



EHESP

M2 Prévention et promotion de la santé

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **septembre 2018**

**Etude des conditions d'implémentation
du transfert de connaissances dans la
décision et l'action publique en
prévention**

Ollivier Prigent



EHESP

Remerciements

Les personnes que je vais citer ont, chacune à leur manière, contribué à faire de ce stage une expérience particulièrement enrichissante. Avant toute chose je tiens à leur faire part de ma sincère gratitude.

J'adresse tout d'abord mes remerciements à Linda Cambon pour la confiance qu'elle m'a accordée, son accompagnement et ses encouragements pendant la rédaction de ce mémoire.

Je désire également remercier Oliver Aromatario pour ses précieux conseils dans la rédaction de mon mémoire, la réalisation des entretiens et des groupes de discussion. Nos échanges étaient toujours constructifs et agréables.

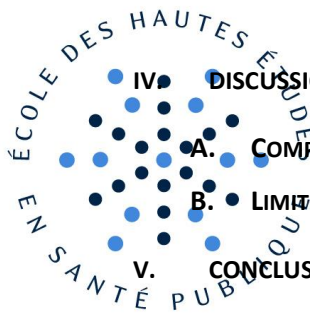
Je remercie également Aurélie Affret et Perrine Moysan avec qui j'ai eu plaisir à collaborer, et plus largement l'ensemble des chercheurs, doctorants, stagiaires, membres du personnel présents à l'EHESP de Paris, qui m'ont permis de travailler dans une ambiance conviviale et sereine.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à Mme Guével qui a su me guider dans le travail préparatoire à la réalisation de mon projet de recherche, et plus globalement de mon projet professionnel.

Enfin, je tiens à remercier mes proches pour leur soutien indéfectible.

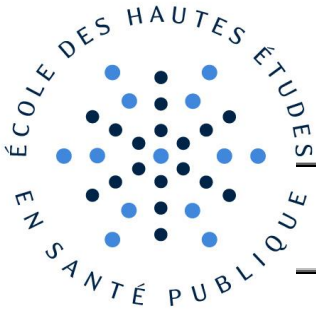
SOMMAIRE

AVANT-PROPOS : CONTEXTE DE MON STAGE	1
INTRODUCTION	3
E H E S P Avant-propos : la santé publique, une discipline complexe.....	3
A. DEFINITION DU TRANSFERT DE CONNAISSANCES.....	4
1. Les données scientifiques.....	5
2. Les données pratiques et contextuelles	7
3. La démarche probante.....	7
4. Les enjeux de l'utilisation des données probantes, et du développement des études sur le transfert de connaissances.....	8
B. LE PROJET TC-REG.....	9
1. Objectif et design.....	9
2. L'évaluation réaliste	10
3. Mise en œuvre de TC-REG.....	11
C. OBJET DU STAGE : L'ETUDE D'IMPLEMENTATION DE TC-REG.....	13
II. METHODE.....	15
A. RECUEIL DE DONNEES.....	16
1. L'analyse documentaire.....	16
2. Les entretiens.....	17
3. Focus group	21
B. ANALYSE DES DONNEES	21
III. RESULTATS	23
A. AMENAGEMENTS DES THEORIES D'INTERVENTION INITIALES ET FACTEURS CONTEXTUELS D'INFLUENCE	24
1. La région Normandie	24
2. La région Martinique	26
3. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	28
4. La région Bretagne	31
B. FACTEURS CONTEXTUELS ET INTERVENTIONNELS COMMUNS AUX REGIONS IMPACTANT L'IMPLEMENTATION DES ACTIONS.....	35
A. FONCTIONS CLES DE L'IMPLEMENTATION DES INTERVENTIONS DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES EN REGION.....	39
1. Fonctions clefs propres à chaque région.....	42
2. Analyse transversale des fonctions clés.....	44



EHESP

IV.	DISCUSSION.....	47
A.	COMPARAISON DES RESULTATS DE L'ETUDE AVEC LA LITTERATURE.....	48
B.	LIMITES METHODOLOGIQUES ET RECOMMANDATIONS POUR L'UTILISATION D'ASTAIRE.....	51
V.	CONCLUSION	56
VI.	BIBLIOGRAPHIE	57
VII.	ANNEXES	I



Liste des sigles utilisés

EHESP

ARS: Agence Régionale de Santé

ASTAIRE: outil d'Analyse de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des Interventions en promotion de la santé

ASV : Atelier Santé Ville

CCPP : Commission de Coordination des Politiques Publiques

CFIR : Consolidated Framework For Implementation Research

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPBH : Evidence Based Health Public Health

DP : Donnée probantes

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

IReSP : Institut de Recherche en Santé Publique

P2RT : Programme Régional de Réduction du Tabagisme

PACA : Provence Alpes

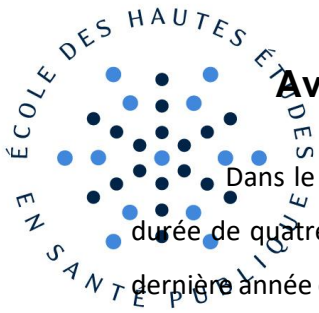
PPCA : Pôle de Prévention Compétent en Addictologie

PPS : Prévention, promotion de la santé

TC : Transfert de connaissances

TDF : Theoretical domain Framework

TIDieR : Template for intervention description and replication



Avant-propos : contexte de mon stage

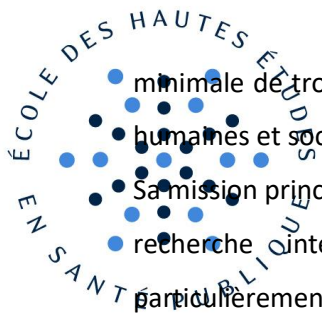
Dans le cadre du Master 2 prévention, promotion de la santé, j'ai réalisé un stage d'une durée de quatre mois au sein de la Chaire de recherche en prévention des cancers. Ce stage de dernière année d'étude marque la fin de mon parcours d'étudiant orienté vers le secteur de la santé et du social.

EHESP

Mon précédent stage effectué lors de ma première année de master Santé Publique avait permis de préciser mon projet professionnel, ce nouveau stage l'a confirmé. Initialement motivé à l'idée de travailler dans la gestion de projet humanitaire, j'avais décidé de réaliser mon stage de Master 1 de Santé Publique, au sein de la Chaire de recherche REALISME (REcherches AppLIquées Interventionnelles en Santé Mondiale et Equité) du Professeur Valéry Ridde. J'avais pris part à un projet de recherche interventionnelle, mené en collaboration avec Médecin du Monde Montréal, sur la santé des migrants. L'objectif principal de cette étude était de recueillir des données sur l'état de santé et l'accès aux soins des migrants sans assurance médicale vivant à Montréal, puis de communiquer les résultats, à des acteurs de terrain, décideurs, et citoyens montréalais pour permettre de développer l'offre de soin en faveur des migrants sans assurance médicale. Il s'agissait donc de transférer des connaissances issues de la recherche à des décideurs, acteurs de terrain, citoyens en vue d'agir ensemble, en cohérence, pour le changement. Ainsi, je découvrais un pan de la recherche que je ne connaissais pas, il s'agissait du transfert de connaissances (nous reviendrons sur les contours exactes de sa définition dans la partie introductive).

Le transfert de connaissances (TC) m'apparaissait comme un levier nécessaire à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations socialement défavorisées. Malgré cela, dans le cadre d'une initiation au TC, assurée par l'équipe RENARD, - premier regroupement transdisciplinaire québécois consacré à la recherche sur le TC -, je découvrais que le TC était un domaine encore peu étudié, mais en plein développement. Je le constatais encore d'avantage en prenant connaissance du programme du nouveau Master de prévention, promotion de la santé de l'EHESP, qui proposait dans le cadre d'une Unité d'Enseignement un cours sur le TC assuré par Linda Cambon, titulaire de la Chaire prévention des cancers.

Désireux de participer au développement du TC, je pris contact avec Linda Cambon pour intégrer un projet de recherche sur le TC nommé TC-REG. Le 09 avril 2018, je commençais un stage d'une durée de quatre mois au sein de la Chaire de recherche en prévention des cancers. Cette Chaire dédiée à la recherche en prévention dans le domaine des cancers, a été créée par l'Institut National du Cancer (INCa), en partenariat avec l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) et l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Elle est financée depuis 2015 et pour une durée



minimale de trois ans, par l'INCa et l'IReSP et est accueillie au sein du département des sciences humaines et sociales (SHS) de l'EHESP.

Sa mission principale est de développer un programme de recherche axé sur la méthodologie de la recherche interventionnelle et en transfert de connaissances en prévention, et particulièrement sur les changements de comportements à risque de cancers. Elle vise à

développer le TC en France en l'orientant du côté de la décision et des acteurs de terrain. En ce sens, elle doit permettre de renforcer les interactions entre acteurs de terrain, chercheurs, décideurs, mais aussi d'informer, de sensibiliser et de former des étudiants, professionnels, acteurs de terrain et décideurs au TC. Elle bénéficie de l'appui d'un comité scientifique rassemblant des experts reconnus sur le plan national et international.

Comme annoncé supra, j'ai participé au projet de recherche TC-REG. L'objet de ce projet est d'évaluer un dispositif de transfert de connaissances sur les modalités de pilotage et de mise en œuvre de la prévention en région. L'objectif de mon stage était de recueillir des données qui participent à la compréhension de facteurs contextuels qui impactent l'implémentation d'intervention de TC dans la décision et l'action publique en prévention.

I. Introduction

Avant-propos : la santé publique, une discipline complexe

Il est commun d'opposer les sciences formelles¹ et les sciences humaines et pourtant, un point commun lie certaines de leurs disciplines, celui de la complexité. La première définition de ce mémoire sera donc tirée d'un colloque sur la modélisation mathématique et informatique des systèmes complexes (2).

Serait complexe « un système composé d'un grand nombre d'entités en interaction locale et simultanée ». En ce sens, la dissolution d'un grain de sucre dans du café est qualifiée de simple car on connaît à l'avance le résultat de manière certaine. A l'inverse, les cellules nerveuses de notre cerveau, une colonie de fourmis, le marché économique sont des systèmes complexes car le seul moyen de connaître leur évolution est d'en faire l'expérience (3).

L'étymologie nous apprend sur la complexité. Tout d'abord, compliqué (du latin cum pliare, empiler avec) signifie qu'il faut du temps et du talent pour comprendre l'objet d'étude, complexe (du latin cum plexus, attaché avec) signifie qu'il y a beaucoup d'intrications, que « tout est lié » et donc que l'on ne peut étudier une petite partie du système de façon isolée (4).

De ce fait, l'étude d'un système complexe doit considérer le système dans son ensemble, c'est-à-dire que pour le comprendre, il faut avant tout connaître ce qui le compose et les interactions entre ses composantes.

La santé publique est un bon exemple de système complexe.

Le premier facteur de cette complexité découle de deux enjeux particuliers de la santé publique ceux de l'amélioration de la santé des populations et de la réduction des inégalités. Répondre à ces enjeux, demande de pouvoir comprendre la complexité des situations. L'étendue de cette complexité peut être rendue compte par le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (5) (Cf. annexe 1).

Comme peut en témoigner ce cadre conceptuel, l'amélioration de la santé des populations et la réduction des inégalités sociales de santé passe par la compréhension de l'impact de chaque catégorie de déterminant (relatifs aux caractéristiques individuelles, milieux de vie, systèmes, contexte global) sur la santé des populations et les inégalités, mais encore et surtout par la compréhension de leurs interactions.

¹ Les sciences formelles s'appuient sur des axiomes et des déductions. Il n'y a pas de vérification par l'expérience. c'est le cas des mathématiques, de la logique ou de l'informatique théorique (1)

De ce fait, la santé publique est un objet complexe car pour atteindre ses objectifs les plus ambitieux elle doit identifier l'ensemble des déterminants de la santé, la manière dont ils interagissent entre-eux, et surtout des possibilités d'intervention dans ce système complexe.

En raison de leur nature complexe, les interventions en santé publique peuvent avoir de multiples objectifs, sont sensibles au contexte, et ont une causalité non-linéaire (c'est-à-dire que les mêmes

causes n'entraînent pas toujours les mêmes effets (6–8)).

Pour être efficaces, ces interventions nécessitent d'être suffisamment adaptées au contexte et de mobiliser une diversité d'acteurs, qui n'ont souvent pas l'habitude de collaborer ensemble.

Dans ce chapitre introductif, il s'agira d'expliquer comment le projet TC-REG et l'étude que j'ai réalisé dans le cadre de mon stage, peuvent participer à répondre aux défis de la complexité. Pour cela, il s'agira de présenter : une définition du transfert de connaissances et certains de ses enjeux, puis l'objet du projet de recherche TC-REG dans lequel s'intègre mon étude.

A. Définition du transfert de connaissances

Le TC est un terme que l'on peut qualifier de polysémique.

Il n'existe pas une définition unique et partagée du TC, y compris parmi les acteurs de la prévention. Les déclinaisons du terme « transfert de connaissances » ne manquent également pas. Dans la littérature on peut notamment retrouver les termes : knowledge translation, knowledge exchange, knowledge transfer, knowledge integration, research utilization. Cette pluralité de termes créerait de la confusion et nuirait in-fine au TC (9).

Pour répondre à mon échelle à ce problème de confusion, le choix a été fait dans ce mémoire d'employer le terme « transfert de connaissances (*knowledge transfer*) », qui selon Graham et all. (9) serait le plus employé à l'échelle mondiale, et dans tous les milieux concernés par le TC (santé publique, médical, agronomie, science politique etc.).

Dans ce présent mémoire, nous avons retenu la définition du TC de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), qui est retrouvée dans le protocole de recherche de TC-REG (10). Selon l'INSPQ, le TC peut être défini comme « l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé » (11).

Cette définition met en avant le but du TC et son moyen. Ainsi on peut comprendre que le but du TC ne se réduit pas qu'à la simple diffusion de connaissances, c'est-à-dire la transmission de connaissances descendantes à un large public, mais doit tendre à la réelle appropriation des



connaissances. En d'autres termes, plus que recevoir la connaissance, il faut que le public se l'approprie pour pouvoir l'utiliser. Cela passe par des échanges interactifs entre les dépositaires des connaissances scientifiques (en général des chercheurs) et les publics visés qui sont eux-mêmes des dépositaires des connaissances contextuelles et expérientielles (p.ex., des acteurs de terrain en prévention, des décideurs, des citoyens).

EHESP

Les connaissances scientifiques, contextuelles, expérientielles sont appelées « données probantes (DP) ».

On parle d'Evidence Based Health Public Health (EBPH), pour désigner une intervention ou une décision en santé publique prise à partir de DP (12). Le terme, « evidence-information decision making » a récemment fait son apparition. Il souligne le fait que la démarche probante en santé publique ne se base pas que sur des données issues de la science mais la prend en compte en l'intégrant à d'autres connaissances comme les données expérientielles et contextuelles (13).

Pour comprendre d'avantage ce que l'on entend par donnée probante, il est important d'explicitier les trois types de données probantes qui peuvent être utilisées de manière complémentaire dans la prise de décision et la définition d'intervention en santé publique : les données scientifiques, expérientielles et contextuelles.

1. Les données scientifiques

Les données scientifiques sont les produits de la recherche, cela peut être des données directement issues de la science comme les résultats d'étude princeps, les revues de la littérature scientifiques, les données observationnelles (exemple : les données produites par les Observatoires Régionaux de la Santé), ou des données en lien indirects avec la science, cela peut être des documents officiels élaborés à partir de données scientifiques (rapport ministériel, recommandations de la HAS, guide méthodologique, etc.), ou des documents professionnels (revue professionnelle, lettre d'information, etc.).

La manière de définir ce qu'est une connaissance scientifique est importante, de ce choix dépend la nature des éléments qui seront transmis. Cela amène à des considérations épistémologiques. Il s'agit de délimiter les contours de la science en se posant la question : « à partir de quand peut-on parler de science ? ».

Pour les penseurs positivistes, la connaissance scientifique concerne tous ce qui est expérimentalement vérifiable, ainsi serait scientifique toute théorie validée par l'expérience (14). Karl Popper remettra cette conception en cause. Selon lui, cela exclue des disciplines qui ont prouvé

des vérités scientifiques et qui n'ont pu être vérifiées empiriquement (14). C'est notamment le cas de la physique subatomique, domaine de l'infiniment petit, qui affirmait il y a plusieurs siècles des vérités et qui, faute de matériel suffisant, étaient invérifiables empiriquement. Toujours selon Popper, paradoxalement à la physique subatomique des disciplines telles que l'astrologie pouvaient produire des théories vérifiables empiriquement, et donc être considérées par les positivistes

EHESP

comme des connaissances scientifiques (15).

Face à ce paradoxe, Popper propose d'identifier une connaissance scientifique à partir du principe de falsification. Selon ce principe, une théorie reste vraie à partir du moment où elle n'est pas falsifiée (c'est-à-dire invalidée), par d'autres recherches. Ainsi, en l'absence de réfutation, toute donnée scientifique serait qualifiée de provisoirement scientifique.

Cela impose à l'utilisateur des données une attitude de doute et un esprit critique vis-à-vis des contenus présentés, qui ne seraient que provisoirement vérifiés.

Dans un ouvrage qui fait référence dans le TC (16), Nutley et al. revendiquent une version plus inclusive de la connaissance scientifique. Le caractère scientifique d'une connaissance dépendrait de son utilité et de sa méthode de production qui doit être pertinente au regard de la question de recherche et du contexte de l'étude (15). Cette conception parfois décrite dans la littérature comme utilitariste (c'est-à-dire qui s'enquiert avant tout de l'utilité de la donnée), peut comporter le risque de déconnecter la vérité de la démonstration empirique (17), et donc d'avoir des conséquences non mesurées dans le réel.

