

Contribution à un état des lieux de
déploiement de programmes probants :
**Perceptions et retour d'expériences
des acteurs impliqués.**



TABLE DES MATIÈRES

Édito	4
Contexte et méthodologie de l'enquête.....	8
Contexte	8
Axes étudiés	9
Méthodologie d'enquête	10
Résultats de l'enquête.....	12
Représentations associées aux programmes probants.....	12
La construction d'un programme probant dans une perspective de déploiement	16
Le déploiement sur le terrain d'un programme probant	20
Leviers ou pistes pertinentes au service d'un déploiement.....	29
Les enjeux de pérennisation et d'évolution du programme probant	32
Engager une réflexion sur l'analyse de transférabilité pour le déploiement.....	35
Principaux enseignements de l'enquête et perspectives.....	39
Annexes	41

EDITO

Depuis 2022, la Société française de santé publique coordonne **la démarche collective DIPP**, soutenue par la Direction générale de la santé et Santé publique France. Il s'agit d'un espace **de réflexions et partages d'expériences autour du « Déploiement des interventions probantes et prometteuses » en prévention et promotion de la santé**, auquel de nombreux acteurs et structures ont participé. Dans ce cadre, une étude a été menée afin d'analyser des expériences de déploiement de programmes « probants » ; identifier des axes de travail pour renforcer les effets positifs de ces programmes ; et ouvrir des pistes pour encourager la coopération entre les parties prenantes impliquées dans ce déploiement.

Le contexte dans lequel s'inscrit ce travail est marqué par la perspective **d'une concentration des financements de la promotion de la santé vers les programmes dits « probants » ou « validés en situation expérimentale »**, déjà constatée par de nombreux acteurs de terrain. Le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales¹ sur la prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé met notamment l'accent sur le financement et l'organisation du déploiement de « programmes identifiés comme prioritaires ». Or, l'étude menée auprès des professionnels qui pilotent, mettent en œuvre, soutiennent, évaluent ou accompagnent les interventions ainsi que les échanges menés dans le cadre de DIPP mettent en lumière plusieurs points d'attention :

S'il n'existe pas de consensus sur la définition d'un programme « probant » ou « validé », la notion de probant renvoie de fait à une conception hiérarchisée des preuves issues de la recherche clinique et de l'épidémiologie, considérant l'essai contrôlé randomisé comme le « gold standard » de l'évaluation. Pourtant, ces approches, si elles sont intéressantes, ne sont pas les seules pertinentes pour produire des connaissances sur les interventions de prévention et promotion de la santé. Certaines approches largement développées dans le champ de la recherche sur l'évaluation des programmes, comme **les évaluations basées sur la théorie**, sont particulièrement pertinentes pour évaluer ces interventions caractérisées par leur complexité. **Mieux adaptées à l'action et à la décision fondées sur les preuves, elles ne se limitent pas à une conclusion sur l'impact d'un programme ou son efficacité, mais informent sur la façon dont il fonctionne, sur les conditions de son implémentation ainsi que sur ses interactions avec le contexte². Elles ont aussi l'intérêt d'associer différentes disciplines et méthodes d'analyse, en cohérence avec la santé publique et la promotion de la santé³.**

1. Bras PL, Monasse H. La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et de promotion santé. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ; 2024. 105 p. Rapport Igas - Prise en compte preuves scientifiques dans prévention santé.pdf

2. Coryn CLS, Noakes LA, Schröter DC. A Systematic Review of Theory-Driven Evaluation Practice From 1990 to 2009. American Journal of Evaluation. 2010 Nov 12;32(2).

3. Malengreux S, Doumont D, Aujoulat I. L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques. Louvain : Service universitaire de promotion de la santé, Université catholique de Louvain ; 2020. 40 p. L'approche-réaliste-pour-evaluer-les-interventions-de-promotion-de-la-sante-eclairages-theoriques_SYNTHESE_RESO.pdf

Pour les acteurs des interventions, les décideurs et les financeurs, une confusion subsiste entre les notions de « programmes probants » et de « santé publique fondée sur les preuves ». Si les programmes probants sont ceux dont l'efficacité a été rigoureusement évaluée et démontrée dans plusieurs contextes, la santé publique fondée sur les preuves adopte une approche plus globale. Elle ne se limite pas à la mise en œuvre de quelques programmes probants pour certains problèmes de santé et auprès de certaines populations, mais intègre de manière plus large les connaissances disponibles⁴. Dans cette perspective, **la décision et l'action en santé publique fondées sur les preuves associent les connaissances scientifiques (issues des différentes disciplines pertinentes pour ce champ), aux connaissances expérientielles des acteurs qui mettent en œuvre les interventions et aux perspectives des usagers qui y participent⁵.**

Concernant la mise à l'échelle des programmes, le constat qu'ils ne peuvent être reproduits à l'identique dans tous leurs contextes d'implémentation est largement partagé par les chercheurs et par les acteurs de la mise en œuvre des interventions en santé publique. Toutefois, les débats sur la manière de trouver un équilibre entre « fidélité » aux principes d'un programme et « adaptation » aux contextes locaux sont toujours d'actualité⁶. **Pour trouver cet équilibre, le dialogue est nécessaire entre les différentes parties prenantes sur les stratégies à reproduire, la compréhension des mécanismes à travers lesquels elles apportent des résultats, les dimensions qui peuvent être adaptées en fonction des contextes et la manière de le faire⁷.**

Par ailleurs, l'encouragement du déploiement d'un nombre restreint d'interventions menace l'autonomie des acteurs de santé publique au sein de leur territoire. **Comment maintenir et développer la place et le pouvoir d'agir des différents acteurs de la santé publique et de la promotion de la santé ?**

L'un des risques identifiés par les participants à la démarche DIPP est que **les acteurs qui mettent en œuvre les interventions sur le terrain ne soient cantonnés à un rôle d'« exécutants » de programmes et modalités d'actions pensés par d'autres**. Si leur formation pour assurer le déploiement à large échelle de programmes évalués comme efficaces et transférables peut être développée, de manière complémentaire **il est essentiel de continuer à les accompagner pour qu'ils puissent accéder aux meilleures connaissances, et à l'appropriation de la méthodologie de projet en promotion de la santé**. Ainsi, ils pourront être confortés et soutenus dans **leur créativité et leur capacité d'innovation**. La promotion de la santé est en effet un champ social, caractérisé par sa complexité et l'interrelation de nombreux déterminants de la santé. S'il peut être possible de trouver le meilleur médicament pour une pathologie donnée, envisager qu'il puisse exister une seule bonne intervention pour chaque question de santé publique n'a pas de sens.

L'ambition de favoriser des politiques / actions de promotion de la santé et de prévention « probantes » n'est pas incompatible avec le maintien d'initiatives particulières, lorsqu'elles sont pertinemment étayées. Ainsi, si aujourd'hui de nombreux programmes dits « probants » sont développés dans le domaine académique, il serait utile de donner les moyens de soutenir et d'évaluer des interventions complexes construites et d'ores et déjà déployées par et sur le

4. Lamboy B. Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes. Devenir. 2018;184:357-75.

5. Laurent A, Ferron C, Lombrail P. Promotion de la santé fondée sur les preuves : place de la capitalisation des expériences et des connaissances expérientielles. Santé Publique. 2024;244:61-77.

6. Albers B, Verweij L, Blum K, Oesch S, Schultes M-T, Clack L, et al. Firm, yet flexible: a fidelity debate paper with two case examples. Implementation Science. 2024 Dec 5;19:79.

7. McHugh SM, Riordan F, Curran GM, Lewis CC, Wolfenden L, Presseau J, et al. Conceptual tensions and practical trade-offs in tailoring implementation interventions. Frontiers in Health Services. 2022 Nov 17;2:974095.

terrain, afin qu'elles puissent aussi être considérées comme des interventions qu'il est potentiellement pertinent de mettre à l'échelle. Aujourd'hui, force est de constater que les acteurs font face à **des limites et contraintes (notamment budgétaires) ne leur permettant pas de répondre à de telles ambitions.**

Aussi, il est nécessaire **de promouvoir et de créer les conditions d'un transfert de connaissances efficace pour une réelle prise en compte des connaissances dans la décision et l'action.** Pour cela, le rapport fait plusieurs propositions visant à poursuivre les travaux engagés dans le cadre de la démarche collective DIPP, notamment :

- › **Contribuer à l'appropriation des connaissances scientifiques** sur les interventions par les décideurs et les acteurs des interventions, dans des formats adaptés à leurs pratiques et usages. Il s'agit également pour cela **de promouvoir les espaces de dialogues entre chercheurs, décideurs et acteurs, qui prennent en compte les missions et contraintes de chacun.**
- › **Favoriser la prise en compte des savoirs expérientiels et contextuels des acteurs-ressources de promotion de la santé** comme étant utiles et complémentaires d'autres formes de savoirs, en poursuivant le développement et l'appropriation des productions issues de la démarche CAPS de capitalisation des expériences notamment.
- › **Accompagner la mise à l'échelle des programmes dont l'efficacité, la viabilité, et la transférabilité ont été évaluées** (qu'ils soient issus du terrain et de la recherche). Le rapport DIPP propose notamment la réalisation d'un guide pour faciliter la réalisation de carnets d'implantation à destination des personnes souhaitant mettre à l'échelle un programme. Il visera le maintien de l'efficacité du programme dans d'autres contextes, tout en sollicitant l'agentivité des porteurs des projets. Il s'agit ainsi de les intégrer à la réflexion sur **les adaptations et la traduction** des principes d'action ou mécanismes d'effets dans leurs contextes, plutôt que de s'assurer qu'ils appliquent des prescriptions « à la lettre » pour la mise en œuvre de programmes présentés comme « clés en main ».

Le rapport plaide également pour **le maintien d'un espace de partage structuré et animé sous forme d'une communauté de pratiques des acteurs impliqués dans la mise à l'échelle d'interventions.** Les acteurs concernés sont à la fois les créateurs des programmes initiaux, ceux qui les mettent en œuvre dans de nouveaux contextes, ceux qui organisent et financent les processus de mise à l'échelle ou encore ceux qui facilitent et soutiennent les acteurs dans ces démarches. De tels espaces « inter-programmes » pourraient également être utiles à l'échelle régionale.

L'espace de partage DIPP a été reconnu par ses participants comme important pour échanger sur les enjeux, opportunités et difficultés vécues dans un contexte incertain pour les acteurs de la promotion de la santé. **Il peut aussi être le cadre de débats plus que jamais utiles pour l'expression des controverses et dissensus qui existent dans ce champ, et sur les conséquences concrètes qu'impliquent les décisions prises pour les professionnels de terrain, bénévoles et usagers.** Enfin, il peut constituer le point de départ de plaidoyers de nature politique destinés à rappeler, le cas échéant, **les responsabilités des pouvoirs publics dans la création des conditions optimales du déploiement de programmes probants et prometteurs de promotion de la santé,** à même de réaliser les transformations en profondeur dont a besoin, en particulier, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

CONTEXTE

La Société Française de Santé Publique (SFSP) pilote depuis 2023 une démarche collective appelée DIPP (Déploiement des Interventions Probantes et Prometteuses en Prévention et Promotion de la Santé), soutenue par la Direction générale de la santé et Santé publique France. Cette démarche vise à proposer **un espace d'échanges autour du déploiement des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé à différents niveaux territoriaux**.

En effet, Santé publique France a mis en place un répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé pour les diffuser dans les milieux de pratique. Ce répertoire recense des interventions évaluées ou en cours d'évaluation dans différents domaines tels que les addictions, la prévention des risques psychosociaux, l'accompagnement à la parentalité, etc. Ces interventions peuvent être adaptées de programmes probants développés d'autres pays ou développées par des porteurs de projets français.

Plusieurs programmes recensés dans ce répertoire sont en phase de déploiement après avoir été construits, pilotés et évalués dans d'autres contextes. Le déploiement de ces programmes soulèvent des questions sur les éléments essentiels à leur réussite, leur adaptation aux spécificités de chaque territoire, la répartition des rôles entre les différents acteurs impliqués (porteurs du projet, institutions, partenaires, etc.), la dynamique partenariale et la qualité à long terme.

Afin de mieux connaître les besoins et vécus des structures, institutions et équipes de recherche impliquées dans le déploiement des interventions probantes et prometteuses (PP⁸), un travail de recueil d'expériences et de diagnostic a été mis en place pour comprendre les pratiques mobilisées pour ce déploiement. Ce travail a été facilité et coordonné par un COFIL spécialement constitué à cette occasion⁹.

Le présent document synthétise les résultats de ces différentes sources d'informations pour tirer des conclusions à travailler dans l'espace d'échanges « DIPP ». Nous avons poursuivi dans ce travail trois objectifs :

1. Comparer des expériences de déploiement de programmes probants ;
2. Identifier des axes de travail pour renforcer les effets positifs du déploiement de ces programmes ;
3. Souligner et faciliter les coopérations entre parties prenantes impliquées dans le déploiement de programmes probants.

8. Cfr Glossaire – Annexe 1.

9. La liste précise des organismes représentés à ces focus groupes est en annexe.

AXES ÉTUDIÉS

Le travail d'analyse des expériences de déploiements des programmes probants s'est organisé à partir de plusieurs axes permettant d'aborder les représentations des parties prenantes autour des programmes probants, des pratiques et la théorie autour de la construction et le déploiement des programmes probants.

› REPRÉSENTATIONS AUTOUR DES PROGRAMMES PROBANTS :

Les termes “programme probant”, “intervention basée sur les données probantes”, et “pratiques prometteuses” sont devenus des concepts très répandus au cours de la dernière décennie dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Malgré leur utilisation fréquente, il subsiste une ambiguïté quant à leur définition par les acteurs concernés. Ainsi, nous avons entrepris de recueillir les perceptions des personnes interrogées sur la signification de ces termes. Ces points de vue ont ensuite été confrontés à la littérature existante. En complément, un glossaire est proposé en annexe pour clarifier les termes associés à la définition des programmes probants.

