



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.


Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com

Revue d'Épidémiologie  
 et de Santé Publique  
 Epidemiology and Public Health

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 58 (2010) 277–283

Note méthodologique

## Réflexions et perspectives concernant l'*evidence-based health promotion* dans le contexte français

*Reflections and perspectives on evidence-based health promotion in French environment*

L. Cambon<sup>a,\*</sup>, V. Ridde<sup>c</sup>, F. Alla<sup>b,d</sup>

<sup>a</sup> Instance régionale d'éducation et de promotion de la Santé de Lorraine (IREPS Lorraine), 1, avenue de la forêt, 54520 Laxou, France

<sup>b</sup> EA 4360 Apemac, faculté de médecine, université de Nancy, université Paul-Verlaine-Metz, université Paris-Descartes, 54250 Vandœuvre-lès-Nancy, France

<sup>c</sup> Département de médecine sociale et préventive, CRCHUM, 3875, rue Saint-Urbain, H2W 1V1 Montréal, Canada

<sup>d</sup> Inserm, CIC-EC, centre hospitalier universitaire, 54000 Nancy, France

Reçu le 31 mars 2010 ; accepté le 12 mai 2010

Disponible sur Internet le 8 juillet 2010

### Abstract

In France, current structuring of preventive and health promotion policies has created a context favoring evidence-based actions. Yet, in health promotion and health education, interventions are very much setting dependent, potentially compromising this type of approach to health promotion. Thus, in an attempt to inform participants in health promotion in the French setting of ongoing international debates on the topic, we present the main limitations developed in literature, highlighting recent work responding to the challenge. Our analysis is focused on three points: the issue of the level of intervention and indicators to assess efficacy and effectiveness of health promotion interventions; the issue of research methodologies, their capacity to demonstrate efficacy and effectiveness of health promotion interventions and the transferability of their outcomes; the issue of the external validity of studies, and in particular the information necessary for understanding complex mechanisms of intervention. On the basis of this analysis, and with the aim of improving evidence-based health promotion practices, we propose practical perspectives in the French environment for policymakers, local practitioners and researchers. To conclude, we link this issue with the concept of knowledge transfer, which is developed in other countries.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Evidence-based health promotion; Health education; Transferability; Efficacy; Effectiveness; Methodology; Evidence; Practices

### Résumé

En France, un contexte de structuration de la politique de promotion de la santé induit que les acteurs se voient de plus en plus entraînés à appuyer leurs actions sur les données produites par la recherche ou les expériences menées par ailleurs. Or, en promotion de la santé comme en éducation pour la santé, les interventions sont, par définition, fortement dépendantes du contexte dans lequel elles s'insèrent, ce qui rend difficile la démarche d'*evidence-based health promotion*. Ainsi, à destination des acteurs de promotion de la santé français, nous proposons, dans cet article, de faire le point des débats internationaux sur le sujet, à travers la présentation des principales limites que l'on rencontre dans la littérature mais aussi, en rendant visibles les travaux récents qui permettent d'y faire face. Cette analyse est réalisée à travers le prisme suivant : la question des niveaux d'intervention et des indicateurs susceptibles de mesurer l'efficacité d'une intervention de promotion de la santé ; la question des devis de recherche, de leur capacité à démontrer l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de la transférabilité de leurs résultats ; la question de la validité externe des études et notamment des informations nécessaires à la compréhension des mécanismes d'action. Sur cette base, et dans le but d'améliorer l'application de démarches *evidence-based health promotion*, nous proposons aux acteurs, qu'ils soient décideurs des politiques, chercheurs ou acteurs de terrain, des perspectives pratiques et contextualisées à la France. Enfin, nous concluons en mettant en lien cette question de l'*evidence-based health promotion* avec les concepts de transfert de connaissances (*knowledge transfert*) tels qu'ils peuvent être développés dans d'autres pays.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Données probantes ; Promotion de la santé ; Éducation pour la santé ; Évaluation ; Efficacité ; Transférabilité ; Méthodes ; Pratiques

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : linda.cambon@wanadoo.fr (L. Cambon).

