudes de vie, ses besoins, ses possibilités, ses envies, ses freins et ses leviers, la manière dont il aimerait pouvoir être aidé... Il conviendra alors de fixer un objectif et d'identifier les moyens qu'il mobilisera pour l'atteindre. Des bilans de suivi permettront d'ajuster les objectifs et de renouveler les moyens tout au long de ce programme.

Pour les publics présentant des caractéristiques connues pour limiter ou compromettre l'adhésion et le maintien à long terme de l'activité physique (patients âgés, faible niveau socio-économique, précarité sociale...) et/ou n'ayant pas de vécu en matière d'activité physique ou en ayant peu, il est préconisé un cycle éducatif de plusieurs mois en activité physique adaptée, encadré par des professionnels. L'enjeu est de permettre à ces patients d'expérimenter concrètement

des activités physiques adaptées à leurs possibilités et à leurs besoins, d'en ressentir les effets, de les vivre avec plaisir et de les reconnaître comme étant bénéfiques pour leur santé.

Dès que le patient en a les ressources, le groupe d'experts recommande ensuite de l'accompagner dans la construction d'un projet de pratique d'activité physique qui a du sens pour lui dans son parcours de soins et de vie.

Soutenir la motivation du patient dans la mise en œuvre de son projet

Proposer des types de pratiques efficaces et également ludiques et motivantes doit être un souci constant. L'engagement des personnes atteintes de maladie chronique dans une activité physique régulière est principalement motivé par le plaisir et par l'intérêt qu'elles y trouvent, mais aussi par leurs croyances en termes de bénéfices perçus, aussi bien pour leur santé physique que pour leur bien-être psychologique. À l'inverse, le manque de connaissances sur les effets positifs de la pratique de l'activité physique ou des croyances défavorables selon lesquelles celle-ci serait inutile dans la gestion de leur pathologie peuvent être à l'origine de l'absence d'initiation ou de maintien de sa pratique.

La mise en place de routines s'avère ensuite une nécessité pour que l'activité physique (AP) soit adoptée de manière pérenne. Pour favoriser le maintien de la motivation à long terme, l'expertise recommande de s'appuyer sur une combinaison de stratégies incluant la communication d'informations sur les effets de l'AP et les opportunités de pratique, la définition d'objectifs, le suivi et l'anticipation des barrières et des freins à la pratique, le soutien social et le partage d'expériences, la réévaluation cognitive et l'entretien motivationnel ; tout cela bien entendu doit être accompagné par la création d'environnements favorables à la pratique.

L'efficacité de ces stratégies sur la motivation est plus importante lorsque plusieurs d'entre elles sont utilisées conjointement. Elles peuvent être employées par différents interlocuteurs tout au long du parcours de santé (personnel soignant, médecin, psychologue, spécialiste de l'activité physique adaptée...) lors de séances en face-à-face, individuelles ou collectives.

Former les médecins à la prescription d'activité physique (AP) par l'intégration dans le cursus initial (et aussi dans la formation continue) de modules obligatoires relatifs à la prescription de l'AP et former des professionnels de l'AP à la connaissance de la pathologie et à l'intégration de l'AP dans l'intervention médicale

Le rapprochement et la compréhension mutuelle des enjeux et des expertises spécifiques de chaque profession issue soit du monde médical, soit de celui du sport est indispensable pour accompagner une bonne intégration de l'activité sportive dans la vie quotidienne du patient atteint de maladie chronique et pour lui assurer la continuité de sa prise en charge.

Pandémie Covid-19 : coup d'arrêt brutal aux programmes d'activité physique

Le Plan national sport, santé, bien-être, auquel le groupe d'experts a contribué dans son axe 2 : « Le développement et le recours à l'activité physique à visée thérapeutique », a produit de nouveaux partenariats dans les 22 territoires régionaux, au service du développement d'une offre d'activité physique dans un objectif de prévention des maladies chroniques. En développant la prescription par le médecin traitant d'une activité physique adaptée aux patients atteints de maladies chroniques, l'article 144 de la loi de santé publique et les outils qui l'accompagnent visent une généralisation de ce type de prescriptions. Cela pose la question de l'accessibilité à cette offre de soin ou de prévention pour l'ensemble des personnes atteintes de maladies chroniques, quels que soient leur âge, leur zone géographique. De plus, l'épidémie de Covid-19 a donné un coup d'arrêt brutal à l'accessibilité à l'ensemble des programmes d'activité physique notamment chez des patients atteints de maladies chroniques et à risque de forme graves de Covid-19, souvent contraints à un confinement strict. Le déconditionnement physique (comme les conséquences psychiques d'un isolement prolongé) a conduit à des pertes de chances pour les populations fragiles. En effet, ce mode de vie contraint en milieu intérieur est un stress majeur pour l'organisme.