De manière synthétique, les considérations épistémologiques de Karl Popper et Nutley mettent en relief l'importance du doute vis-à-vis des connaissances disponibles, qui ne seraient au mieux que provisoirement validées, de la rigueur méthodologique dans la production de la connaissance, et de son utilité. En outre, il faut garder à l'esprit qu'une conclusion scientifique fautive peut avoir des conséquences inattendues, voire indésirables, notamment dans le processus décisionnel (15). Il faut prendre aussi garde aux effets d'une connaissance vérifiée et utile en santé. Celle-ci peut avoir des effets positifs sur la santé des populations, et des effets négatifs pour d'autres disciplines telles que l'économie, ou l'éthique, ainsi : « une donnée validée, ne serait pas forcément souhaitable » (18).

2. Les données pratiques et contextuelles

Les données pratiques ne sont pas produites par des chercheurs, mais par des acteurs de terrain (par exemple des chargés de projet en prévention). Plus précisément, il s'agit de leur expérience personnelle qui est fonction de leurs approches théoriques et de leurs expériences pratiques (19). La prise en compte de l'expertise professionnelle dans une décision ou une intervention basée sur des DP est importante pour assurer sa crédibilité et son acceptabilité auprès des acteurs de terrain (20). Elle contribue aussi à adapter la preuve scientifique aux contextes professionnels dans lesquelles elles seront amenées à être utilisées (20).

Les données contextuelles complètent les données scientifiques et pratiques. Elles doivent apporter des informations sur les caractéristiques du contexte. Elles contribuent ainsi à adapter les interventions basées sur des DP au contexte.

La notion de contexte est extrêmement large. Le terme contexte se réfère à l'environnement entourant une intervention basée sur des DP (21). L'environnement peut par exemple concerner les caractéristiques des populations, organisations, institutions, réglementations pouvant influencer l'efficacité d'une intervention ou d'une décision en santé publique.

Certains auteurs distinguent trois niveaux de contexte : micro, meso et macro systémiques (22).

Le niveau micro systémique, est centré sur les caractéristiques des individus (âge, degré de scolarité, attitude devant le changement, etc.), le niveau méso systémique, concerne les capacités structurelles et organisationnelles de développement et de soutien en TC ; et le niveau macro systémique, se rapporte au contexte sociopolitique (forces politiques en présence, opinion publique, interactions entre les systèmes sociaux, etc.) (15).

3. La démarche probante

Pour bien comprendre les enjeux de l'utilisation des DP et du TC, il convient de préciser la relation entre ces deux notions.

Ce qui relie l'utilisation des DP et le TC est leur intégration au sein de la démarche probante. La démarche probante est une démarche globale qui associe la production de la DP à son utilisation (19). Elle s'intègre pleinement dans la démarche courante de projet. Dans la démarche probante comme dans tout projet, l'acteur doit résoudre un problème lié à une situation, qui nécessite une intervention. La seule différence avec la démarche classique de projet et que pour atteindre son objectif, l'acteur va devoir baser son projet sur des DP.

Cela nécessite d'abord de rechercher des DP dans la littérature (*étape 1*), de les adapter à son contexte d'intervention (*étape 2*), de les utiliser dans son contexte – c'est ce que l'on appelle « l'implémentation » – (*étape 3*), puis comme dans toute démarche de projet d'évaluer les résultats

(étape 4). Enfin, pour valoriser son travail l'acteur peut faire valider son intervention scientifiquement (étape 5), et la faire connaître en la mettant à disposition des autres acteurs par l'intermédiaire par exemple de publications (étape 6).

Le TC pour mémoire est « un ensemble d'activités et mécanismes d'interaction (entre chercheurs et utilisateurs des DP), qui vise à favoriser la diffusion, l'adoption et l'appropriation des DP en vue de leur utilisation dans la pratique » (11). Par conséquent, le TC peut intervenir à toutes les étapes de la démarche probante.

On peut alors envisager l'utilisation des DP dans la pratique comme un objectif de la démarche probante, et le TC comme l'ensemble des moyens mobilisés dans le cadre de la démarche probante pour y parvenir. Les moyens peuvent être des actions de diffusion des DP sur des sites internet, l'organisation de formation sur l'utilisation des DP ou encore l'accompagnement par des chercheurs, d'acteurs de terrain à l'utilisation des DP dans l'élaboration d'interventions en prévention.

4. Les enjeux de l'utilisation des données probantes, et du développement des études sur le transfert de connaissances

L'utilisation des données probantes par les professionnels de la santé est un enjeu pour notre système de santé. Elle permet d'améliorer son efficacité, sa crédibilité et sa soutenabilité (23). De plus, elle facilite l'acceptation sociale des décisions prises et des interventions (24) et est un levier pour légitimer en France, la place de la prévention, promotion de la santé (25), qui à l'instar d'autres disciplines comme la médecine, se fonde aussi sur des données probantes.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 aborde certains enjeux liés au développement des études sur le TC (26). La stratégie met notamment en avant l'enjeu de faciliter l'évaluation des actions menées et l'utilisation des résultats pour aider à la prise de décision basée sur des DP.

La stratégie met aussi en avant la nécessité de développer les interactions entre acteurs, décideurs de la prévention et équipes de recherche. Il s'agirait d'un facteur déterminant de la production de DP contextualisées et de l'appropriation et l'utilisation des DP par les acteurs (25). Cette collaboration est décrite dans la littérature comme essentielle car de nombreux enjeux en dépendent. Tout d'abord, le développement de cette relation permet d'acculturer les acteurs de terrain à la démarche de valorisation de données expérientielles, car aujourd'hui bien que nombreuses, ces données font trop rarement l'objet de diffusion (25).

En outre, la relation acteur-chercheur permet aux chercheurs de développer des sujets d'étude plus en phase avec les besoins du terrain (27,28). Cela conscientise également les chercheurs sur le besoin des acteurs en données contextuelles, et sur les méthodes d'intervention, qui sont rarement

décrites dans les études (25). Le manque de détails contextuels et méthodologiques complique la compréhension des interventions mises en œuvre et donc in-fine nuit à leur utilisation pratique (29,30).

Dans le même sens, des études observationnelles mettent en avant l'importance de la crédibilité des résultats de recherche pour le décideur (31). L'explicitation claire des résultats de recherches

EHESP

semblerait être un prérequis nécessaire à l'installation d'une relation de confiance entre chercheurs et décideurs. Cependant, selon d'autres auteurs, les décideurs auraient généralement des difficultés à appréhender l'ambiguïté dans leur prise de décision (32,33). Or, l'ambiguïté est aussi un gage de transparence pour les résultats de recherche. Ce paradoxe pourrait réduire l'intérêt des décideurs pour les données scientifiques. Aucune étude n'aurait pour le moment questionné les effets possibles du rapport à l'ambiguïté du décideur sur le processus de TC (15).

Cette situation de « méconnaissance réciproque » entre acteurs, décideurs et chercheurs (34) est compliquée par des divergences en termes de priorité, de temporalité, de culture, de langage (35,36).

De ce constat de « gap » (35,37) dans la relation acteur-décideur-chercheur, apparaît la nécessité de développer la recherche en TC en France, en particulier dans le domaine de la prévention, c'est l'objet du projet TC-REG, dans lequel s'inscrit l'étude qui m'a été confiée.

B. Le projet TC-REG

1. Objectif et design

Le projet TC-REG est un projet de recherche financé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans le cadre de l'appel à projet général volet prévention 2016, – porté par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) –. Ce projet est porté par la Chaire de recherche en prévention des cancers INCA/IReSP de l'EHESP et Linda Cambon en est l'investigateur principal. Il s'étend de mars 2017 à juin 2019.

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale combinée à une évaluation réaliste multi-cas. Son objectif est 1/ d'évaluer, en régions, l'impact d'un processus d'accompagnement à l'utilisation des données probantes en prévention des cancers sur la modification des pratiques préventives dans la décision - en Agences Régionale de Santé (ARS)² – et dans la pratique – en Instances régionales d'éducation

² Les ARS, installées par la loi « Hôpital patient santé et territoire » (HPST) en 2009 sont des établissements publics de l'Etat chargés de définir, piloter et mettre en œuvre la politique de santé à l'échelon régional pour le compte de l'Etat.

et de promotion de la santé (IREPS)³ –, et 2/ documenter les mécanismes, processus et conditions d'efficacité mis en place suite à cet accompagnement, pour assurer le transfert de connaissances.

Huit régions sont impliquées dans TC-REG. Quatre régions bénéficient d'un processus d'accompagnement à l'utilisation des DP et forment le Groupe Intervention (GI1). Il s'agit des régions : Bretagne, Martinique, PACA, Normandie. Le processus d'accompagnement combine une

diffusion de synthèse d'actions probantes en PREvention (SIPREV) et un accompagnement contextualisé.

Les quatre autres régions bénéficient uniquement de la diffusion des SIPREV. Elles forment le Groupe sans Intervention (GI2). Ces régions sont : le Centre Val de Loire, la Guadeloupe, l'Aquitaine et l'Occitanie.

Le projet a été officiellement lancé le 2 mars 2017 par une réunion du comité de pilotage réunissant les responsables d'IREPS et d'ARS de chaque région du GI1 et l'équipe de recherche.

2. L'évaluation réaliste

Comme précisé supra, TC-REG est une étude quasi-expérimentale qui combine une évaluation réaliste multi-cas.

L'évaluation réaliste vise à produire des données sur les conditions d'efficacité d'une intervention, c'est-à-dire de manière imagée à décrypter la « boîte noire » des interventions complexes (39). L'évaluation réaliste a été développée par Pawson et Tilley (40). Elle part du postulat que la rencontre d'une intervention avec un contexte déclenche un mécanisme qui produit des effets. Dans l'évaluation réaliste, le mécanisme est élément du raisonnement de l'acteur face à une intervention, est sensible aux variations du contexte, produit les effets, et est généralement caché (41).

L'évaluation réaliste part du postulat qu'aucune théorie déterministe ne peut toujours expliquer ou prédire les résultats dans tous les contextes. Comme l'explique Ridde et al (14), dans l'approche réaliste on ne considère pas qu'une intervention « puisse avoir une taille d'effet Y avec un intervalle de confiance Z ». Cependant, bien que ces interventions impliquent des interactions humaines qui sont par nature imprévisibles, l'évaluation réaliste peut permettre d'identifier des modes de comportements récurrents semi-prévisibles, aussi appelés « demi-régularités » ou « patterns ». Une demi-régularité désigne la survenue régulière, mais non nécessairement permanente (d'où le terme « demi-régularité »), d'un effet à la suite de la mise en œuvre d'une intervention dans un

³ Associations loi 1901 en charge de mettre en place, en région, des actions et programmes de prévention et promotion de la santé, d'apporter un soutien méthodologique auprès des autres acteurs de prévention (acteurs de 1^{ère} ligne), d'apporter un appui à la mise en œuvre des politiques régionales de prévention (Contrats locaux de santé, ateliers santé ville, etc.). Leur position en appui aux autres acteurs les définit comme « acteurs de seconde ligne ». Ils coordonnent en région les Pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé (PRC - soutenu par l'INPES), rassemblant les principaux opérateurs locaux de prévention (38).

contexte particulier (14). Les demi-régularités observées sont liées à des caractéristiques du contexte que l'on retrouve dans différents milieux où l'intervention est mise en œuvre.

Ainsi la mise en œuvre d'une même intervention dans des contextes semblables peut déclencher des mécanismes qui produisent les mêmes effets. Le but n'est pas de généraliser une intervention qui produit des effets constants, mais plutôt de généraliser une théorie sur la relation entre le

contexte, les mécanismes et les effets (appelé « configuration CME »), qui expliquent pourquoi une intervention fonctionne dans certaines circonstances et pour certains publics (42). Comme toutes theory-driven évaluations, l'évaluation réaliste part du rassemblement des données de la littérature permettant d'élaborer des hypothèses, et dans ce cas de contribuer à produire une théorie de moyenne portée. La complétude de la littérature est le frein le plus souvent rencontré (14). Il s'agit ensuite de confronter à l'empirie les théories de moyennes portées basées sur de la littérature. Cela passe par une démarche « rétroductive⁴ » (*aussi appelée abduction*), c'est-à-dire par un « va-et-vient constant entre la théorie et l'observation empirique pour affirmer la présence de demi-régularités (14) ». Plus concrètement, les chercheurs observent le déroulé empirique de l'intervention conduite à partir de la théorie de moyenne portée, et sont à la recherche de données confirmant ou non la présence des demi-régularités présentées dans la littérature. En d'autres termes, les théories de moyenne portée détaillées dans la littérature ne sont jamais complètes, pour gagner en précision elles doivent être enrichies par des observations empiriques, il s'agit de réaliser des « théories de moyenne portée ajustées ».

3. Mise en œuvre de TC-REG

De janvier à avril 2017, l'équipe de recherche a notamment analysé la revue de revue systématique sur les stratégies de TC de Langer et al. « *The science of using science* » (43). L'objectif était d'extraire des données probantes sur les conditions d'efficacité d'interventions de TC, les mécanismes à l'œuvre et les résultats attendus pour chaque type d'intervention afin d'étayer une théorie de moyenne portée.

De février à juin 2017, les SIPREV ont été élaborées. Il s'agit de synthèses d'interventions de prévention les plus probantes sur les facteurs de risques ou déterminants du cancer : alimentation, activité physique, alcool, tabac et compétences psychosociales. Ces synthèses ont été construites pour être accessibles aux acteurs issus des huit régions dans lesquelles elles seront diffusées.

De janvier à avril 2017 une enquête exploratoire par entretien a été réalisée dans les régions qui bénéficient de l'accompagnement (GI1). L'objectif était de disposer d'un état des lieux des

⁴ Les démarches scientifiques basent en général leurs méthodes sur les approches déductives et inductives. L'approche inductive implique de partir de connaissances théoriques établies pour les valider auprès de données empiriques. A l'inverse, l'approche déductive part des données empiriques pour construire des catégories conceptuelles.

initiatives déjà prises en matière de TC et d'identifier les obstacles perçus par les acteurs à la démarche afin de pouvoir identifier les stratégies et interventions les mieux adaptées à chacun des contextes régionaux ainsi que les éléments du contexte susceptible d'influencer les résultats du processus d'accompagnement à implémenter.

De mai à octobre 2017 ont été élaborés en référence à l'évaluation réaliste une théorie de moyenne

EHESP

portée hypothèse causale de l'impact des stratégies de TC : « Les modalités de transfert de connaissances efficaces combinent des leviers favorisant l'accès et l'adaptation de l'information (S), le développement des capacités à les comprendre et à les utiliser (S), la modification des processus organisationnels (S) afin de faciliter leur production et leur appropriation dans les milieux de pratique. Ces modalités de transfert produisent une utilisation des connaissances (E) à travers le renforcement de la perception de leur utilité (M), le renforcement de la motivation (M) à les utiliser, le renforcement de la capacité à les adapter (M) aux enjeux présents dans les milieux de pratique ». Elle a été élaborée en croisant des données de la littérature et notamment une revue de revue systématique réalisée par Langer et al. (43), une enquête exploratoire et les avis des acteurs des quatre régions impliquées dans le groupes intervention, réunis lors d'un séminaire les 4 et 5 mai 2017. Ce séminaire réunissait des acteurs des IREPS et des ARS du GI1 (20 personnes). Ensuite les participants ont contextualisée les théories de moyenne portée à leur région. Ils ont élaboré des théories d'intervention contextualisées. Ces théories d'intervention sont une représentation contextualisée et pragmatique de la mise en œuvre de la théorie de moyenne portée prenant en compte les spécificités de chacune des quatre régions. Elles constituent la base sur laquelle les plans d'action sont conçus et détaillent les actions de TC à mettre en œuvre, leurs publics cibles et les résultats escomptés.

Enfin, les outils d'investigation permettant de recueillir les impacts observés des stratégies de TC et de documenter qualitativement les données nécessaires à l'évaluation réaliste - facteurs contextuels (Context – C), mécanismes (Mecanism – M), résultats (Effects– E)-, traduisant les configurations CME (Context, Mecanism, Effects) – ont été construits.

Pour recueillir les effets, l'outil quantitatif de recueil de données est un questionnaire en ligne auto-administré et diffusé auprès de 160 personnes (ARS, IREPS, CCCP et CRSA, opérateurs associatifs dans le champ de la prévention). Le questionnaire a été déployé à T0 (au démarrage de l'étude) et le sera de nouveau à la fin de l'étude (T+12 mois), afin de pouvoir évaluer l'impact de l'accompagnement TC-REG dans les régions-intervention (GI1) en comparaison avec les régions sans intervention (GI2). Pour documenter les contextes et mécanismes, l'investigation est qualitative. Elle est réalisée par l'intermédiaire d'entretiens (dix par région), effectués auprès des implémenteurs afin de repérer l'évolution des mécanismes de changements hypothésés et les facteurs contextuels influençant leur évolution au cours de l'étude. Les entretiens s'égrènent donc

tout au long de l'étude. En outre, des sessions d'observation d'activités prévues dans les théories d'intervention (telles que des formations, des espaces de diffusion et d'échange sur les données issues de la science ...) ont été réalisées et d'autres seront conduites dans les mois à venir. Elles visent à consolider les données recueillies par entretien en analysant notamment la dimension relationnelle de la progression du sujet du transfert de connaissances dans les institutions (le rôle des acteurs, de leurs expériences, la capacité à convaincre, etc.) et en permettant une identification plus fine des contraintes institutionnelles en place à l'occasion de décisions.

A partir du mois de juin 2017, jusqu'à ce jour les théories d'intervention ont été implémentées dans les régions par les acteurs des IREPS et ARS. L'implémentation est monitorée dans le cadre du comité de pilotage régulièrement réuni.

Il est ressorti assez rapidement que l'implémentation des théories d'interventions nécessitait des aménagements, certains substantiels. Chaque région a mis à jour sa théorie d'intervention.

Il était donc nécessaire d'investiguer plus précisément, à mi-parcours, les conditions d'aménagement des théories d'intervention sur le terrain. C'est l'objet de l'étude qui m'a été confiée : recenser les facteurs contextuels à l'origine des changements entre les théories d'intervention initiales et mises à jour des régions, puis de les justifier et les expliquer afin de contribuer à l'élaboration de recommandations quant à l'implémentation d'intervention de TC.

