

DEFINITIONS ET ENJEUX AUTOUR DE LA TRANSFERABILITE DES INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTE : QUELQUES ELEMENTS DE CADRAGE

Dispositif Régional de Soutien aux Politiques et aux Interventions
en Prévention et Promotion de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Juin 2018



IREPS Auvergne-Rhône-Alpes
www.ireps-ara.org

Réalisé avec le soutien financier de l'ARS
Auvergne Rhône-Alpes



DEFINITIONS ET ENJEUX AUTOUR DE LA TRANSFERABILITE DES INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTE : QUELQUES ELEMENTS DE CADRAGE

SOMMAIRE

Objectifs	p. 3
I. La transférabilité des interventions en promotion de la santé : CONTEXTE	p. 4
II. La transférabilité des interventions en promotion de la santé : DEFINITIONS	p. 7
III. Quels outils pour appuyer la transférabilité des interventions ?	p. 10
IV. L'exemple de l'accompagnement de la mise à l'échelle du programme Porte l'Apporte	p. 18
Références bibliographiques	p. 19

OBJECTIFS

Ce document de cadrage s'adresse aux **acteurs** ainsi qu'aux **décideurs** dans le champ de la promotion de la santé. Il s'agit en particulier de faciliter l'identification par les acteurs des précautions et facteurs à prendre en compte pour **l'extension ou le transfert de leurs interventions dans d'autres contextes**. Concernant les décideurs, cette synthèse vise à fournir certaines **clés de compréhension** des processus en jeu lorsque l'on souhaite étendre une intervention ou expérimentation réussie à un plus grand territoire ou à d'autres populations.

La façon dont l'intervention a été mise en œuvre et le contexte dans lequel elle l'a été doivent être pris en compte dans l'évaluation de l'efficacité d'une intervention et de sa transférabilité. Il est en effet essentiel de tenir compte des **spécificités des contextes et des adaptations nécessaires de l'intervention**, afin que celle-ci puisse rester pertinente et efficace au cours de son extension ou de son transfert.

I. La transférabilité des interventions en promotion de la santé : contexte

La transférabilité des interventions et l'utilisation de données probantes sont des sujets de plus en plus prégnants en promotion de la santé. Les acteurs en promotion de la santé se voient ainsi demander de mettre en œuvre des interventions non seulement efficaces et durables, mais aussi transférables dans d'autres contextes.

Le contexte dans lequel est mise en œuvre une intervention est cependant central dans la production des effets de celle-ci. La qualité d'une intervention en promotion de la santé est liée à son intégration au contexte et à l'implication des acteurs locaux. Au-delà de la complexité des interventions dans ce domaine, **les contextes de mise en œuvre sont eux-mêmes complexes et**

uniques (Shiell, Hawe, et Gold 2008). Si l'on ne tient pas compte de ces caractéristiques, une intervention qui s'est avérée efficace ou prometteuse dans un certain contexte n'a que peu de chances de produire les mêmes effets ailleurs. Doit-on pour autant renoncer à toute transférabilité ? **Est-il possible de transférer une intervention tout en tenant compte des contextes ?**

Ce document de cadrage synthétise certains enjeux autour de la question de la transférabilité, apporte des éléments de définition de différentes notions relatives à cette question, et présente quelques outils utiles dans cette perspective.

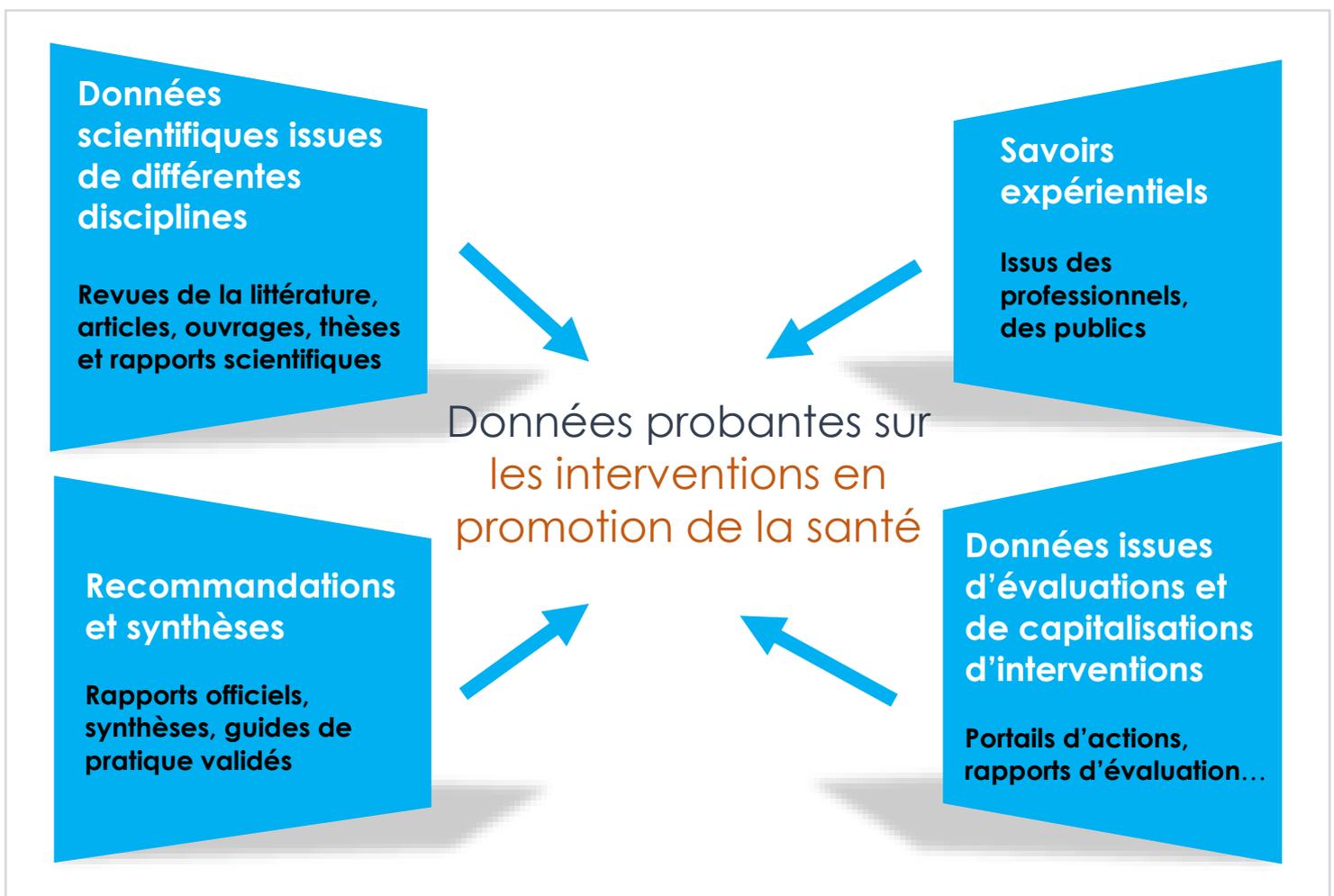
Transférer ... quoi ?