› LA CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉPLOIEMENT :

Avant le déploiement d'un programme, plusieurs étapes sont nécessaires pour élaborer un programme efficace. Cette élaboration repose sur l'accumulation d'éléments méthodologiques, expérimentaux et évaluatifs, qui permettent de concevoir une stratégie de déploiement.

› IDENTIFICATION DES ÉTAPES DU DÉPLOIEMENT : DE LA CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME À SES ÉVOLUTIONS :

En plus d'extraire des leçons adaptées aux différents contextes d'émergence, nous avons cherché à décrire la chronologie du déploiement, depuis la conception/l'adaptation du programme jusqu'à sa transition hors du contexte expérimental. Chacune de ces étapes permet ainsi de détailler les points suivants :

Les rôles et missions des parties prenantes engagées dans les programmes probants, comprenant une description de leurs missions, de leurs activités et des motivations qui les poussent à s'engager dans un programme probant.

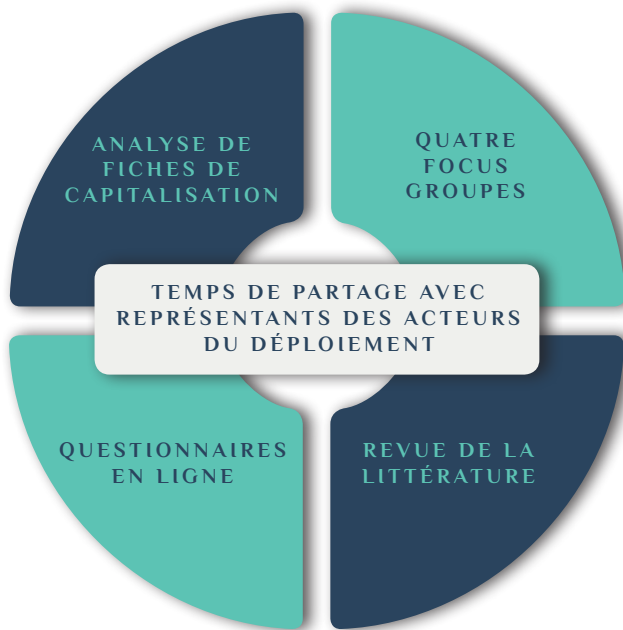
Les obstacles et les facteurs favorisant au déploiement des programmes probants.

› ÉVOLUTIONS ET PÉRENNISATIONS DES PROGRAMMES PROBANTS

Une fois un programme probant sorti de son cadre expérimental, sa mise à l'échelle dans différents contextes entraîne son interaction avec des environnements spécifiques. La vie de ce programme ne fait que commencer. Parvenir à un équilibre entre le maintien de ses principes fondamentaux et les adaptations nécessaires au contexte pour en assurer la transférabilité et l'acceptabilité devient une préoccupation quotidienne des acteurs en charge du déploiement.

MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE :

Le présent document s'appuie sur cinq sources d'informations.



› L'ANALYSE CROISÉE DE FICHES DE CAPITALISATIONS :

La capitalisation d'expériences en promotion de la santé est une méthodologie permettant de décrire, de comprendre et d'analyser le « Comment faire » des expériences. Le portail CAPS recense six fiches de capitalisation permettant d'appréhender l'expérience d'acteurs impliqués dans le déploiement de programmes probants.

› UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE :

Pendant une période de huit semaines, un questionnaire en ligne a été diffusé sur le compte de la SFSP sur le réseau social LinkedIn¹⁰ explorant les axes du diagnostic tels que présentés précédemment. Cela a abouti à la collecte de 33 réponses, parmi lesquelles 28 réponses ont été prises en compte. Voilà la répartition géographique et le profil des répondants (n =28) :

TYPE DE STRUCTURE	
Association	16
Institution	3
Organisme de recherche, chercheur indépendant...	5
Collectivités	2
Autres (Mutualité, organisme privé à but lucratif)	2
RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE	
Bourgogne Franche Comté	4
Grand Est	3
PACA	3
AURA	3
Bourgogne Franche Comté	3
Centre Val de Loire	2
IDF	2
Nouvelle Aquitaine	2
Occitanie	2
Pays de la Loire	2
Hauts de France	1
DROM	1

10. En 2023, la SFSP comptait 28000 abonnés.

› RENCONTRES ET FOCUS GROUPES :

Le présent diagnostic a été enrichi par de multiples moments d'échanges et de rencontres organisés³ dans le cadre la dynamique :

- › La journée de lancement (Nov. 2022)
- › Un webinaire d'échanges (Sept. 2023)
- › Un second webinaire de présentation (Avril 2024)

Les personnes conviées à ces rencontres le sont, à partir d'une liste de structures établie par la SFSP, amendée par le COPIL de DIPP et ouvert à toutes personnes ou structures souhaitant intégrer le processus de réflexion.

L'organisation entre décembre et janvier 2024, de quatre focus groupes rassemblant quatre catégories d'acteurs impliqués dans les programmes probants :¹¹

- › **Des chercheurs** ayant pu avoir des missions dans la construction, l'évaluation ou l'accompagnement au déploiement ;
- › **Des acteurs ressources** impliqués dans des missions d'accompagnement méthodologiques et/ou de coordination du déploiement ;
- › **Des opérateurs impliqués** dans l'implantation et la mise en oeuvre des programmes au plus près du public bénéficiaire ;
- › **Des institutions impliquées** dans le financement et le soutien politique, voir la coordination du déploiement ;

Les personnes conviées aux focus groupes ont été recrutées à partir de la liste des participante.s à la dynamique par le COPIL DIPP et complétés par les personnes ayant répondu au questionnaire et étant intéressés et disponibles pour participer au focus groupe.

› REVUE DE LA LITTÉRATURE :

En plus de ces sources d'informations provenant des expériences des parties prenantes impliquées dans le déploiement de programmes probants, la SFSP, avec le soutien d'un membre du COPIL de la dynamique DIPP, a élaboré une revue de la littérature non exhaustive pour comprendre les termes, concepts et modèles théoriques relatifs aux programmes probants (implementation science) et les outils au service de la transférabilité, la mise à l'échelle des programmes probants.

11. La liste des organismes représentés à ces rencontres est en annexe.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

REPRÉSENTATIONS DES ACTEURS ASSOCIÉES AUX PROGRAMMES PROBANTS

› UNE CONCEPTION DES INTERVENTIONS QUI VIENT INTERROGER LA NOTION DE «PREUVE»

Les notions de « preuves » et plus encore de « hiérarchie des preuves » sont sous-jacentes aux débats et difficultés de définition des programmes probants. Les essais contrôlés randomisés et métaanalyses d'études basées sur cette approche sont les méthodes privilégiées de l'« Evidence-based medicine » (EBM). Visant à baser la pratique médicale sur les meilleures preuves scientifiques combinées à l'expertise professionnelle et aux préférences des patients¹², cette démarche s'est progressivement étendue à la santé publique. La hiérarchie des preuves qu'elle prône est fortement remise en question dans le domaine de la promotion de la santé, qui implique des interventions complexes et se situe au croisement de la pratique et de multiples référentiels disciplinaires, bien au-delà de l'épidémiologie. La méthode d'essai contrôlé randomisé comme meilleur moyen d'apporter la preuve de l'efficacité des interventions est ainsi questionnée pour ses limites en termes méthodologiques, d'applicabilité, et d'adéquation aux valeurs et principes la promotion de santé.¹³

En promotion de la santé, la production de preuves nécessite de mobiliser des connaissances issues de différentes disciplines scientifiques qui mobilisent des approches bien plus vastes que l'essai randomisé et de différentes sources d pour développer des interventions adaptées aux contextes spécifiques¹⁴, tout en reconnaissant l'importance de l'expertise professionnelle. Pour autant, la conception de la « preuve » issue du paradigme épidémiologique reste très présente dans les représentations et définitions des programmes probants. Parmi les nombreuses implications de cette conception, les acteurs de la promotion de la santé soulignent le risque que soient privilégiées les actions de modification des comportements individuels au détriment des interventions plus globales. Les programmes complexes de promotion de la santé impliquant la transformation d'environnements et des évolutions de déterminants structurels de la santé sont en effet plus difficilement évaluable par essais contrôlés randomisés, et ainsi potentiellement moins éligibles à la qualification de « probants ».

“Nous sommes en pleine réflexion à l'IREPS sur la notion d'intervention basées sur les données probantes. Nous avons aussi des interlocuteurs à l'ARS qui se posent des questions similaires. C'est principalement à la demande de l'ARS que nous nous positionnons sur ce type de programme, avec l'idée d'une adaptation au contexte. Ce qui nous tient à cœur, c'est de bien relier cela aux axes de promotion de la santé et aux critères de qualité de la promotion de la santé, tout en intégrant des adaptations, (...) et de développer des actions en lien avec tous les déterminants de la santé, qui ne sont pas forcément présents dans les versions initiales anglo-saxonnes des programmes basés sur des essais contrôlés randomisés. Ces programmes se concentrent souvent sur des indicateurs de comportement dans les évaluations. Nous avons envie d'élargir cette approche” (FG Acteurs Ressources)

12. Banta, H. D. (2003). Considerations in defining evidence for public health: The European Advisory Committee on Health Research. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 19(3), 559–572. <https://doi.org/10.1017/S0266462303000493>

13. Potvin, L., & McQueen, D. V. (2008). Practical dilemmas for health promotion evaluation. In Health Promotion Evaluation Practices in the Americas (pp. 25–45). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79733-5_3

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

› LA CRAINTE D'UNE APPROCHE DESCENDANTE DES FINANCEMENTS VIA LES PROGRAMMES PROBANTS AU DÉTRIMENT DES EXPÉRIMENTATIONS OU INITIATIVES LOCALES :

Les programmes probants sont issues d'initiatives différentes mais ce sont souvent à la demande des ARS et dans une perspective de rationalisation et planification régionale des financements, que les opérateurs, mettent en place ces programmes. :

“En Nouvelle-Aquitaine, nous utilisons les programmes probants pour passer d'un système de financement où nous répondions aux propositions des différents acteurs, à une stratégie de planification régionale. (...) C'est dans cette optique que nous choisissons les programmes probants.” (FG Institutions)

“Il y a des gens qui, depuis des années, mettent en œuvre des interventions qui ne sont pas évaluées. Il y a une pression, en partie de notre part, pour que les interventions de terrain soient évaluées et démontrent leur efficacité. Les acteurs de terrain peuvent percevoir cela comme un processus descendant, où des interventions évaluées ailleurs arrivent pour remplacer ce qu'ils font depuis des années. Nous n'avons pas à faire de choix, cela dépend du territoire et ce sont les ARS qui doivent décider” (FG Chercheur)

Nous le verrons, les opérateurs reconnaissent des effets positifs des programmes probants mais tiennent à souligner l'importance de trouver un équilibre entre soutien à l'innovation et l'initiative issue du terrain et le financement des programmes probants.

De plus, l'approche centrée sur le financement des programmes probants met de côté des projets qui n'ont pas la capacité d'être évalués, touchent un public où les évaluations scientifiques sous forme d'ERC sont compliquées voire impossibles, portent sur des thématiques peu explorées ou sensibles et qui pourtant contribuent à l'amélioration de la santé des populations.

Horstman¹⁵ sans vouloir défendre ce qu'est « une bonne intervention en promotion de la santé », alerte que d'un côté, c'est la légitimité des acteurs et des décideurs qui est présent tandis que de l'autre, c'est la robustesse scientifique qui prime. Elle met en garde contre des pratiques de collecte de données quantitatives visant à rendre compte de la qualité et des coûts peuvent nuire aux activités des opérateurs. Cela se traduit parfois par des investissements de temps et d'argent dans des actions qui n'améliorent pas la santé des populations ou ne répondent pas à leurs besoins. Ce constat est partagé par une participante :

“Le risque, c'est que tous les programmes deviennent trop descendants, c'est-à-dire qu'ils viennent des ARS qui veulent déployer tel programme sur tel nombre de sites, sans que cela réponde forcément aux besoins spécifiques de certains territoires. Cela peut coïncider pour les acteurs de terrain, car les exigences des financeurs ne correspondent pas toujours aux besoins recensés. Il est important d'avoir un va-et-vient entre les besoins du terrain et les programmes validés à mettre en place, tout en laissant de la place pour des initiatives qui ne sont pas encore validées, mais qui répondent aux besoins du terrain.” (FG Acteurs Ressources – FRAPS)

¹⁵ Horstman, K. (2020). Performing health promotion: An analysis of epistemic and political technologies of accountability. *Critical Public Health*, 30(5), 589–600. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1654600>

Smith et al. (2016)^{16,17} soulignent que, bien que le secteur de la santé publique au Royaume-Uni ait investi massivement dans la production de preuves épidémiologiques pour soutenir les politiques visant à réduire les inégalités en matière de santé, ces inégalités se sont en réalité accrues. Adams¹⁸ appelle à développer des « méthodes alternatives de redevabilité » qui soient moins nuisibles. Tant Adams que Smith et al. plaident en faveur de méthodologies plus en phase avec la réalité de la vie quotidienne, comme l'anthropologie et les expérimentations en conditions réelles.

› DES PROGRAMMES PERÇUS COMME RIGIDES AU DÉTRIMENT D'UNE APPROCHE DYNAMIQUE ET EXIGEANTE DU PROGRAMME :

Toutes les personnes interrogées, s'accordent pour dire que s'impliquer dans un programme probant dans le pilotage, l'implantation, le suivi sont des activités lourdes et exigeantes qui nécessitent d'avoir des structures organisationnelles fortes avec des compétences variées à toutes les étapes de la mise à l'échelle. L'une des impressions spontanément évoquées, avec une certaine crainte, est la dimension rigide et figée du programme. Or, les adaptations, les évolutions voire les récupérations de certains éléments d'un programme au service d'autres projets sont très présentes et doivent être acceptées pour assurer leurs pérennisations.