C. Objet du stage : L'étude d'implémentation de TC-REG

L'objectif de mon stage était de recenser les facteurs contextuels à l'origine des changements entre les théories d'intervention initiales et mises à jour des régions, de les justifier et les expliquer afin de contribuer à l'élaboration de recommandations quant à l'implémentation d'intervention de TC.

Cet objectif s'inscrit dans les travaux relatifs à la transférabilité et l'implémentation des interventions complexes. La transférabilité est la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte (44). Elle se distingue de l'applicabilité qui est la mesure selon laquelle une intervention peut être mise en œuvre dans un autre contexte que celui dans lequel elle a été expérimentée (19). Une intervention peut être applicable et non transférable car les effets d'une intervention peuvent varier d'un contexte à un autre, malgré une mise en œuvre identique. Cependant une intervention doit être applicable pour être transférable. L'étude de cette applicabilité se réfère à l'étude des conditions qui influencent

l'implémentation d'une intervention. Appelée aussi, étude d'implémentation, elle contribue à comprendre quels sont les facteurs contextuels qui impactent l'implémentation (45).

Certains de ces facteurs contextuels peuvent être déterminants dans l'implémentation mais aussi et par extension dans la transférabilité d'une intervention. Ils sont appelés « fonctions clefs » par certains auteurs. En effet, les fonctions clefs sont des composantes de l'intervention et du contexte

qui influencent le résultat et par conséquent sa transférabilité (19). Pour repérer ces fonctions clés, un reporting très précis de ces composantes est nécessaire, suivi d'une discussion collective sur ces dernières (46) réalisable par exemple dans le cadre de focus group.

II. Méthode

L'objectif de l'étude visant à comprendre des phénomènes d'adaptation, il a été privilégié d'utiliser des méthodes qualitatives d'investigation, combinant une analyse documentaire, des recueils de données par entretiens et focus group. Pour ce faire mon investigation a poursuivi trois

objectifs :

EHESP

Identifier dans chaque région les facteurs contextuels et interventionnels ayant conduit à l'aménagement de la théorie d'intervention initiale,

- Définir dans chaque région des fonctions clés de l'implémentation de la théorie d'intervention initiale, c'est-à-dire des facteurs contextuels et interventionnels qui ont freinés ou facilités de manière déterminante l'implémentation des actions de TC,
- Définir parmi les facteurs contextuels et interventionnels (identifiés ou non comme des fonctions clés de l'implémentation) ceux potentiellement généralisables à une variété de contextes d'intervention.

Pour ce faire l'étude a articulé trois sources de données :

- Une analyse documentaire afin de préciser les différences entre les théories d'intervention initiales et mises à jour des régions. Il s'agissait de comparer ces deux théories afin de repérer des ajouts, modifications ou suppressions d'actions;
- Des entretiens avec des implémenteurs des quatre régions afin de valider les données de l'analyse documentaire et identifier les facteurs contextuels et interventionnels ayant induit ces changements, et d'autres facteurs qui ont facilités ou freinés l'implémentation des actions ;
- Des focus group afin de valider et compléter les données d'entretien sur les facteurs contextuels et interventionnels impactant l'implémentation des actions et définir collectivement des fonctions clés de l'implémentation des théories d'intervention initiales des régions.

Ces trois analyses se sont séquencées et auto-alimentées. En effet, c'est l'analyse des changements entre les théories initiales et mises à jour qui a permis d'affiner les entretiens. C'est l'analyse des entretiens qui a permis de réaliser les focus group. L'étude a donc utilisé une méthodologie itérative de production de données.

A. Recueil de données

1. Analyse documentaire

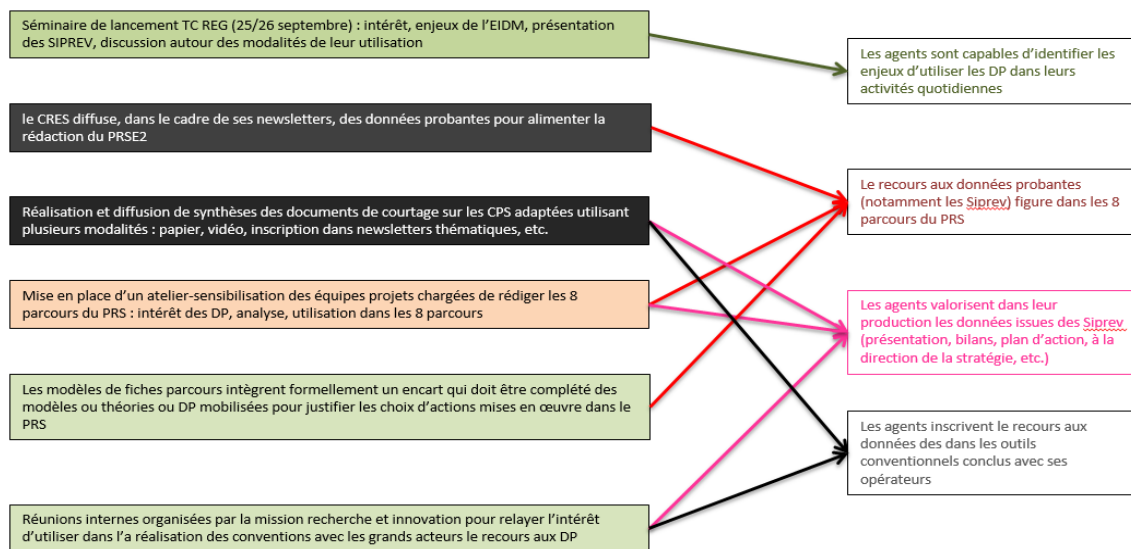
E H E S P

L'analyse documentaire consistait pour chaque région à comparer les actions prévues dans la théorie d'intervention initiale avec celles qui sont ou seront effectivement mises en place présentées dans la théorie d'intervention mise à jour.

Les théories d'intervention décrivent par groupes de populations cibles du projet - ARS, IREPS, Conférences régional de la santé et de l'autonomie, autres acteurs associatifs - les actions prévues de TC et leurs effets escomptés.

A titre d'exemple, la figure 1 présente celle de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (cf. figure 1 : présentation des actions de l'ARS PACA)

Figure 1 – présentation des actions de l'ARS PACA



Les actions prévues sont représentées dans les rectangles. Un code couleur permet de faire le lien entre les actions et les grandes stratégies du TC⁵. Ces actions sont reliées par des flèches à des résultats attendus. Cette présentation permet d'avoir une vue simultanée de l'ensemble des actions, de vérifier que les trois stratégies définies dans la théorie de moyenne portée sont présentes et leurs résultats attendus (effets).

⁵ Les actions inscrites dans un rectangle gris sont reliées à la stratégie : « favoriser l'accès et l'adaptation de l'information » ; les actions inscrites dans un rectangle orange sont reliées à la stratégie : « développer les capacités à critiquer les DP à les comprendre et à les utiliser » ; les actions inscrites dans un rectangle vert sont reliées à la stratégie : « renforcer les organisations et les processus pour faciliter l'utilisation des connaissances ».

Pour analyser les différences d'actions prévues entre une théorie d'intervention initiale et mise à jour, ils agissaient de comparer pour chaque acteur les actions prévues dans les deux théories afin de recenser les éventuelles suppressions, modifications ou ajouts d'actions.

Une synthèse des changements entre les théories a été élaborée. Dans cette synthèse les changements étaient classés en trois catégories : les actions ajoutées, modifiées et supprimées par rapport à la théorie d'intervention initiale. Cette synthèse a ensuite été utilisée dans mon recueil de données par entretien pour comprendre les facteurs contextuels à l'origine de ces changements.

2. Les entretiens

L'organisation des entretiens

Les entretiens visaient à vérifier les données des synthèses des quatre régions, puis à identifier les facteurs contextuels et interventionnels ayant induits ces changements, et d'autres facteurs qui ont facilités ou freinés l'implémentation des actions.

Pour ce faire, dix implémenteurs ont été interrogés, le critère de sélection étant leur grande implication dans le projet et donc leur capacité à expliquer les changements dans les théories. Dans chaque région ont été au moins interrogés un professionnel de l'IREPS et un agent de l'ARS impliqués dans l'implémentation.

Les dix entretiens ont été effectués pendant le mois de mai 2018, par téléphone, sur une durée comprise entre une heure et une heure trente. Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone et retranscrits pour être analysés avec le logiciel N'Vivo 11.

La préparation de la grille d'entretien

La grille d'entretien a été élaborée à la mi-avril. Elle comprenait trois parties (Cf. annexe 2). La première partie était spécifique à l'étude des changements entre les théories. La seconde partie était spécifique à l'étude du contexte d'intervention, plus précisément : aux caractéristiques des publics bénéficiaires de l'intervention, aux caractéristiques de l'intervention et de son environnement. La troisième partie portait sur les freins et leviers de l'implémentation des actions mises en œuvre et qui seront mises en œuvre.

J'ai fait le choix de commencer mon entretien par des questions sur les changements entre la théorie initiale et mise à jour car ce sont les données à obtenir en priorité, il est également plus simple pour l'interrogé de répondre à ces questions avant d'aborder celles relatives aux contextes et à la mise en œuvre des actions qui nécessitent d'avantage de réflexions. De plus, les discussions finales sur les freins et leviers de l'implémentation de leurs actions pouvaient ainsi être alimentées par les échanges sur le contexte d'intervention réalisés lors de la seconde partie de l'entretien.

1^{ère} partie : les changements

La première partie de la grille d'entretien portait sur les changements entre les actions définies dans la théorie d'intervention initiale et sa mise à jour. L'objectif était de faire valider par l'implémenteur la synthèse des changements des actions et d'avoir des données sur les facteurs contextuels et interventionnels ayant induit les changements. Des questions étaient posées pour vérifier successivement les actions supprimées, modifiées et ajoutées recensées et les raisons ayant conduit ces changements. Chacune des questions reprenait cette formulation : « l'action X de TC définie en 2017 a finalement été abandonnée (ou modifiée), pouvez-vous expliquer pourquoi ? » ou « l'action Y de TC a été ajoutée dans la deuxième version, pouvez-vous expliquer pourquoi ? ». Après avoir répondu à ces questions, l'implémenteur devait préciser si des changements supplémentaires non précisés dans ma synthèse ou dans la théorie d'intervention mise à jour, n'avaient pas été recensés.

Seconde partie : le contexte

La seconde partie de la grille d'entretien portait sur le contexte de l'implémentation. L'objectif était de recenser les freins et les leviers contextuels et interventionnels de l'implémentation des actions de TC définies dans la théorie initiale.

Etant donné que l'objectif était de recueillir des données contextuelles, les variables étaient tirées de la grille ASTAIRE n°1 destinée au reporting d'intervention efficaces (Cf. annexe 3).

Comme vu précédemment, pour réaliser ce type d'étude il convient de réaliser un reporting précis des facteurs ayant influencé l'implémentation de l'intervention (ici des actions de TC). Ces facteurs peuvent être liés à l'intervention elle-même (p.ex. aux modalités de mise en œuvre des actions) ou au contexte. La dimension contextuelle étant le cœur de l'étude, j'ai choisi de structurer les entretiens en se basant sur la grille ASTAIRE (AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé). En effet, elle permet de repérer les facteurs propres à l'intervention et au contexte.

ASTAIRE se présente sous la forme de deux grilles. L'une est une grille de reporting destinée aux acteurs qui ont expérimenté une intervention efficace et qui souhaite décrire l'intervention implémentée et son contexte en vue de la transférer (Cf. annexe 3). Et l'autre permet aux acteurs qui souhaitent mettre en œuvre une nouvelle intervention de comparer leur contexte à celui d'une intervention efficace pour décider de la pertinence de transférer l'intervention (Cf. annexe 4) (46). Les facteurs contextuels et interventionnels recensés à partir d'ASTAIRE peuvent agir sur l'implémentation et directement le résultat (transférabilité). Ici seul l'effet sur l'implémentation m'intéressait, le reste étant étudié par ailleurs dans TC-REG. Certains critères spécifiques à la transférabilité ont donc été enlevés. Il s'agit plus précisément des critères appartenant à la

catégorie « accompagnement au transfert de connaissances ». De plus, la grille ASTAIRE étant très spécifique aux interventions en prévention et promotion de la santé, certains critères ont dû être adaptés.

Il s'agissait des critères :

- N°2 : « l'état de santé de la population », qui a été adapté en « l'état des connaissances sur les DP des bénéficiaires de l'action »,
- N° 4 : « la représentation de la santé et des normes sociales de la population », qui a été adapté en « la représentation des DP et du TC des bénéficiaires de l'action »,
- N°11 : « la perception de la population de ses besoins de santé » qui a été adapté en « la perception de la population de ses besoins en DP et en TC » (Cf. Annexe 3)

Ainsi dans la seconde partie de la grille d'entretien, j'ai construit trois sous parties.

Une première sous partie qui comprenait trois groupes de questions sur les freins et leviers de l'implémentation des actions relatifs aux caractéristiques des publics cibles des actions de TC. Pour cela je me suis basé sur les critères d'ASTAIRE de la catégorie « population » :

- Le premier groupe de questions portait sur les caractéristiques générales des bénéficiaires (niveau d'étude, expérience professionnelle, préoccupations professionnelles, missions, position hiérarchique). Ces questions permettaient d'avoir des données sur les critères d'ASTAIRE N°1 « les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population », N°3 « les caractéristiques cognitives, culturelles et éducatives de la population bénéficiaire », et N°6 « l'accessibilité à l'intervention » ;
- Le second groupe portait sur le rapport aux données probantes des bénéficiaires, en particulier l'idée qu'ils s'en font et l'évolution de cette idée suite au projet TC-REG. Ces questions permettaient d'avoir des données sur les critères N°4 « la représentation de la santé et des normes sociales de la population », N°5 « la motivation de la population bénéficiaire de l'intervention », N°8 « la perception de l'intervention par les bénéficiaires », N°9 « l'acceptabilité de l'intervention pour les bénéficiaires » et N°11 « la perception de la population de ses besoins en DP » ;
- Le dernier groupe de question portait sur l'adhésion aux activités de groupes de bénéficiaires éloignés de la question des données probantes. Ces questions permettaient d'avoir des données sur les critères N°13, « l'expérience et l'histoire personnelle des bénéficiaires », N°15 « le niveau de participation des bénéficiaires » et N°16 « le degré d'implication des bénéficiaires ».

La seconde sous partie comportait deux groupes de questions sur les freins et leviers de l'implémentation des actions relatifs aux caractéristiques de l'intervention. Ces questions devaient apporter des données sur les critères de la grille ASTAIRE de la catégorie « mise en œuvre ».

- Le premier groupe de questions portait sur le profil des implémenteurs : leur fonction et expérience dans l'organisation, leurs connaissances sur les publics bénéficiaires, sur les DP et le TC, et compétences utiles à l'implémentation. Ces



EHESP

questions permettaient d'avoir des données sur le critère N°22 « les capacités des intervenants et chef de projet » ;

Le second groupe de questions portait sur leur intégration dans TC-REG. Il s'agissait de comprendre pourquoi et comment les implémenteurs ont été choisis, et leur état d'esprit au début du projet jusqu'à ce jour. Ces questions permettaient d'avoir des données sur le critère N°23 « les modalités de mobilisation des intervenants ».

La troisième sous-partie comportait deux groupes de questions sur les freins et leviers de l'implémentation des actions relatifs à l'environnement de l'intervention. Ces questions devaient apporter des données sur les critères de la grille ASTAIRE de la catégorie « environnement » :

- Le premier groupe de questions portait sur le contexte organisationnel des implémenteurs, c'est-à-dire l'environnement méso-systémique (p.ex. les méthodes de travail, l'ambiance, l'ouverture à l'innovation). Ces questions permettaient d'avoir des données sur le critère n°18 « d'autres éléments du contexte de mise en œuvre » ;
- Le second groupe de questions portait sur l'environnement macro-systémique (p.ex. le contexte économique, politique, réglementaire). Ces questions permettaient d'avoir des données sur le critère n°17 « l'environnement institutionnel influant directement sur l'intervention ».

3^{ème} partie : Conception de la théorie d'intervention et mise en œuvre de l'implémentation

La troisième partie de la grille d'entretien portait sur la conception de la théorie d'intervention et la mise en œuvre de l'implémentation. L'objectif de cette dernière partie était de comprendre comment les actions avaient été implémentées, et les facteurs contextuels et interventionnels ayant pu faciliter ou freiner leur implémentation.

Elle comportait deux sous parties :

- Une première portait sur l'élaboration de la théorie d'intervention initiale : elle comportait un seul groupe de questions sur les freins et leviers relatifs à l'élaboration de la théorie d'intervention. Toutes ces questions permettaient d'avoir des données sur le critère N°20 « les modalités d'intervention », et N°25 « l'intégration des parties prenantes lors de l'élaboration du protocole » ;
- Une seconde portait sur les freins et leviers contextuels et interventionnels des actions déjà mises en œuvre et qui le seront. Cela pouvait permettre d'obtenir de nouvelles données sur l'ensemble des critères d'ASTAIRE.

3. Focus group

Organisation des focus group

Le focus group faisait suite à l'analyse des entretiens. Il avait pour objectif de :

valider et compléter les données d'entretien sur les facteurs contextuels et interventionnels freinant ou facilitant l'implémentation des actions ;

d'identifier dans chaque région avec les implémenteurs les fonctions clés de l'implémentation de leur intervention de TC (c'est à dire les facteurs contextuels et interventionnels les plus déterminants pour l'implémentation de l'intervention).

Un focus group par région a été organisé, réunissant l'ensemble des implémenteurs sur une durée de deux heures. Ils étaient animés par deux professionnels de la Chaire moi-même et un ingénieur d'étude impliqué dans le projet dont le rôle était celui d'observateur.