## 1. Introduction

Les auteurs des référentiels, aujourd'hui produits dans le champ de la promotion de la santé ou de l'éducation pour la santé, soulignent la nécessité de mettre en place des interventions d'efficacité prouvée. Ils invitent ainsi les acteurs de terrain à argumenter leurs choix en s'appuyant sur des données issues de la recherche ou d'expériences antérieures. Or dans ce champ, les interventions, parce qu'elles visent un plus grand contrôle de l'individu sur les déterminants de sa santé, tel que stipulé par la Charte d'Ottawa, doivent être construites dans un paradigme systémique considérant l'individu dans une logique individuelle mais aussi collective, communautaire et environnementale. Ces interventions, qu'elles soient globales ou plus centrées sur les comportements comme en éducation pour la santé, sont donc, par définition, fortement dépendantes du contexte. On comprend alors toute la difficulté qu'il y a à s'appuyer, comme il est préconisé, sur des expériences menées dans un autre contexte et par conséquent, à appliquer les principes de l'*evidence-based health promotion*. Certes, cette question n'est pas nouvelle et a déjà fait l'objet de nombreuses publications, notamment anglophones, mais elle prend tout particulièrement sens aujourd'hui en France, où la question de l'articulation de la recherche et de la pratique émerge au croisement de multiples démarches de structuration du champ dans le contexte organisationnel français : le basculement, depuis le milieu des années 2000, d'une évaluation des processus à celle des résultats avec la mise en exergue d'objectifs sanitaires, la diffusion de référentiels qualité des interventions de promotion de la santé [1], mettant en évidence la nécessité d'appuyer ses choix d'actions sur les données probantes et les expériences antérieures, le projet de création de chaire de promotion de la santé au sein de l'École des Hautes études en santé publique ou encore, la constitution des agences régionales de santé qui se munissent de département spécifiquement dédié au développement de la promotion de la santé.

Ainsi, dans la continuité de cette structuration et à destination des acteurs de promotion de la santé français, nous proposons, dans cet article, de faire le point des débats sur la question de l'*evidence-based health promotion*, à travers les principales limites relevées dans la littérature, et notamment en ce qui concernent les interventions de proximité, mais aussi, en rendant visibles les travaux récents qui permettent d'y faire face.

## 2. Principes de *evidence-based health promotion*

Pour Jenicek [2], la programmation en santé publique s'appuie traditionnellement sur des faits scientifiquement prouvés, que ces faits illustrent une relation causale de type déterminant/état de santé ou encore de type intervention/résultat. Une *evidence-based public health*<sup>1</sup> devient alors le pendant de

l'*evidence-based medicine* (EBM) [2]. Pour faire suite, une définition de l'*evidence based health promotion* [3] a pu être formalisée et pourrait se traduire ainsi « L'utilisation d'informations, issues de la recherche et des études systématiques, permettant d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnés ». Dans le cadre de cette définition [3], il est, par ailleurs, précisé que ces données proviennent de nombreuses sources telles que les études épidémiologiques sur les déterminants de santé, les évaluations de programmes d'actions de promotion de la santé, les études ethnographiques sur les influences sociales et culturelles sur les besoins de santé, la recherche des types et causes d'inégalités, les études sur les processus de mise en œuvre des politiques publiques et la recherche portant sur l'efficacité des interventions. De plus, parmi l'utilisation des données probantes dans la planification en promotion de la santé est intégrée l'identification des résultats de promotion de la santé (influence sur les déterminants) et résultats intermédiaires qui devraient être pris en compte dans le but d'atteindre les finalités des actions [4,5]. En outre, il est également soulevé la nécessité, dans ce type de démarche, d'articuler la preuve, produite par ailleurs, à l'expertise des acteurs pour la sélectionner et l'appliquer [6].

Il s'agirait alors, dans la démarche *evidence-based*, de s'appuyer sur la meilleure preuve possible à trois niveaux :

- la recherche de liens entre les déterminants et l'état de santé ou encore entre les déterminants du comportement et le comportement, ceci renvoyant à la définition du résultat recherché de l'intervention. C'est ce qui permet de dire que quelque chose doit être fait à tel ou tel niveau [7] ;
- la recherche de l'efficacité des interventions, renvoyant au choix de l'intervention. C'est ce qui permet de dire que c'est cette intervention qui est efficace et c'est cette intervention qui doit être effectuée, ceci renvoyant nécessairement à la qualité des devis de recherche et des preuves apportées par ces dernières [4,8,9] ;
- la possibilité d'implanter une intervention ayant montré son efficacité, en fonction du contexte dans lequel se situe l'acteur. C'est ce qui permet de dépasser la question « qu'est-ce qui fonctionne » pour répondre également à d'autres questions du type « comment cela fonctionne » ? [10]. C'est ce qui permet de définir comment cette intervention doit être effectuée et qu'est-ce qui la rend efficace ?