Une intervention, même si elle repose sur des données probantes et respecte certains critères de qualité, ne peut se résumer à une simple procédure technique. Au-delà de sa planification, l'intervention se matérialise à travers des processus complexes d'implantation et de mise en œuvre. Une intervention, c'est donc un ensemble d'acteurs qui agissent, se coordonnent, prennent des décisions, etc. Elle s'inscrit dans **un contexte, avec lequel elle va interagir, et qui participe en lui-même à la production des résultats de l'intervention**. On pourrait ainsi définir une intervention de santé publique comme un « événement dans un système » qui va modifier les liens entre acteurs, créer ou déplacer certaines activités, et produire des effets de renforcement et de rétroaction avec son contexte de mise en œuvre (Hawe, Shiell, et Riley 2009).

La transférabilité peut concerner différents objets. On peut par exemple souhaiter transférer une intervention dont l'évaluation a montré une efficacité, qu'elle ait été menée dans le cadre d'une recherche ou pas. On peut aussi reproduire des stratégies ou « données probantes » issues des résultats de plusieurs interventions menées dans différents contextes. Dans le champ de la promotion de la santé, qui se situe au carrefour de différents champs de recherche et de pratiques, **c'est l'association de différentes sources de données qui permet de qualifier une stratégie ou pratique de « probante »**. Ainsi, celles-ci peuvent être produites à partir d'études, de recherches et de revues de la littérature menées dans différentes disciplines (épidémiologie, sciences politiques, sociologie, psychologie, éducation etc.), mais aussi à partir d'évaluations de programmes, de manière articulée avec les expériences des acteurs (Cambon, Ridde, et Alla 2010) (voir schéma page suivante). Pour être utiles aux acteurs de la promotion de la santé, ces « données probantes » ne doivent pas se résumer à des grands principes mais donner **des pistes d'action concrètes**, faisables et acceptables pour ces acteurs et pour les publics.

Les « DONNEES PROBANTES »

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les données probantes sont des « Conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé ».
(Traduit de : OMS, 2004)



Transférer ... pourquoi ?

Il est essentiel que les interventions ou les processus dont l'évaluation a montré qu'ils ont le potentiel d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités puissent être **reproduits ou élargis**. Afin de développer une « science des solutions », il importe de pouvoir **constituer un corpus de connaissances sur les interventions efficaces et les conditions de cette efficacité, ainsi que sur leur fonctionnement, leur implémentation, et leur transférabilité** (Potvin, Di Ruggiero, et Shoveller 2013).

Toutes les interventions ne peuvent pas être évaluées de manière approfondie. Il est dès lors important qu'elles puissent se baser sur des **connaissances produites dans d'autres contextes** (Wang, Moss, et Hiller 2006).

S'appuyer sur des interventions ou des stratégies ayant fait la preuve de leur efficacité est aussi une question **d'utilisation éthique des fonds publics**.

Au-delà, cela participe de la **légitimation** du secteur de la prévention et de la promotion de la santé, qui est souvent critiquée. Les interventions qui fondent la promotion de la santé sont en effet **complexes, difficiles à évaluer** car différents déterminants sont à prendre en compte, dans la durée, et la plupart du temps très peu de moyens sont affectés à cette évaluation. Il y a donc un enjeu à pouvoir démontrer son efficacité.

Transférer... quelques enjeux clés

De nombreux auteurs ont critiqué le manque de description des interventions de promotion de la santé publiées dans la littérature (Michie et al. 2009). En effet, l'accent y est mis sur la méthode d'évaluation plutôt que sur la description des processus en jeu dans l'intervention, de la façon dont elle a été mise en œuvre et de son contexte (Rychetnik et al. 2002). Cela rend **difficile l'appréciation de l'applicabilité et de la transférabilité de l'intervention**, ainsi que les choix sur ce qui peut être reproduit et adapté lors de sa reproduction dans un nouveau contexte.

Au-delà des interventions dont les résultats sont publiés dans la littérature scientifique, **une multitude d'interventions sont menées chaque jour sur le terrain, dont certaines sont efficaces ou « prometteuses »**. Elles ne sont cependant souvent pas ou peu évaluées, et sont de plus en plus décrites et valorisées, et donc peu transférées...