Le mot à utiliser ne serait pas 'rigidité', qui peut avoir une connotation négative, mais plutôt 'exigence' au niveau des programmes. Dans SFSP, par exemple, il y a une part d'adaptation aux territoires et aux réalités des familles que l'on accompagne, donc ce n'est pas si rigide que ça. Cependant, il est exigeant de respecter le programme initial si l'on veut obtenir les mêmes effets. (FG Opérateurs)

Cet aspect du caractère dynamique d'une intervention est défendu dans le modèle proposé par le cadre de durabilité dynamique développé par Chambers¹⁹ « Nous n'avons plus besoin d'adhérer à la vision selon laquelle, une fois créées, les interventions et les environnements doivent être "figés" pour optimiser leur efficacité. Au contraire, nous proposons que le cadre de durabilité dynamique (DSF) aide à reconfigurer l'interface recherche-pratique-politique, dans laquelle les meilleures informations possibles sont recueillies et utilisées en temps réel pour éclairer les politiques, améliorer les pratiques et répondre aux questions de recherche les plus prioritaires ». Plusieurs éléments tout au long de notre enquête s'accordent pour soutenir et accompagner cette conception du caractère évolutif des programmes avec notamment :

- › L'apprentissage continu et la résolution de problèmes,
- › L'adaptation continue des interventions en mettant l'accent sur la concordance entre les interventions et les contextes multi-niveaux,
- › L'attente d'une amélioration continue plutôt que de résultats décroissants au fil du temps.

16. Smith, K. E. (2013). Beyond evidence based public health: The interplay of ideas. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

17. Smith, K. E., Hill, S., & Bambra, C. (Eds.). (2016). Health inequalities: Critical perspectives. Oxford: Oxford University Press.

18. Adams, V. (Ed.). (2016). Metrics. What counts in global health. Durham: Duke University Press.

19. Chambers, D.A., Glasgow, R.E., & Stange, K.C. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implementation Sci 8, 117 (2013). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>

LES CARACTÉRISTIQUES D'UN PROGRAMME PROBANT SELON LES PARTICIPANT.E.S :

Selon les points de vue des répondants, nous pouvons mettre en avant qu'un programme probant repose sur les éléments suivants :

- › Les programmes sont décrits comme complexes, agissant sur plusieurs déterminants et à différents niveaux. Elles s'inscrivent sur le long terme et visent un public cible précis.
- › Une certaine "rigidité" en termes de mise en œuvre, avec des exigences en matière de mise en œuvre et de déroulé des activités.
- › Des outils de support (tels que des carnets d'implémentation, des guides d'intervention, etc.) associés au protocole d'intervention pour faciliter son déploiement et sa mise à l'échelle.
- › Une légitimité institutionnelle associée à un programme est également mentionnée par certains acteurs comme faisant partie des caractéristiques des programmes probants.
- › Une évaluation scientifique démontrant l'efficacité du programme à partir d'un protocole de recherche et d'intervention précis. Les effets positifs sont souvent évalués à l'aide d'essais randomisés contrôlés, bien que d'autres méthodes de recherche soient également mentionnées pour démontrer l'efficacité.

15

Les éléments présentés par les personnes interviewées correspondent à une définition proposée par B. Lamboy pour la notion d'intervention basée sur les données probantes aussi appelé "intervention validée" : ²⁰

La notion d'intervention fondée sur les données probantes est souvent utilisée en PPS au sens de programme validé. Dans ce cas de figure, les termes « données probantes » sont utilisés dans leur sens littéral de « Preuve scientifique ». Il est ainsi question d'interventions dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement.

Ainsi, une intervention de PPS est généralement considérée comme validée lorsque : 1/ des études évaluatives de bonne qualité (au moins deux études expérimentales dans deux contextes différents) ont permis de démontrer des résultats significatifs (sur le problème ou des déterminants de santé importants) ; 2/ le programme est défini et décrit précisément dans des supports d'intervention accessibles (manuels, livrets...), et son implantation respecte fidèlement ces supports (Rotheram-Borus, et al., 2014)

B. Lamboy précise que cette notion d'interventions probantes ou validées est à distinguer des interventions « construites selon le paradigme de l'EBM (evidence-based health promotion) » qui consistent à mobiliser les connaissances scientifiques et expérientielles dans la construction des interventions. Dans ce cas, la notion de données probantes n'est plus utilisée au sens littéral de « preuve », mais fait référence au paradigme d'intervention de l'EBM.

20. Lamboy, B. (2018). Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : Enjeux et méthodes. Devenir, 30(4), 357-375. <https://doi.org/10.3917/dev184.0357>

Cambon et al²¹ proposent des orientations pour une prise en compte de ce paradigme en pratique par les opérateurs et décideurs :

- › **Soutien des décideurs** : Les décideurs doivent appuyer des actions expérimentales et des recherches permettant d'identifier des leviers d'action efficaces et d'évaluer leur transférabilité dans différents contextes.
- › **Élargissement des méthodes de recherche** : Les chercheurs doivent inclure des méthodes qualitatives et quasi-expérimentales, en s'inspirant de modèles comme le RE-AIM, pour mieux comprendre l'impact et la durabilité des interventions.
- › **Approche fondée sur les données probantes pour les acteurs de terrain** : Les acteurs de terrain doivent être formés à adopter une démarche evidence-based, en utilisant des bases de données sur les pratiques efficaces en promotion de la santé.
- › **Indicateurs intermédiaires de succès** : Les recherches doivent se concentrer sur des indicateurs intermédiaires tels que les compétences psychosociales ou l'auto-efficacité, et évaluer leur contribution à la réduction des inégalités de santé.
- › **Politiques de santé basées sur l'expertise** : L'élaboration des politiques de santé doit intégrer systématiquement les retours d'expériences et l'expertise des chercheurs et acteurs, tout en évitant les choix motivés par des considérations uniquement financières.
- › **Pérennisation des interventions** : Les interventions doivent viser des gains collectifs et une meilleure équité en matière de santé, en prenant en compte leur applicabilité et leur transférabilité à long terme.

16

Plusieurs de ces éléments se retrouvent dans les retours d'expériences lors de notre enquête.

LA CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME PROBANT DANS UNE PERSPECTIVE DE DÉPLOIEMENT

Au regard des différentes expériences, nous avons pu cerner comment se produit la construction d'un programme probant. C'est un processus long, non linéaire avec plusieurs phases qui s'imbriquent au fur et à mesure depuis le projet local et innovant au déploiement. Un programme probant est l'accumulation d'une série d'"éléments" spécifiques au projet, modèle théorique implicite ou explicite, d'évaluation et aussi de valorisation au service d'une (re)connaissance du programme tout au long de son évolution. Les conclusions proposées sont tirées des expériences des participants et de la revue de la littérature.

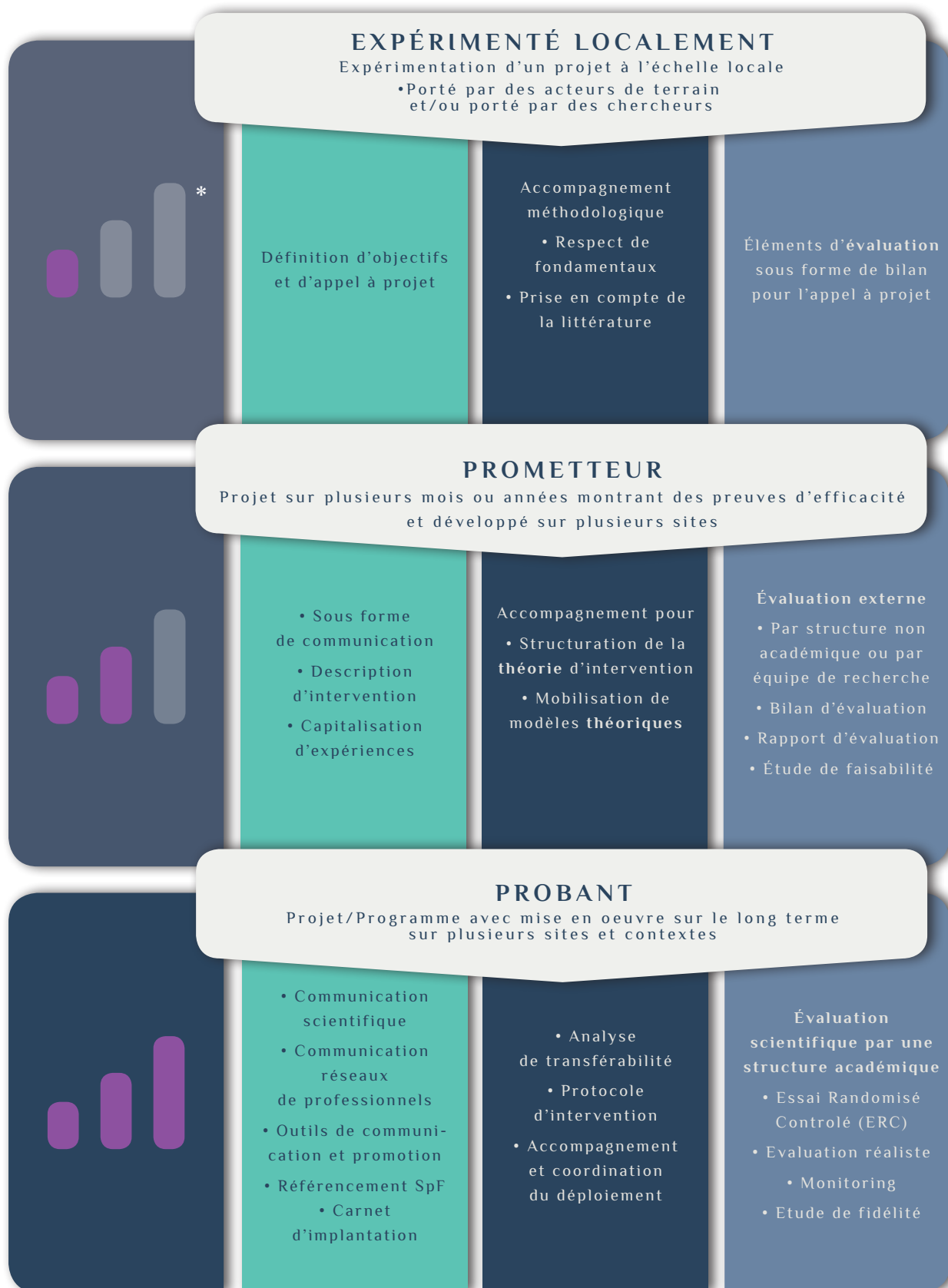
« Il faut aussi faire très attention quand on parle de déploiement. Cela commence généralement par une expérimentation qui est évaluée. Si les résultats sont positifs, on passe à un déploiement partiel. Il y a tout un processus entre l'expérimentation et la mise à l'échelle, qui est un concept très large. » FG Recherche

21. Cambon, L., Ridde, V., & Alla, F. (2010). Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 58(4), 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.05.001>

La figure ci-dessous illustre et reprend ces éléments aux différentes phases de l'émergence du programme tel que nous avons pu l'observer avant son déploiement.

Légende

- Éléments de valorisation et de description
- Éléments théoriques
- Éléments d'évaluation
- Éléments sur projet



*La jauge illustre l'investissement et les ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre du projet

Dans sa phase expérimentale, le projet, développé à l'échelle locale, peut être porté par un porteur de projet initial, qui peut être des opérateurs de terrain ou des équipes de recherche.

Lorsque ce sont les opérateurs qui initient le projet, il est souvent peu documenté et n'est pas toujours fondé sur des modèles théoriques précis. Cela peut limiter la capacité à en rendre compte de manière formelle.

En revanche, lorsque le projet est développé par des chercheurs, l'intervention vise à répondre à des préoccupations spécifiques du laboratoire et à traiter un problème de santé publique précis.

C'est plutôt nous, en tant que chercheurs, qui voulons développer des initiatives, et donc nous allons chercher des partenaires (...) avec qui nous avons créé des collaborations pour déployer des actions. Dans certains cas, il y a une impulsion liée à la recherche, car nous souhaitons développer des interventions et des outils, puis les tester pour voir ce qui se passe." (FG Chercheurs)

À ce stade, il y a généralement peu d'opérateurs impliqués directement dans le projet, mais ces derniers peuvent bénéficier de ressources dans le cadre d'un accompagnement méthodologique.

Ensuite, pour passer à la phase de projet prometteur, le projet doit avoir été testé dans un contexte donné et expérimenté sur plusieurs sites. À cette étape, il est essentiel que le porteur de projet ait réalisé un travail de consolidation théorique, en explicitant son modèle logique, et idéalement qu'il fournisse une description fine de la mise en oeuvre du programme par exemple par la capitalisation d'expériences.

Ces expérimentations ont souvent fait l'objet d'évaluations d'impact, sans passer par des protocoles de recherche, tout en montrant des résultats d'efficacité.

Ces expérimentations sont également accompagnées d'analyses de faisabilité dans différents contextes. Ces premières années de vie du programme offrent aussi l'opportunité d'apporter des ajustements et des évolutions pour affiner le protocole d'intervention :

"Il y a eu des groupes de travail avec chaque opérateur pour adapter les séances. Certaines choses qui avaient été imaginées lors de la phase d'expérimentation ne convenaient plus au déploiement opérationnel, donc de petites modifications ont été apportées au fur et à mesure." (FG Acteurs ressources).

"Le programme Risco est qualifié de "prometteur" car il n'a pas encore été évalué de manière formelle. Une évaluation a été réalisée par l'ARS en 2020, qui nous a fourni des recommandations. Sur la base de ces recommandations, nous avons fait évoluer le programme. Cependant, la version actuelle du programme n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation, ce qui nous empêche de le qualifier de validé ou de probant." (FG Acteur)

À ce stade, les opérateurs peuvent être accompagnés pour structurer l'intervention en vue d'une mise à l'échelle ou d'une « montée en charge ». Des communications peuvent également être organisées pour faire connaître le projet.