Les effets délétères de ce mode de vie sédentaire s'installent très vite. Ainsi, après deux semaines de réduction de l'activité physique quotidienne, une élévation de la pression artérielle, de la glycémie, une prise de poids avec majoration de la graisse abdominale et une baisse de la capacité physique sont observées [4]. Toutefois, lors des deuxième et troisième confinements, les règles de pratiques de l'activité physique ont été adaptées et allégées. Le maintien de l'activité physique et de la vie sociale a été promu dans les établissements médico-sociaux prenant en charge les personnes dépendantes ou les personnes en situation de handicap. Pour ces publics fragiles vivant à domicile ont également été permises la possibilité, selon les conditions fixées par les protocoles sanitaires, d'accès aux équipements sportifs de plein air ou couverts, ainsi que l'application pour eux des modalités dérogatoires du couvre-feu et pour ceux assurant l'encadrement nécessaire à leur pratique d'activité physique adaptée⁴. Cependant, Il est plus que probable que ses allègements auront peu d'effets sur la pratique organisée d'activité physique adaptée et ne parviendront que peu ou pas à contrecarrer les conséquences négatives de la diminution de l'activité physique chez les personnes fragiles, conséquences qu'il conviendra d'analyser, d'évaluer et surtout de beaucoup mieux anticiper.

Enfin, et ce n'est un moindre challenge, la mise en place d'un dispositif d'offre d'intervention en activité physique sur prescription devrait être

accompagnée d'un modèle de financement afin de rendre accessible ces programmes d'activité physique adaptée à toutes les populations, y compris celles qui en sont les plus éloignées culturellement et matériellement, et de ne pas creuser les inégalités sociales de santé. ■

1. Julie Boiche, université de Montpellier ; François Carré, université de Rennes 1 ; Béatrice Fervers, université Lyon 1 ; Damien Freyssenet, université de Lyon ; Isabelle Grémy, observatoire régional de la santé (ORS) Île-de-France ; Thibaut Guiraud, Cédric Moro, université Paul-Sabatier, Toulouse ; Christelle Nguyen, faculté de médecine Paris-Descartes ; Grégory Ninot, université de Montpellier ; Claire Perrin, université Claude-Bernard, Lyon 1 ; Serge Poiraud, faculté de médecine Paris-Descartes.

2. Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation significative de la dépense énergétique supérieure à la valeur de repos. Elle peut être caractérisée par sa durée, son intensité, sa fréquence, son contexte et ses finalités.

3. Selon le concept utilisé par le groupe d'experts, l'APA se définit comme une activité physique et sportive adaptée aux capacités de personnes à besoins spécifiques (atteintes de maladies chroniques, vieillissantes, en situation de handicap ou vulnérables), au risque médical, aux besoins et aux attentes des pratiquants et, le cas échéant, aux indications et contre-indications du médecin traitant. Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins spécifiques des individus et concevoir avec eux des dispositifs et des projets d'intervention qui mobilisent des compétences d'enseignement des activités physiques sportives ou artistiques adaptées à des fins de prévention, de réadaptation, de réhabilitation, de (ré)insertion, d'inclusion, d'éducation ou de participation sociale. Son objectif ne se résume pas à rendre la pratique accessible, mais à créer les conditions du développement d'un projet personnel d'AP durable, qui s'intègre au parcours de vie des individus.