Si la transférabilité est souvent considérée de manière unilatérale comme un moyen de traduire des résultats de recherche dans la pratique, **une transférabilité « à partir du terrain, basée sur des interventions non standardisées créées et mises en œuvre par des professionnels et acteurs de terrain**, peut également être envisageable (Villevet et al. 2016). Tout l'enjeu est alors de prendre en compte le caractère construit et contingent de toute connaissance produite à partir d'une intervention de santé publique, sans pour autant adopter une posture relativiste empêchant la généralisation d'apprentissages permettant d'orienter de futures actions (Potvin, Gendron, et Bilodeau 2006). Il est aussi dès lors nécessaire de **trouver des manières concrètes de généraliser certains éléments de l'intervention tout en tenant compte de la spécificité des contextes**.

La transférabilité : à consommer avec modération ?

Transférabilité, données probantes, recherche de qualité, etc... **ne doivent pas conduire à uniformiser et standardiser les pratiques sur le terrain**.

Les controverses et la sérendipité (« *don de faire des trouvailles* ») sont nécessaires en promotion de la santé comme dans d'autres domaines. Certains chercheurs ont aussi montré que la médecine « fondée sur les preuves » et son extension à d'autres domaines (notamment la promotion de la santé !) peut être analysée comme un « mouvement massif de standardisation » (Timmermans et Epstein 2010), qui tendrait à favoriser les approches centrées sur les facteurs de risque et les comportements individuels, au détriment des actions plus globales centrées sur les déterminants sociaux (Rod et Høybye 2016).

La transférabilité des interventions et des données probantes doit donc s'analyser au cas par cas. Celles-ci nous semblent davantage à envisager comme des **points de repère pour la pratique**, utiles à l'amélioration de la qualité des interventions mais qui ne doivent pas pour autant entraver la **créativité et la capacité d'innovation, de production de connaissances, et d'adaptation aux contextes des acteurs locaux**. La place des professionnels de terrain est en effet essentielle, notamment pour leur connaissance des contextes de mise en œuvre des interventions et des dynamiques d'acteurs en jeu.

II. La transférabilité des interventions en promotion de la santé : définitions

Si l'on entend actuellement beaucoup parler de la transférabilité et des notions qui lui sont associées, il est parfois difficile de se repérer dans ce domaine. Il y a donc aujourd'hui un enjeu à **définir ces différentes notions** afin de contribuer à la compréhension et à la création

d'une **culture commune** entre les différents acteurs qui entrent en jeu dans ces processus. Dans ce but, nous définirons succinctement les notions suivantes :

- *Applicabilité,*
- *Transférabilité,*
- *Mise à l'échelle,*
- *Capitalisation*
- *Transfert des connaissances.*

APPLICABILITE

Possibilité de mettre en œuvre une intervention dans un nouveau contexte (Wang, Moss, et Hiller 2006). L'applicabilité concerne le **processus** d'une intervention, et se rapproche de la notion de **faisabilité** (Wang, Moss, et Hiller 2006). L'applicabilité repose sur la disponibilité de ressources humaines et matérielles, l'expertise et la capacité de l'organisation qui va mettre en œuvre l'intervention, et l'acceptabilité sociale et politique (Buffet, Ciliska, et Thomas 2011). L'acceptabilité est une notion multidimensionnelle, relative à la mesure dans laquelle les personnes mettant en œuvre ou bénéficiant d'une intervention la considèrent comme appropriée (Sekhon, Cartwright, et Francis 2017). Elle dépend de l'adéquation entre les besoins, les demandes et les réponses proposées, mais aussi de différents facteurs comme l'éthique, la cohérence de l'intervention, son efficacité perçue, l'effort nécessaire pour participer à l'intervention mais aussi le « coût d'opportunité » (« coût » de ce qu'on ne fait pas pour participer à l'intervention), la dimension affective et l'efficacité personnelle perçue (Sekhon, Cartwright, et Francis 2017).

TRANSFERABILITE

Reproduction non seulement de la mise en œuvre d'une intervention, mais aussi de ses résultats, dans un nouveau contexte. Cette notion renvoie le plus souvent à la capacité d'une intervention menée dans un contexte de recherche à être utile dans un autre contexte, au-delà de la population d'étude (Wang, Moss, et Hiller 2006). La transférabilité

Fidélité ou adaptation ?

*Lorsque l'on reproduit une intervention dans un nouveau contexte, il existe une tension entre « **Fidélité** » à l'intervention initiale et **adaptation** au nouveau contexte. Une adaptation trop importante de l'intervention risque de modifier son essence même, tandis qu'une stricte adhérence risque de l'empêcher d'être cohérente avec les besoins au niveau local (Dusenbury et al. 2003).*

*Pour certains auteurs, **l'intervention reproduite dans un nouveau contexte devrait être fidèle à l'intervention initiale au niveau de ses processus de changement ou ses « fonctions clés », mais pas au niveau de sa forme (activité précise, outil particulier, etc.) qui doit être adaptée au contexte** (Hawe, 2015).*

des interventions pose la question de la **comparabilité entre le contexte où a été mise en œuvre l'intervention initiale et le contexte où elle sera reproduite** (Cambon et al. 2014). Il est notamment nécessaire de s'interroger sur les **différences** en termes de prévalence du problème de santé, de caractéristiques des populations (en termes socioéconomique notamment), et de contexte politique, organisationnel, de ressources humaines et matérielles ; ainsi que sur l'impact potentiel de ces différences sur l'efficacité de l'intervention reproduite (Wang, Moss, et Hiller 2006). La transférabilité implique également un travail de description fine de l'intervention initiale, afin de tenter de distinguer les **éléments potentiellement transférables pouvant être traduits de manières différentes selon les contextes (« fonctions clés »)** (Hawe et al.2009).