Enfin, pour qu'un programme puisse être qualifié de probant ou validé, il doit remplir plusieurs critères, notamment avoir été mis en place dans différents contextes avec plusieurs opérateurs. Le programme doit avoir fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, portant sur différents aspects, notamment son efficacité, via un ou des protocoles de recherche développés dans le cadre d'une collaboration entre opérateurs et chercheurs. Cela permet d'obtenir un protocole d'intervention précis, consigné sous forme de carnet d'implémentation, accessible et diffusé dans une perspective de déploiement.

En parallèle de cette démarche issue d'initiatives locales franco-françaises, un programme peut également être développé à l'étranger, avec des évaluations dans ce contexte. Même si le programme est considéré comme probant dans son pays d'origine, il est souvent jugé prometteur mais nécessitant une phase d'expérimentation et d'adaptation au contexte français. Le déploiement en France peut alors se faire en collaboration avec le porteur initial étranger, dont la mission est d'assurer la diffusion dans d'autres pays. Cette collaboration peut se faire dans le cadre d'une relation commerciale avec des contraintes et obligations strictes, ou d'une relation partenariale.

“Il faut que les formateurs soient d'abord formés au programme, puis qu'ils l'expérimentent sur le terrain sous la supervision de l'une des deux IREPS. Ensuite, ils doivent suivre une formation de formateur avec l'une des IREPS ou avec Équilibre. Ils doivent obligatoirement entrer dans l'entente, qui est un accord de droits de propriété intellectuelle, même si ce n'est pas un contrat commercial en soi. Ils doivent donc être validés par les deux IREPS et Équilibre, ce qui est un peu contraignant, mais étant une petite structure, c'est gérable.”
(FG Acteurs ressources)

« Le programme ‘Bien dans sa tête, bien dans son corps, bien dans sa peau’ avait fait l'objet de nombreuses évaluations et recherches. Nous avons conclu un accord avec eux pour adapter ce programme, et obtenu un financement sur plusieurs années pour travailler sur son implantation et son adaptation au contexte français. »
(FG Acteurs ressources)

LE DÉPLOIEMENT SUR LE TERRAIN D'UN PROGRAMME PROBANT

› DES ÉTAPES CLÉS POUR LE DÉPLOIEMENT MASSIF D'UNE INTERVENTION

Selon N Stevens²², le processus par lequel une intervention est massivement déployée (ou mise à l'échelle) n'est ni naturel ni spontané. Il nécessite des ressources et des stratégies. Il est pourtant nécessaire lorsque l'on ambitionne un impact populationnel. "Si de "bonnes idées" interventionnelles sont découvertes ou développées mais qu'elles restent "bloquées dans des incubateurs" sans se frotter au monde réel, si elles restent circonscrites à des espaces restreints, ne touchent que quelques personnes et s'éteignent aussi vite qu'elles ont pris vie, elles ne pourront jamais permettre d'atteindre des progrès de santé à l'échelle d'une population." Malheureusement nombre d'interventions ne parviennent à franchir ce "cap" de la mise à l'échelle.

Ce déploiement comporte **plusieurs phases de travail**. Ces phases concernent non seulement le développement et l'évaluation de l'intervention abordés dans la partie précédente, mais également la planification de sa dissémination et son monitoring continu. Voici un résumé des étapes clés qu'elle mentionne (Extrait Rencontre DIPP) :

- 1 Développement de l'intervention expérimentale.
- 2 Identification de l'intervention à mettre à l'échelle.
- 3 Évaluation et analyse de l'intervention sous le prisme de la mise à l'échelle.
- 4 Analyse des contextes, des populations et des ressources concernés par le déploiement futur.
- 5 Décision de mise à l'échelle de l'intervention.
- 6 Sélection et planification de la stratégie de mise à l'échelle.
- 7 Préparation de l'intervention, des contextes et des populations pour la mise à l'échelle.
- 8 Dissémination de l'intervention.
- 9 Evaluation continue ou monitoring de l'intervention.
- 10 Maintien de l'intervention dans le temps.

Nine steps for a scaling up strategy²³ est un autre modèle permettant de guider et de faciliter la planification systématique pour le passage à grande échelle. Il est destiné aux gestionnaires de programmes, aux chercheurs et aux agences de soutien technique qui cherchent à étendre des innovations dans les services de santé ayant été testées dans des projets pilotes ou d'autres essais sur le terrain et ayant prouvé leur succès.

Ces étapes sont globalement respectées dans les phases de déploiement par les acteurs impliqués.

22. Stevens N. Mise à l'échelle des interventions complexes en santé publique [Thèse de doctorat santé publique]. Bordeaux (France): Ecole doctorale Sociétés, Politique, santé publique; 2024.

23. World Health Organization & ExpandNet. (2010). Nine steps for developing a scaling-up strategy. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44432>

L'EXEMPLE DE LA CONSTRUCTION D'ICAPS

PAR FLORENCE ROSTAN DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Pour ICAPS, nous en sommes à la 2^e phase de déploiement. Au départ, ICAPS était un essai contrôlé randomisé mis en place dans 4 collèges de l'Académie du Bas-Rhin. À la suite de cet essai, le professeur Chantal Simon, auteur de l'étude, a présenté les premiers résultats lors d'une intervention à l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Ce projet nous a semblé intéressant. En 2008, lors de la Commission sport-santé dirigée par le professeur Jean-François Toussaint, nous avons vu un intérêt à vulgariser les résultats de l'étude dans un guide d'aide à l'action.

Tout est parti de là. Nous avons co-écrit un guide d'aide à l'action avec Chantal Simon, à destination des porteurs de projets. Pour éviter que ce guide ne reste inutilisé, nous avons lancé deux appels à projets. Cela a marqué la première phase de déploiement, où nous avons suivi 15 sites pilotes pendant 18 à 24 mois, avec un cofinancement de partenaires, dont les ARS. À la fin de cette période, nous avons utilisé les retours d'expérience pour capitaliser les apprentissages et créer des supports en ligne, notamment un MOOC, ainsi qu'un module e-Learning pour la Guadeloupe, qui avait décidé de déployer le programme plus rapidement.

Suite aux évaluations qualitatives et quantitatives réalisées en parallèle du MOOC, nous avons constaté qu'il fallait encore soutenir les porteurs de projets pour le déploiement. C'est ainsi que nous sommes passés à la 2^e phase, avec une externalisation du déploiement via le CNDAPS (Centre National d'Appui en Activité Physique et Lutte contre la Sédentarité), qui avait été l'un des sites pilotes. Lors de notre appel à candidatures, il était essentiel que la structure retenue soit un ancien site pilote ou s'appuie sur un ancien site pilote."

LES FONCTIONS DES PARTIES PRENANTES IMPLIQUÉES DANS LE DÉPLOIEMENT

Pour mieux documenter les expériences de déploiement, après les phases d'identification, nous allons ici décrire les fonctions des acteurs impliqués et les difficultés rencontrées.

› FONCTION D'IMPLANTATION – MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

- › **Objectif de la fonction** : soutenir toutes les parties prenantes chargées de l'implantation et être en lien avec toutes les autres parties prenantes (chercheurs, développeur initial...).
- › **Qui réalise cette fonction ?** Elle peut être assumée par la structure initiale porteuse du programme, qui assure le pilotage du déploiement. Cependant, parfois, elle peut être confiée à une nouvelle structure spécifiquement financée et soutenue pour ce déploiement. Souvent pris en charge par des associations ou des fédérations (structures de droit privé), certains programmes sont pilotés par des institutions, comme c'est le cas pour le programme TABADO, par exemple.
- › **Niveau de réalisation de la fonction** : National mais ce pilotage est également en partie délégué et assuré au niveau régional.
- › **Détail de la fonction** : Cette fonction centrale permet de jouer un rôle clé dans la stratégie de déploiement, en étroite collaboration avec toutes les autres parties prenantes.

› Principales activités des acteurs en charge du pilotage :

- Coordination du déploiement
- Accompagnement, suivi et soutien des acteurs en charge de l'implantation
- Plaidoyer en vue de promouvoir le programme
- Recherche de financement
- Monitoring / soutien au monitoring
- Animation de comité de pilotage et des groupes de travail
- Partage de connaissances
- Développement, suivi, adaptation des outils et supports de déploiement
- Co animation, Retours d'expérience

Voilà les principales activités des acteurs en charge du pilotage :

- Coordination du déploiement
- Accompagnement, suivi et soutien des acteurs en charge de l'implantation
- Plaidoyer en vue de promouvoir le programme
- Recherche de financement
- Monitoring / soutien au monitoring
- Animation de comité de pilotage et des groupes de travail
- Partage de connaissances
- Développement, suivi, adaptation des outils et supports de déploiement
- Co animation, Retours d'expériences

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Faible reconnaissance de la fonction de pilotage avec un financement peu pérenne : Le financement de la mission de pilotage est souvent soutenu via des appels à projets pour la phase de montée en charge du déploiement. Mais il y a une incertitude sur la reconduction alors même que nous l'avons vu, ce sont les fonctions d'accompagnement qui permettent d'assurer une stabilité de la mise en œuvre du programme sur le long terme.

Le temps de travail autour du programme sous évalués ou sous-estimés. Le temps de travail financé pour la mise en œuvre des programmes est souvent focalisé sur le déploiement de l'activité et sous-estime la part d'adaptation et de plaidoyer, d'interconnaissance et de construction du partenariat. Cela pénalise les équipes dans la planification et le soutien pour l'adaptation aux différents contextes.

› FONCTION D'IMPLANTATION – MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

- › **Objectif de la fonction :** La fonction d'implantation correspond à la mise en œuvre concrète du programme dans les structures auprès du public bénéficiaire du programme.
- › **Qui réalise cette fonction ?** Assurée par différentes parties prenantes elle se fait en collaboration et grâce au soutien des structures en charge du pilotage. Elle peut être portée par des structures associatives en lien avec la thématique, des collectivités ou des établissements (école, collèges, ou structures médico-sociale).
- › **Détail de la fonction :** Cette implication est souvent au cœur de la stratégie de pérennisation des structures en charge du pilotage via une autonomisation des acteurs de l'implantation. Cette autonomisation est financière mais également et avant tout sur la mise en œuvre du programme.
- › **Principales activités des acteurs en charge de l'implémentation :**
 - Se former au programme
 - Intégrer le programme dans la structure
 - Mobiliser les professionnels en interne
 - Permettre l'implication du public
 - Assurer la pérennisation du programme probant
 - Permettre la mise en œuvre selon les contraintes organisationnelles locales
 - Dispenser en partie ou totalement les activités

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Implantation et structure de mise en œuvre :

Les contraintes liées aux contextes d'intervention amènent des écarts ou une implantation différente du programme initial. Pour plusieurs acteurs ressources, les relations avec les différents partenaires peuvent être compliquées pour plusieurs raisons notamment :

- › **La thématique n'est pas prioritaire pour la structure ;**
- › Un faible soutien des structures de mise en œuvre au déploiement ou la mise en œuvre par exemple dans le cadre de Primavera *“Le principal décide si primavera s'intègre aux heures de cours ou si c'est en plus (heures sup payées) pour le personnel en formation”* (Extrait Fiche capitalisation – Primavera)
- › Des contextes d'implantation en difficulté : Les milieux d'implantation, c'est-à-dire les structures avec lesquelles sont mis en œuvre les programmes (par ex. les collèges, les collectivités...), il y a un décalage entre les attentes, les ressources et l'engagement possible.

“On constate un déphasage, (...) Ce n'est pas seulement avec l'Éducation nationale, mais dans d'autres secteurs aussi. Par exemple, pour le soutien à la parentalité, dans mon petit département rural, je vois bien qu'il y a des difficultés d'implantation et de pérennisation de plusieurs projets. D'un côté, nous sommes capables de proposer des solutions de plus en plus pertinentes, avec de beaux modèles et des programmes solides. Mais sur le terrain, il y a un manque d'équipes d'éducation pour la santé dans de nombreuses institutions, et cela limite ce que l'on peut faire.” (FG Acteurs ressources – IREPS PDL)

› FONCTION D'ÉVALUATION

L'évaluation d'un programme intervient à différentes étapes du processus de construction et déploiement du programme et prend différentes formes.

L'évaluation principale lors de l'expérimentation porte sur l'évaluation des effets et impacts du programme. Lorsqu'il s'agit d'une implantation nationale d'un programme régional, l'évaluation porte sur les éléments d'adaptation mais également sur la fidélité du programme. Ensuite dans la phase de déploiement, l'efficacité du programme est rarement réévaluée mais le monitoring correspond à une fonction d'évaluation des processus veillant à suivre le déploiement du programme et sa mise en œuvre. Enfin, il arrive que des évaluations de fidélité, d'efficacité en cas d'adaptations, ou d'analyse de transférabilité s'organisent mais nous verrons que c'est assez rare.

Cette fonction est majoritairement assurée par des chercheuses. Ils peuvent être directement dans les institutions ou dans des laboratoires de recherche. Cela peut aussi être assuré par des prestataires privés ou des acteurs ressources comme l'ORS par exemple.