Pour répondre à l'objectif, le focus group s'organisait en trois parties :

- Une introduction rappelant les principaux enjeux du TC, ceux de TC-REG, les objectifs du focus group et le contenu précis du focus group ;
- Une seconde partie pendant laquelle était distribuée et discutée la grille ASTAIRE remplie avec les données des entretiens sur les facteurs contextuels et interventionnels de la région impactant l'implémentation des actions de TC. Chaque critère de la grille ASTAIRE devait être discuté ;
- La troisième partie avait pour objectif de définir les facteurs contextuels et interventionnels clés pour l'implémentation de leur intervention. Lors de cette partie, l'observateur faisait compléter et mettre en discussion une liste de facteurs déterminants de l'implémentation de leur intervention de TC repérés lors des discussions autour de la grille ASTAIRE. Il inscrivait la liste des facteurs repérés sur un chevalet et passait en revue chacun d'entre-eux avec les participants.

Certains aménagements ont été faits par rapport à l'organisation initiale du focus group : en Martinique, il était animé par un professionnel de l'IRESP eut égard aux conditions de faisabilité de son organisation pour l'équipe de recherche et dans cette région comme en région PACA, les fonctions clés de la région ont été rediscutés par le groupe d'implémenteurs en décalage du focus group (deux jours après pour la PACA, en août pour la Martinique).

B. Analyse des données

Les données des entretiens ont été analysées, par analyse de contenu thématique, sur le logiciel N'Vivo 11. Il s'agissait notamment d'identifier dans la parole des professionnels :

- Les facteurs contextuels propres aux caractéristiques de la population ayant impactés l'implémentation des actions,
- Les facteurs contextuels propres aux caractéristiques de l'intervention ayant impacté l'implémentation des actions,



Les facteurs contextuels propres à l'environnement de l'intervention (contexte méso et macro-systémique) ayant impacté l'implémentation des actions.

Pour chacun de ces nœuds d'analyse, les données étaient classées en deux catégories : les freins et les leviers contextuels pour l'implémentation de l'intervention de TC.

EHESP

De plus, il s'agissait de relier ces facteurs aux changements entre les théories d'intervention initiales et mises à jour. Cela a permis d'obtenir une monographie par région et selon les catégories d'ASTAIRE, de l'ensemble des facteurs contextuels influençant l'implémentation des théories d'intervention initiales des régions. Cette analyse répondait au premier objectif spécifique de l'étude : identifier les facteurs contextuels influençant l'implémentation de la théorie d'intervention initiale. Le focus group permettait à ce stade de valider cet enseignement.

Ensuite, une analyse transversale entre les régions a permis de définir des facteurs récurrents généralistes. Cette analyse répondait au troisième objectif spécifique de l'étude : définir parmi les facteurs contextuels et interventionnels identifiés ceux potentiellement généralisables à une variété de contextes d'intervention.

Enfin, l'analyse des données du focus group a permis d'identifier dans chaque région les fonctions considérées comme clés par les implémenteurs, qu'elles soient contextuelles ou interventionnelles. Cette analyse répondait au second objectif spécifique de l'étude : définir des fonctions clés de l'implémentation des interventions.

Une analyse transversale a permis à également d'identifier les fonctions clés communes aux quatre régions et de répondre également au troisième objectif spécifique de l'étude.



III. Résultats

Pour mémoire, l'étude à trois objectifs :

Objectif numéro un : identifier dans chaque région les facteurs contextuels et interventionnels ayant conduit à l'aménagement de la théorie d'intervention initiale,

Objectif numéro deux : définir dans chaque région des fonctions clés de l'implémentation de la théorie d'intervention initiale, c'est-à-dire des facteurs contextuels et interventionnels qui ont freinés ou facilités de manière déterminante l'implémentation des actions,

- Objectif numéro trois : définir parmi les facteurs contextuels et interventionnels (identifiés ou non comme des fonctions clés de l'implémentation) ceux potentiellement généralisables à une variété de contextes d'intervention.

Les résultats ci-après présentent dans une première sous partie :

- Les adaptations de théories réalisées et les facteurs contextuels et interventionnels les ayant induits (objectif numéro un),
- Les facteurs contextuels et interventionnels communs aux quatre régions qui impactent l'implémentation des actions (objectif numéro trois).

Pour répondre au second objectif et au troisième objectif de l'étude, les résultats ci-après présentent dans une seconde sous partie :

- Les fonctions définies comme clé par les implémenteurs pour l'implémentation de leur intervention de TC (objectif numéro deux),
- Les fonctions clés communes aux quatre régions (objectif numéro trois).

A. Aménagements des théories d'intervention initiales et facteurs contextuels d'influence

1. La région Normandie

La théorie d'intervention de la région Normandie a été implémentée par un professionnel de direction et un coordinateur de l'IREPS, et un agent du pôle prévention, promotion de la santé de l'ARS. Le rôle du coordinateur de l'IREPS dans l'implémentation est central. Il est chargé d'opérationnaliser l'implémentation. Le professionnel de direction de l'IREPS et l'agent de l'ARS participent à la définition des activités de TC et ponctuellement à leur organisation.

La théorie d'intervention initiale comprenait 45 actions réparties sur quatre catégories de publics.

- treize actions impliquaient les agents de l'ARS Normandie,
- dix-sept actions impliquaient les professionnels de l'IREPS Haute-Normandie, et des coordinateurs de territoires (coordinateurs des Contrat Locaux de Santé (CLS), des Ateliers Santé Ville (ASV) et des Réseaux Territoriaux de Promotion de la Santé (RTPS)),
- dix actions impliquaient des acteurs locaux : les acteurs des Pôles de Prévention Compétent en Addictologie (PPCA) de Rouen et de Dieppe, et régionaux : les COPIL Jeunes et Tabac et les accompagnateurs techniques du Programme Régional de Réduction du Tabagisme (P2RT),
- cinq actions impliquaient les membres de la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP).

Parmi les 45 actions de la théorie initiale, dix ont donné lieu à des changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour. Ceux-ci sont autant liés aux publics bénéficiaires de l'intervention, qu'aux caractéristiques de l'intervention et à l'environnement de l'intervention.

Trois changements entre les théories sont liés à des facteurs environnementaux⁶ : le changement de responsable recherche à l'Université (une suppression), la restructuration du service prévention promotion de la santé de l'ARS (une suppression), la restructuration du service prévention promotion de la santé de l'ARS (un ajout).

Quatre changements entre les théories sont liés aux caractéristiques de l'intervention⁷ : le manque de ressources humaines des implémenteurs (une suppression), les choix stratégiques des implémenteurs (trois modifications).

⁶ Les facteurs liés à l'environnement de l'intervention sont recensés au sein de la catégorie « environnement » de la grille ASTAIRE.

⁷ Les facteurs liés aux caractéristiques de l'intervention sont recensés au sein de la catégorie « mise en œuvre » d'ASTAIRE.

Trois changements sont liés aux publics bénéficiaires⁸, en particulier à leur manque de participation dans trois actions (une sensibilisation aux DP, une formation aux DP, et un atelier réflexif).

Le tableau suivant (tableau N°1 : changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence) présente l'aménagement des actions, le motif (facteurs contextuels ayant influencé cet aménagement), le public destinataire de l'action, et la catégorie d'ASTAIRE auxquelles se réfère ce motif.

Tableau N°1 –changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence

Public	Actions prévues dans la théorie d'intervention initiale	Type de changement	Motif du changement	Critère d'ASTAIRE
Professionnels de l'IREPS	Formaliser partenariat IREPS- Université pour accéder aux bases de données scientifiques	Action supprimée	Changement de responsable recherche à l'Université	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
Implémenteurs de l'IREPS	Organiser une réunion d'équipe par mois sur l'utilisation des DP dans la pratique professionnelle	Action supprimée	Manque de temps des implémenteurs de l'IREPS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
Implémenteur de l'ARS	Organiser une rencontre directeurs - référents territoriaux	Action supprimée	Restructuration des services de l'ARS et l'agenda des agents de l'ARS	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
			Agenda de l'ARS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
	Accompagner ces publics dans des projets de TC	<u>Action modifiée</u> : suppression des acteurs régionaux (P2RT, COFIL JEUNE et TABAC)	Choix des implémenteurs d'accompagner des acteurs locaux	20. Les modalités d'intervention Catégorie : mise en œuvre

⁸ Les changements liés au public bénéficiaire sont recensés dans la catégorie « population » d'ASTAIRE.

		<u>Action modifiée</u> : organisation d'un atelier réflexif de « rattrapage » en Basse-Normandie	Manque de participation des acteurs de Basse Normandie et de Dieppe à l'atelier réflexif	15. Le niveau de participation des bénéficiaires Catégorie : population
	Organiser une formation aux DP	<u>Action modifiée</u> : organisation d'une formation de « rattrapage » en Basse-Normandie	Manque de participation des acteurs de Basse Normandie et de Dieppe à la formation	15. Le niveau de participation des bénéficiaires Catégorie : population
Acteurs régionaux, coordinateur de territoire, chargés de missions ARS/IREPS	Organiser une sensibilisation aux DP	<u>Action modifiée</u> : organisation d'une sensibilisation de « rattrapage » en Basse-Normandie	Manque de participation des acteurs de Basse Normandie et de Dieppe à la sensibilisation	15. Le niveau de participation des bénéficiaires Catégorie : population
Implémenteurs de l'IREPS et publics volontaires	Créer des supports de diffusion des SIPREV (capsules vidéos, notes d'orientation)	<u>Action modifiée</u> : Participation d'acteurs volontaires	Choix de valoriser la participation des bénéficiaires dans les activités	20. Les modalités d'intervention Catégorie : mise en œuvre
Acteurs locaux régionaux, IREPS et ARS	Suivi in-situ des publics dans leurs activités de TC	<u>Action ajoutée</u> dans le cadre de l'accompagnement au TC	Choix des implémenteurs de réaliser des actions régulières d'accompagnement	20. Les modalités d'intervention Catégorie : mise en œuvre
Acteurs locaux régionaux, IREPS et ARS	Séminaire intermédiaire entre les ateliers réflexif et le séminaire final de bilan des ateliers	<u>Action ajoutée</u> dans le cadre de l'accompagnement au TC	Allongement de la durée du projet de recherche TC-REG	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement

2. La région Martinique

En région Martinique la théorie d'intervention est implémentée par un groupe de huit professionnels dont sept viennent de l'IREPS (six chefs de projet, une documentaliste, un professionnel de direction) et un de l'ARS.

La démarche est impulsée et coordonnée par la directrice de l'IREPS qui possède un leadership important au sein de son organisation.

La théorie d'intervention initiale comprenait 24 actions réparties sur quatre catégories de publics :

- Neuf actions impliquaient les agents de l'ARS Normandie,
- Six actions impliquaient les professionnels de l'IREPS,

Six actions impliquaient des acteurs locaux,
Trois actions impliquaient membres de la Commission spécialisée prévention de la CRSA.
Parmi les 24 actions de la théorie d'intervention initiale, six ont donné lieu à des changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour. Ceux-ci sont majoritairement liés à l'environnement de l'intervention.

Cinq changements sont liés à l'environnement de l'intervention, plus précisément : aux modalités de fonctionnement de la CRSA (deux suppressions), à la réorganisation de l'Université (une suppression) à la disponibilité des membres de la CRSA (une modification), et à la structure des SIPREV (une modification).

Le dernier changement est lié au public bénéficiaire, plus précisément au manque de participation des agents de l'ARS dans le cadre d'une action qui leur était proposée (une modification).

Le tableau suivant (tableau N°2 : changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence) présente l'aménagement des actions, le motif (facteurs contextuels ayant influencé cet aménagement), le public destinataire de l'action, et la catégorie d'ASTAIRE auxquelles se réfère ce motif.

Tableau N°2 – changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence

Public	Actions prévues dans la théorie d'intervention initiale	Type de changement	Motif du changement	Critère d'ASTAIRE
Implémenteur de l'ARS	Formaliser un partenariat avec une Université pour développer l'utilisation et la production de DP	Action supprimée	Réorganisation de l'Université	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
Commission spécialisée prévention de la CRSA	Envoyer des policy briefs sur les thématiques inscrites à l'ordre du jour de la Commission Prévention de la CRSA	Action supprimée	La commission ne travaille pas sur des thématiques particulières	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement

	Commission spécialisée prévention de la CRSA	Envoyer des policy briefs sur les thématiques 'Prévention' inscrites à l'ordre du jour des réunions plénières de la CRSA			
Agent de l'ARS	Accompagner les agents dans la conception puis l'utilisation d'un outil de TC	<u>Action modifiée</u> : Annulation d'une séance d'accompagnement	Manque de participation des agents	15. Le niveau de participation des bénéficiaires Catégorie : population	
Acteur de terrain	Concevoir avec les publics un outil de TC	<u>Activité modifiée</u> : Conception de quatre outils de TC et non d'un seul	structuration de la SIPREV en quatre programmes	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement	
Commission spécialisée prévention de la CRSA	concevoir un Policy Brief ⁹ avec les membres de la commission	<u>Action modifiée</u> : conception d'une note d'information	disponibilité du public insuffisante pour réaliser des Policy Briefs	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement	

3. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur

En région PACA, la théorie d'intervention est implémentée par l'ARS et le Comité Régional d'Éducation pour la santé (CRES). Le CRES est une spécificité de la région PACA¹⁰. Cette association collabore étroitement avec une autre association : les Comité Départementaux d'Éducation pour la Santé (CODES).

Les CODES sont les partenaires opérationnels du CRES, il en existe six dans la région (un par département). Les professionnels du CRES et des CODES doivent ensemble impulser des programmes de promotion de la santé en région.

⁹ Un policy brief (note de politique, document d'orientation politique) est une publication argumentée, facile à lire et courte (2 à 6 pages ; moins de 2 500 mots). Il transmet un message à des décideurs locaux, nationaux ou internationaux — acteurs institutionnels, décideurs politiques, négociateurs, organisations non gouvernementales (ONG), associations.

¹⁰ En 2008, les CRES et les CODES se sont regroupés pour former les IREPS. En PACA contrairement aux autres régions, ce regroupement n'a pas eu lieu. Le fonctionnement CRES-CODES a donc continué, c'est une spécificité de la région. C'est pour raison que la théorie d'intervention est ici implémentée par un CRES et non un IREPS.

La théorie d'intervention de la région PACA est implémentée par trois professionnels du CRES : deux chargés de projet travaillant au sein du dispositif régional de soutien aux politiques et interventions en prévention, promotion de la santé¹¹, et une documentaliste, et deux agents de l'ARS : le responsable du service prévention, promotion de la santé, et un agent du même service.

EHESP

La théorie initiale comprenait 29 actions organisées réparties en cinq catégories de publics :

- Sept actions impliquaient des acteurs de terrain du troisième arrondissement de Marseille,
- Sept actions impliquaient d'autres acteurs de terrain : des professionnels d'un Atelier Santé Ville, de la Protection Maternelle Infantile, d'un réseau périnatalité, de professionnels de l'Éducation Nationale,
- Six actions impliquaient le CRES et l'ensemble des CODES de la région,
- Six actions impliquaient les agents de l'ARS,
- Trois actions impliquaient les membres de la commission spécialisée prévention de la CRSA.

Parmi les 29 actions de la théorie initiale, treize ont donné lieu à des changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour. Ceux-ci sont majoritairement liés à l'environnement de l'intervention.

Onze changements sont liés à des facteurs environnementaux : la restructuration de l'organisation des publics du troisième arrondissement dans l'implémentation (sept suppressions), la disponibilité de la commission spécialisée prévention de la CRSA qui se ne se réunit qu'une fois par an (trois suppressions), la nature des SIPREV (une modification).

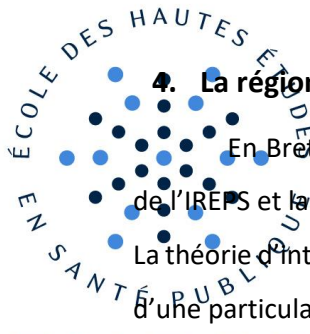
Deux changements sont liés aux caractéristiques de l'intervention, plus précisément au choix des implémenteurs de construire des actions à partir de ressources existantes (une suppression), et aux ressources humaines des implémenteurs de l'ARS (une suppression).

Le tableau suivant (tableau N°3 : changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence) présente l'aménagement des actions, le motif (facteurs contextuels ayant influencé cet aménagement), le public destinataire de l'action, et la catégorie d'ASTAIRE auxquelles se réfère ce motif.

¹¹ Le Dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité des actions et interventions en prévention et promotion de la santé et d'appuyer l'Agence régionale de santé dans la mise en œuvre de la politique de prévention et promotion de la santé. Sauf exception régionale, Il se déploie autour de 5 grands axes : transfert de connaissances, accompagnement méthodologique, formation, appui aux politiques Innovation et recherche.

Tableau N°3 changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence

	Actions prévues dans la théorie d'intervention initiale	Type de changement	Motif du changement	Critère d'ASTAIRE
Agent de l'ARS	Sensibiliser les équipes chargées de rédiger les 8 parcours du PRS aux DP	Action supprimée	Charge de travail des implémenteurs de l'ARS, rédaction du PRSE 2	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
Equipe opérationnelle du troisième arrondissement	Ensemble des actions prévues (sept actions)	Actions supprimées	Restructuration des organisations du troisième arrondissement	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
Commission prévention CRSA	Ensemble des actions prévues (trois actions)	Actions supprimées	Disponibilité de la CRSA	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
Implémenteur de l'IREPS	Créer une charte graphique spécifique aux documents utilisant des DP	Action supprimée	Choix des implémenteurs de construire des actions à partir de ressources existantes et de rien créer ex-nihilo	20. Les modalités d'intervention Catégorie : mise en œuvre
CRES	Echanges basés sur des DP avec des experts de l'obésité	<u>Action modifiée</u> : Utilisation de la SIPEV nutrition avec d'autres sources de DP	Remise en question de la SIPREV nutrition par les experts	9. L'acceptabilité de l'intervention pour les bénéficiaires Catégorie : population



4. La région Bretagne

En Bretagne, la théorie d'intervention est implémentée par un professionnel de direction de l'IREPS et la directrice adjointe du service prévention, promotion de la santé de l'ARS.