MISE A L'ECHELLE (« *scaling-up* »)

La mise à l'échelle est une forme particulière de transférabilité qui vise à reproduire les résultats d'une intervention mais à une échelle plus large. Il s'agit ainsi **d'améliorer l'impact d'une intervention efficace afin qu'elle atteigne une plus grande proportion de la population cible et se développe de manière durable** (Milat et al. 2016). Cette notion renvoie à la fois à la capacité d'une intervention efficace à être étendue à une plus grande partie de la population (« *scalability* »), et aux efforts produits dans ce but (« *scaling up* ») (Milat et al. 2016). Les facteurs clés pour la mise à l'échelle d'une intervention sont notamment le leadership et la gouvernance, l'engagement actif des différents acteurs de la mise en œuvre et des publics ciblés, l'adaptation au contexte local, la volonté politique et le plaidoyer, l'utilisation de données probantes, ainsi que le suivi et l'évaluation en lien avec la décision tout au long du processus d'ajustement et de mise à l'échelle (Milat, Bauman, et Redman 2015).

CAPITALISATION

« **Passage de l'expérience à la connaissance partageable** » (de Zutter 1994). Le processus de capitalisation d'une intervention doit permettre d'aider à ce qu'une expérience débouche en connaissances, en l'élaborant et la formulant « pour qu'elle devienne un capital au service de tous, pour qu'elle puisse être partagée et enrichir théorie et pratique » (de Zutter, 1994). Bien qu'il n'existe pas de méthode précise et universelle, on peut considérer que le processus de capitalisation se découpe en trois phases :

1. Le **recueil des informations**
2. La **révision et l'élaboration** (sous une forme utile et accessible aux autres, processus de réflexion qui enrichit en lui-même l'interprétation)
3. Le **partage**, qui doit permettre à d'autres acteurs de le réinvestir tout en l'adaptant (de Zutter 1994).

TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Différentes notions (**application des connaissances, traduction des connaissances, échange de connaissances**, etc.) sont utilisées en lien avec le transfert de connaissances, parfois de manière interchangeable, parfois avec des nuances (Graham et al. 2006). Ces notions renvoient à un « **processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances**, [qui] s'insère dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances » (Instituts de recherche en santé du Canada 2016).

La notion d'« **échange de connaissances** » est intéressante car elle renvoie explicitement à un double mouvement de l'action vers la recherche et de la recherche vers l'action. Au-delà d'une facilitation des rapports entre acteurs et chercheurs, l'échange de connaissances implique que ces acteurs soient **engagés**

ensemble dans un processus partenarial où les mêmes parties prenantes sont en présence de la construction des questions de recherche à l'utilisation concrète des connaissances (Graham et al. 2006).

Pour faciliter ce transfert de connaissances, des pratiques de médiation ou « courtage en connaissances » se développent. Elles consistent en la réalisation des multiples traductions nécessaires à la mise en relation des chercheurs, des acteurs de terrain et des décideurs, ainsi qu'à l'utilisation des données probantes dans les interventions. Bien qu'elles y soient liées, ce sont donc des notions plus larges que celle de transférabilité ou de mise à l'échelle d'une intervention.

Résumé des définitions	
APPLICABILITE	Possibilité de mettre en œuvre une intervention dans un nouveau contexte.
TRANSFERABILITE	Reproduction non seulement de la mise en œuvre d'une intervention, mais aussi de ses résultats, dans un nouveau contexte.
MISE A L'ECHELLE	Reproduction des résultats d'une intervention à une échelle plus large afin qu'elle atteigne une plus grande proportion de la population cible et se développe de manière durable.
CAPITALISATION	Passage de l'expérience à la connaissance partageable
TRANSFERT DE CONNAISSANCES	Processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances, [qui] s'insère dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances

III. Quels outils pour appuyer la transférabilité des interventions ?

Les guides de « reporting »

Depuis quelques années, de nombreux guides de « reporting » ont été développés pour **améliorer la description des interventions** publiées dans la littérature et **faciliter l'utilisation des résultats produits** par les décideurs et acteurs de santé publique.

On peut notamment citer les guides :

- TIDieR (« *Template for intervention description and replication* ») (Hoffmann et al. 2014) ;
- CReDECLI 2 (« *Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Intervention* ») (Möhler, Köpke, et Meyer 2015) ;
- TREND (« *Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs* ») (Des Jarlais, Lyles, et Crepaz 2004).

Faisant le constat que l'utilisation d'un ensemble de termes hétérogènes avait pu nuire à la compréhension et au développement de l'utilisation des données probantes en santé, un **cadre de description « simplifié »** a récemment été créé (« *AMID framework* ») (Bragge et al. 2017). Il repose sur **quatre catégories** de description d'une intervention, que l'on retrouve dans l'ensemble des guides cités plus haut : **ses objectifs, ses ingrédients, ses mécanismes, et sa réalisation** (Bragge et al. 2017).

Les outils visant à accompagner le transfert des interventions

Si ces guides peuvent favoriser la reproductibilité des interventions en améliorant leur description, ils ne permettent pas toujours de soutenir et d'accompagner les processus de transférabilité et les prises de décision qui y sont liées. De plus, ils sont davantage utilisés par les chercheurs et peu accessibles aux professionnels de terrain. **Certains outils ont été spécifiquement développés pour anticiper, réfléchir, soutenir et accompagner la transférabilité des interventions, de manière adaptée à une utilisation par les acteurs de terrain.**

De manière non exhaustive, cinq outils ou démarches sont présentées ici de manière synthétique :

- **ASTAIRE, Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE** (Cambon et al., 2014)
- **Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes** (Buffet et al., 2011)
- **Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé** (Murphy, 2011)
- **Guide de « mise à l'échelle » pour augmenter l'ampleur des interventions en santé des populations** (Milat et al., 2014)
- **Démarche de description « fonction clé / implémentation / contexte » (FIC)** (Villeval et al. 2016)