Les référents en charge de l'évaluation permettent de :

- Soutenir les porteurs de projets dans une temporalité longue
- Aider à identifier les améliorations
- Ancrer le projet dans des modèles théoriques
- Soutenir voire co-construire le programme
- Apporter un soutien dans les étapes de "reconnaissance" du projet
- Parfois mais plus rarement, accompagner le suivi et la fidélité du programme

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

› Une temporalité et des budgets très différents entre recherche et expérimentation

« Il n'est pas réaliste de penser que nous pouvons proposer un modèle d'évaluation en une semaine ; il y a un travail préliminaire considérable. La conscience de cela, tant du côté des chercheurs en termes de savoir-faire que des porteurs de programmes en termes de mise en commun des connaissances, n'est pas toujours explicite. Il y a encore beaucoup d'explications à fournir à ce sujet, et bien que je sache qu'il existe des recommandations à ce sujet, elles doivent être davantage explicitées. » (FG Chercheurs)

› Une activité peu attractive pour la carrière de chercheur (peu de publications) et une difficulté à trouver des équipes de recherche qui mobilisent les méthodes mixtes d'évaluation.

› Une méconnaissance des enjeux d'évaluation et de l'évaluation :

S'impliquer dans un projet de recherche nécessite une rigueur, un suivi et une certaine standardisation qu'il faut pouvoir supporter et intégrer dans la pratique des équipes en charge de l'expérimentation.

“Nous avons des exigences et un agenda de recherche qui ne correspondent pas toujours à ceux des mandataires ou des demandeurs. Par conséquent, un important travail d'ajustement sur ces points est nécessaire.” (FG Chercheurs)

› FONCTION DE FINANCEMENT ET D'INFLUENCE

Objectif de la fonction : Le financement des programmes probants porte sur plusieurs éléments. Dans la phase de construction du programme, le financement porte sur deux éléments : le financement de la recherche et le financement de la mise en œuvre. Cela est souvent assuré par deux structures différentes ce qui rend parfois difficile la construction des programmes probants.

Qui assure cette fonction ? Pour la mise en œuvre dans les territoires, ce sont majoritairement les ARS qui assurent le financement du déploiement et l'implantation au niveau régional. En revanche, une partie des ressources est aussi portée par les acteurs eux-mêmes.

Détail de la fonction : Pour le déploiement, le financement porte sur plusieurs éléments et prend plusieurs formes. Dans un premier temps, il y a le financement des acteurs

en charge du pilotage, sauf s'il s'agit d'institutions, dont le financement est souvent octroyé à l'échelle nationale avec une financement par appel à projet.

Le financement est aussi associé à une fonction de soutien et d'influence pour porter le programme et soutenir son déploiement.

« L'ARS PACA s'est mobilisée pour développer le programme dans au moins 10 sites dans la région, (...) l'investissement de la région PACA au niveau national, qui mérite d'être mentionné. Sans l'ARS, le pilotage n'aurait pas été possible. Santé Publique France a également suivi le projet, ce qui a été déterminant. » (FG Acteur)

› FONCTION DE COMMANDITAIRE ET D'IMPULSION

26

Objectif de la fonction : Au-delà du financement, il y a aussi une fonction d'impulsion et de dynamique politique qui pousse au développement de tel ou tel programme. Ces orientations sont principalement

Qui assure cette fonction ? A l'échelle régionale, ce sont les ARS qui sont en première ligne dans la commande de ces programmes mais à l'échelon national, cette fonction est moins identifiée par un opérateur en particulier. Santé Publique France assure grâce au registre une visibilité et la promotion de ces programmes.

Détail de la fonction : Du côté des financeurs, les stratégies peuvent différer mais en général, elles se basent sur deux types d'approches : soutenir le déploiement de programmes probants validés dans la région ou aider à la montée en charge des programmes pour un déploiement et une évaluation sur le territoire.

Cependant l'idée de soutenir principalement des programmes validés peut être nuancée avec des souhaits de ne pas se focaliser uniquement sur le soutien à des programmes validés mais aussi des projets prometteurs qui ne remplissent pas toutes les conditions du programmes probants mais répondent à des critères envisagés par l'institution.

“Le financement est un frein majeur, surtout pour l'évaluation. Il faut d'abord se poser la question : sur quel programme prometteur miser ? Car on ne pourra pas tous les évaluer, vu le temps et surtout le coût que cela implique. Le coût est vraiment le facteur clé. Le temps, on peut toujours le prendre, mais le coût est plus difficile à surmonter. Pour l'instant, ce que nous avons identifié, c'est la possibilité de lancer un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour voir comment sélectionner le programme prometteur à évaluer. L'idée serait de faire un appel à contributions avec une sélection des programmes selon des critères, qui restent à affiner, pour en choisir un ou plusieurs à évaluer” (FG Institutions)

“En Nouvelle-Aquitaine, nous sommes dans une réflexion pour aller vers un déploiement beaucoup plus large des actions probantes, ce qui signifie l'arrêt des projets qui ne le sont pas. Un deuxième axe que nous souhaitons explorer est la possibilité d'évaluer certains programmes prometteurs pour qu'ils puissent devenir probants.” (FG institutions)

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

› **Crainte des opérateurs de terrain d'une politique trop descendante orientée uniquement vers des programmes probants qui limite la place à l'expérimentation.** Cette approche peut créer un flou ou une opacité quant au choix de soutenir ou porter tel ou tel programme probant.

Par ailleurs, il existe **le risque de se focaliser sur des problèmes de santé ou des milieux d'intervention** facilement accessibles : « *Il y a beaucoup d'argent pour les addictions. Les interventions sur les compétences psychosociales (CPS) fonctionnent bien parce qu'elles ont montré leur efficacité pour prévenir l'entrée dans la consommation de substances psychoactives. Mais d'autres domaines restent sur le bas-côté.* »

A la dynamique d'impulsion et d'identification du projet à mettre en place pour répondre aux problèmes de santé identifiés sur le territoire, l'une des principales difficultés est de savoir comment faire pour que la mise à l'échelle puisse être mise en œuvre. Le registre de Santé Publique France est bien identifié comme un espace de diffusion et d'accès aux programmes validés mais il montre des limites en matière d'appropriation en pratique par les acteurs mais également d'accompagnement à l'utilisation.

« Le registre en est à ses débuts. Pour l'instant, c'est un peu un catalogue d'interventions. La prochaine phase, qui est en cours, consiste à évaluer chaque intervention. Ce sera un outil de valorisation pour nous. Aujourd'hui, tout le monde veut intégrer le registre, et nous avons une énorme liste d'attente. Cependant, il n'est pas encore à son rythme de croisière, où de nombreuses interventions auraient été évaluées par le comité avec un niveau de preuve, etc. C'est un processus qui va se mettre en place progressivement. » (FG Recherche)

La sélection des programmes pour une mise à l'échelle reste floue et il manque un espace pour centraliser les différents programmes dans une perspective de collaboration interministérielle.

“En France, il semble manquer une structure dédiée au déploiement, que ce soit du point de vue des chercheurs ou des acteurs sur le terrain. Les expérimentations de qualité, même si elles ne sont pas évaluées, peuvent être bénéfiques et méritent une attention particulière. Cependant, la complexité réside dans la coordination entre plusieurs ministères, tels que l'Éducation nationale, la Santé, voire le Sport. Cette communication entre ministères n'est pas toujours évidente.” (FG Recherche)

Parmi les conditions favorables au déploiement d'un programme probant, selon l'Agence des solidarités actives propose plusieurs pistes²⁴ permettant d'aider à ce que les programmes évalués puissent être déployés.

24. Cf. Annexe Agence nouvelle des solidarités actives. (2024). Évaluer, et après ? Renforcer les liens entre les évaluations d'expérimentations et les politiques sociales. Juin 2024.

MULTIPLES STRATÉGIES NÉCESSAIRES À LA MISE À L'ÉCHELLE D'UNE INTERVENTION

N. Stevens (REF THESE – CFR plus haut) explore les diverses stratégies sur lesquelles repose la mise à l'échelle d'une intervention. Certaines concernent l'expansion territoriale, d'autres la pérennisation de l'intervention et d'autres encore l'adéquation au réel.

Ses travaux permettent de distinguer différentes façons de penser et d'orchestrer la dissémination spatiale de l'intervention d'intérêt. Ainsi elle propose d'identifier trois stratégies-types : la stratégie de l'opportunisme, la stratégie du saupoudrage ou celle de la systématisation.

1. LA STRATÉGIE DE L'OPPORTUNISME :

› Lorsque que la stratégie adoptée est celle de l'opportunisme, aucun objectif de dissémination n'est préalablement établi. La dissémination de l'intervention s'accomplit au grès des opportunités, selon la demande. Elle ne répond pas à un plan de développement de l'intervention.

2. LA STRATÉGIE DE SAUPOUDRAGE :

› La stratégie de saupoudrage répond à l'objectif de disséminer l'intervention « un peu partout ». Dans ce cas, la dissémination correspond à la mise en œuvre de l'intervention sur au moins un site par unité de territoire déterminée. Par exemple : chaque département de la région concernée compte un établissement scolaire dans lequel l'intervention d'intérêt est mise en œuvre. La quantité de territoires ou de populations touchée n'est pas en ligne de mire. C'est la dispersion de l'intervention sur le territoire qui importe dans cette stratégie.

3. LA STRATÉGIE DE SYSTÉMATISATION

› Selon la stratégie de la systématisation, l'objectif poursuivi est celui d'atteindre 100% (ou le maximum) de la couverture cible (en termes de population ou de territoire). L'idéal poursuivi est celui de généraliser l'intervention, voire de la normaliser. L'ambition est d'implanter l'intervention « partout ».

Le choix de la stratégie de dissémination territoriale peut répondre à des positionnements idéologiques différents. Il est également régi par des contraintes pratiques liées aux ressources disponibles.

LEVIERS OU PISTES PERTINENTES AU SERVICE D'UN DÉPLOIEMENT

VISIBILITÉ DES PROGRAMMES PROBANTS ET ANIMATION DE L'APPROPRIATION

RENDRE VISIBLES LES PROGRAMMES PROBANTS ET FAVORISER LES INTERACTIONS

L'animation et le temps de travail pour valoriser les programmes probants en cours sont essentiels. Ces initiatives permettent de promouvoir les interactions entre acteurs à différentes échelles. Ainsi, une approche régionale pourrait s'avérer utile, comme le suggère une participante :

« Il est important que nous ayons une visibilité sur tout ce qui se fait sur le territoire, notamment les programmes en cours et ceux qui évoluent. Cette coordination devrait être animée par l'ARS, qui est en quelque sorte le garant, notamment en tant que financeur. » FG acteurs

SOUTENIR LES COLLABORATIONS ET LE PARTAGE D'EXPÉRIENCES

Au-delà de la coordination des structures impliquées, il est recommandé d'organiser des rencontres inter-programmes. Ces échanges contribueraient à l'animation d'une véritable communauté de pratiques regroupant les parties prenantes des programmes probants. Bien que la démarche DIPP réponde en partie à cet objectif, elle pourrait être approfondie pour renforcer son impact. Notamment dans une perspective régionale.

29

AVOIR UNE SUPER STRUCTURE NATIONALE EN SOUTIEN AU DÉPLOIEMENT

La nécessité d'une structure nationale spécifique pour soutenir le déploiement des programmes probants fait l'objet de réflexions. Comme le souligne un participant au FG Recherche :

« Il faudrait souffler au ministre, ou au Premier ministre, qu'il faut une agence pour déployer. Je ne sais même pas si c'est une agence ou autre chose, mais il faut une structure nationale. Est-ce qu'il faut une structure nationale pour chaque intervention qu'on veut déployer ? C'est une question à résoudre. En tout cas, les financeurs doivent se mettre autour de la table. Ces financeurs peuvent venir du domaine de la santé, mais c'est un problème interministériel. » FG Recherche

ÉVALUATION ET MISE EN ŒUVRE

FAVORISER LES RÉSEAUX DE COLLABORATION ENTRE ACTEURS, CHERCHEURS ET DÉCIDEURS

Des initiatives au niveau national et régional jouent un rôle essentiel en connectant les chercheurs et laboratoires compétents avec les porteurs de projets.

Ils offrent la possibilité d'envisager un panel de collaborations entre chercheurs et opérateurs qui permettent de mieux appréhender la multitude de possibilités de faire de la recherche sur les interventions

PRODUIRE DES OUTILS DE MONITORING ET DE SUIVI ACCESSIBLES

La collaboration entre les parties prenantes et les équipes de recherche est cruciale pour développer des outils de suivi adaptés aux contextes locaux. Ces outils doivent éviter de surcharger les acteurs tout en fournissant des données utiles.

*« Fournir des outils de suivi de la fidélité moins lourds aux acteurs : à un moment donné, on ne peut pas continuer ad vitam aeternam. C'est extrêmement lourd à gérer. L'idée serait que la Fédération Addiction se dote d'outils un peu plus légers. »
FG recherche*

FINANCEMENT

ADAPTER LES CALENDRIERS DE FINANCEMENT

Le financement des programmes devrait mieux correspondre aux réalités des acteurs de terrain, notamment en prenant en compte l'année scolaire pour les projets impliquant des établissements scolaires. Comme le souligne un acteur :

« L'idéal, un monde idéal, ce serait qu'on ait toutes les réponses de financement au début de l'année scolaire parce que, du coup, nous, c'est notre année civile. Dans le monde de la preuve, c'est quand on fait beaucoup de programmes dans les établissements scolaires. Ben, notre année, ce n'est pas ça commence en septembre quoi. » FG Acteurs

ADOPTER UNE MISE À L'ÉCHELLE PROGRESSIVE

Un déploiement trop ambitieux peut rapidement devenir difficile à maîtriser. Une approche graduelle permet de lever les freins au fur et à mesure et de préserver la qualité de l'accompagnement.

« Pour l'instant, nous gérons cela de cette façon en y allant très progressivement et, finalement, ça nous convient bien. Nous ne sommes pas confrontés au problème de l'échelle, qui, lorsque ça s'étend trop, finit par nous échapper. On accompagne, et ensuite, il y a un certain lâcher-prise : la personne va adapter le programme à sa manière. » FG Acteurs ressources

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

QUESTIONNER LA MATURITÉ ET TIRER PARTI DES OPPORTUNITÉS LOCALES

La mise en œuvre d'un programme sur un terrain préparé facilite grandement son déploiement. Cela souligne l'importance d'un plaidoyer adapté, d'un accompagnement ciblé et d'un suivi rigoureux.