4. Loisirs -Pratique sportive : ce qui est possible jusqu'au 18 mai 2021 | service-public.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Pôle d'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale - Inserm (coord.) *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. Éditions EDP Sciences, Coll. Expertise collective, janvier 2019 : 824 p. En ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

[2] Haute Autorité de santé (HAS). *Promotion et prescription d'une activité physique adaptée*. Les

adultes atteints d'une maladie chronique et les personnes âgées. HAS, 15 décembre 2015 : 12 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/7._activite_physique_adaptee_as_v2.pdf

[3] Haute Autorité de santé (HAS). *Prescription d'activité physique et sportive. Diabète de type 2*. HAS, septembre 2018 : 8 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_dt2_vf.pdf

[4] MO1. Woods J. A., Hutchinson N. T., Powers S. K., Roberts W. O., Gomez-Cabrera M. C., Radak Z. *et al.* The Covid-19 pandemic and physical activity. *Sports Medicine & Health Science*, 2020, vol. 2, n° 2 : p. 55-64. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261095/pdf/main.pdf>

« Accueillir les femmes qui se retrouvent à la rue avec leur bébé en sortant de maternité »

Entretien avec Sihem Habchi,
directrice d'activité,
association Aurore.

La Santé en action : Qui sont les femmes accueillies ?

Sihem Habchi : L'association Aurore gère des hébergements d'urgence, dont le centre Lumières du Nord, accueillant notamment des femmes qui se retrouvent à la rue avec leur bébé en sortant de maternité. Ce sont des jeunes, entre 20 et 30 ans en moyenne. Elles sont majoritairement arrivées en France par les circuits migratoires, et le père de l'enfant est quasiment absent. Cette situation correspond à une tendance observée depuis quelques années : une féminisation plus importante de l'immigration. Il est commun que ces femmes subissent des violences sur le parcours de l'exil. Et quand elles arrivent à Paris, ville qui centralise les flux migratoires, beaucoup se retrouvent à la rue où, là encore, elles courent le risque d'être victimes de violences. La plupart s'assument seules, mais certaines cherchent refuge auprès d'un « protecteur » en échange de divers services, et se font mettre dehors quand elles tombent enceintes. Cette tendance à la féminisation de l'immigration a conduit les maternités parisiennes à dresser un constat : il y avait, fin 2016, de plus en plus de jeunes femmes venant accoucher, qui n'avaient aucune solution d'hébergement à la sortie de l'hôpital. Pour faire face à cette situation, un comité de pilotage a été créé, rassemblant l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), les services sociaux de la ville et la préfecture de région ; ce travail de réflexion avec des représentants de centres de protection maternelle et infantile (PMI),

L'ESSENTIEL

■
▣ **Un hébergement inconditionnel de 90 places pour les mères à la rue : l'association Aurore gère à Paris un centre d'hébergement qui permet aux femmes venant d'accoucher de trouver un toit et une sécurité, dans l'attente d'autres solutions plus pérennes.**

des sages-femmes, des travailleurs sociaux des maternités a conduit à une action visant à coordonner la mise à l'abri de ces femmes, permettant une continuité des soins de la mère comme de l'enfant. Au début de 2017, deux ailes désaffectées de l'hôpital Hôtel-Dieu, dans le 4^e arrondissement de la capitale, ont été provisoirement mises à disposition pour créer cette unité d'hébergement d'urgence spécifique. La symbolique du lieu – un établissement hospitalier – nous paraissait intéressante : au-delà d'un toit, il apporte sécurité, protection et soin. Fin 2018, alors que le prêt des locaux à l'Hôtel-Dieu prenait fin, nous avons transféré ces activités en partie sur le centre Lumières du Nord, dans le 10^e arrondissement ; puis à l'été 2019, sur le site de l'ancien hôpital La Rochefoucauld, dans le 14^e arrondissement. Aujourd'hui, nous proposons 90 places : 45 pour les mamans, 45 pour les bébés. C'est un accueil inconditionnel, c'est-à-dire sans conditions de papiers en règle, ni de ressources.

S. A. : Quel accompagnement global proposez-vous à ces jeunes mères ?

S. H. : Les femmes dans le besoin sont identifiées par les assistantes sociales qui alertent le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), piloté par le Samusocial. Nous les accueillons donc directement, sans qu'elles aient besoin de passer par le 115. Depuis ses débuts, le dispositif a évolué avec le