La théorie d'intervention de la Bretagne est donc portée par des professionnels de direction, il s'agit d'une particularité intéressante à étudier.

EHESP

La théorie initiale comprenait 32 actions réparties sur cinq catégories de publics :

- Huit actions impliquaient l'ARS,
- Treize actions impliquaient l'IREPS,
- Six actions impliquaient des acteurs de terrain,
- Trois actions impliquaient la CRSA,
- Deux actions impliquaient la CCPP.

Parmi les 32 actions de la théorie initiale, 19 ont donné lieu à des changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour. Ceux-ci sont liés à l'environnement de l'intervention, ainsi qu'aux caractéristiques de l'intervention.

Neuf changements sont liés à des facteurs environnementaux. Plus précisément à la disponibilité des publics bénéficiaires (sept suppressions), au manque de documents de communication produits par l'IREPS (une suppression), la nature générale des SIPREV (une modification).

Dix changements sont liés aux caractéristiques de l'intervention. Plus précisément aux ressources humaines des implémenteurs de l'ARS (six suppressions), aux choix stratégiques des implémenteurs (quatre ajouts).

Le tableau suivant (tableau N°4 : changements entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence) présente l'aménagement des actions, le motif (facteurs contextuels ayant influencé cet aménagement), le public destinataire de l'action, et la catégorie d'ASTAIRE auxquelles se réfère ce motif.

Tableau N°4 – changement entre la théorie d'intervention initiale et mise à jour et facteurs contextuels d'influence

	Public	Actions prévues dans la théorie d'intervention initiale	Type de changement	Motif du changement	Critère d'ASTAIRE
Implémenteur de l'IREPS		Présenter TC-REG au dispositif de soutien aux politiques et intervention en prévention, promotion de la santé	Action supprimée	Difficulté à réunir l'ensemble des membres du dispositif	19. Les partenariats sollicités pour l'intervention Catégorie : Environnement
Agent de l'ARS		Structurer les CPOM les plus importants pour pouvoir y intégrer des DP	Action supprimée	Charge de travail de l'ARS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
Agent de l'ARS		Présenter au Comité Exécutif et directif un thème de prévention, promotion de la santé intégrant des DP	Action supprimée	Agenda des COMEX et CODIR	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
Agents ARS		Présenter les SIPREV aux référents des fiches actions du PRS	Action supprimée	Charge de travail de l'ARS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
Agents ARS		Organiser un séminaire interne sur l'utilisation des DP pour faire du plaidoyer	Action supprimée	Charge de travail de l'ARS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre

Implémenteur ARS	Inviter un chercheur spécialiste d'une thématique de SP dans une réunion régionale	Action supprimée	Charge de travail de l'ARS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
Implémenteur ARS	Envoyer aux pilotes et référents fiches actions du PRS des DP adaptées issues des SIPREV	Action supprimée	Charge de travail de l'ARS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
Agents de l'ARS	Favoriser l'intégration dans les outils de reporting de l'activité des agents le recours aux DP	Action supprimée	Charge de travail de l'ARS	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre
commission spécialisée prévention de la CRSA	Accompagner les membres de la commission dans l'utilisation des DP dans leur pratique	Action supprimée	Disponibilité de la commission Et connaissances des membres sur les DP	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
Toutes les commissions de la CRSA	Créer des espaces de concertation / discussion sur les DP pour favoriser le plaidoyer	Actions supprimées	Disponibilité des commissions de la CRSA Et connaissance des membres sur les DP	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
	Travailler sur des thématiques transversales qui intègrent les DP			18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
Professionnels de l'IREPS	Favoriser le recours systématique aux DP dans les outils de communication	Action supprimée	Une seule revue de promotion de la santé est produite par l'IREPS	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : Environnement

	Relayer en CCPP, des réflexions menées autour des DP au sein de l'ARS lors de la commission mixte Prévention/Médico-sociale	Action supprimée	Agenda de la CCPP	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement
	Introduire le recours aux DP dans des conventions bilatérales signées dans le cadre de la commission Prévention			
Agent de l'ARS	Former des agents de l'ARS à la PPS en insistant sur le fait que la PPS se base sur des DP	Action ajoutée	Action plus réaliste au regard de l'éloignement du public sur la question des DP	22. Les capacités des intervenants et chef de projet Catégorie : mise en œuvre
Agent de l'ARS	Présenter au Comité de direction de l'ARS un thème de prévention, promotion de la santé intégrant les DP	Action ajoutée	Action plus réaliste au regard de l'éloignement du public sur la question des DP	22. Les capacités des intervenants et chef de projet Catégorie : mise en œuvre
Professionnels de l'IREPS	Mettre en œuvre un temps d'échange de pratique sur le conseil méthodologique interne à l'IREPS	Action ajoutée	Choix des implémenteurs de répondre à des besoins des publics : ici les professionnels avaient besoin d'échanger sur leurs pratiques	22. Les capacités des intervenants et chef de projet Catégorie : mise en œuvre
Commission spécialisée prévention de la CRSA	Présenter l'approche « compétences psychosociales » en intégrant des DP et présenter TC-REG	Action ajoutée	Action plus réaliste au regard de l'éloignement du public sur la question des DP	22. Les capacités des intervenants et chef de projet Catégorie : mise en œuvre
Implémenteur de l'IREPS	Adapter les SIPREV aux publics cibles	<u>Action modifiée</u> : Utilisation d'autres sources de DP	Nature très générale des SIPREV	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : Environnement

B. Facteurs contextuels et interventionnels communs aux régions impactant l'implémentation des actions

Sur les 130 actions prévues dans les régions, 49 ont donné lieu à des changements entre les actions prévues dans la théorie initiale et sa mise à jour. Sur les 49 changements, 32 sont liés à des facteurs contextuels et interventionnels communs aux régions.

Il s'agira dans cette partie de détailler en fonction de leur nature contextuelle ces facteurs communs pour répondre à l'objectif numéro trois de l'étude : définir parmi les facteurs contextuels et interventionnels ceux potentiellement généralisables à une variété de contexte d'intervention.

Facteurs environnementaux communs

Trois facteurs environnementaux communs ont été retrouvés :

- La disponibilité des publics,
- La restructuration des organisations des publics,
- La structuration des SIPREV.

Sur les 49 changements recensés, la disponibilité des publics est responsable de près d'un cinquième des changements (dix suppressions).

Ce facteur concerne spécifiquement les régions PACA et Bretagne :

- en PACA sur les quatorze changements recensés, trois sont liés à la disponibilité des bénéficiaires (les membres de la commission prévention de la CRSA),
- en Bretagne, sur les 19 changements recensés, sept sont liés à la disponibilité des bénéficiaires (Comité Exécutif de l'ARS, CRSA, CCPP).

Sur les 49 changements recensés, la restructuration des organisations des publics est également responsable de près d'un cinquième des changements (neuf suppressions).

Ce facteur concerne spécifiquement les régions Normandie, PACA, Martinique :

- En Normandie, sur les dix changements recensés, un est lié une suppression à la restructuration du service prévention, promotion de la santé de l'ARS,
- En PACA, sur les quatorze changements recensés, sept sont liées à la restructuration des organisations des acteurs de terrain du troisième arrondissement de Marseille,
- En Martinique sur les six changements recensés, un est liée à la réorganisation de l'Université Antilles-Guyannes.

• Au total, 19 changements sont liés à la disponibilité des publics et à la restructuration des organisations des publics. Cela correspond à 36% de l'ensemble des changements recensés.

• La structuration des SIPREV est responsable de deux changements sur les 48 recensés.

Ce facteur concerne spécifiquement les régions Martinique et PACA :

EHESP

- En PACA, la SIPREV nutrition a été utilisée avec d'autres sources de DP car elle ne validait certaines connaissances des expertes,

- En Martinique en raison du manque de disponibilité des membres de la commission spécialisée prévention de la CRSA, a été conçue une note d'information au lieu d'un policy brief.

Facteurs communs liés aux caractéristiques de l'intervention

Deux facteurs communs liés aux caractéristiques de l'intervention ont été recensés.

Il s'agit des ressources humaines des implémenteurs, et d'un choix stratégique particulier des implémenteurs : l'adaptation de leurs actions aux préférences des publics.

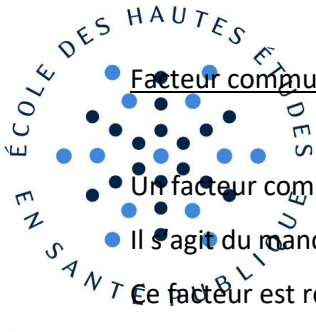
Le manque de ressources humaines des implémenteurs est responsable de près d'un cinquième des changements (neuf suppressions d'action).

Ce facteur concerne spécifiquement les régions : Normandie, PACA, Bretagne.

- En Normandie, sur les trois suppressions recensées, deux sont liées aux ressources humaines des implémenteurs,
- En PACA, sur les douze suppressions recensées, une est liée aux ressources humaines des implémenteurs de l'ARS,
- En Bretagne sur les quatorze suppressions recensées, six sont liées aux ressources humaines de l'ARS.

Le choix des implémenteurs des régions PACA et Martinique d'adapter leurs actions aux préférences des publics est responsable de six changements :

- en PACA, la SIPREV nutrition a été utilisée avec d'autres sources de DP car elle ne validait pas certaines connaissances des expertes,
- en Martinique en raison du manque de disponibilité des membres de la commission spécialisée prévention de la CRSA, a été conçue une note d'information au lieu d'un policy brief,
- en Bretagne, quatre actions ont été ajoutées pour mieux correspondre aux besoins des publics.



Facteur commun lié à la population bénéficiaire :

Un facteur commun lié à la population bénéficiaire a été recensé.

Il s'agit du manque de participation des publics dans des actions qui leur sont destinées.

Ce facteur est responsable de quatre changements dans les régions Normandie et Bretagne :

EHESP

- En Normandie, sur les dix changements recensés trois sont liés à un manque de participation de publics,
- En Martinique sur les six changements recensés, un est lié à un manque de participation.

Bilan :

Le tableau suivant (Tableau N°5 – classement des facteurs communs par nombre d'aménagements, origine contextuelle et régions concernées) synthétise les données produites sur les facteurs contextuels et interventionnels communs impactant l'implémentation des actions.

Ce tableau met en avant le fait que les régions PACA et Bretagne sont les plus concernées par les facteurs communs, en particulier ceux liés à l'environnement.

Sur les 34 changements entre les théories initiales et mises à jour liés à des facteurs communs aux régions, 18 sont liés à la disponibilité des publics et la restructuration des organisations des publics.

Sur ces 18 changements environnementaux, sept ont eu lieu en Bretagne et sept en PACA.

Viennent ensuite les facteurs relatifs aux caractéristiques de l'intervention (catégorie mise en œuvre d'ASTAIRE), en particulier les ressources qui lui sont dédiées. Ce facteur concerne en particulier la région Bretagne où sept actions ont été supprimées en raison des ressources humaines des implémenteurs sur les neuf changements liés à ce facteur recensés.

Les ressources humaines des implémenteurs, la disponibilité des publics et la restructuration des organisations des publics sont responsables de 55% des changements recensés entre les théories initiales et mises à jour des régions.

Les autres facteurs contextuels communs aux régions ont entraînés moins de changements.

Tableau N°5 – classement des facteurs communs par nombre d'aménagements, origine contextuelle et régions concernées

Type d'aménagement	Facteur commun	Critère d'ASTAIRE	Nombre d'aménagements	Régions concernées et nombre d'aménagement
Suppression d'action	la disponibilité des publics bénéficiaires	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement	10	PACA (N=3) et Bretagne (N=7)
	ressources humaines des implémenteurs	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie : mise en œuvre	9	Normandie (N=2) PACA (N=1) Bretagne (N=6)
	restructuration des organisations des publics	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement	9	Normandie (N=2) PACA (N=7) Martinique (N=1)
Modification d'action	participation insuffisante des publics bénéficiaires des actions	15. Le niveau de participation des bénéficiaires Catégorie : population	4	Normandie (N=3) Martinique (N=1)
	structuration des SIPREV	18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre Catégorie : environnement	2	Bretagne (N=1) Martinique (N=1)
	adaptation des actions aux préférences des publics	22. Les capacités des intervenants et chef de projet Catégorie : mise en œuvre	6	Martinique (N=1) PACA (N=1) Bretagne (N=4)

Ajout	Aucun			
-------	-------	--	--	--

A. Fonctions clés de l'implémentation des interventions de transfert de connaissances en région

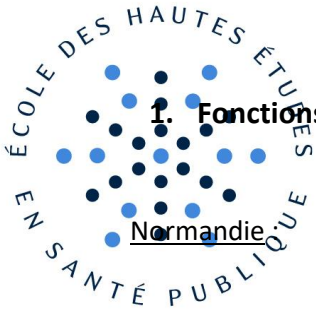
EHESP

Il s'agit ici de répondre au deuxième objectif spécifique de l'étude d'implémentation en identifiant les fonctions clés de l'implémentation des interventions de TC définies dans les théories initiales des régions, que ces fonctions soient liées au contexte ou aux modalités interventionnelles. Pour cela, il s'agira d'analyser les fonctions clés de l'implémentation définies par les implémenteurs lors des focus group. Celles-ci sont présentées dans le tableau suivant (tableau N°6 – Fonction clés de l'implémentation des interventions). Dans cette partie, ces fonctions clefs seront analysées par région, puis transversalement aux régions pour identifier des fonctions clés généralisables et ainsi répondre à l'objectif numéro trois de l'étude : définir parmi les facteurs contextuels et interventionnels ceux potentiellement généralisables à une variété de contextes d'intervention.

Tableau N°6 – Fonction clés de l’implémentation des interventions de TC

Normandie	PACA	Bretagne	Martinique
<ul style="list-style-type: none"> 1- mettre en œuvre des actions dans le cadre de dynamique territoriales de PPS 2- accompagner les publics de manière continue et progressive 3- identifier des partenaires pour l’implantation à plusieurs niveaux territoriaux 4- intégrer l’utilisation des DP dans les réponses aux appels à projet, et dans les critères d’évaluation des projets 5- avoir les ressources humaines, financières pour pouvoir organiser régulièrement des actions sur l’utilisation des DP et le TC 	<ul style="list-style-type: none"> 1- avoir une documentaliste dans l’équipe d’implémenteur pour chercher des DP 2- permettre aux implémenteurs d’avoir une formation ou a minima une sensibilisation aux DP et aux TC 3- avoir le soutien de l’ARS dans TC-REG qui encourage les acteurs à utiliser les DP dans leurs projets 4- utiliser des techniques participatives et coopératives 5- intégrer les actions dans un financement 6- avoir une équipe d’implémenteur stable 7- avoir une équipe d’implémenteur pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> 1- connaître les acteurs régionaux 2- aller par étape : sensibiliser les acteurs à la prévention, promotion de la santé, avant d’aborder les données probantes (en PPS) 3- intégrer les interventions de transfert de connaissances dans des interventions déjà prévues avec les acteurs pour s’adapter à leur contrainte d’agenda (les agendas des acteurs sont déjà chargés en réunions, espaces de concertation etc.) 4- présenter un sujet d’intérêt pour les acteurs en se basant sur des DP 5- présenter les DP dans le cadre de thématique d’intérêt pour les acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> 1- avoir un soutien politique de l’ARS 2- avoir des directions qui soutiennent les implémenteurs 3- avoir des implémenteurs qui ont des connaissances et compétences en méthodologie de projet 4- bénéficier d’un accompagnement 5- pouvoir accéder à des DP 6- partager des DP avec les publics bénéficiaires 7- inscrire le projet dans la durée (18 à 24 mois)

<p>5- accompagner les acteurs de terrain dans des projets de TC pour lancer des dynamiques de TC dans les territoires</p> <p>6- faire se rencontrer régulièrement acteurs et chercheurs pour valoriser, valider, favoriser l'innovation</p>		<p>6- proposer des interventions territorialisées pour mieux les inscrire en lien avec les besoins</p> <p>7- présenter des données probantes qui répondent à des questions pratiques des acteurs</p> <p>8- faire preuve de pédagogie lorsque les données probantes entrent en contradiction avec les convictions de l'acteur ou même avec les pratiques habituelles</p>	
---	--	---	--



1. Fonctions clés propres à chaque région

EHESP

Les fonctions clés identifiées en Normandie lors du focus groupe peuvent se regrouper en trois catégories.

Une catégorie liée aux choix stratégiques d'intervention.

Un premier choix stratégique est la mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement.

En effet, ont été identifiées les fonctions clés N° 6 « accompagner les acteurs de terrain dans des projets de TC pour lancer des dynamiques de TC dans les territoires », et N°2 « accompagner les publics de manière continue et progressive ».

Le deuxième choix stratégique est l'ancrage des actions dans des territoires.

En effet, ont été identifiées les fonctions clés N°3 : « identifier des partenaires pour l'implantation à plusieurs niveaux territoriaux (régional, coordinateur de territoire, acteurs de terrain) » et N°1 : « mettre en œuvre des actions dans le cadre de dynamique territoriales de PPS ».

Une deuxième catégorie liée aux ressources pour l'implémentation. En effet a été identifiée la fonction clef N°5 : « avoir les ressources humaines et financières pour pouvoir organiser régulièrement des actions sur l'utilisation des DP et le TC ».

Une troisième catégorie liée au contexte réglementaire favorable à l'utilisation des DP. En effet a été identifiée la fonction clef N°4 : « intégrer l'utilisation des DP dans les réponses aux appels à projet, et dans les critères d'évaluation des projets ».

PACA :

Les fonctions clés identifiées en PACA lors du focus groupe peuvent se regrouper en trois catégories.

Une première catégorie est liée aux ressources.

Il s'agit de ressources relatives aux connaissances et compétences des implémenteurs. En effet ont été identifiées les fonctions clés N°1 : « avoir une documentaliste dans l'équipe d'implémenteur pour chercher des DP », N°2 : « permettre aux implémenteurs d'avoir une formation ou a minima une sensibilisation aux DP et aux TC » et N°7 : « avoir une équipe d'implémenteur pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle ».