« Si le programme arrive avec une évolution dans la compréhension et l'appréhension de la thématique, et sur un terrain qui est déjà prêt, c'est très différent que lorsque le programme va un peu à contre-courant. C'est pourquoi il était vraiment important d'avoir un plaidoyer, un accompagnement, et un suivi. » FG Acteurs ressources

ANTICIPER LES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS

Le déploiement d'un programme nécessite des ajustements organisationnels qui demandent du temps. Les acteurs doivent disposer de ressources pour gérer ces transitions efficacement.

LES OUTILS AU SERVICE DU DÉPLOIEMENT

Au cours de nos échanges, plusieurs outils semblent soutenir la pratique d'accompagnement au déploiement :

1. Le carnet d'implémentation

Bien qu'il n'y ait pas de terminologie précise et que l'on puisse parler de guide, de carnet d'implémentation, il s'agit d'un document de base pour présenter et permettre la déclinaison du programme.

2. Les plateformes de ressources

Souvent disponibles sous format web, les plateformes de ressources servent d'espaces au service des pilotes pour partager leurs productions, les mises à jour et proposent également des moyens d'échanges et un forum entre porteurs de projets. Ce sont également des vitrines du programmes au service du plaidoyer et de la reconnaissance locale ou nationale.

3. Les supports de plaidoyer divers

A l'échelle locale, plusieurs types d'outils sont construits par les structures en charge de l'implémentation permettant de faire connaître le programme et assurer sa promotion. Cela peut passer par des flyers, ou des vidéos interactives.

Tous ces outils s'inscrivent dans une démarche de transfert de connaissances qui visent à partager les résultats de la recherche mais aussi contribuer à l'appropriation des outils. Ils sont partagés lors des formations mais également tous les temps de rencontres qui jalonnent l'accompagnement au déploiement. Nous n'avons cependant pas su identifier les points forts et points faibles de ces derniers.

RÉSUMÉ DE LA PARTIE

Pour réussir le déploiement d'un programme national au niveau régional, plusieurs conditions sont essentielles. Premièrement, il faut faciliter l'accessibilité et la visibilité des interventions probantes accessibles et permettre leur appropriation par les acteurs concernés. Cela implique une communication claire et un partage des connaissances à tous les niveaux en facilitant les interactions inter et intra programme. Deuxièmement, le soutien à l'accompagnement du déploiement doit être renforcé, ce qui signifie fournir les ressources nécessaires et un suivi continu pour soutenir les adaptations et les évolutions du programmes. Un "terreau favorable" est également nécessaire, c'est-à-dire que le contexte régional doit être réceptif et informé sur les thématiques du programme. Cela est aussi vrai à l'échelle de la microstructure où s'implémente le programme. La mise en commun et la comparaison des expériences de déploiement entre régions peuvent offrir des perspectives précieuses et favoriser l'apprentissage mutuel. Enfin, l'importance des études de transférabilité et d'adaptation ne doit pas être sous-estimée, car elles permettent d'ajuster les programmes aux spécificités locales tout en conservant leur efficacité. Ces conditions créent un cadre solide pour que les programmes nationaux s'épanouissent au niveau régional.

LES ENJEUX DE PÉRENNISATION ET D'ÉVOLUTION DU PROGRAMME PROBANT :

LES PROGRAMMES PROBANTS : « EXIGEANTS MAIS PAS RIGIDES »

De manière spontanée, les programmes probants sont souvent perçus comme étant rigides et stricts. Cependant, les personnes interrogées préfèrent utiliser le terme « exigeants » pour les décrire. En effet, lors de la phase expérimentale du projet, un protocole d'intervention initial et précis est établi. Ce protocole a été soumis à une évaluation scientifique et sert de référence lors de sa mise à l'échelle et de son déploiement, grâce au suivi et parfois à l'analyse de la fidélité du programme.

A partir du croisement du recueil d'expériences, nous avons pu identifier plusieurs formes d'évolutions des programmes que nous proposons de détailler pour mieux les définir. Sorti de son contexte expérimental et dans les premières phases de déploiement les programmes probants, plusieurs types d'évolutions et d'adaptations peuvent s'opérer dans la vie d'un programme.

Voilà quelques éléments de définitions et illustrations de ces « écarts » par rapport au programme initial

LES ADAPTATIONS :

L'un des premiers éléments qui peut être retrouvé est l'adaptation du programme définie comme « Un processus systématiquement planifié et proactif de modification de l'intervention avec pour objectif de répondre aux caractéristiques spécifiques et aux besoins d'un nouveau contexte et d'améliorer l'acceptabilité de l'intervention. »²⁵. Par exemple dans le cadre du programme TINA Et TONI, le programme a été mise en œuvre de la même façon en Suisse et en France mais « certaines expressions suisses ont été modifiées et le livret d'instruction à destination des enseignants réduit » (FG Acteurs) ou encore pour le programme Unplugged :

« Au départ, pour Unplugged, la coanimation n'existait pas encore. La formation durait deux jours et concernait uniquement les enseignants. On leur remettait le programme, qu'ils mettaient ensuite en œuvre seuls tout au long de l'année. (...) Nous avons décidé de modifier uniquement la modalité d'animation, en passant à la coanimation : un professionnel accompagne les enseignants pour les former, non plus seulement sur deux jours, mais tout au long de l'année. » FG Acteurs ressources

Toutes ces adaptations sont faites dans le cadre de l'expérimentation de programmes étrangers et de leur évaluation dans le contexte français. Les chercheurs s'ils n'ont pas été impliqués dans l'évaluation initiale peuvent jouer un rôle dans ce suivi de la fidélité et l'adaptabilité au contexte français.

L'idée, c'est que le programme ne doit pas être figé dans le temps, mais doit évoluer en fonction des avancées des savoirs, etc. Un programme pensé dans un contexte particulier à l'étranger nécessite une adaptation. Il est donc important d'avoir une dimension nationale et que les financeurs locaux puissent reconnaître cette nécessité d'évolution." FG Chercheurs

25. Movsisyan, A., Arnold, L., Evans, R., et al. (2019). Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: A systematic review of guidance. Implementation Science, 14, 105. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0956-5>

Pour les programmes développés en France, les adaptations peuvent être analysés lors d'évaluations de fidélité. Elles portent sur des éléments divers comme le contenu des séances ou encore sur la forme.

“Nous avons donc créé une deuxième version avec des fiches d'activités, permettant aux utilisateurs de piocher des éléments plus ponctuels. Bien sûr, on sait que ce n'est pas ce type de contenu qui apporte le plus d'impact, mais il y a un principe de réalité : soit nous produisons ces fiches, soit les gens allaient adapter le programme eux-mêmes. Nous avons donc choisi de les créer nous-mêmes. Encore une fois, cela dépend peut-être des thématiques et des contextes d'implantation” FG Chercheurs

Selon la nature du programme et des personnes impliquées tout au long de son déploiement, un degré d'adaptabilité est plus ou moins planifié et pensé par le développeur et peut aussi être accompagné dans le cadre du pilotage, par des groupes de travail dont la mission est de penser et structurer ces adaptations lors de la phase déploiement. Elles peuvent concerner des activités qui ne sont pas possibles de mettre en œuvre ou des sujets qui nécessitent d'être mis à jour :

“Il y a aussi des groupes de travail qui s'intéressent aux adaptations possibles, car il y a des demandes au fil du temps. Par exemple, un programme conçu en 2000 n'incluait pas l'addiction aux écrans. Faut-il créer une nouvelle séance ? Est-ce que cela va dénaturer le programme ? Est-ce que les concepteurs sont d'accord ? Ce sont des questions à aborder. Il y a une thématique qui traite de l'image corporelle et des modèles de beauté sur les réseaux sociaux. Si on ne change pas régulièrement les contenus, on devient rapidement décalés, et si on l'est, on perd toute crédibilité auprès des jeunes. Il y a donc ce besoin constant de veille et d'adaptation pour rester pertinent. Cela fait partie du rôle de leadership dans un programme, tout en acceptant et en tenant compte, jusqu'à un certain point, des contraintes du terrain.” FG Acteurs ressources

“Au départ, ces programmes peuvent sembler rigides, mais en réalité, ils ne le sont pas du tout. Lorsqu'on comprend bien l'objectif d'une séance, on peut adapter les activités à mener.” FG Acteurs

Dans sa version la plus poussée des possibilités d'adaptation et d'encouragement à l'adaptation, on parle d'interventions adaptatives : « Il s'agit d'interventions pour lesquelles les parties prenantes sont autorisées, voire encouragées, à apporter des modifications à la conception originale. Ces changements sont prédéfinis par les développeurs de l'intervention. Dans le contexte des interventions complexes en santé publique, impliquant différents niveaux organisationnels et ciblant des comportements collectifs, les intervenants peuvent également apporter des modifications qui ne sont pas prédéfinies par les développeurs. » ²⁶

C'est par exemple le cas de PRODAS où le programme propose un squelette d'intervention avec des objectifs pour les séances mais les animateurs/trices sont libres de choisir parmi différentes animations et adapter certains éléments du programme. Ces ajustements sont proposés. C'est aussi le cas de l'adaptation de Soft Peers dans le cadre de la relation entre les développeurs et les pilotes en France :

“Ce qu'il ne faut pas oublier pour que cela fonctionne, c'est que même si certains utilisent le programme ou pas, il reste des améliorations à apporter. Ce n'est pas simple à réfléchir, mais nous avons tenté l'exercice. Ce que je voulais dire, c'est que les Suisses ont conçu leur programme, qui sera accessible sous réserve d'avoir suivi la formation sur leur plateforme, y compris pour nous, Français.” FG Acteurs ressources

“Ils ont pensé à plusieurs outils pour chaque séance, donc il y a moyen de choisir celui avec lequel on est le plus à l'aise ou qui nous parle davantage. Ils ne sont pas contre le fait de faire évoluer ces outils, à condition que cela ait du sens et ne dénature pas l'esprit du programme. C'est pourquoi nous tenons à notre partenariat avec la Suisse, car ils font preuve de beaucoup de souplesse tout en encourageant à prendre notre envol, ce que nous allons essayer de faire.” FG Acteurs

26. Movsisyan, A., Arnold, L., Evans, R., et al. (2019). Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: A systematic review of guidance. Implementation Science, 14, 105. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0956-5>

LES ÉVOLUTIONS :

En complément des adaptations, il peut y avoir des évolutions des programmes qui sont pensées par les développeurs initiaux ou des parties prenantes en phase de déploiement et proposent des nouvelles versions du programme. C'est en cela qu'elles se distinguent des adaptations.

Par exemple PSFP, le programme a été initialement prévu pour une tranche d'âge précise mais il a évolué et des versions plus récentes proposent de toucher d'autres tranches d'âge (PSFP 6-9 et PSFP 9-12).

LES INSPIRATIONS :

En parallèle de ça, il existe une grande perméabilité entre les programmes, et des parties prenantes impliquées dans le déploiement de programmes probants sont aussi et souvent amenées à travailler sur d'autres projets ou toucher d'autres publics. Des activités, ou des modalités d'interventions du programme pour lesquelles les équipes sont formées servent alors pour le développement d'autres projets. Cela est d'autant plus vrai dans des contextes où la dimension probante est exigée par les financeurs et où le contexte de financement amène les opérateurs à « mentionner » les programmes probants.

“Nous avons essayé de concevoir un programme appelé Tabaret, destiné aux publics dits ‘adultes vulnérables’. Cela concerne principalement le secteur du handicap et de l’insertion professionnelle. Nous avons identifié ce qui fonctionnait bien dans les programmes précédemment développés et les avons transposés dans un programme adapté à ce public et à nos objectifs. Cela a donc abouti à trois approches différentes de notre part.”
FG Acteurs Ressources

Le travail n'a pas été évalué mais est présenté comme « inspiré de.. ». Il peut servir de base pour une nouvelle évaluation en vue de devenir programme dit « probant ».

Enfin, on peut aussi parler de « dérive », quand il y a « une mauvaise application ou application erronée d'une intervention impliquant des erreurs techniques, l'abandon des composantes essentielles, ou l'introduction d'éléments contre-productifs entraînant une perte des bénéfices de l'intervention ».²⁷

Cela est repris par les acteurs et les chercheurs interrogés qui se questionnent sur cet aspect en parlant de point de bascule où il convient de questionner le moment où « le programme n'est plus le programme »

“Il y a toujours un flou sur le moment où l'on considère que c'est une adaptation ou pas, et à partir de quand on estime que c'est un nouveau programme. Je sais qu'ils ont travaillé là-dessus, qu'ils y travaillent encore, mais il n'y a pas encore de réponse claire.” FG Chercheurs

Peu d'éléments dans les entretiens abordent la réponse possible à cela, mais selon Chambers²⁸ les inspirations et les dérives sont à nuancer et à envisager comme des éléments à mettre en avant pour proposer des moyens d'évaluer la nouvelle configuration du programme qui permet de proposer des réponses à des problématiques rencontrées par les opérateurs.