## 3. Limites de la démarche d'*evidence-based health promotion*

Cependant, les choses se compliquent lorsqu'il s'agit d'appliquer ces principes, dans la décision publique, au domaine de la promotion de la santé.

### 3.1. De la difficulté de définir à quel niveau intervenir

Prenons tout d'abord le choix d'intervenir sur tel ou tel déterminant de santé. En effet, la santé procède de nombreux

<sup>1</sup> Utilisation d'éléments épidémiologiques issus de la recherche clinique, des expériences de santé publique, des résultats de la pratique clinique, des programmes de santé et politiques de santé dans le développement, l'implantation et l'évaluation de programmes et de politiques de santé.

déterminants inter-reliés les uns aux autres. Ainsi, par exemple, la commission OMS [11] sur les déterminants sociaux de la santé a-t-elle mis en évidence le fait que la charge de morbidité à l'origine d'une mortalité prématurée est principalement due aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ce rapport insiste sur la nécessité d'intervenir sur les différents déterminants, c'est-à-dire les conditions de vie pendant la petite enfance, la scolarisation, la nature de l'emploi et les conditions de travail, les caractéristiques physiques de l'environnement bâti et la qualité de l'environnement naturel. Cela est d'autant plus important que selon la nature de ces environnements, les conditions matérielles, le soutien psychosocial et les schémas comportementaux ne sont pas les mêmes pour tous les groupes, les rendant plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé.

Ainsi, la finalité des interventions, notamment celles de proximité, se situe-t-elle parfois très en amont des comportements de santé, visant à influencer les facteurs d'influence ou modérateurs de ces derniers, qu'ils soient individuels (compétences), collectifs (soutien psychosocial) ou encore environnementaux (accessibilité aux services). Les interventions de proximité tendent alors plutôt à modifier des déterminants de santé. Cette structuration en cascade se retrouve dans les classifications des déterminants de santé les plus récentes, avec notamment, une distinction entre déterminants proximaux et distaux ou encore, entre déterminant, facteur direct et facteur indirect d'influence. En outre se pose également la question de la nature de la preuve. Quel intérêt présentent des résultats scientifiques probants lorsqu'ils ne peuvent être appliqués que de manière restreinte à quelques groupes ou ne se révèlent efficaces que pour les populations finalement les plus favorisées ? Ainsi, le choix du critère de jugement (résultat) n'est pas neutre en ce qu'il peut être différent lorsqu'il doit être envisagé du point de vue individuel, à l'échelle d'un groupe défini de population ou de la population générale. Par conséquent, le fait de définir à quel niveau intervenir et quels indicateurs modifier par l'intervention est à la fois fondamental et difficile, tant la définition des liens causaux qui relient ces différents niveaux est, par ailleurs, compliquée par la multiplicité des déterminants possibles ainsi que la potentielle interaction entre eux, notamment lorsque qu'il s'agit de phénomènes aussi complexes que le sont les comportements [12].

### 3.2. Les limites de l'essai contrôlé randomisé en promotion de la santé

Prenons ensuite la limite relative aux choix d'une intervention et le problème de la démonstration de l'efficacité dans ce champ. Selon le paradigme de l'EBM et par assimilation, il est considéré que la meilleure preuve possible provient d'un essai contrôlé randomisé. Selon ses défenseurs, c'est le seul type d'étude permettant d'établir un lien de causalité entre une intervention et un état donné, parce qu'il permet de conclure que la différence de résultats observée entre les groupes est due, et seulement due, à l'intervention [13]. Or, au-delà des cas où il est inapproprié ou impossible à mettre en