développement d'une prise en charge le plus en amont possible, c'est-à-dire quand les personnes sont enceintes. Cet accueil précoce permet de préparer, d'une part, l'accouchement et, d'autre part, la solution d'hébergement pour leur future sortie au bout de deux ou trois mois. C'est aussi moins de stress pour les futures mamans. Et cela évite également les ruptures dans le parcours de soins. Au-delà des soins de la mère et de l'enfant et du suivi de grossesse pour les femmes enceintes, assurés par le personnel médical, nous proposons une prise en charge psychologique. Elle est effectuée par l'équipe mobile santé-précarité de l'hôpital Sainte-Anne, qui se déplace dans nos centres. Il y a une grande souffrance chez les femmes qui ont connu la violence, l'errance, les difficultés de l'exil. Le soutien psychologique post-traumatique est un élément pour recréer la confiance, retrouver le sens de ce qui fait lien, et qui permet d'aller vers l'autonomie. Et il y a bien sûr tout le travail social pour faciliter l'insertion. C'est d'abord un accompagnement sur le plan juridique et administratif pour l'ouverture des droits. Nous sommes soutenus dans cette tâche par le Barreau de Paris Solidarité qui fait des vacations ; il faut des compétences pointues en droit des étrangers, droit de la famille. Il y a aussi un volet autour de l'insertion professionnelle, et les formations nécessaires pour y parvenir. En outre, nous proposons un soutien à la parentalité, et nous le faisons en lien avec les institutions de droit commun, les crèches par exemple. Cet accompagnement global vise à ce que la naissance ne soit pas vécue comme une charge par ces femmes ; il concourt à la construction d'un vrai projet de vie autour de l'enfant. Et l'aller-vers des professionnels qui œuvrent à nos côtés est dans ce cadre un point essentiel.

S. A. : Avec quels partenaires travaillez-vous pour mener cette tâche à bien ?

S. H. : La direction régionale et inter-départementale de l'hébergement et du logement (Drihl) Île-de-France est notre principal financeur et le Samusocial, notre principal partenaire. Nous nous appuyons sur les permanences d'accès aux soins (PAS) de l'AP-HP pour ce qui concerne le parcours de soins en gynécologie-obstétrique et pédiatrie. Nous travaillons étroitement avec les sages-femmes, les infirmières et les puéricultrices de la PMI pour tout ce qui concerne le suivi de l'enfant et les vaccinations. Nous sommes aussi en lien avec les centres médico-sociaux du secteur et les généralistes. Nos résidentes ont également accès aux ateliers santé-ville des mairies de Paris du 10^e et du 14^e, sur la nutrition, la parentalité, la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida (MST-Sida) et sur la contraception. Ce maillage avec les acteurs institutionnels est primordial, car pour accéder à l'autonomie, les mères ont besoin de comprendre le système complexe dans lequel nous évoluons. Le tissu associatif – Un petit bagage d'amour, les Restos Bébés du cœur, Lunettes sans frontière, Paris Tout P'tits – joue un rôle important pour assurer des besoins fondamentaux aux femmes sans aucune ressource.

S. A. : Quelles sont vos avancées et les difficultés auxquelles vous faites face ?

S. H. : La porte d'entrée du soin est une bonne approche qui permet un travail plus général sur le moyen terme. Je constate, du côté des points positifs, une acculturation progressive des femmes qui développent une meilleure compréhension des circuits d'accès aux soins et à l'insertion sociale. Cela veut dire qu'à leur sortie, elles ne retournent pas dans les réseaux informels avec les risques de basculer dans les trafics d'humains. En général, elles s'occupent bien de leur nouveau-né ; pour preuve, nous n'avons pas besoin de faire appel aux services de protection de l'enfance. Par ailleurs, nous constatons que les pères sont plus présents dorénavant. Cela tient au travail effectué sur la parentalité, à la place que ces derniers peuvent occuper si la femme le désire. Lorsque nous leur parlons de leurs droits, nous évoquons aussi celui d'avoir un partenaire sans être mariée. Elles

s'autorisent aujourd'hui davantage à penser à une vie de couple. On le voit quand elles font une demande d'hébergement avec conjoint. Côté difficultés, l'accueil des femmes enceintes en errance ayant déjà un enfant est un sujet sur lequel nous n'avons pas suffisamment avancé. Cette situation est plus complexe, car il faut travailler avec l'aide sociale à l'enfance (ASE) et des éducateurs spécialisés qui doivent venir sur site. Les contrôles concernant l'efficacité et la pertinence de notre action – notamment ceux de la caisse d'allocations familiales (CAF) – sont réguliers. Je comprends qu'il nous faille rendre des comptes par rapport à cet effort de solidarité nationale, mais c'est un processus lourd et une charge supplémentaire alors que toute notre énergie doit être mobilisée pour faire perdurer ce dispositif, alors que les lieux d'accueil sont temporaires, et qu'il faut tout réinventer à chaque fois dans un lieu nouveau, sans perdre le lien avec les acteurs et les partenaires.