OUTIL 1

ASTAIRE

Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santÉ

Linda Cambon, Laëtitia Minary, Valery Ridde, et François Alla

POUR QUI ?	Chercheurs et acteurs de terrain qui mettent en place une expérimentation, ou souhaitent implanter une intervention dans un contexte différent de celui dans lequel elle a été expérimentée.
QUOI ?	<ul style="list-style-type: none">• Astaire a été construit à partir d'une revue de la littérature et d'un processus de consultations d'expert, de chercheurs et d'acteurs de la promotion de la santé, et de validation progressive sur le terrain auprès de chefs de projet en promotion de la santé.• Il est composé de 2 grilles : la première contient 18 critères et la seconde 23.• L'ensemble de ces critères peut être classé en 4 catégories : description de la population, environnement, conditions de mise en œuvre et accompagnement au transfert. Pour la plupart de ces critères, des exemples sont donnés afin de faciliter la réflexion.
QUAND ?	Astaire peut être utilisé à différents temps de l'intervention : <ul style="list-style-type: none">• Au moment de la planification d'une intervention « mère » (grille 1). Une intervention mère est définie dans le document comme une « intervention réalisée pour la première fois dans un contexte expérimental (de recherche) ou d'innovation (réalisée pour la première fois par des acteurs avec un dispositif d'évaluation) » ;• Lorsque l'on souhaite transférer une intervention expérimentée ailleurs dans son propre contexte (grille 2). Il s'agit alors d'une intervention « fille », c'est-à-dire une « intervention qui est le fruit d'un transfert d'une intervention déjà expérimentée/implantée dans un autre contexte » ;• Après la mise en œuvre de l'intervention « fille » (grille 2)
POUR QUOI ?	Astaire est à la fois un outil d'analyse de la transférabilité des interventions et d'accompagnement au transfert. Il vise plusieurs objectifs : <ul style="list-style-type: none">• La grille 1 vise à contribuer à la construction d'une intervention mère pour augmenter son potentiel de transférabilité par la prise en compte dès sa conception et lors de son évaluation, des éléments influençant sa transférabilité.• La grille 2 vise à contribuer à la décision d'acteurs souhaitant implanter une intervention mère expérimentée ailleurs dans leur contexte d'exercice tout en l'adaptant, et d'évaluer <i>a posteriori</i> ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention mère et l'intervention fille.
COMMENT ?	Il s'agit d'un outil d'aide à la décision non-normatif. La décision sur la transférabilité de l'intervention ne doit pas découler du nombre de cases cochées, mais d'un jugement, réalisé dans l'idéal de manière collective.
Liens et ressources	<ul style="list-style-type: none">• Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. (2014). ASTAIRE (Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé). V2-2014. https://www.researchgate.net/publication/275769278_ASTAIRE_outil_d%27analyse_de_la_transferabilite_et_d%27accompagnement_a_l%27adaptation_des_interventions_de_promotion_de_la_sante• Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. (2014). « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE ». <i>Santé Publique</i> 26(6): 783-86. https://DOI.10.3917/spub.146.0783• Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. (2013). « A tool to analyze the transferability of health promotion interventions ». <i>BMC public health</i> 13(1): 1184. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1184

OUTIL 2

Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes

Cathy Buffet, Donna Ciliska, et Helen Thomas

Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, Ontario, Canada

POUR QUI ? Gestionnaires et planificateurs en santé publique

QUOI ? L'outil a été mis au point en synthétisant les données de la littérature sur la synthèse, le transfert et l'échange des connaissances, et pertinentes à l'applicabilité et à la transférabilité. Il est constitué de 2 parties indépendantes :

- Version A : Quand on envisage de lancer un programme.
- Version B : Quand on envisage de cesser un programme existant (cette version vise à aider les gestionnaires et les planificateurs en santé publique à mettre fin à un programme lorsque les données probantes indiquent que ce programme ou cette intervention pourrait ne pas être efficace).

La version A de l'outil est composée de deux sections (une consacrée à l'applicabilité, et une à la transférabilité) et détaille dans chaque section certaines « choses à considérer » (pour l'acceptabilité : acceptabilité ou influence politique / acceptabilité sociale / Ressources essentielles disponibles / Expertise et capacité de l'organisation ; et pour la transférabilité : Ampleur du problème de santé dans le contexte local / Ampleur de la portée et rentabilité de l'intervention / Caractéristiques de la population cible). Pour chacun de ces critères, plusieurs « questions à se poser » sont définies.

QUAND ? L'outil s'utilise à l'étape de planification d'une intervention. S'inscrivant dans une démarche de santé publique fondée sur des données probantes, il est utilisé après les premières étapes de définition d'une question ou d'un enjeu, de recherche de données probantes concernant la question, et de la formulation d'une ou plusieurs recommandations à partir de la réalisation d'une synthèse de ces données probantes.

POUR QUOI ? L'outil (Version A) vise à répondre à la question : « *Est-ce que ça fonctionnera ici ?* ». Il fournit un cadre de référence pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes aux pratiques et aux politiques en santé publique.

COMMENT ? L'utilisation de l'outil doit reposer sur un groupe d'acteurs issus de plusieurs secteurs et disciplines, coordonné par un facilitateur. Plusieurs étapes initiales sont nécessaires : choix des parties prenantes qui interviendront dans l'ensemble des étapes suivantes / orientation des membres du groupe vers le processus et établir un calendrier / choix des critères d'évaluation à partir de l'intervention en question et du contexte local / choisir la manière dont sera réalisé la quotation à partir des critères de l'outil (ex. recherche ou non de consensus pour chaque critère ou addition des notations de chaque membre du groupe, importance plus grande de certains critères et si oui quelle pondération, etc.) / Documentation du processus suivi. Il s'agit ensuite de s'interroger de manière collective sur chaque critère d'applicabilité et de transférabilité à partir des questions proposées.