œuvre pour des raisons éthiques, légales ou techniques [14], en promotion de la santé plus particulièrement, l'essai contrôlé randomisé peut, dans certains cas, présenter des limites qui ont été relevées dans la littérature : un sujet de recherche qui n'est plus l'individu mais le groupe ou la communauté, des résultats parfois très longs à obtenir, la difficulté de comparer des sujets sur des questions aussi complexes que le comportement ou l'histoire de vie, la quasi-impossibilité de contrôler l'ensemble des paramètres, etc. [9]. Par ailleurs, s'ajoute à cela la difficulté liée au contexte dans lequel l'intervention est réalisée qui, influençant directement ou indirectement le résultat, limite la conclusion de causalité entre l'intervention et ce dernier [9]. En effet, qu'elles soient liées à la population, au système de santé ou à l'environnement physique ou socioculturel, ces caractéristiques contextuelles interviennent à deux niveaux [15] :

- la mise en œuvre de l'intervention elle-même, questionnant alors l'applicabilité [16] de l'intervention, c'est-à-dire la mesure dans laquelle le processus d'une intervention peut être mis en œuvre à l'identique dans un autre contexte ;
- la réponse à l'intervention, en d'autres termes le résultat, questionnant alors la transférabilité [16] des résultats des interventions, c'est-à-dire la mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte.

De plus, les conditions expérimentales pourraient – par elles-mêmes – être inadaptées à la recherche de la preuve en promotion de la santé. Par exemple, certains auteurs estiment que la randomisation ne permet pas de prendre en compte les influences contextuelles, en ce qu'elle induit une distribution équilibrée des facteurs externes à l'intervention pouvant influencer le résultat [17], avec pour conséquence de le sous-estimer si les facteurs en question sont antagonistes à l'intervention, ou de le surestimer si les facteurs sont synergiques. L'efficacité sous conditions expérimentales (*efficacy*), notablement due à la validité interne des études peut être établie mais la transférabilité [16] n'est pas assurée. Ainsi, deux notions pourraient être opposables : plus la validité interne est élevée, plus on s'éloigne du « monde réel » et plus, par conséquent, la validité externe (applicabilité et transférabilité) peut être faible. Sans compter, qu'à force de vouloir contrôler l'intervention à des fins d'évaluation, on risque peut-être de perdre la capacité de la faire évoluer en fonction du contexte et, par conséquent, de la rendre véritablement efficace [18].

### 3.3. La pauvreté des informations sur le processus d'intervention

La troisième limite aujourd'hui repérée dans les démarches d'EBHP est celle des modalités d'implantation. En effet, pour pouvoir mettre en œuvre une intervention qui a montré son efficacité ailleurs, et compte tenu de la limite abordée précédemment, des informations exhaustives concernant ses modalités et conditions d'implantation doivent être fournies : types de public, niveau participation, représentativité, qualité d'implantation, expertise des intervenants, coût, etc. Ce sont ces

éléments qui permettent de définir l'applicabilité de l'intervention et de dépasser la simple question « quelle action est efficace ? » pour aller plus loin en répondant à « Comment cette action est efficace ? Quelles composantes de cette dernière sont efficaces ? ». Or, la carence de ces informations dans les études est relevée par de nombreux auteurs ayant travaillé sur le sujet [16,17,19]. Cela, sans être spécifique au domaine de la promotion de la santé [17], limite fortement la validité externe des études et donc leur utilisation dans le cadre d'une démarche d'EBHP [19].

#### 4. Réponses et perspectives

En conséquence de cela, serait-on dans une impasse ? Non. Même si ces limites ne facilitent pas la mise en œuvre d'une démarche d'*evidence-based health promotion*, elles ne doivent pas pour autant faire reculer les acteurs. D'autant que depuis quelques années, des travaux sont menés afin de les repousser ou pour le moins, de les contourner.

##### 4.1. Vers une formalisation d'indicateurs intermédiaires de succès

En premier lieu, certains mettent en évidence la nécessité de définir, pour ce champ, des résultats intermédiaires, en amont des résultats de santé, en situant plus précisément les effets à court, moyen et long terme des interventions [7]. Ce type de démarche s'inscrit alors dans les recommandations de Mac Queen : le développement d'indicateurs intermédiaires et indirects pour la mise en œuvre des interventions et l'association d'indicateurs de succès intermédiaires à des éléments permettant de mesurer l'efficacité en termes de résultats de santé [8]. D'abord élaborée de manière conceptuelle [20], cette réflexion a aussi pris forme, plus pragmatiquement, dans la conception d'outils permettant de définir les indicateurs spécifiques à ces niveaux d'intervention, tel l'outil de catégorisation des résultats développé par Promosanté Suisse. De la même manière, lorsque que l'on considère le résultat en termes de réduction des inégalités de santé et pour aider les acteurs et chercheurs à prendre la mesure de cette question, un rapport a été produit par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'université de Montréal contenant, entre autres, une grille d'analyse des projets visant à réduire les inégalités de santé et un guide d'utilisation dans le cadre d'expérimentations pilotes [21].