S. A. : Quels changements a induits la pandémie de Covid-19 ?

S. H. : Nous avons dû adapter nos centres d'hébergement d'urgence pour prévenir les contaminations de Covid-19 auprès des publics les plus vulnérables. Nous avons ouvert deux centres d'hébergement d'urgence pour sans-abri et autres personnes en grande précarité, malades sans gravité de la Covid-19. Le premier centre accueille des femmes et des familles à la rue en situation de grande vulnérabilité – qui nous sont orientées par les hôpitaux –, au sein du centre La Rochefoucault. Il a été transformé en 48 heures en un centre Covid pour faire face à la pandémie à partir de mars 2020. Médecins sans frontières (MSF) et l'équipe médicale de la ville de Paris nous ont formés à la gestion des flux et à toutes les mesures de sécurité, y compris pour pouvoir protéger nos personnels. Et nous avons ouvert à Paris 11^e un deuxième centre pour malades de la Covid, grâce à un groupe hôtelier qui nous a donné l'accès à un hôtel vide. Je salue cette opportunité qui nous a permis avec la Drihl de mettre à l'abri familles et malades de la Covid.

S. A. : Quel regard portez-vous sur vos interventions d'urgence ?

S. H. : Nous progressons sur plusieurs fronts : vacciner tout le personnel,

mieux comprendre les niveaux de contamination, développer une réactivité – nous sommes en capacité d'aller en équipe mobile faire du dépistage sur site. C'est un métier nouveau qui nous permet de mieux accompagner les publics les plus vulnérables tout en poursuivant notre travail de fond : l'ouverture des droits, la lutte, aussi, contre l'inconfort administratif et le retard de traitement dans les préfectures. Il y a, à Paris, une très forte mobilisation de tous les acteurs qui se solidarisent pour répondre aux urgences et trouver des solutions. Toutefois, il faut poursuivre les efforts : faire sortir les gens du système de l'urgence, ne pas les garder dans les centres d'hébergement, pour ceux qui peuvent accéder à une autre solution. Le Samusocial a adapté son dispositif de maraudes qui vont dans les campements, en mettant à l'abri les personnes malades ou fragiles pour qu'elles puissent être soignées et accompagnées.

S. A. : Quel est l'avenir des centres d'hébergement comme les vôtres ?

S. H. : L'association Aurora a ouvert à Athis-Mons un dispositif pour femmes avec bébés, avec un soutien médical en périnatalité pour ces femmes. En février 2021, les pouvoirs publics ont annoncé un programme étendu au niveau national via l'« Avis d'appel à candidature pour l'ouverture de places d'hébergement d'urgence pour les femmes en pré- ou post-maternité sans solution de logement ou d'hébergement », lancé par la délégation interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au logement (Dihal¹). Cet appel à candidature va permettre de soutenir les structures existantes, de leur donner les moyens d'accueillir correctement et dignement les femmes avec leurs bébés. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Annonce de Mme Emmanuelle Wargon, ministre en charge du Logement, de la création de 1 500 places d'hébergement d'urgence dédiées à ce public, dont 1 000 places en Île-de-France. Cette création s'accompagne d'un appel à candidature avec cahier des charges rédigé par la Dihal.

Pour en savoir plus

- <https://www.gouvernement.fr/1500-places-d-hebergement-d-urgence-pour-les-femmes-en-pre-ou-post-maternite-sans-solution-de>
- http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/avis_aac_idf_2021_hu_pre_post_maternite.pdf

N'attendez pas les premiers effets des fortes chaleurs.



MAUX DE TÊTE



CRAMPES



NAUSÉES

Protégez-vous



RESTEZ AU FRAIS



BUVEZ DE L'EAU

**EN CAS DE MALAISE,
APPELEZ LE 15**

Pour plus d'informations :
0 800 06 66 66 (appel gratuit)
meteo.fr • #canicule