Liens et ressources

- Buffet C, Ciliska D, Thomas H. (2011). Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (Version A : Quand on envisage de lancer un nouveau programme.). Hamilton, Ontario, Canada : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. <http://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/9352a1262e7b5d0e6dddefcd1ad5757d37872d66.pdf>
- Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (2009). Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (A&T Tool). Hamilton, ON : Université McMaster (mise à jour 03 Octobre 2017) - <http://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/24>.
- - Webinaire du CCNMO « Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (outil A et T). Présenté par Bale S, Ciliska D, Dowall-Smith S, et Hood M ; le 9 décembre 2015. Enregistrement et diapositives accessibles depuis : <http://www.nccmt.ca/fr/developpement-des-capacites/webinaires/webinaires-precedents>

OUTIL 3

Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé (*"Is this Evidence Useful to Me? Assessing the Applicability and Transferability of Evidence in CRICH Knowledge Translation Toolkit"*)

Kelly Murphy Centre for Research on Inner City Health, Toronto, Ontario, Canada

POUR QUI ?	Porteurs de programme prenant en compte l'équité en santé.
QUOI ?	Cet outil est une adaptation de l' « Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes » (voir fiche précédente). Il consiste en une « liste de contrôle » en 12 critères (3 critères d'acceptabilité, 2 critères de faisabilité, 1 critère de généralisabilité et 3 critères de « transférabilité et adaptation ». Pour chaque critère, plusieurs questions à se poser sont définies et des ressources et conseils sont donnés pour aider les acteurs à répondre à ces différentes questions de manière collective. <i>Outil en anglais</i>
QUAND ?	L'outil s'utilise au moment de la planification d'une intervention, après avoir recherché, recueilli et évalué la qualité des données probantes pertinentes pour l'intervention que l'on souhaite planifier.
POUR QUOI ?	Il vise à apporter un processus défini et des critères permettant d'apprécier la possibilité d'utiliser les données probantes. Par rapport à l' « Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes », des critères sont ajoutés permettant de prendre en compte l'équité en matière de santé au niveau des critères d'acceptabilité et de transférabilité. Ainsi, il permet d'évaluer l'applicabilité et la transférabilité des interventions du point de vue de l'équité.
COMMENT ?	L'utilisation de l'outil nécessite la réalisation des mêmes étapes que l' « Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes ». Il s'agit ensuite de s'interroger de manière collective sur chaque critère d'applicabilité et de transférabilité à partir des questions définies et des ressources proposées.
Liens et ressources	<ul style="list-style-type: none">• Murphy K. (2011). Is this Evidence Useful to Me? Assessing the Applicability and Transferability of Evidence in CRICH Knowledge Translation Toolkit. Toronto, Ontario, Canada: Centre for Research on Inner City Health. http://www.stmichaelshospital.com/crich/wp-content/uploads/2012/11/useful-evidence.pdf• Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (2015). Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé. Hamilton, ON : Université McMaster (mise à jour 05 Septembre 2017) - http://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/227

OUTIL 4

Guide de « mise à l'échelle » pour augmenter l'ampleur des interventions en santé des populations (*"Increasing the scale of population health interventions: A Guide"*)

Andrew J. Milat, Robyn Newson, et Lesley King
Centre for Epidemiology and Evidence, Australie

POUR QUI ?	<ul style="list-style-type: none">• Décideurs des politiques de santé, praticiens de la santé et autres personnes en charge de la mise à l'échelle d'interventions en santé des populations• Chercheurs qui mettent en place des expérimentations ou participent à l'évaluation et au suivi d'une intervention mise à l'échelle.
QUOI ?	<p>Le guide a été développé à partir d'une revue des méthodes et modèles de mise à l'échelle, et d'un Delphi en deux tours avec des décideurs, acteurs de terrain et chercheurs engagés dans des processus de mise à l'échelle.</p> <p>Il est divisé en 4 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Appréciation de la possibilité de mise à l'échelle• Développement du plan de mise à l'échelle• Préparation pour la mise à l'échelle• Mise à l'échelle <p>Pour chacune de ces étapes, des actions précises à mener sont définies et une description de ces actions est fournie.</p> <p><i>Outil en anglais</i></p>
QUAND ?	<p>Le guide a été construit pour pouvoir être utilisé dès la planification de la mise à l'échelle, mais il peut aussi être utilisé à partir de l'étape deux par les acteurs déjà engagés dans un processus de mise à l'échelle, afin de permettre d'analyser ou de revoir le processus.</p>
POUR QUOI ?	<p>Pour les décideurs et acteurs de terrain souhaitant mettre à l'échelle une intervention, le guide permet d'appuyer la décision en aidant les acteurs à faire des choix méthodologiques et pratiques appropriés, en trouvant un équilibre entre ce qui est désirable et ce qui est faisable.</p> <p>Pour les chercheurs, le guide peut être utilisé au moment de la planification d'une recherche afin que la mise à l'échelle future soit anticipée ; pour permettre à ces acteurs de présenter leurs résultats d'une manière utile pour les acteurs qui réaliseront la mise à l'échelle ; ou encore pour identifier des opportunités de partenariat dans le cadre d'évaluation ou de suivi de mise à l'échelle d'interventions.</p>
COMMENT ?	<p>Il ne s'agit pas d'un guide prescriptif. Pour chaque action décrite, les décisions sont prises de manière collective en groupe de travail. Ces décisions seront parfois difficiles à trancher et nécessiteront un jugement réalisé collectivement.</p> <p>L'étape 1 permet d'apprécier la mise à l'échelle et conditionne la réalisation des autres étapes, mais bien que les étapes soient détaillées de manière linéaire, des allers-retours entre les étapes peuvent être nécessaires.</p>
Liens et ressources	<ul style="list-style-type: none">• Centre for Epidemiology and Evidence. Milat AJ, Newson R, and King L. (2014). Increasing the scale of population health interventions: A guide. Evidence and Evaluation Guidance Series, Population and Public Health Division. Sydney: NSW Ministry of Health. http://www.health.nsw.gov.au/research/Publications/scalability-guide.pdf• Milat A, Newson R, King L, Rissel C, Wolfenden L, Bauman A, Redman S, and Giffin M. (2016). « A guide to scaling up population health interventions ». <i>Public Health Research & Practice</i>. 26(1). https://doi.org/10.17061/phrp2611604.