##### 4.2. Vers des méthodes et une définition de la preuve plus adaptées à la promotion de la santé

Pour ce qui est de la démonstration de l'efficacité et bien que le développement d'essais contrôlés randomisés doit être encouragé dans le domaine de la promotion de la santé dans tous les cas où il est possible et pertinent de les mettre en œuvre, la littérature fait état de l'intérêt des études non expérimentales introduites depuis les années 1960 [22]. Ainsi, parce qu'elles montrent des résultats observés dans des conditions réelles, les résultats d'études non randomisées, lorsqu'elles sont menées de manière rigoureuse, pourraient être plus transférables que ceux

des essais [6,14]. Par ailleurs, sur la question spécifique de la transférabilité, des pistes sont produites pour structurer des critères permettant, par la comparaison des contextes d'intervention, d'évaluer la transférabilité des résultats des expérimentations [16].

##### 4.3. Des modèles pour décrire les processus d'intervention et leur impact sur l'efficacité de l'action

Ensuite, est encouragée, en complément de la démonstration de l'efficacité, l'utilisation d'autres méthodes plus qualitatives, privilégiant l'analyse des modalités d'intervention, l'exploration des interactions possibles entre la population, l'intervention et le contexte permettant des recommandations quant à l'implantation de chaque intervention [16,17,23]. Ainsi se développent en ce sens des méthodes d'évaluation dite réalistes (*realistic evaluation*) qui consistent à analyser non pas seulement la relation intervention/effet mais la relation intervention/effet/contexte [24]. Cette méthode d'évaluation, parce qu'elle contribue à la compréhension des mécanismes d'action, permet une évaluation plus compréhensive du processus d'action et d'en faciliter, sinon la transférabilité, au moins une réelle applicabilité. Par ailleurs, en vue de favoriser l'applicabilité et la transférabilité des études, des travaux sont en cours afin de définir des critères de validité externe à prendre en compte, en plus des critères de validité interne, dans la définition de la qualité de la preuve. Des critères ont ainsi été définis et catégorisés en quatre niveaux [19] :

- la portée de l'action et la représentativité des publics cibles (*Reach and representativeness*) définissant notamment des critères relatifs à la participation et la représentativité du public ;
- l'implantation et l'adaptation du programme ou de la politique (*Program or policy implementation and adaptation*) définissant notamment des critères relatifs au détail de la mise en œuvre de l'action : compétences, coût, niveau de qualité, modalités d'adaptation possibles, etc. ;
- les résultats à prendre en compte dans la décision (*Outcomes for decision making*) définissant notamment des critères relatifs à la nature de la preuve : résultats négatifs, positifs, sensibilité du public aux effets, facteurs modérateurs, etc. ;
- le maintien et l'ancrage de l'action en routine dans les organisations (*Maintenance et institutionalization*) définissant notamment des critères relatifs aux effets à long terme et notamment, les conditions de pérennisation de l'action.

En outre, un consortium de revues internationales s'est réuni afin de définir et prendre acte du poids désormais de la validité externe des études afin de permettre une prise en compte de la question par les chercheurs dans leur recherche de publication [10].

#### 5. En pratique pour les acteurs français

Si du côté de la recherche internationale, quelques freins semblent se lever, ou pour le moins des démarches construites

en ce sens, il reste aux acteurs français de s'en saisir et d'intégrer à leurs pratiques ces avancées, afin de contribuer à une politique de promotion de la santé efficace et ce, à tous les niveaux décrits en introduction de cet article.