Il s'agit également des ressources humaines et financières. En effet, ont été identifiées les fonctions clés N°6 : « avoir une équipe d'implémenteur stable », et N° 5 : « intégrer les actions dans un financement ».

La seconde catégorie est liée au contexte réglementaire qui soutient les démarches de TC et l'utilisation des DP. En effet a été identifiée la fonction clés N°3 « avoir le soutien de l'ARS dans TC-REG qui encourage les acteurs à utiliser les DP dans leurs projets ».

La troisième catégorie est liée à leur choix stratégique d'intervention. En effet, a été identifiée la fonction clef N°4 : « utiliser des techniques participatives et coopératives ».

Bretagne :

Les fonctions clés identifiées en Bretagne lors du focus groupe peuvent se regrouper en deux catégories liées aux choix stratégiques d'intervention des implémenteurs.

Il s'agit tout d'abord de faire correspondre les actions avec les besoins des publics. En effet ont été identifiées les fonctions clefs N°1 : « connaître les acteurs régionaux », N°4 : « présenter un sujet d'intérêt pour les acteurs en se basant sur des DP », N°5 : « présenter les DP dans le cadre de thématique d'intérêt pour les acteurs », N°6 : « proposer des interventions territorialisées pour mieux les inscrire en lien avec les besoins », N°7 : « présenter des données probantes qui répondent à des questions pratiques des acteurs ».

La seconde catégorie est l'accessibilité des actions. Cette accessibilité passe par l'adaptation du contenu des actions aux niveaux de connaissances des publics. En effet a été identifiée la fonction clef N°2 : « aller par étape : sensibiliser les acteurs à la prévention, promotion de la santé, avant d'aborder les données probantes ».

Elle passe aussi par l'intégration des actions dans des activités déjà prévues avec les publics pour s'adapter à leur contrainte d'agenda. En effet a été identifiée la fonction clef N°3 : « intégrer les interventions de transfert de connaissances dans des interventions déjà prévues avec les acteurs pour s'adapter à leur contrainte d'agenda (les agendas des acteurs sont déjà chargés en réunions, espaces de concertation etc.) ».



EHESP

Une première catégorie liée au soutien institutionnel et organisationnel des implémenteurs. En effet a été identifiées la fonction clef N°1 : « avoir un soutien politique de l'ARS » et N°2 : « avoir des directions qui soutiennent les implémenteurs ».

Une seconde catégorie liée à l'accès à des ressources utiles pour l'implémentation. Ces ressources sont liées aux connaissances et compétences. En effet ont été identifiées la fonction clé N°4 : « bénéficier d'un accompagnement », N°3 : « avoir des implémenteurs qui ont des connaissances et compétences en méthodologie de projet ».

Elles sont aussi liées à l'accessibilité à des DP. En effet a été identifiée la fonction clef N°5 : « pouvoir accéder à des DP ».

Une troisième catégorie liée aux choix stratégiques d'intervention. En effet ont été identifiées la fonction clef N°6 : « partager des DP avec les publics bénéficiaires » et N°7 : « inscrire le projet dans la durée (18 à 24 mois) ».

2. Analyse transversale des fonctions clés

Même si chaque région est spécifique, il est possible d'identifier des fonctions clés ou catégories de fonctions clés communes aux trois régions.

Notamment, on peut particulièrement noter la présence de fonctions clefs relatives aux ressources utiles à l'implémentation dans trois régions : PACA, Normandie, Martinique.

Trois ressources particulières sont transversales aux régions.

Il s'agit tout d'abord des ressources en termes de connaissances et compétences. En effet a été identifiée en Martinique la fonction clé N°3 : « avoir des implémenteurs qui ont des connaissances et compétences en méthodologie de projet » et en PACA la fonction clé N°1 : « avoir une documentaliste dans l'équipe d'implémenteur pour chercher des DP ».

Il s'agit aussi de l'accompagnement de l'équipe de recherche qui permet aux acteurs d'accéder aux connaissances. En effet a été identifié en Martinique la fonction clé N°4 : « bénéficier d'un

accompagnement », et en PACA la fonction clé N°2 : « permettre aux implémenteurs d’avoir une formation ou à minima une sensibilisation aux DP et aux TC ».

Il s’agit enfin, des ressources financières et humaines. En effet a été identifiée en Normandie, la fonction clé N°5 « avoir les ressources humaines, financières pour pouvoir organiser régulièrement des actions sur l’utilisation des DP et le TC », et en PACA la fonction clé N°5 « intégrer les actions

dans un financement » et N°6 « avoir une équipe d’implémenteur stable ».

Le soutien institutionnel de l’ARS a été également défini comme clé dans plusieurs régions. Il figure dans les fonctions clefs des régions PACA, Normandie et Martinique. En effet a été identifiée en PACA la fonction clef N°3 : « avoir le soutien de l’ARS dans TC-REG qui encourage les acteurs à utiliser les DP dans leurs projets », en Normandie la fonction clé N°4 : « intégrer l’utilisation des DP dans les réponses aux appels à projet, et dans les critères d’évaluation des projets », et en Martinique la fonction clé N°1 : « avoir un soutien politique de l’ARS ».

Enfin, toutes les régions énumèrent certains choix stratégiques d’interventions. Ceux-ci sont différents mais peuvent être complémentaires. Par exemple, des activités d’accompagnement (fonction clé de la Normandie), peuvent répondre à un besoin identifié des publics (fonction clé de la Bretagne), être réalisée avec des techniques d’animation participative (fonction clé de la PACA), et valoriser le partage de connaissances entre les implémenteurs et les publics cibles (fonction clé de la Martinique).

Le tableau suivant (Tableau N°7 – Fonction clés de l’implémentation des interventions de TC communes aux régions) récapitule les fonctions clés communes aux régions en les situant dans le contexte par l’intermédiaire d’ASTAIRE.

On peut voir que les deux fonctions clés transversales aux régions définies : les ressources disponibles pour l’implémentation et le soutien institutionnel de l’ARS sont respectivement liées aux caractéristiques de l’intervention, et à l’environnement de l’implémentation.

Tableau N°7 Fonction clés de l'implémentation des interventions de TC communes aux régions

Fonction clé	Régions	Fonction clé	Critère d'ASTAIRE
Ressources en termes de connaissances et compétences	Martinique	N°3 : « avoir des implémenteurs qui ont des connaissances et compétences en méthodologie de projet »	21. Les ressources mobilisées pour l'intervention Catégorie Mise en œuvre
	PACA	N°1:«avoir une documentaliste dans l'équipe d'implémenteur pour chercher des DP »	
Ressources en termes d'accompagnement	Martinique	N°4:«bénéficier d'un accompagnement »	
	PACA	N°2 : « permettre aux implémenteurs d'avoir une formation ou a minima une sensibilisation aux DP et aux TC »	
Ressources humaines et financières	PACA	N°5 «intégrer les actions dans un financement » et N°6 « avoir une équipe d'implémenteur stable »	
	Normandie	N°5 « avoir les ressources humaines, financières pour pouvoir organiser régulièrement des actions sur l'utilisation des DP et le TC »	
Soutien institutionnel de l'ARS	PACA	N°3 : « avoir le soutien de l'ARS dans TC-REG qui encourage les acteurs à utiliser les DP dans leurs projets »	17. L'environnement institutionnel influant directement sur l'intervention Catégorie Environnement
	Normandie	N°4 : « intégrer l'utilisation des DP dans les réponses aux appels à projet, et dans les critères d'évaluation des projets »	
	Martinique	N°1 : « avoir un soutien politique de l'ARS »	

A travers les régions, six facteurs contextuels transversaux ont été identifiés comme producteurs d'aménagement entre les théories d'interventions initiales et mises à jour.

Sur ces six facteurs transversaux, trois produisent d'avantage d'aménagement entre les théories : la disponibilité des bénéficiaires (dix aménagements), les ressources humaines disponibles pour l'implémentation (neuf aménagements), et la restructuration des organisations des publics (neuf aménagements).

Au regard de leur importance, on peut présumer que ces facteurs sont également des fonctions clés. Cependant la détermination des fonctions clés vient de l'intelligence collective (46), et seules les ressources humaines pour l'implémentation ont été définies comme clé lors des focus group.

Trois facteurs contextuels et interventionnels transversaux entraînant moins de changements entre les théories initiales et mises à jour ont été recensés :

- La participation des publics bénéficiaires (quatre changements),
- La structuration des SIPREV (deux changements),
- L'adaptation des actions aux préférences des publics (six changements).

Deux fonctions clés de l'implémentation des interventions de TC ont été aussi repérées transversalement aux régions :

- Le soutien institutionnel de l'ARS,
- L'accès à des ressources en termes de connaissances et de compétences utiles à l'implémentation ainsi que des ressources humaines, financières, et un soutien institutionnel.

L'analyse transversale des fonctions clés de l'implémentation et des facteurs contextuels transversaux met en évidence que l'implémentation des interventions est avant tout impactée par : les ressources disponibles pour l'implémentation (ressources humaines, connaissances, compétences), l'environnement de l'intervention (soutien institutionnel), et l'environnement des publics cibles (disponibilité des publics, et restructuration des organisations des publics).

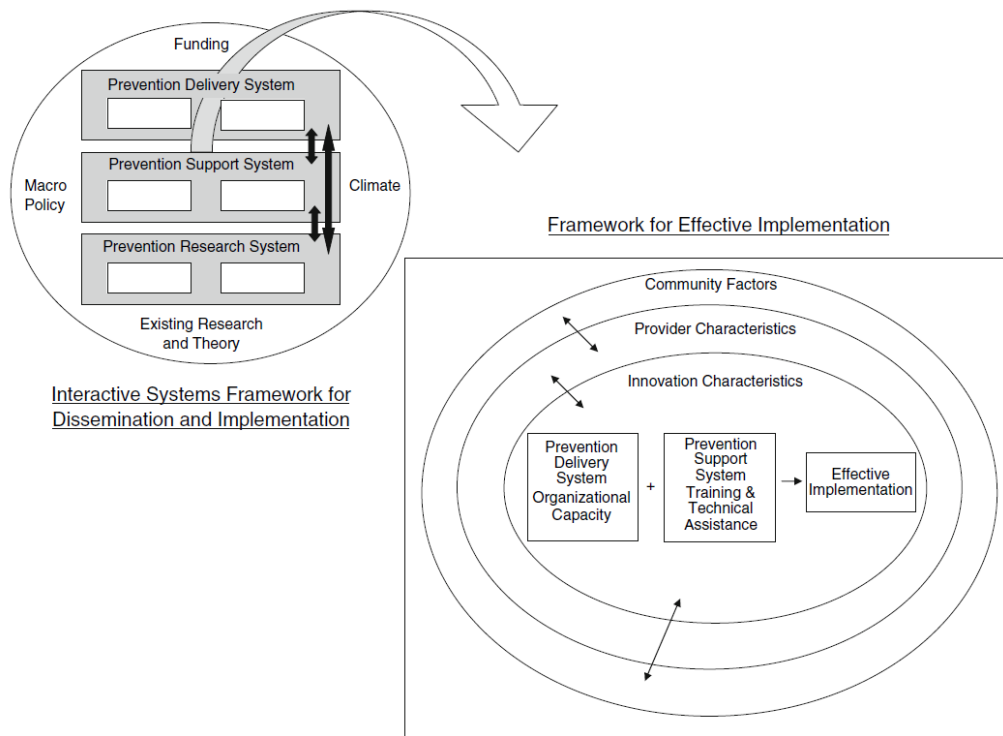
Il s'agira dans cette partie de commenter ces résultats au regard de la littérature, puis de commenter la méthodologie de l'étude.

A. Comparaison des résultats de l'étude avec la littérature

La revue systématique de la littérature de Durlak (47) porte sur les déterminants de l'implémentation. Elle classe ces déterminants au sein d'un modèle écologique et interactionnel (Cf. figure 2).

E H E S P

Figure 2 - modèle écologique et interactionnel de Durlak (47) (inspiré de Wandersman (48)) :



Cette revue systématique permet de valider quatre facteurs contextuels et fonctions clés de l'implémentation sur les neuf définis.

- L'adaptation de l'intervention avec les préférences des publics,
- Les ressources pour l'implémentation : ressources humaines, financières, connaissances, compétences, accompagnement,
- Le soutien institutionnel,
- La structuration des SIPREV.

Les facteurs contextuels et fonctions clés retrouvés sont envisagés par Durlak d'une manière différente.

Tout d'abord, Durlak reconnaît l'impact déterminant des facteurs contextuels définis dans cette étude comme des ressources, mais les envisage d'une manière différente.

• Selon Durlak, contrairement à ce qui a été avancé dans mon étude, les ressources financières ne sont pas liées aux caractéristiques de l'intervention mais au contexte environnemental (community factors). Le contexte environnemental comprend également le soutien institutionnel, la structuration des SIPREV, ce qui ne diffère pas cette fois de mon étude.

• Ces facteurs interagissent avec les caractéristiques des implémenteurs (provider characteristics) et de l'intervention (intervention characteristics).

EHESP

L'une des caractéristiques des implémenteurs est une fonction clé identifiée dans l'étude comme une ressource pour l'implémentation : les connaissances et compétences des implémenteurs.

Pour Durlak ces connaissances et compétences sont essentielles pour l'implémentation. Elles doivent être développées par l'intermédiaire d'un accompagnement appelé « Prevention Support System » qui doit soutenir l'implémentation des actions appelée « Prevention Delivery System ».

Contrairement à mon étude, l'accompagnement n'est pas considéré par Durlak comme une ressource pour l'implémentation mais comme une catégorie de facteur à part entière qui doit développer la capacité des implémenteurs et de leur organisation avant l'implémentation (Training) et pendant l'implémentation (Technical Assistance).

Les catégories de facteurs citées supra interagissent avec une dernière catégorie : les caractéristiques de l'intervention (intervention characteristics).

L'une de ces caractéristiques est l'adaptabilité de l'intervention. Cela désigne la mesure dans laquelle l'intervention peut être modifiée pour convenir au contexte d'intervention.

L'adaptation de l'intervention aux préférences des publics est un facteur interventionnel retrouvé dans mon étude, identifié comme lié à la capacité des implémenteurs (critère N°22 « les capacités des intervenants et chef de projet »). Cette adaptation est selon Durlak un facteur effectivement lié aux caractéristiques de l'implémenteurs, mais aussi à celles de l'intervention.

Contrairement à certains auteurs (49) pour Durlak, ces adaptations ne doivent pas être considérées comme des problèmes d'implémentation (implementation failure) mais comme des facteurs qui montrent que l'intervention est adaptée aux besoins et aux caractéristiques de la population et du contexte.

Il faut considérer dans l'analyse des facteurs contextuels et interventionnels ayant provoqués des changements entre les théories si ceux-ci sont liés à des modifications d'action réalisées pour adapter l'intervention au contexte. Cela peut amener à nuancer certains de mes résultats.

Par exemple, la Bretagne est la région dans laquelle ont été recensés le plus d'aménagements (N=20). Dans ce total, il faut considérer que trois activités ont été supprimées en raison de la disponibilité des publics et de leurs connaissances sur les DP insuffisantes pour réaliser les actions

prévues. Ces trois actions ont été remplacées par trois autres actions plus réalistes au regard des disponibilités et des connaissances des publics. Ainsi cela ajoute six changements entre les théories et pourtant l'intervention est d'avantage adaptée au contexte.

L'estimation de l'impact des changements entre les théories sur l'implémentation doit donc considérer si ces changements sont liés à des adaptations ou impactent directement la fidélité de

EHESP

l'intervention. La fidélité est la mesure dans laquelle l'intervention respecte ses prescriptions théoriques. Selon Durlak, le plus important dans l'implémentation est l'équilibre entre l'adaptation et la fidélité (47).

La revue systématique de Durlak ne valide pas les données concernant l'impact de facteurs environnementaux recensés sur l'implémentation, en particulier la disponibilité des publics et la restructuration de leur organisation. Cependant elle permet de les interpréter.

En effet, Durlak insiste aussi sur la compatibilité des actions. Les actions définies doivent être compatibles avec le contexte organisationnel des implémenteurs et des publics en particulier : leur mission, leur priorité et valeurs.

Dans les régions Bretagne, PACA et Normandie, la disponibilité des publics et la restructuration des organisations des publics a conduit la suppression d'actions. Selon Durlak, la présence dans mes données de ces facteurs environnementaux est liée au manque de compatibilité de l'intervention avec leur contexte et donc aux caractéristiques de l'intervention.

Enfin, selon Durlak, l'interaction de différents facteurs contextuels impactent l'implémentation (47). Le manque de disponibilité des publics peut donc être lié à d'autres facteurs comme la restructuration de leur organisation. Par exemple en PACA, sept actions ont été supprimées car un public : l'équipe opérationnelle du troisième arrondissement, n'était plus disponible en raison d'une restructuration. Cela peut amener à reconsidérer mes résultats concernant la restructuration des organisations des publics et leur disponibilité.

Par ailleurs, la participation des publics est un facteur qui crée des changements entre les théories. Ce facteur identifié comme lié au public bénéficiaire pourrait dépendre d'autres facteurs contextuels et interventionnels comme l'adaptation des actions avec les préférences des publics, ou le soutien institutionnel de l'intervention, en particulier de l'ARS avec qui des acteurs de terrain contractualisent.

Les impacts des interactions contextuels et interventionnels sur l'implémentation n'ont pas été étudiés. Par conséquent les résultats pourraient être complétés par une étude qui porterait spécifiquement sur les interactions contextuelles et interventionnelles.