27. Movsisyan, A., Arnold, L., Evans, R., et al. (2019). Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: A systematic review of guidance. Implementation Science, 14, 105. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0956-5>

28. Chambers, D.A., Glasgow, R.E. & Stange, K.C. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implementation Sci 8, 117 (2013). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>

	VISION STATIQUE	VISION DYNAMIQUE DE LA DURABILITÉ
Adaptation	Mauvaise ; évitée/éliminée	Inévitable ; encouragée, surveillée et guidée par des preuves
Évaluation du contexte	Initiale ou pendant la mise en œuvre	Continue
Évaluation des résultats	Pendant l'étude par des chercheurs	Intégrée dans l'organisation
Revue des preuves	Initiale – à partir des études d'efficacité	Continue ; à partir de sources convergentes, y compris les répliques
Génération de nouvelles connaissances	Non	Oui, avec des retours vers d'autres domaines scientifiques et les étapes antérieures
Problèmes de personnel (par ex. rotation) et variations	Ignorés/craints	Prévus ; investigués

ENGAGER UNE RÉFLEXION SUR L'ANALYSE DE TRANSFÉRABILITÉ POUR LE DÉPLOIEMENT :

Les enjeux soulevés à toutes les phases de vie des programmes probants, de leur développement à leur pérennisation, sont sous-tendus par la question de la transférabilité. Celle-ci est définie comme la reproduction non seulement de l'intervention, mais aussi de ses résultats, dans un contexte différent de celui où elle a été testée initialement²⁹. Mais comment s'assurer qu'une intervention évaluée comme efficace produise le même résultat dans d'autres contextes ? Comment trouver un « juste milieu » entre fidélité à cette première intervention et adaptation au contexte ? Quels besoins des acteurs – du développement comme du déploiement des interventions – pour assurer cette transférabilité ?

Comme le souligne Béatrice Lamboy (Lamboy et al., 2021), le questionnement sur la transférabilité implique la mobilisation d'un corpus de données probantes qui articule différents types de savoirs.

“Il est connu de tous que la reproduction à l'identique d'un tel programme [validé scientifiquement] 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. ».

Pour soutenir la transférabilité des programmes en promotion de la santé, plusieurs modèles ont été développés. Ils peuvent être mobilisés à différentes phases de la vie d'une intervention pour en améliorer la potentielle transférabilité et/ou faciliter le processus de transfert. Le tableau ci-dessous proposé par résumé les principaux objectifs de cinq de ces outils.³⁰

²⁹ Wang, S., Moss, J. R., & Hiller, J. E. (2006). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health promotion international*, 21(1), 76–83. <https://doi.org/10.1093/heapro/dai025>

³⁰ IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. (2018). Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : Quelques éléments de cadrage. Juin 2018.

RÉSUMÉ DES OUTILS ET DE LEURS PRINCIPAUX OBJECTIFS

1	Grilles ASTAIRE	L Cambon et al. 2014	Astaire est à la fois un outil d'analyse de la transférabilité des interventions et d'accompagnement au transfert. Constitué de deux grilles, il vise plusieurs objectifs : • La grille 1 vise à contribuer à la construction d'une intervention mère pour augmenter son potentiel de transférabilité par la prise en compte dès sa conception et lors de son évaluation, des éléments influençant sa transférabilité. • La grille 2 vise à contribuer à la décision d'acteurs souhaitant implanter une intervention mère expérimentée ailleurs dans leur contexte d'exercice tout en l'adaptant, et d'évaluer a posteriori ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention mère et l'intervention fille.
2	Outil d'évaluation de l'application et de la transférabilité des données probantes (version A)	C Buffet 2011	L'outil fournit ainsi un cadre de référence pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes aux pratiques et aux politiques en santé publique. Il s'agit d'un ensemble de critères et de << questions à se poser >>, visant à répondre à la question globale : « Est-ce que ça fonctionnera ici ? ».
3	Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé	K Murphy 2011	L'outil vise à apporter un processus défini et des critères permettant d'apprécier la possibilité d'utiliser les données probantes. Par rapport à l'« Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes », des critères sont ajoutés permettant de prendre en compte l'équité en matière de santé au niveau des critères d'acceptabilité et de transférabilité. Ainsi, il permet d'évaluer l'applicabilité et la transférabilité des interventions du point de vue de l'équité.
4	Guide de "mise à l'échelle"	AJ Millat et al. 2014	Pour les décideurs et acteurs de terrain souhaitant mettre à l'échelle une intervention, le guide permet d'appuyer la décision en aidant les acteurs à faire des choix méthodologiques et pratiques appropriés, en trouvant un équilibre entre ce qui est désirable et ce qui est faisable. Pour les chercheurs, le guide peut être utilisé au moment de la planification d'une recherche afin que la mise à l'échelle future soit anticipée ; pour permettre à ces acteurs de présenter leurs résultats d'une manière utile pour les acteurs qui réaliseront la mise à l'échelle ; ou encore pour identifier des opportunités de partenariat dans le cadre d'évaluation ou de suivi de mise à l'échelle d'interventions.
5	Approche "FIC"	M Villeval et al. 2016	L'outil vise à structurer la description d'une intervention en explicitant notamment ses fonctions clés, la forme sous laquelle ces fonctions clés se traduisent selon les contextes, et les différents niveaux de contexte avec lesquels elle interagit. L'objectif est de mieux comprendre les éléments de son succès et de faciliter les choix sur les adaptations à réaliser. Il peut aussi être un préalable à l'évaluation (en particulier en termes d'impact sur les inégalités sociales de santé) et au transfert ou à la mise à l'échelle d'une intervention. Utilisé de manière rétrospective, il a alors pour objectif de mieux comprendre les résultats du transfert.

Cependant, selon Tardy³¹ dont la thèse porte sur l'analyse de transférabilité du programme PRODAS, ces réflexions sur la transférabilité demeurent largement théoriques et offrent peu de soutien pratique pour envisager concrètement comment transférer les interventions. Dans les faits, il existe peu d'analyses de transférabilité effectuées pendant les phases de déploiement dans les expériences recueillies, à l'exception notable de PRODAS ou de PSFP :

“Nous avons travaillé directement avec Corinne Roehrig, porteuse de ce programme, et avons tenté de travailler sur la transférabilité de ce programme, qui avait montré son efficacité. À l’époque, il venait d’être implanté aux États-Unis, il me semble, et était en cours d’évaluation en France par Santé publique France. Nous n’avions pas encore les données d’efficacité pour ce programme en France. Nous nous sommes donc interrogés sur la manière d’identifier les facteurs clés de réussite, en utilisant une grille de transférabilité qui préexistait, je crois réalisée par Linda.[Cambon]” FG Acteurs

Concernant spécifiquement les phases de déploiement – pérennisation des programmes probants, les connaissances issues de la pratique et de la recherche sur l'implémentation (« implementation science ») sont très utiles et complémentaires.³²

Plusieurs leviers s'avèrent essentiels pour soutenir une transférabilité durable au fil du déploiement :

- › la mise en œuvre de formations et manuels d'implémentation à destination des acteurs de la mise en œuvre,
- › la mobilisation d'outils de monitoring et suivi de l'activité,
- › les échanges et la co-décision d'adaptations entre parties prenantes.

A travers ces activités, il ne s'agit pas de « figer » un programme en le reproduisant à l'identique, mais bien de reconnaître la nécessité de ses adaptations au contexte tout en anticipant, accompagnant et traçant ces adaptations.

FORMATIONS ET MANUELS D'IMPLÉMENTATION

Plusieurs suggestions peuvent être formulées pour la réalisation de modules de formation et manuels d'implémentation en vue du déploiement :

- › Reconnaître que les adaptations des programmes sont inévitables et souhaitables.
- › Inclure la notion de transférabilité dans les manuels d'implémentation et surtout la faisabilité réelle pour les acteurs en abordant cette notion et les enjeux qui s'y rattachent lors des formations.
- › Aborder ouvertement les défis d'adaptation et d'évolution tout au long des interactions entre les différentes parties prenantes d'un projet et soutenir ces temps d'analyse de pratiques.

Décrire l'intervention à déployer en tenant compte de la transférabilité, par exemple en clarifiant comme le propose le modèle FIC18 (Fonctions Clés, Intervention, Contexte). Cet outil invite à distinguer ce qui relève des fonctions-clés d'une intervention (qui permettent d'atteindre ses résultats), et de leur forme (leur traduction concrète, qui doit être adaptée et différente selon les contextes).

Identifier et signaler les moments où l'on s'éloigne du programme initial et où une réévaluation est nécessaire en se basant sur les analyses des résultats du monitoring et de l'expérience des acteurs.

31. Tardy, A. (2022). La transférabilité d'une intervention complexe dans le champ des compétences psychosociales en milieu scolaire. Ecole Doctorale Sciences de la Vie et de la Santé (Marseille), CERESS, Laboratoire de santé publique (Marseille).

32. Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Seers, K., Wilson, P., Cassidy, C., Embrett, M., Hu, J., Pearson, M., Semenic, S., Zhao, J., & Graham, I. D. (2023). Connecting the science and practice of implementation - applying the lens of context to inform study design in implementation research. *Frontiers in health services*, 3, 1162762. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1162762>

Pour favoriser la pérennisation d'un programme, il s'agit en effet de s'assurer que les adaptations au fil du temps ne remettent pas en cause la fidélité à l'intervention initiale. Plusieurs outils permettent d'appréhender et d'analyser les « écarts » entre le programme développé dans son contexte initial et les mises en œuvre par la suite, tels que FRAME :

FRAME : un guide pour caractériser les modifications des interventions : ³³

- (1) Quand et comment la modification a été apportée dans le processus de mise en œuvre,
- (2) Si la modification était planifiée/proactive (c'est-à-dire une adaptation) ou non planifiée/réactive,
- (3) Qui a déterminé que la modification devait être apportée,
- (4) Ce qui est modifié,
- (5) A quel niveau de prestation la modification est effectuée,
- (6) Type ou nature des modifications de contexte ou de contenu,
- (7) Dans quelle mesure la modification est fidèle ?
- (8) Les raisons de la modification, y compris
 - (a) l'intention ou l'objectif de la modification (par exemple, réduire les coûts) et une culture et les moyens permettant
 - (b) les facteurs contextuels qui ont influencé la décision.

Ces différents outils ne sont pas prescriptifs mais permettent de structurer des réflexions collectives entre les parties prenantes des projets pour penser les adaptations et évolutions les plus pertinentes :

“À l'époque où il n'y avait que cinq structures, il n'y a pas eu d'évolution ou d'adaptation particulière, bien que nous nous soyons appuyés sur différents outils pour continuer à l'adapter en fonction des retours du terrain. Ces retours provenaient des réunions régionales et des chargés de projet, puisque nous sommes plusieurs à la Fédération Addiction à suivre le déploiement en région. Avec le soutien de Santé Publique France, nous avons également mis en place un outil de monitoring qui permettait, à la fin de chaque séance, de savoir comment elle s'était déroulée et quelles activités avaient été mises en place. Grâce à cet outil, nous avons reçu des retours concrets, par exemple sur des consignes dans le manuel des élèves qui n'étaient pas toujours claires ou adaptées. Cela a conduit à la création de groupes de travail pour résoudre ces problèmes et à des adaptations et améliorations des outils au fil des ans” FG Acteurs Ressources

Références ajoutées dans les différents points :

Potvin, L., McQueen, D.V. (2008). Practical Dilemmas for Health Promotion Evaluation. In: Potvin, L., McQueen, D.V., Hall, M., de Salazar, L., Anderson, L.M., Hartz, Z.M. (eds) *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79733-5_

Wang, Shuhong, John R. Moss, et Janet E. Hiller. 2006. « Applicability and Transferability of Interventions in Evidence-Based Public Health ». *Health Promotion International*, 21 (1): 76.83.

33. Wiltsey Stirman, S., Baumann, A. A., & Miller, C. J. (2019). The FRAME: An expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implementation Science*, 14, 58. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0898-y>

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'ENQUÊTE ET PERSPECTIVES

Trouver un équilibre dans le soutien et le financement entre l'expérimentation et les programmes probants.

Il est illusoire d'espérer avoir des programmes entièrement validés lors de la mise en œuvre d'actions de prévention, notamment en raison du processus long, coûteux et complexe d'évaluation. De plus, les programmes validés ne couvrent pas la totalité de certains publics ou thématiques. Il est également important de créer une culture de la capitalisation des expériences et de l'auto-évaluation ainsi que de l'évaluation scientifique.

Déconstruire le mythe du programme efficace mis en œuvre comme en phase d'expérimentation, évoquer et partager la dimension rigoureuse plutôt que « rigide » des programmes probants :

Tout au long du déploiement, des évolutions s'opèrent, des adaptations sont proposées et sont discutées sans qu'il y ait toujours d'évaluation de cela par la suite. Il y a un décalage entre les attentes des financeurs et la réalité de mise en œuvre lors du déploiement. Des adaptations et évolutions s'opèrent en fonction des contextes de déploiement. Pour certains programmes probants, les équipes de coordination accompagnent, suivent et intègrent ces adaptations tout en garantissant les fondamentaux et composantes essentielles du programme.

Reconnaitre et la mission de coordination du déploiement et le soutien institutionnel :

Au-delà de la simple mise en œuvre et de l'implantation dans les structures, il existe des équipes chargées du pilotage du déploiement. Leur mission principale

d'accompagnement permet notamment de mesurer les adaptations, d'envisager les ajustements, de soutenir les équipes et de plaider en région. Elles visent également à anticiper toutes les étapes et la stratégie de mise en œuvre du déploiement afin d'alléger les contraintes des acteurs impliqués. Cependant, il semble que ce travail n'est pas suffisamment soutenu et valorisé. Le temps et le volume de travail sont souvent sous-estimés, alors qu'ils restent pourtant des éléments essentiels pour le bon déroulement du programme.

« Unplugged est un programme riche et de ce fait complexe à mettre en œuvre techniquement. Il demande de préparer le terrain pour une implantation optimum » FG Acteurs Ressources

« Le problème du déploiement réside souvent dans l'invisibilité de la coordination nationale. Nous pensons généralement à l'implantation dans les territoires, mais il est crucial d'avoir un consensus sur le modèle et le format d'intervention, ainsi que sur les adaptations possibles. Une coordination nationale est nécessaire pour garantir cela, mais ça demande des ressources financières et humaines souvent difficiles à obtenir. Malheureusement, ce travail de coordination n'est pas toujours valorisé, bien qu'il soit essentiel pour assurer un déploiement efficace. Il permet aux acteurs de mettre en commun leurs expériences et de réfléchir à ce qui se passe sur l'ensemble du territoire, évitant ainsi les dérives et définissant les limites des adaptations possibles. » FG Chercheur

Soutenir et créer les conditions pour faciliter la visibilité nationale des projets évalués par des équipes de recherche

On observe beaucoup de pertes et peu de suites à certains projets expérimentaux qui deviennent projets co-construits et évalués. Malgré leurs effets positifs, ils restent dans leur contexte de mise en œuvre initial, même s'ils sont inscrits au registre ou publiés, l'appropriation n'est pas systématique.