OUTIL 5

L'approche « Fonction clé / intervention / contexte » (FIC)

Mélanie Villeval, Adrian Fianu, et Thierry Lang, dans le cadre de la Plateforme AAPRISS

POUR QUI ?	Porteurs de projet et chercheurs en prévention et promotion de la santé
QUOI ?	<p>L'approche FIC a été développée à partir d'un travail de co-construction entre chercheurs et porteurs de projet, utilisé dans différents cadres, puis affiné. Elle s'inscrit dans une démarche visant à décrire une intervention en 6 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none">• les objectifs de l'intervention• les déterminants du problème de santé• les déterminants ciblés par l'intervention parmi les déterminants du problème• les éléments de contexte en lien avec l'intervention• les fonctions clés de l'intervention. Il s'agit des processus pour atteindre les objectifs de l'intervention, pouvant être communs à différents contextes de mise en œuvre• la forme (théorique) de l'intervention, c'est-à-dire la traduction de ces fonctions clés en activités prévues, différentes selon les contextes <p>La description du contexte, de la forme et des fonctions clés de l'intervention peut être représentée sous forme d'un schéma. En fonction du temps et des ressources, une 7^{ème} étape peut être ajoutée afin de construire une « chaîne des effets attendus » de l'intervention à partir des fonctions clés préalablement décrites.</p>
QUAND ?	<p>L'outil peut être utilisé de manière préalable au transfert ou à la mise à l'échelle d'une intervention efficace ou prometteuse Il peut également être utilisé de manière concomitante à la mise en œuvre dans une perspective d'analyse et de réflexivité en lien avec la prise en compte des inégalités sociales de santé. Enfin, l'outil peut également être utilisé de manière rétrospective, après le transfert d'une intervention</p>
POUR QUOI ?	<p>L'outil vise à structurer la description d'une intervention en explicitant ses fonctions clés, la forme sous laquelle ces fonctions clés se traduisent selon les contextes, et les différents niveaux de contexte avec lesquels elle interagit. L'objectif est de décrire l'intervention de manière structurée afin de mieux comprendre les éléments de son succès et de faciliter les choix sur les adaptations à réaliser. Il peut aussi être un préalable à l'évaluation (en particulier en termes d'impact sur les inégalités sociales de santé) et au transfert ou à la mise à l'échelle d'une intervention. Utilisé de manière rétrospective, il a alors pour objectif de mieux comprendre les résultats du transfert.</p>
COMMENT ?	<p>La démarche FIC n'est pas un outil normatif mais un cadre qui permet un dialogue entre les différentes parties prenantes en lien avec l'intervention afin de coconstruire une représentation commune de l'intervention. La démarche peut être adaptée en fonction des contextes et des besoins des différents utilisateurs, et continue à se développer.</p>
Liens et ressources	<ul style="list-style-type: none">• La description des étapes de la démarche FIC est en cours de publication• Fianu A, Villeval M, Naty N, Favier F, et Lang T. (2017). « Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète ». <i>Santé Publique</i> 29(4): 525-34. https://doi.org/10.3917/spub.174.0525• Villeval M, Bidault E, Shoveller J, Alias F, Basson JC, Frasse C, et al. (2016). « Enabling the Transferability of Complex Interventions: Exploring the Combination of an Intervention's Key Functions and Implementation ». <i>International Journal of Public Health</i> 61(9): 1031-38. https://doi.org/1031-38.10.1007/s00038-016-0809-9

Résumé des outils et de leurs principaux objectifs

1	Grilles ASTAIRE	L Cambon et al. 2014	<p>Astaire est à la fois un outil d'analyse de la transférabilité des interventions et d'accompagnement au transfert. Constitué de deux grilles, il vise plusieurs objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La grille 1 vise à contribuer à la construction d'une intervention mère pour augmenter son potentiel de transférabilité par la prise en compte dès sa conception et lors de son évaluation, des éléments influençant sa transférabilité. • La grille 2 vise à contribuer à la décision d'acteurs souhaitant implanter une intervention mère expérimentée ailleurs dans leur contexte d'exercice tout en l'adaptant, et d'évaluer a posteriori ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention mère et l'intervention fille.
2	Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (version A)	C Buffet 2011	<p>L'outil fournit ainsi un cadre de référence pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes aux pratiques et aux politiques en santé publique. Il s'agit d'un ensemble de critères et de « questions à se poser », visant à répondre à la question globale : « Est-ce que ça fonctionnera ici ? ».</p>
3	Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé	K Murphy 2011	<p>L'outil vise à apporter un processus défini et des critères permettant d'apprécier la possibilité d'utiliser les données probantes. Par rapport à l'« Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes », des critères sont ajoutés permettant de prendre en compte l'équité en matière de santé au niveau des critères d'acceptabilité et de transférabilité. Ainsi, il permet d'évaluer l'applicabilité et la transférabilité des interventions du point de vue de l'équité.</p>
4	Guide de « mise à l'échelle »	AJ Milat et al. 2014	<p>Pour les décideurs et acteurs de terrain souhaitant mettre à l'échelle une intervention, le guide permet d'appuyer la décision en aidant les acteurs à faire des choix méthodologiques et pratiques appropriés, en trouvant un équilibre entre ce qui est désirable et ce qui est faisable.</p> <p>Pour les chercheurs, le guide peut être utilisé au moment de la planification d'une recherche afin que la mise à l'échelle future soit anticipée ; pour permettre à ces acteurs de présenter leurs résultats d'une manière utile pour les acteurs qui réaliseront la mise à l'échelle ; ou encore pour identifier des opportunités de partenariat dans le cadre d'évaluation ou de suivi de mise à l'échelle d'interventions.</p>
5	Approche « FIC »	M Villeval et al. 2016	<p>L'outil vise à structurer la description d'une intervention en explicitant notamment ses fonctions clés, la forme sous laquelle ces fonctions clés se traduisent selon les contextes, et les différents niveaux de contexte avec lesquels elle interagit. L'objectif est de mieux comprendre les éléments de son succès et de faciliter les choix sur les adaptations à réaliser. Il peut aussi être un préalable à l'évaluation (en particulier en termes d'impact sur les inégalités sociales de santé) et au transfert ou à la mise à l'échelle d'une intervention. Utilisé de manière rétrospective, il a alors pour objectif de mieux comprendre les résultats du transfert.</p>