### 5.1. Des politiques de promotion de la santé fondées sur les données de terrain et celles de la recherche

Parce que le paysage institutionnel français se redessine aujourd'hui en direction d'un développement de la promotion de la santé, il s'agirait pour les « décideurs » de soutenir – comme cela est fait dans d'autres pays – le développement d'actions expérimentales, d'études et de recherches en promotion de la santé permettant la production de connaissances sur les leviers d'action efficaces et l'évaluation de leur transférabilité dans différents contextes d'intervention.

En outre, O'Neill [9] met en évidence que très souvent, le choix des politiques de santé tient davantage au clientélisme ou à l'électoratisme qu'aux preuves toutes scientifiques ou partagées soient elles. Aussi est-il sûrement nécessaire, dans la mise en place de cette nouvelle organisation de promotion de la santé, de renforcer, dans l'élaboration des politiques nationales – loi de santé publique, plans nationaux de santé – ou locales – schéma régionaux de prévention, plans locaux de santé, contrats locaux de santé, etc. – un recours plus systématique à ces expériences et à l'expertise des acteurs et chercheurs dans le domaine. Cela se fait déjà dans d'autres secteurs de la santé publique tels que, par exemple, la médecine curative ou la réglementation en santé.

### 5.2. Une ouverture des méthodes et enjeux de la recherche : de la santé publique à la promotion de la santé

Si la recherche en santé publique se développe, la recherche en promotion de la santé en France reste encore pauvre, une jeunesse ayant pour conséquence que la plupart des programmes de recherche développés l'est sur des modèles empruntés à la recherche clinique. Compte tenu des limites, évoquées précédemment de ce type de démarches, il s'agirait pour les chercheurs français s'intéressant à ce champ de prendre également en compte l'intérêt et la pertinence des méthodes qualitatives, des devis quasi-expérimentaux (sans randomisation) et observationnels (stratégie par référence interne, par exemple) et des nouvelles méthodes d'évaluation intégrant une dimension compréhensive de l'intervention en complément de la démonstration d'efficacité. Guider la recherche en ayant compris les théories et les modèles conceptuels des phénomènes complexes liés aux interventions de proximité en promotion de la santé, plutôt que d'appliquer, sans réflexion sur ceux-ci, des méthodes empruntées à d'autres champs de recherche évaluative. En ce sens, certains modèles ont été développés, par exemple le RE-AIM [23], permettant de prendre en compte à côté de la mesure de l'*efficacy* ou l'*effectiveness*, la diffusion du résultat, le taux d'adoption par les relais, le taux de maintenance dans le temps de l'activité par les relais ainsi que le taux d'acceptation par la population de cette intervention.

Dans un second temps, et par voie de conséquence de cette meilleure compréhension du champ, il pourrait s'agir d'orienter davantage les programmes de recherche sur des indicateurs intermédiaires de succès (compétences psychosociales, attitudes, autoefficacité, modifications organisationnelles et environnementales favorables à la santé, etc.), mais aussi, sur la contributivité des interventions à la réduction des inégalités de santé. En effet, il s'agit de mettre en perspective la recherche de résultat dans une logique de santé collective et de prendre en compte la notion de *repeatability* [6] d'une intervention (applicabilité et transférabilité universelles ou limitées à un groupe, une communauté, une durée ou un espace). Autrement dit, faut-il définir la contribution des interventions à la réduction des inégalités de santé, comme le résultat le plus pertinent à viser, intégrant à la définition de l'efficacité en promotion de la santé les questions de gains collectifs et d'équité [25].

### 5.3. Des acteurs soutenus dans le développement de leurs compétences à fonder leurs pratiques sur les données probantes