- › Importance de comprendre les circuits de décision et de sélection des projets qui font l'objet de déploiement. Il est nécessaire de faciliter les échanges entre réseaux de recherche, institutions et acteurs ressources pour l'appropriation des projets évalués
- › Soutenir la mise en œuvre de projets de recherche interventionnelle
- › Aider les institutions à définir les modalités internes du soutien au déploiement

Les interventions probantes sont souvent centrées sur des milieux contrôlés comme l'école et peuvent manquer de pertinence dans d'autres contextes et publics que ceux du milieu scolaire où l'application de programmes standardisés est difficile.

- › Renforcer les approches visant à aborder les cadres d'intervention et à fournir des référentiels qui donneraient des lignes directrices tout en laissant de la flexibilité aux acteurs.
- › Permettre la compréhension de la différence entre fonctions clés et formes des interventions.
- › Documenter le processus d'élaboration d'une intervention, y compris les fondements théoriques et les stratégies utilisées, est essentiel, même en l'absence de preuves formelles de son efficacité.
- › Soutenir et favoriser l'utilisation de méthodes de recherche mixtes pas uniquement basées sur les modèles issus de la recherche clinique mais plus adaptés aux interventions complexes en promotion de la santé, comme les évaluations réalistes par exemple.

Nous espérons que ces différentes recommandations permettent d'aider à construire une base pour l'évaluation future et l'amélioration continue des pratiques.

ANNEXES

GLOSSAIRE

Programme probant : Une intervention probante/ programme probant est une intervention qui a été rigoureusement évaluée et démontrée comme étant efficace pour atteindre ses objectifs spécifiques. Les preuves de l'efficacité peuvent être basées sur des résultats positifs issus d'études expérimentales, de recherches comparatives ou de méta-analyses.

Un programme prometteur quant à lui se réfère à une intervention ou à une approche qui montre des signes encourageants d'efficacité via une évaluation mais sans la mobilisation d'un protocole expérimental.

Adaptation : Un processus systématiquement planifié et proactif de modification de l'intervention avec pour objectif de répondre aux caractéristiques spécifiques et aux besoins d'un nouveau contexte et d'améliorer l'acceptabilité de l'intervention.

L'adaptation mutuelle implique l'adaptation à la fois de l'intervention et de la communauté ou de l'organisation dans laquelle l'intervention est mise en œuvre dans le but de favoriser l'accommodation institutionnelle.

Composantes essentielles : Il s'agit des caractéristiques de l'intention et de la conception d'une intervention qui sont responsables de l'efficacité de l'intervention. Elles décrivent fondamentalement l'intervention et ne devraient donc pas être modifiées dans l'adaptation.

Par exemple, le développement d'un système de soutien naturel pour les jeunes et les familles dans le cadre d'une intervention familiale.

Termes alternatifs : composantes essentielles, nécessaires, prototypes ou éléments, ou structure profonde de l'intervention ; fonctions clés

Composants discrétionnaires : caractéristiques non essentielles pour le public cible, modifiables sans impact majeur sur l'efficacité de l'intervention

Fidélité (adhérence) : Mesure dans laquelle une intervention est mise en œuvre conformément à son intention initiale, visant à maintenir ses effets escomptés.

Théorie du programme : Se réfère au modèle causal qui spécifie les relations empiriques et théoriques entre les activités d'intervention, les médiateurs du changement et les résultats finaux.

Termes alternatifs : théorie du changement, logique interne, modèle logique

Reproduction : Le processus de réimplantation d'une intervention établie dans un nouveau contexte d'une manière qui maintient la fidélité aux objectifs de base, des activités, des techniques d'exécution, de l'intensité et de la durée de l'étude originale.

Dérive : Mauvaise application ou application erronée d'une intervention impliquant des erreurs techniques, l'abandon des composantes essentielles, ou l'introduction d'éléments contre-productifs entraînant une perte des bénéfices de l'intervention.

Interventions adaptatives : Il s'agit d'interventions pour lesquelles les parties prenantes sont autorisées, voire encouragées, à apporter des modifications à la conception originale. Ces changements sont prédéfinis par les développeurs de l'intervention. Dans le contexte des interventions complexes en santé publique, impliquant différents niveaux organisationnels et ciblant des comportements collectifs, les intervenants peuvent également apporter des modifications qui ne sont pas prédéfinies par les développeurs.

AGENCE NOUVELLE DES SOLIDARITÉS ACTIVES : ÉVALUER, ET APRÈS ?

Renforcer les liens entre les évaluations d'expérimentations et les politiques sociales. Juin 2024

1. Méthodologies hybrides : Utiliser des approches qualitatives et quantitatives, mesurer l'impact dans divers contextes, et analyser les coûts, les risques et les adaptations possibles lors du déploiement à grande échelle.

2. Co-construction de la théorie du changement : Impliquer chercheurs, décideurs, acteurs de terrain et citoyens dans la construction des questions de recherche et inclure un comité de pilotage représentatif.

3. Anticipation des freins et acceptabilité : Diagnostiquer les capacités des acteurs, analyser l'acceptabilité sociale et politique, et évaluer les coûts de généralisation ou des alternatives en cas d'échec.

4. Coordination des expérimentations : Allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour coordonner l'expérimentation et organiser la diffusion itérative des résultats.

5. Formation des décideurs à la recherche : Former les décideurs à l'évaluation, à la lecture des preuves scientifiques et à la mobilisation des résultats de recherche.

6. Recommandations précises et opérationnelles : Éviter les recommandations vagues en identifiant clairement les éléments essentiels au succès de l'intervention.

7. Formats synthétiques pour la diffusion des résultats : Produire des résumés de 4 pages et utiliser des formats visuels comme des infographies ou des vidéos pour communiquer les résultats.

8. Temps dédié à la diffusion : Prévoir du temps financé pour la diffusion, l'appropriation des résultats par les acteurs et l'accompagnement dans l'adaptation ou l'essaimage des dispositifs.

9. Médiation scientifique : Développer des métiers de médiation pour vulgariser les résultats et promouvoir les recommandations auprès des décideurs.

10. Institutionnalisation et centralisation : Créer des structures publiques ou des laboratoires dédiés pour centraliser et diffuser les données probantes afin de soutenir la prise de décision basée sur la recherche.

42

BILAN D'ATELIERS DE TRAVAIL

Enjeux 1 : Après une expérimentation et une évaluation, comment passer le plafond de verre de l'expérimentation régionale ?

› Situation fictive analysée : Un projet développé par une association au niveau régional a montré des effets d'efficacité positive à l'occasion d'une évaluation scientifique dans un contexte expérimental. Il y a eu une collaboration entre l'équipe de recherche et les acteurs en région. A partir de ce moment-là, les parties prenantes impliquées souhaitent mettre à l'échelle ce programme et le déployer dans d'autres territoires. Mais cela fait maintenant un an que les parties prenantes se mobilisent, sans parvenir à trouver de soutien et de pistes pour donner suite à ce projet.

Causes potentielles du problème :

› Le régionalisme des Agences Régionales de Santé (ARS) peut entraver le déploiement des projets au-delà des frontières régionales.

› Manque de communication et de valorisation du travail réalisé par les acteurs et les chercheurs.

› Manque de visibilité sur les ressources et les partenaires potentiels pour l'aide à la mise à l'échelle

› Manque de reconnaissance de la recherche et de l'expertise des acteurs de terrain.

Conséquences de la situation :

› Démotivation et démobilitation des acteurs et des chercheurs.

› Turnover dans les équipes.

› Perte de temps, de moyens et de savoir.

› Manque de vision nationale et de diversité dans l'expertise.

Actions proposées :

- › Plaidoyer politique pour prioriser les projets au niveau national
- › Sensibilisation des ARS pour un renforcement de la transversalité entre les régions.
- › Utilisation du portail CAPS pour capitaliser les expériences.
- › Accompagnement des acteurs dans l'identification des ressources et des partenaires au service du déploiement
- › Recherche de sources de financement alternatives.
- › Amélioration de la reconnaissance de la recherche et de l'expertise des acteurs de terrain.
- › Réflexion sur les arbitrages financiers, les blocages potentiels et les conditions de passage à l'échelle

Enjeux 2 : Le déploiement est entré en routine comment assurer la pérennisation ?

Situation fictive analysée : Un projet ayant été validé et dont l'efficacité a été démontrée a été déployé dans plusieurs territoires. Dans votre région, votre Agence Régionale de Santé (ARS) vous soutient depuis un an, en collaboration avec d'autres acteurs, pour implanter ce programme. Vous faites partie de la « deuxième vague » de déploiement, ce qui est confortable, car une équipe est disponible pour vous accompagner et piloter le projet au niveau national, un guide existe et vous avez l'occasion d'échanger avec d'autres porteurs de projet. Depuis un an, le projet fonctionne dans plusieurs sites, mais ces derniers mois, vous remarquez des difficultés à assurer sa pérennité, plusieurs sites d'implantation n'arrivent pas à dégager autant de temps que prévus pour mettre en œuvre le programme tel que pensé initialement, et vous avez été informé que le financement du pilotage au niveau national n'est actuellement pas assuré.

Causes potentielles du problème

- › Les financements ne sont pas assurés au niveau national pour le pilotage du projet.
- › Le temps et le turnover au niveau des équipes sont des défis.

- › Le projet a moins de ressources et de priorité, ce qui affecte sa mise en œuvre.

Conséquences à la situation :

- › La perte de qualité, de crédibilité, de compétences et de financement (cercle vicieux)

Solutions envisagées :

- › Plaidoyer institutionnel pour sensibiliser les décideurs sur la réalité des projets et obtenir un financement durable.
- › Recherche de financements alternatifs.
- › Création d'une communauté de pratiques pour gérer le turnover et renforcer les compétences inter-programmes probants.
- › Priorisation du projet au sein de l'établissement et communication des résultats pour obtenir une meilleure reconnaissance et crédibilité.
- › Travailler sur l'évaluation dès le début du projet pour améliorer l'image et la visibilité de l'activité : maintien du programme et de son évolution, renforcement des compétences, et maintien de la qualité et de l'efficacité grâce à ces mesures.

Enjeux 3 : Après la vie du programme, comment accompagner les évolutions ?

Situation fictive étudiée : Depuis plusieurs années, un programme probant est déployé sur un territoire, visant un public spécifique : celui identifié lors du contexte expérimental et des premières phases de mise en œuvre. Une association formée sur ce programme est chargée et motivée pour lancer un projet similaire auprès d'un autre public, non initialement ciblé par le programme (notamment des jeunes en milieu carcéral). Cette association s'engage dans l'élaboration d'un projet basé sur des preuves, qui partage de nombreux éléments, y compris les modalités d'animation, avec le projet initial approuvé. En raison des contraintes liées au contexte (milieu carcéral), le nombre de sessions est réduit et les animateurs sont externes à l'association

Identification des causes potentielles de la situation :

- › Absence de programme validé pour les publics avec des vulnérabilités spécifiques.

- › Inadéquation des ressources humaines formées dans l'établissement.
- › Manque de financements pour valoriser et accompagner les évolutions des programmes existants.
- › Besoin de recherche sur la santé en milieu carcéral.
- › Manque de partage d'expérience entre les acteurs.

Actions possibles :

- › Nouvelle forme d'évaluation pour le nouveau programme.
- › Recherche de l'adhésion du public ciblé.
- › Adaptation des séances pour correspondre aux besoins du public.
- › Documentation précise et description détaillée de chaque séance.
- › Formation des intervenants extérieurs.
- › Partage d'expérience entre les différents acteurs.
- › Plaidoyer pour l'inclusion d'outils dans les programmes.

Actions possibles :

- › Formation des équipes.
- › Partage d'expérience entre les acteurs.
- › Inclusion d'outils et de connaissances des marges d'adaptation possibles dans les programmes.
- › Diagnostic réellement partagé et éventuellement refait au-delà de la demande initiale.

REMERCIEMENTS

Auteurs

Timothée Delescluse,
Société Française de Santé Publique

Mise en forme

Amandine Baron, Société Française de Santé Publique

Utilisation et reproduction

La SFSP vous encourage à reproduire et partager ce document autant que cela vous semble pertinent.

Pour le citer : Timothée Delescluse .

Titre du document . Laxou : Société française de santé publique ; nombre de pages

Remerciements

Nous tenons à remercier la Direction Générale de la Santé et Santé Publique France pour leur confiance et leur soutien tout au long de cette enquête. Un grand merci également à aux membres du groupe de pilotage pour leur accompagnement, leurs conseils et la qualité des échanges.

Christine Ferron et Yasmine Chiaruzzi –

Fédération Promotion Santé

Myriam Arsalane et Alexandre Cobigo – INCA

Alexandre Grandjean – Fédération Addiction

Marion Porcherie – EHESP

Nolwenn Stevens – ISPED

Nous remercions chaleureusement les participant.e.s aux rencontres et focus-groupes pour l'ensemble de leurs contributions.

Pour la relecture :

Melanie Villeval, François Berdugo, Alexis Krache et Amandine Barron (SFSP)

Document mis à page par Laurent Lebiez

Nous remercions également toute l'équipe de la SFSP ainsi que l'ensemble des membres du Conseil d'administration de la SFSP.

Date

Avril 2025



Déploiement des Interventions Probantes et Prometteuses

en prévention et promotion de la santé