En résumé, l'analyse de mes données à partir de la revue systématique de Durlak (47) a permis de relever que :

- Les ressources financières, le soutien institutionnel et l'accès à des DP utilisables peuvent être considérés comme des facteurs environnementaux ;
- L'accompagnement peut ne pas être perçu comme une ressource mais comme une catégorie de facteur de l'implémentation. Son rôle est central pour l'implémentation ;
- L'adaptation de l'intervention aux préférences des publics peut être considéré comme un facteur lié aux caractéristiques de l'intervention et aux capacités des implémenteurs ;
- Le nombre d'aménagement réalisés n'est pas représentatif de l'implémentation en particulier quand ceux-ci sont réalisés pour adapter l'intervention aux contextes ;
- Des actions supprimées – sans être adaptées – impactent l'équilibre fidélité-adaptation qui est central pour l'implémentation ;
- Les changements entre les théories liés à la disponibilité des publics et la restructuration de leur organisation seraient dus à des problèmes de compatibilité de l'intervention avec le contexte ;
- Les facteurs contextuels et interventionnels impactant l'implémentation peuvent être décrits selon approche écologique et interactionnelle.

B. Limites méthodologiques et recommandations pour l'utilisation d'ASTAIRE

Le TC en France est en plein développement. Le développement d'outils tels que le RE-AIM (30), PRISM (50) ou encore ASTAIRE (46) contribue à développer la démarche probante en prévention, promotion de la santé. Des efforts doivent être poursuivis pour continuer à concevoir des ressources de ce type et faciliter leur appropriation par les acteurs.

L'utilisation d'ASTAIRE dans l'analyse de données sur l'implémentation de l'intervention est une méthode originale qui a permis de repérer certains facteurs contextuels à l'origine d'aménagement des théories.

Peu de données existent sur son utilisation, il est donc important de relever certaines difficultés, limites et recommandations possibles pour son usage.

Difficultés, limites méthodologiques et recommandations

Le recueil des données

Tout d'abord, la grille ASTAIRE sur laquelle se base mon recueil de données par entretien ne permet pas l'étude de l'accompagnement qui serait selon les données recueillies lors des focus group et selon Durlak (47) un facteur déterminant de l'implémentation.

Pour faciliter le recueil de ces données via ASTAIRE, une recommandation peut être de créer dans la grille une catégorie « accompagnement à l'implémentation ».

Elle comprendrait des critères sur ce que Durlak nomme le Training : c'est-à-dire le développement des capacités des implémenteurs et de leur organisation pour l'implémentation, et le Technical Assistance, c'est-à-dire le soutien des implémenteurs pendant l'implémentation (soutien en termes de connaissances, de compétences (re-training), soutien émotionnel).

De plus, une nouvelle catégorie pourrait être créée spécifique aux résultats de l'accompagnement. Elle contiendrait des facteurs liés à la capacité des organisations et des implémenteurs reconnus par la revue systématique de Durlak comme nécessaires à l'implémentation (47) :

- Les capacités et les compétences des implémenteurs,
- Leur auto-efficacité,
- La présence d'un leadership dans l'organisation,
- Louverture à l'innovation de l'organisation,
- Le soutien hiérarchique.

Par ailleurs mes outils de recueil de données ne permettraient pas d'étudier toutes les composantes de l'implémentation.

L'implémentation serait composé de (47):

- La fidélité, c'est-à-dire la mesure dans laquelle l'intervention respecte ses prescriptions théoriques,
- L'adaptation, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les intervenants ont modifié certains éléments prescrits dans la théorie, pour mieux adapter la théorie au contexte de l'intervention,
- La dose, c'est à dire la différence de quantité d'intervention délivrée par rapport aux prévisions (p.ex. la durée des activités et leur fréquence),
- La qualité, c'est-à-dire le respect par rapport à la théorie de critère de qualité dans la mise en œuvre des activités (p.ex. : dans le cadre d'une formation sur le TC le critère de qualité de l'activité peut être la valorisation de la participation des publics),
- La réponse, c'est-à-dire l'atteinte des objectifs théoriques de l'intervention implémentée (p.ex. l'atteinte des objectifs en termes de participation, d'implication et de connaissances, compétences acquises des publics).

À ces composantes manquent ce que Durlak nomme la « réponse » (participant responsiveness) et l'originalité de l'intervention (program differentiation). Peu de données ont été produites sur la manière de les étudier (47).

Concernant l'étude réalisée, seules la fidélité et l'adaptation ont été considérées. Or Durlak invite à considérer de « multiples aspects de l'implémentation » car chacun d'entre-eux peuvent influencer l'implémentation (47).

Cependant un tel recueil de données doit être envisagé dès le début de l'étude pour suivre l'évolution de ces composantes. Elle nécessite aussi d'avoir un outil de recueil de données intégrant chacune des composantes, ce qui n'était pas le cas de ma grille d'entretien. Les questions posées ne permettaient donc pas de recueillir ces données.

Pour faciliter l'étude des composantes de l'implémentation, en parallèle de la grille ASTAIRE pourrait être créée une grille dédiée au reporting des écarts de toutes les composantes de l'implémentation. Les données de cette catégorie seraient à étudier en parallèle des facteurs contextuels et interventionnels recensés dans ASTAIRE.

Cette méthode aurait l'avantage de recenser l'ensemble des écarts liés à l'implémentation envisagés de manière large et de les confronter avec des données contextuelles et interventionnelles recensées dans ASTAIRE.

Enfin, l'utilisation d'ASTAIRE a permis de relever les facteurs contextuels et interventionnels responsables des changements entre les théories. Cependant aucune donnée n'a été produite pour éclairer l'impact de l'interaction entre les facteurs sur l'implémentation.

Pour compléter mes données, des cadres théoriques issus de « l'implementation theories » peuvent être mobilisés. L'implementation theories vise à expliquer certains aspects de l'implémentation à travers des théories développées par les chercheurs spécialisés dans l'implémentation d'intervention (45).

L'une de ces théories est le modèle COM-B qui permet d'expliquer des changements de comportements en étudiant les interactions entre trois composantes qui déclenchent le comportement : la capacité, la motivation, et l'opportunité (51).

Le fait d'implémenter des actions est un comportement nouveau pour les implémenteurs. Celui-ci pourrait être étudié à partir du modèle théorique COM-B. Ce type d'étude pourrait mettre en évidence des impacts sur l'implémentation liés aux interactions des composantes du comportement de l'implémenteur, et ainsi éclairer la compréhension de certains facteurs recensés.

L'analyse des données

Tout d'abord, le classement d'un facteur contextuel dans la grille ASTAIRE est sujet à interprétation.

En région Bretagne des actions ont été supprimées en raison de difficultés d'agenda du Comité de direction et exécutif de l'ARS et des membres de la commission spécialisée prévention de la CRSA.

EHESP

Dans les résultats, il a été interprété que ces difficultés sont liées au manque de disponibilités des membres de la commission et des comités de l'ARS.

Dans l'analyse la disponibilité des publics a été considérée comme un facteur lié à l'environnement de l'intervention. Celui-ci a été classé dans le critère N°18 d'ASTAIRE : « d'autres éléments du contexte de mise en œuvre ». Cependant cette analyse est sujette à interprétation. Il peut être aussi considéré que ces difficultés d'agenda sont liées à la perception des publics de l'intervention. Celle-ci ne serait pas perçue comme une priorité. Ce facteur contextuel serait donc lié à la population bénéficiaire et classé dans le critère N°8 d'ASTAIRE : « la perception de l'intervention par les bénéficiaires ».

Cette double interprétation possible des données peut impacter l'analyse transversale des facteurs d'influence de l'implémentation des actions.

En effet, dans la région PACA les membres de la commission spécialisée prévention de la CRSA ne se réunissent qu'une fois par an, l'action qui les concernait a donc été supprimée. Le manque de disponibilité de la CRSA n'était pas sujet à interprétation, celle-ci était liée à l'environnement de l'intervention.

Dans les résultats, les difficultés d'agenda des publics de la région Bretagne et le manque de temps de réunion de la CRSA ont été considérés comme des facteurs contextuels communs liés à la disponibilité des publics. Or, si les difficultés d'agenda des publics de la Bretagne avaient été interprétées comme liées à la perception de l'intervention par les bénéficiaires, ces deux facteurs n'auraient pas été considérés comme tels et moins de facteurs contextuels auraient été associés à la disponibilité des publics.

Cette expérience montre que pendant le recueil de données sur les actions, il est important de faire préciser aux répondants certains facteurs d'influences comme les difficultés d'agenda, afin de comprendre si ceux-ci sont liés à l'environnement de l'intervention, à la mise en œuvre de l'intervention ou au public bénéficiaire.

Par ailleurs, au sein du critère N°18 de la grille ASTAIRE : « d'autres éléments du contexte de mise en œuvre », ont été intégrés des facteurs divers sans liens établis :

- La structuration des SIPREV ;
- La restructuration des organisations des publics ;
- L'allongement de la durée du projet TC-REG.

Cela s'explique par le fait que ce critère peut comprendre des données sur les conditions de mise en œuvre. En effet, le terme « condition de mise en œuvre » a dans cette étude été perçue de manière large, d'où la diversité des facteurs recensés.

Pour faciliter l'analyse de l'implémentation, en particulier la catégorisation des facteurs d'impact, on pourrait préciser le terme « condition de mise en œuvre » par quatre critères environnementaux

E H E S P

qui impactent l'implémentation selon Durlak (47) :

- Le soutien institutionnel ;
- Le contexte réglementaire ;
- Le soutien financier ;
- La disponibilité de DP utilisables.

V. Conclusion

L'analyse à mi-parcours des conditions d'aménagement des théories de l'intervention a permis dans chaque région de recenser et d'expliquer des facteurs contextuels à l'origine des changements entre les théories initiales et mises à jour et des fonctions clés de l'implémentation des interventions de TC.

Certains facteurs contextuels et interventionnels, et fonctions clés ont été retrouvés dans plusieurs régions et dans une revue de la littérature systématique sur les déterminants de l'implémentation, ce qui renforce leur validité.

Cette étude montre également que l'implémentation de théorie d'intervention est un processus qui évolue au cours du temps. Des recueils de données supplémentaires devraient donc être prévus avant la fin de l'implémentation des théories d'intervention. Cela devrait permettre de confirmer ou nuancer les résultats, de relever de nouveaux facteurs à l'origine de changements entre les théories, et in-fine d'obtenir de nouvelles données sur l'implémentation des interventions.

Cette étude basée sur des recueils de données collaboratifs, met aussi en avant l'importance de la collaboration implémenteur-chercheur, pour obtenir des données utiles à la compréhension du transfert de connaissances.

Cette collaboration passe par le partage de temps communs entre des professionnels issus d'organisations différentes, que ce soit lors de recueil de données, comme les entretiens ou les focus group ou lors d'événement de partage d'expérience comme les séminaires organisés dans le cadre de TC-REG.

Cette collaboration est elle-même contrariée par les enjeux différents des implémenteurs et des chercheurs qu'il faut arriver à concilier.

Le développement de projet de recherches qui valorisent les interactions acteur-chercheurs devrait permettre de décloisonner les pratiques et univers professionnels et constituerait une réponse aux multiples enjeux liés à cette collaboration.



Bibliographie

1. Définition : Science [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Science.htm>
2. Losne A. la modélisation mathématique et informatique des systèmes complexes. In Bondy et Paris; 11 - 13 octobre. p. 2.
3. Système complexe : définition de Système complexe et synonymes de Système complexe (français) [Internet]. [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Syst%C3%A8me%20complexe/fr-fr/>
4. Littre - complexe - définition, citations, étymologie [Internet]. [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.littre.org/definition/complexe>
5. Social determinants of health inequalities. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15781105>
6. L'évaluation : concepts et méthodes 2e édition - Les Presses de l'Université de Montréal [Internet]. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: <https://pum.umontreal.ca/catalogue/evaluation-concepts-et-methodes-2e-edition>
7. Reviewing evidence on complex social interventions: appraising implementation in systematic reviews of the health effects of organisational-level w... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18718981>
8. Evidence-Based Policy: A Realist Perspective - Ray Pawson - Google Livres [Internet]. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=raAC7Ui-w7sC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Pawson,+R.+\(2006\).+Evidence-based+Policy.+A+Realist+Perspective.+London+:+Sage+Publications&ots=Ag0TfZyJ7Y&sig=enWbvjHv6C8HsuT5Y-llpY1jas#v=onepage&q=Pawson%2C%20R.%20\(2006\).%20Evidence-based%20Policy.%20A%20Realist%20Perspective.%20London%20%3A%20Sage%20Publications&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=raAC7Ui-w7sC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Pawson,+R.+(2006).+Evidence-based+Policy.+A+Realist+Perspective.+London+:+Sage+Publications&ots=Ag0TfZyJ7Y&sig=enWbvjHv6C8HsuT5Y-llpY1jas#v=onepage&q=Pawson%2C%20R.%20(2006).%20Evidence-based%20Policy.%20A%20Realist%20Perspective.%20London%20%3A%20Sage%20Publications&f=false)
9. Lost in knowledge translation: time for a map? - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16557505>
10. Cambon L, Petit A, Ridde V, Dagenais C, Porcherie M, Pommier J, et al. Evaluation of a knowledge transfer scheme to improve policy making and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: a realist study protocol. *Implement Sci.* 29 juin 2017;12:83.
11. Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation [Internet]. INSPQ. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/institut/transfert-des-connaissances/animer-un-processus-de-transfert-des-connaissances>
12. WHO Health Promotion Glossary: new terms. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16963461>

13. Ciliska D. An Introduction to Evidence-Informed Public Health and a Compendium of Critical Appraisal Tools for Public Health Practice, NCCMT (2008) [Internet]. 2010 [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: http://healthinequalities.publichealthwell.ie/search-results/introduction-evidence-informed-public-health-and-compendium-critical-appraisal-tools-?content=resource&member=572160&catalogue=none&collection=Health%20Inequalities%20&tokens_complete=true

14. Robert É, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : De la théorie à la pratique. *Mes Éval En Éducation*. 2013;36(3):79-108.

15. Le transfert des connaissances dans le domaine social - Les Presses de l'Université de Montréal [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.pum.umontreal.ca/catalogue/le-transfert-des-connaissances-dans-le-domaine-social>

16. Using Evidence [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.press.uchicago.edu/ucp/books/book/distributed/U/bo13441009.html>

17. Tarski A. The Semantic Conception of Truth: and the Foundations of Semantics. *Philos Phenomenol Res*. mars 1944;4(3):341.

18. Cambon L. Leçon inaugurale CHAIRE « RECHERCHE EN PREVENTION DES CANCERS » INCA/IReSP/EHESP. 2016 janv 5.

19. SHERLAW W, POMMIER J, JABOT F, BRETON E. La promotion de la santé: Comprendre pour agir dans le monde francophone. 1^{re} éd. Presses de l'EHESP; 2017. 536 p.

20. POMMIER J. Transfert de connaissances en promotion de la santé : mythe ou réalité ? 2016 févr 25.

21. McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of « context ». *J Adv Nurs*. avr 2002;38(1):94-104.

22. Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J, Schultz AA, Charns MP. Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implement Sci IS*. 30 nov 2009;4:78.

23. Cambon L, Alla F. Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. Le défi français de l'innovation. *Questions de santé publique*. 2014;

24. Gervais MJ, Chagnon F. Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale. ; 2010. p. 85. 2010 p. 85. (Québec: Fonds québécois de recherche sur la société et la culture).

25. Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France, Transfer and sharing of public health knowledge?: reflections on the components of a national information system in France. *Santé Publique*. 2013;25(6):757-62.

26. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

27. "Integrated knowledge translation" for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004597/>
28. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19705558>
29. Klesges LM, Dziewaltowski DA, Glasgow RE. Review of External Validity Reporting in Childhood Obesity Prevention Research. *Am J Prev Med.* mars 2008;34(3):216-23.
30. Dziewaltowski DA, Glasgow RE, Klesges LM, Estabrooks PA, Brock E. RE-AIM: evidence-based standards and a Web resource to improve translation of research into practice. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* oct 2004;28(2):75-80.
31. Credibility and credibility work in knowledge transfer: Ingenta Connect [Internet]. [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ingentaconnect.com/content/tpp/ep/2006/00000002/00000002/art00002>
32. Verhulst M. Savage (Leonard J.) - The Foundations of Statistics. *Rev Économique.* 1956;7(6):1042-3.
33. Risk, Ambiguity, and the Savage Axioms* | The Quarterly Journal of Economics | Oxford Academic [Internet]. [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/qje/article-abstract/75/4/643/1913802?redirectedFrom=fulltext>
34. Ferron C. Chercheurs, acteurs de terrain : un pont entre deux rives. *Journal de l'Université d'été francophone de Santé Publique. Journal de l'Université d'été francophone de Santé Publique.* 2011;
35. The construction of evidence-based local health policy through partnerships: Research infrastructure, process, and context in the Rotterdam 'Health... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21119651>
36. Can scientists and policy makers work together? [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733111/>
37. (PDF) Making Dissemination a Two-Way Process [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/242089843_Making_Dissemination_a_Two-Way_Process
38. INPES - Les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/espace-reseau/ireps.asp>
39. The Politicization of Evaluation Research - Weiss - 1970 - Journal of Social Issues - Wiley Online Library [Internet]. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1970.tb01743.x>
40. Pawson R, Tilley N, Tilley N. *Realistic Evaluation.* SAGE Publications; 1997. 260 p.
41. (PDF) L'approche réaliste en évaluation de... [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur:

https://www.researchgate.net/publication/278781879_L%27approche_realiste_en_evaluation_de_programmes

42. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.

43. The Science of Using Science: Researching the Use of Research Evidence in Decision-Making [Internet]. [cité 14 juill 2018]. Disponible sur: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=3504>

44. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int.* mars 2006;21(1):76-83.

45. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 21 avr 2015;10(1):53.

46. Cambon L, Ridde V, Minary L, Alla F. ASTAIRE : Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé V2–2014. 2014.

47. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol.* juin 2008;41(3-4):327-50.

48. Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, Noonan R, Lubell K, Stillman L, et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *Am J Community Psychol.* juin 2008;41(3-4):171-81.