En ce qui concerne les acteurs de terrain, la question est désormais, pour eux, d'acquérir le réflexe d'une démarche *evidence-based* en recourant, par exemple, aux bases de données qui recensent, ce qui fait preuve aujourd'hui en promotion de la santé. Ainsi, peut-on citer l'initiative Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) qui offre une large source de revues systématiques d'études d'intervention, avec notamment une branche spécifique consacrée à la promotion de la santé – *Cochrane health promotion* et *public health field* ([www.vichealth.vic.gov.au/cochrane](http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane)). En outre, en 2000, l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) a publié un rapport faisant état des résultats issus de 20 années d'interventions de promotion de la santé et formule des recommandations, par thématique, pour une intervention basée sur la preuve [26]. Dans le cadre du programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé, un autre ouvrage a été produit par ce même organisme. Produit dérivé des multiples conférences, articles, rapports ayant été produits sur le sujet depuis dix ans [27], il fait le point et met en perspective les questions de preuve, d'efficacité et d'évaluation dans le champ de la promotion de la santé. Par ailleurs, les recommandations préconisent, pour favoriser le développement de l'*evidence-based health promotion*, de considérer également la littérature grise [9]. Aussi, faut-il considérer également les nombreuses expériences, produites, par exemple, dans les revues du champ. Cependant, la simple information ne suffit pas. Faut-il encore que son recours passe dans les pratiques. Pour cela, il s'agit, outre de repérer ces informations, que les acteurs de terrain y voient un intérêt et que les environnements organisationnels et professionnels dans lesquels ils travaillent les y encouragent. Par conséquent, au-delà du simple accès à l'information, il incombe de croiser de manière cohérente, à la volonté de privilégier des interventions efficaces dans la décision publique, les moyens nécessaires à cette efficacité, à travers la professionnalisation et la sécurisation des métiers de la promotion de la santé.

#### 5.4. Le développement d'évaluations intégrées

Enfin, est-il nécessaire aujourd'hui en France que se développe le corpus de connaissances dans le domaine de la promotion de la santé par la production d'évaluation rigoureuse des interventions. Trop souvent considérée comme le parent pauvre du processus d'intervention, l'évaluation est encore vécue par les acteurs de terrain comme une sanction ou un simple exercice procédurier légitimant la bonne utilisation des fonds alloués. La dimension formative et participative de l'évaluation imprègne par conséquent peu les couches professionnelles qui pourraient pourtant y voir un moyen efficace de reconnaissance de leurs pratiques. Mais quoi évaluer ? Nous l'avons vu la démonstration de l'efficacité nécessite des devis de recherche mais la démarche d'*evidence-based* a aussi besoin de retour d'expériences sur les multiples actions développées partout en France sur tous les territoires, publics, thématiques et lieux d'intervention. La réalisation d'évaluation rigoureuse de cette multitude d'interventions, à hauteur bien évidemment de l'envergure de l'action [9], conduirait à étoffer notablement le corpus d'évaluations en situation observationnelle. En ce sens, certains modèles peuvent servir de support à ces évaluations. Ainsi, par exemple, ceux s'appuyant sur la théorie d'intervention, qui permettent l'évaluation des composantes contribuant à l'efficacité des interventions. Ce sont notamment les caractéristiques et capacités de l'organisation dans laquelle s'implante l'intervention, la qualité du protocole d'intervention et celui de l'implantation, les caractéristiques et compétences des intervenants, les partenariats, le contexte environnemental, les caractéristiques de la population cible et son degré de participation à l'intervention.

Mais pour ce faire, il est évident que c'est un changement de représentation important qu'il faut opérer, passant d'une évaluation conçue comme simple outil de justification de financements à une logique collective de production de connaissances.

#### 6. Conclusion

Le développement de la démarche *evidence-based health promotion* doit articuler tous les niveaux susceptibles d'intervenir, dépassant les clivages encore très présents en France entre décideurs, acteurs de terrain et chercheurs.

Cela est confirmé par des travaux outre-Atlantique [28] qui mettent en évidence le fait que l'utilisation de connaissances et de données probantes dans la pratique peut se faire de trois manières :

- une manière passive reposant sur la dissémination des connaissances (push) – c'est sur quoi la pratique basée sur les données probantes s'est concentrée principalement jusqu'à aujourd'hui – c'est-à-dire, la communication de conseils apportés par des spécialistes ;
- une manière également unidirectionnelle de type *pull*, où la demande émane des utilisateurs (acteurs, promoteurs, intervenants) vers les chercheurs ;

- une manière active (*interaction model*) qui se concentre sur la communication chercheur/utilisateur, les barrières organisationnelles et les facilitateurs, mettant en évidence la nécessité d'une interaction suivie et d'une compréhension des besoins de l'un et l'autre.

Parce que les recommandations issues de ces travaux insistent aujourd'hui sur l'intérêt d'adopter plutôt la troisième méthode – la diffusion active –, est-il nécessaire aujourd'hui en France, de suivre cet exemple, en permettant la rencontre entre décideurs, acteurs de terrain et chercheurs. Concevoir le développement de la promotion de la santé en appuyant plus fortement l'intervention sur la recherche et concevoir la recherche en s'appuyant sur les intervenants, influencer les travaux des premiers en faveur de leur utilisation, soutenir les seconds dans leur recherche de preuve pour développer des interventions.

En conclusion, nous pensons qu'il pourrait être intéressant de développer, aussi en France, l'expérimentation de ce type de démarche en identifiant certains acteurs et en les formant de manière à jouer un tel rôle.

#### Conflit d'intérêt

Aucun.

#### Références

- [1] Cambon L. Quand la démarche qualité devient un enjeu du développement de la promotion de la santé. *Sante Publique* 2008;6(20): 513–4.
- [2] Jenicek M. Epidemiology, evidence-based medicine, and evidence-based public health. *J Epidemiol* 1997;7:187–97.
- [3] Smith BJ, Kwok CT, Nutbeam D. WHO Health promotion glossary: new terms. *Health Promot Int* 2006;21(4):340–5.
- [4] Mc Queen D. Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promot Int* 2001;16(3):261–8.
- [5] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:259–67.
- [6] Tang KC, Ehsani JP, Mc Queen DV. Evidence-based health promotion: recollections, reflections, and considerations. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:841–3.
- [7] Nutbeam D. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promot Int* 1998;13:27–44.
- [8] McQueen DV. Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures* 2000;7(1):79–98.
- [9] O'Neill M. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? *Soz Praventivmed* 2003;48(5):317–26.
- [10] Green LW, Glasgow RE, Atkins D, Stange K. Making evidence from research more relevant, useful, and actionable in policy, program planning, and practice. *Am J Prev Med* 2009;37(6S1):187–91.
- [11] Organisation mondiale de la Santé Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Résumé analytique du rapport final. Genève: Edition OMS; 2008. 40 p.
- [12] Anderson L, Brownson RC, Fullilove MT. Evidence-based public health policy and practice: promises and limits. *Am J Prev Med* 2005;28(5S): 226–30.
- [13] Alla F, Rossignol P. La méthodologie de la recherche clinique. *Rev Prat* 2008;58(13):1483–8.
- [14] Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *Education and debate. BMJ* 1996;312:1215–8.

- [15] Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J of Public Health* 2004;94(3): 400–5.
- [16] Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int* 2006;21(1): 76–83.
- [17] Roush S. Randomized controlled trials and the flow of information: comment on Cartwright. *Philos Stud* 2009;143(1):137–45.
- [18] In: Hornick RC (Ed). *Public health communication. Evidence for behavior change*. New Jersey: Lawrence Erlbaum associates; 2002, 435 p.
- [19] Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. *Eval Health Prof* 2006;29(1):126–53.
- [20] Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. *Evaluation in health promotion. European Series no. 92*. Copenhagen: WHO Regional Publications; 2001, p. 7–38.
- [21] Guichard A, Ridde V. Étude exploratoire des mécanismes de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Étude pilote dans trois régions françaises. Rapport final. Inpes université de Santé Internationale de Montréal. CHUM 2009, 48 p.
- [22] Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In: Gage NL, editor. *Handbook of research on teaching*. Chicago: Rand McNally; 1963. p. 171–246.
- [23] Glasgow RE, Klesges LM, Dziewaltowski DA, et al. The future of health behavior change research: what is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Ann Behav Med* 2004;27(1): 3–12.
- [24] Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. London: Thousand Oaks, Calif., Sage 1997.
- [25] Potvin L, Ridde V, Mantoura P. Évaluer l'équité en promotion de la santé. In: Frohlich K, De Koninck M, Bernard P, Demers L, editors. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal: Les presses de l'université de Montréal; 2008. p. 355–78.
- [26] Bunde-Birouste A, Bagnall A, Lobeck K. L'efficacité de la promotion de la santé. *Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe. Partie deux. Données probantes, UIPES*, 2006, 190 p.
- [27] McQueen DV, Jones CM, (editors). *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York: Springer Science & Business Media; 2007, 428 p.
- [28] Speller V, Wimbush E, Morgan A. Evidence-based health promotion practice: how it work. *Promot Educ* 2005;12(15):15–20.