49. Elliott DS, Mihalic S. Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* mars 2004;5(1):47-53.

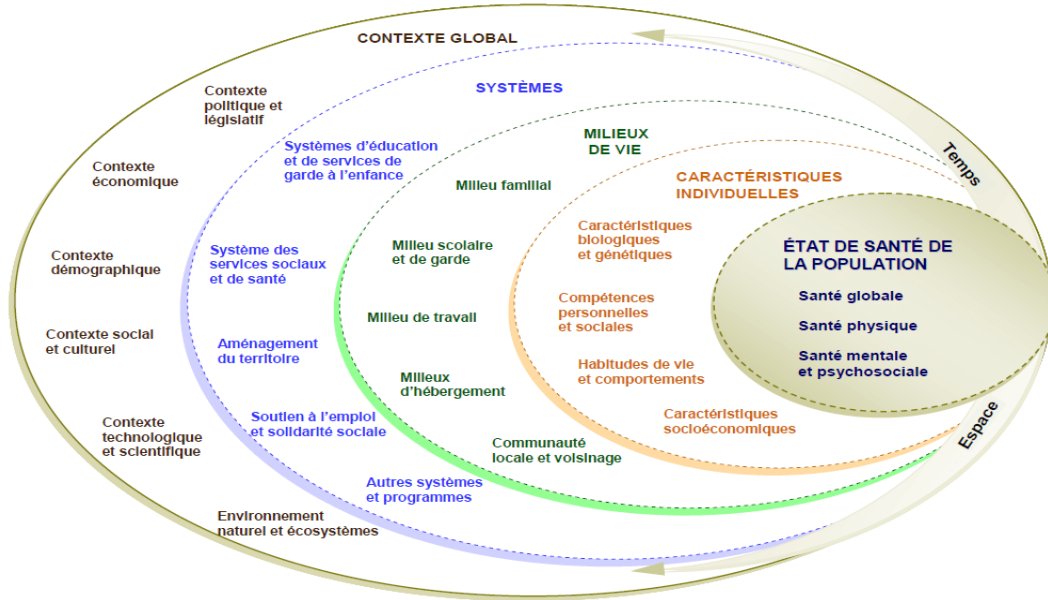
50. A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18468362>

51. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci IS.* 23 avr 2011;6:42.

52. Emond A. CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS Résultat d'une réflexion commune. 2009 oct p. 44.

Annexe 1 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (52)

EHE



Grille d'entretien

Ce présent guide d'entretien vise à analyser les conditions d'implémentation de dispositifs d'accompagnement au transfert de connaissances mise en œuvre dans des ARS et IREPS de 4 régions françaises et ce qui a motivé les aménagements effectués entre 2017 et 2018.

L'interprétation des données se fera à partir de l'outil d'analyse de la transférabilité ASTAIRE.

Partie A – Delta entre les théories d'interventions primaires et secondaires

Question I - Des actions de TC définies en 2017 ont finalement été abandonnées, pouvez vous expliquer pourquoi ?

Préciser pour chacune, notamment si liés aux professionnels (motivation, compétences, turn over, aléas), aux organisations (financements, temps, contraintes, etc.), aux SIPREV

Question II - Des actions de TC définies en 2017 ont finalement été modifiées, pouvez vous expliquer pourquoi ?

Préciser pour chacune, notamment si liés aux professionnels (motivation, compétences, turn over, aléas), aux organisations (financements, temps, contraintes, etc.), aux SIPREV

Question III - Des actions de TC ont finalement été ajoutées dans la deuxième version, pouvez vous expliquer pourquoi ?

Préciser pour chacune, notamment si liés aux professionnels (motivation, compétences, turn over, aléas), aux organisations (financements, temps, contraintes, etc.), aux SIPREV

Partie B - Questions sur le contexte (caractéristiques du public bénéficiaire, des responsables de l'implémentation, de l'organisation interne et externe)

I-1 Le public bénéficiaire

- Quels sont les types de professionnels les plus susceptibles de mobiliser des connaissances issues de la science dans les publics cibles de vos actions ? : niveau d'étude, expérience professionnelle, valeurs, centres d'intérêts, préoccupations professionnelles, *hommes, des femmes?* *Tranche d'âge ? préoccupations, missions, position hiérarchique ?*
- Quelle idée ces professionnels ont-ils des données issues de la science ? Cela a t il évolué ces derniers temps ? Et, plus particulièrement depuis TC – REG ? Si oui, comment aurait-elle évoluée ? Comment expliquez-vous ces évolutions ?
- D'autres personnes peu mobilisées sur les données issues de la science se sont elles mobilisées autour du sujet avec TC-REG ? des profils différents (administrateurs, partenaires) ?

I-2 Les professionnels en charge de l'implémentation

- Les professionnels chargés d'organiser l'intervention ont-ils le même profil ? quel est il ?
- Ont-ils des compétences, appétences particulières pour les données probantes ?
- Ont-ils une expérience particulière dans le domaine du transfert de connaissances ?
- Comment et pourquoi ont-ils été choisis ?
- Comment se sont ils saisis de cette mission : avec intérêt, enthousiasme, contrainte, inquiétude ?

I-3 L'organisation

Analyse interne de l'organisation :

- Qu'est-ce qui distingue votre organisation d'une autre vis à vis du projet TC-REG ?
Relance : ses méthodes de travail, ses valeurs, son ambiance, son histoire, son engagement, son rapport aux institutions, ses partenaires, son ouverture à l'innovation.
- Quelles sont les points forts et fragilités de votre organisation pour mener ce projet ?
Sur quelles fragilités a-t-elle travaillé particulièrement pour mener ce projet et notamment les différentes interventions de TC décrites dans la théorie d'intervention ? La conduite de TC REG permet elle de pallier à ces fragilités ?
Qu'est ce qui, dans l'organisation interne a t été déterminant pour mener à bien ce projet ou l'a limité ? A quoi est ce lié ?

Analyse externe de l'organisation :

- Quel est le contexte dans lequel votre organisation évolue et qui influe sur TC-REG (ses enjeux sociaux, économiques, politiques, réglementaires) ?
- Comment cela influe sur TC-REG ?
- Comment TC-REG influe sur cet environnement (nouveaux partenaires, nouvelles contraintes, nouveaux enjeux, nouvelles méthodes, etc) ?
- Qu'est ce qui, dans cet environnement externe a été déterminant pour mener à bien ce projet ou l'a limité ? A quoi est ce lié ?

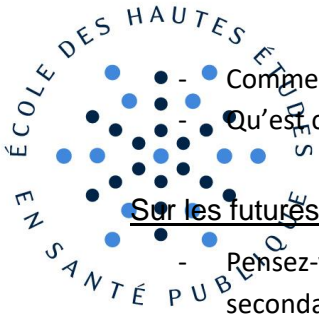
Partie C - Questions sur la mise en œuvre de l'intervention

Sur la théorie d'intervention :

- Pouvez vous décrire la phase de conception des théories de l'intervention ? Avez-vous ressenti des difficultés dans la rédaction des théories ? Si oui, comment les avez-vous surmontées ?
- Avez-vous eu une réflexion sur la source de ces difficultés ? Si oui, comment s'est déroulée cette réflexion (discussion collective, réunion...) ? Selon vous, d'où viennent ces difficultés ?
Question de relance : serait-ce lié à des éléments contextuels (envisagés plus tôt dans l'entretien) ?
Comment avez vous surmonter ces difficultés ? Qu'est ce qui vous a le plus aidé ?
- Quels éléments ont été et sont encore facilitants (le soutien, des éléments du contexte) ?

Sur la mise en œuvre des stratégies de TC :

- Pouvez vous décrire comment elles se sont mises en œuvre ?
- Avez-vous été confronté à des difficultés dans leur mise en œuvre? A quoi étaient elles dues (contextes, personnes, financements, etc.) ? Comment les avez-vous surmontées ?
- Avez-vous eu une réflexion sur la source de ces difficultés ? Si oui, comment s'est déroulée cette réflexion (discussion collective, réunion...) ?



Comment les avez-vous solutionnées ? Qu'est-ce qui a été déterminant ?

Qu'est-ce qui a été facilitant ? Qu'est-ce qui a été déterminant ?

Sur les futures stratégies de TC à mettre en oeuvre

Pensez-vous réussir à implémenter les interventions telles que définies dans la théorie secondaire ? Avez-vous envisagé les difficultés possibles ? Quelles difficultés pensez-vous

E H E S P

rencontrer ? Comment pensez-vous les surmonter ? Avez-vous identifié des facteurs facilitants ?

Grille n°1

Grille d'aide à la conception et à la description d'une intervention en vue de la rendre potentiellement transférable

POPULATION
JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DÉCRIS :
1. Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population <i>Exemples</i> : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe)
2. L'état de santé de la population
3. Les caractéristiques cognitives, culturelles et éducatives de la population bénéficiaire <i>Exemples</i> : Connaissances ; modes de vie et normes sociales ; caractéristiques socio-éducatives
4. La représentation de la santé et des normes sociales de la population <i>Exemples</i> : Perception, vulnérabilité, importance
5. La motivation de la population bénéficiaire de l'intervention <i>Exemples</i> : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et/ou motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)
6. L'accessibilité à l'intervention <i>Exemples</i> : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle
7. Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires <i>Exemples</i> : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'intervention, absence de relation interférente de type relation hiérarchique, soutien de la part des intervenants, compétences perçues des intervenants par la population
8. La perception de l'intervention par les bénéficiaires <i>Exemples</i> : Utilité perçue, adéquation des modalités d'intervention aux besoins des bénéficiaires (prise en charge, contenu, stratégie...), intervention reconnue comme une priorité, intervention perçue comme efficace et/ou innovante
9. L'acceptabilité de l'intervention pour les bénéficiaires <i>Exemples</i> : Acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)
10. La demande émanant de la population <i>Exemples</i> : Recueil et prise en compte de la demande
11. La perception de ses besoins de santé par la population <i>Exemples</i> : Besoins de santé physique et mentale, qualité de vie, bien-être
12. La perception que les bénéficiaires ont du contrôle qu'ils exercent sur leur comportement
13. L'expérience et l'histoire personnelle des bénéficiaires
14. L'expérience, le climat de confiance et l'histoire collective du groupe de bénéficiaires <i>Exemples</i> : Partage d'expérience, d'une même problématique
15. Le niveau de participation des bénéficiaires <i>Exemples</i> : Proportion de participation
16. Le degré d'implication des bénéficiaires <i>Exemples</i> : Mobilisation, implication des bénéficiaires

ENVIRONNEMENT

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

17. L'environnement institutionnel influant directement sur l'intervention

Exemples : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalentes

18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre

Exemples : Existence d'antécédents agonistes (présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention), conditions de mise en œuvre

19. Les partenariats sollicités pour l'intervention

Exemples : Type de partenaires (groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), implication des partenaires

MISE EN ŒUVRE

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

20. Les modalités d'intervention

Exemples : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (entre les acteurs...), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

21. Les ressources mobilisées pour l'intervention

Exemples : Matérielles, financières, humaines

22. Les capacités des intervenants et chef de projet

Exemples : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique / pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences de mise en œuvre de l'action mère acquise par une formation dédiée

23. Les modalités de mobilisation des intervenants

Exemples : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

24. La stabilité des équipes durant la mise en œuvre de l'intervention

25. L'intégration des parties prenantes lors de l'élaboration du protocole

ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DÉCRIS

26. Les éléments nécessaires au transfert

Exemples : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de l'intervention mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

Grille n°2

Outil d'analyse de la transférabilité d'une intervention et d'accompagnement au transfert

POPULATION
1. Les caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe)
2. L'état de santé de la population
3. Les caractéristiques cognitives, culturelles, socio-éducatives de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Connaissances ; modes de vie et normes sociales ; caractéristiques socio-éducatives
4. La représentation de la santé et des normes sociales de la population bénéficiaire sont semblables dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Perception, vulnérabilité, importance
5. La motivation de la population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)
6. L'accessibilité à l'intervention est semblable dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle
7. Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'intervention, absence de relation interférente de type relation hiérarchique, soutien de la part des intervenants, compétences perçues des intervenants par la population
8. La perception de l'intervention par la population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Utilité perçue, adéquation des modalités d'intervention aux besoins des bénéficiaires (prise en charge, contenu, stratégie...), intervention reconnue comme une priorité, intervention perçue comme efficace et/ou innovante
9. L'intervention mère est autant acceptable pour les populations bénéficiaires mère et fille <i>Exemples</i> : Acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)
10. La population bénéficiaire fille est autant en demande de l'intervention que la population bénéficiaire de l'intervention mère <i>Exemples</i> : Recueil et prise en compte de la demande
11. Les populations mère et fille ont une perception semblable de leurs besoins <i>Exemples</i> : Besoins de santé physique et mentale, qualité de vie, bien-être
12. La perception que les bénéficiaires ont du contrôle qu'ils exercent sur leur comportement est semblable dans les interventions mère et fille
13. L'expérience et l'histoire personnelle des bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille
14. L'expérience, le climat de confiance et l'histoire collective du groupe de bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille <i>Exemples</i> : Partage d'expérience, d'une même problématique
15. Le niveau de participation des bénéficiaires est identique dans les populations mère et fille ¹ <i>Exemples</i> : Taux de participation
16. Le degré d'implication des bénéficiaires est identique dans les populations mère et fille ² <i>Exemples</i> : Mobilisation, implication des bénéficiaires

¹ Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation *a posteriori*, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action.

² Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation *a posteriori*, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action.

ENVIRONNEMENT

17. L'environnement institutionnel fille influant directement sur l'intervention est favorable à la mise en place et au succès de l'intervention

Exemples : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalents

18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre fille sont favorables à la mise en place et au succès de l'intervention

Exemples : Existence d'antécédents agonistes (par exemple, présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (par exemple autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention), conditions de mise en œuvre

19. Les partenariats sont comparables entre les contextes mère et fille

Exemples : Même type de partenaires (ex : groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), même implication des partenaires

MISE EN ŒUVRE

20. Les modalités d'intervention de la mère et de la fille sont semblables

Exemples : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (ex : entre les acteurs), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

21. Les ressources sont à la hauteur de celles disponibles pour l'intervention mère

Exemples : Matérielles, financières, humaines

22. Les intervenants et le chef de projet filles ont des capacités semblables à ceux de l'intervention mère

Exemples : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique/pratique-expérientielle/savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences de mise en œuvre de l'action mère acquise par une formation dédiée

23. Les intervenants filles croient en l'utilité de l'intervention mère

Exemples : Intervention reconnue comme une priorité, efficace, bien-fondée, acceptation des valeurs et des modalités d'intervention sur laquelle l'intervention est fondée

24. L'action mère est acceptable pour les intervenants filles

Exemples : acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

25. Les intervenants filles sont mobilisés de manière semblable dans les actions mère et fille

Exemples : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

26. La stabilité des équipes durant la mise en œuvre de l'intervention est semblable dans les actions mère et fille

27. L'intégration des parties prenantes lors de l'élaboration du protocole est semblable dans les actions mère et fille

ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

28. Des adaptations de l'intervention mère peuvent être (ont pu être) réalisées dans le contexte fille sans la dénaturer

Exemples : Le contexte le permet, le processus le prévoit dans l'intervention fille (diagnostic, programmation prenant en compte les enseignements de la mère, démarche de projet, pilotage, résultats analysés en continu pour ajuster l'intervention)

29. L'intervention mère a prévu et fournit tous les éléments pour être transférée ?

Exemples : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (ex : professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de la mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

30. Un processus de transfert de connaissances existe dans le contexte fille

Exemples : Le transfert de l'action est accompagné (appui scientifique, aide méthodologique), formation et accompagnement des acteurs filles à l'intervention mère, création de liens avec les promoteurs ou acteurs et/ou évaluateurs de l'intervention mère, prise en compte des enseignements tirés de l'intervention mère

MASTER PROMOTION DE LA SANTE ET PREVENTION (M2)
Promotion 2018

Etude des conditions d'implantation dans la décision et l'action publique en prévention, promotion de la santé

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université RENNES 1

Résumé :

Objectif : Le contexte dans lequel est mise en œuvre une intervention influence son implémentation et in-fine son efficacité. Dans une perspective de transfert ou de modélisation, il est nécessaire d'étudier les conditions d'implémentation des interventions.

Cette étude vise à identifier dans un projet de recherche portant sur le transfert de connaissances en prévention dans quatre régions françaises (projet TC-REG), des facteurs contextuels influençant l'implémentation des interventions mises en œuvre, et des fonctions clefs (éléments déterminants) de l'implémentation d'interventions de TC.

Matériel et méthode : Une analyse documentaire a permis de repérer des différences entre les actions de transfert de connaissances que les implémenteurs prévoyaient de réaliser en théorie, et celles réellement réalisées.

Des données ont été recueillies par entretiens et focus group pour identifier et expliquer les facteurs contextuels à l'origine de ces différences et définir des facteurs et fonctions clés de l'implémentation des interventions.

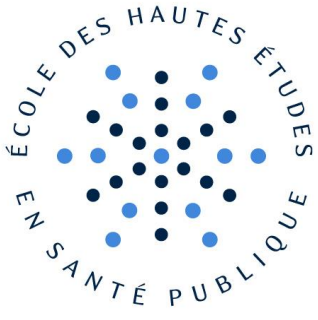
Des analyses transversales entre régions ont permis de relever des facteurs et fonctions clefs potentiellement généralisables à une variété de contextes régionaux.

Résultats : Trois facteurs contextuels transversaux aux régions sont responsables de 55% des différences entre les actions prévues en théorie et réalisées. Il s'agit des ressources humaines pour l'implémentation, des disponibilités des publics cibles de l'intervention, et de la restructuration des organisations des publics cibles. Deux fonctions clés de l'implémentation transversales aux régions ont été définies : les ressources pour l'implémentation, le soutien institutionnel de l'intervention.

Conclusion : Les facteurs et fonctions clés de l'implémentation des interventions généralisables sont avant tout liés aux ressources de l'intervention, au soutien institutionnel et à l'environnement des publics cibles des actions de transfert de connaissances. Ces résultats sont ceux relevés dans les régions à mi-parcours de l'implémentation de leur intervention. Une seconde analyse réalisée au terme de l'implémentation des interventions pourrait venir les compléter et les confirmer.

Mots clés :

Transfert de connaissances, applicabilité, condition d'implémentation, implémentation, fonction clé



EHESP