En résumé...

Ce bref descriptif de cinq outils en lien avec la transférabilité des interventions permet d'entrevoir la diversité et la complémentarité des approches proposées. Il est intéressant de noter qu'ils visent tous, *via* des questionnements et approches différentes, à **encourager la recherche d'un juste équilibre entre fidélité aux données probantes et interventions initiales, et adaptabilité aux acteurs et aux contextes locaux.**

Au-delà de leurs différences en termes d'objectifs et d'utilisation, l'ensemble des créateurs de ces outils précisent qu'ils constituent des **démarches d'aide et de soutien à la décision**. Ils ne sont pas prescriptifs et **ne permettent pas d'apporter une réponse « toute faite »** à la question de la transférabilité d'une intervention, mais favorisent et participent à l'objectivation des décisions et à la recherche de consensus entre parties prenantes. Seuls les échanges entre ces parties-prenantes peuvent permettre de formuler un jugement et de décider ce qui est transférable ou non. De plus, ces outils et démarches sont eux-mêmes adaptables au niveau de leur utilisation (certains critères proposés ne seront pas pertinents dans certains cas, ou auront une importance plus ou moins grande, par exemple). Ils peuvent en outre être utilisés de manière complémentaire, comme dans l'exemple suivant. Par ailleurs, leur utilisation peut être complexe et nécessiter un soutien et un accompagnement de la part de professionnels formés.

IV. L'exemple de l'accompagnement de la mise à l'échelle du programme « Porte t'Apporte »

Dans le cadre de la prévention des conduites suicidaires chez les étudiants vivant en résidence, des consultations de psychologues en soirée au sein des résidences (les « Happs Hours ») sont mises en place par l'association Apsytude depuis plusieurs années. Elles existent aujourd'hui au sein de 58 résidences dans 26 villes.

De manière complémentaire et cohérente avec ce dispositif, le programme « Porte t'Apporte » (PTP) a été mis en place par Apsytude dans des résidences étudiantes de Lyon en 2015-2016. En complément des Happs hours, il consiste en différentes actions visant la **prévention de la dépression et du suicide chez les étudiants vivant dans ces résidences**. Parmi les actions menées, des étudiants en psychologie vont à la rencontre des résidents pour parler de dépression et de suicide et les orienter vers une psychologue si besoin (ces interventions sont complétées par la remise d'un kit de prévention). De plus, un site internet mettant à disposition des articles sur le mal-être, les difficultés de la vie étudiante et leurs solutions pour les étudiants et les professionnels, est proposé.

Cette première expérimentation du programme PTP a fait l'objet d'une **évaluation quantitative** en lien avec un laboratoire de recherche, montrant **l'efficacité du projet** à partir de différents critères. Suite à ces résultats, il a été mis en œuvre dans plusieurs résidences étudiantes à St Etienne en 2016-2017 et 2017-2018. Les porteuses de projet ainsi que l'ARS souhaitent aujourd'hui **augmenter l'impact populationnel du programme en le « mettant à l'échelle » au niveau régional**. L'objectif est de conserver l'efficacité de l'intervention PTP initiale tout en l'étendant de manière plus large sur le territoire, et en en assurant la pérennité et la faisabilité financière. L'enjeu est aussi de trouver un équilibre satisfaisant entre « fidélité » à l'intervention PTP, et « réinvention/adaptation » des nouvelles interventions qui seront mises en œuvre, tout en en maîtrisant les coûts.

L'accompagnement par l'IREPS doit permettre **de favoriser la qualité du processus de mise à l'échelle mais aussi de capitaliser à partir de cette démarche**. A travers cet accompagnement, il s'agit aussi d'améliorer la prise en compte dans le projet « Porte t'apporte » des principes de promotion de la santé tels que l'action sur les environnements, la dimension collective et de renforcement du lien social, la pérennisation/durabilité de l'action, et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le tableau suivant résume les étapes du travail d'accompagnement du processus de mise à l'échelle du programme PTP et les outils mobilisés.

OUTILS MOBILISES	OBJECTIFS	RESULTATS	TEMPORALITE
ASTAIRE (Cambon et al. 2014)	<p>L'utilisation de la grille ASTAIRE a constitué une première étape de travail visant à décrire précisément le contexte de l'intervention PTP initiale en vue de son futur transfert.</p>	<p>Cette analyse a été réalisée avant la mise en œuvre du programme PTP dans des résidences étudiantes stéphanoises en 2016-2017. Elle a notamment permis de mettre en lumière la nécessité d'adapter certains éléments tels que la communication, le questionnaire de la première intervention et les plannings pour tenir compte des trajets des intervenants entre Lyon et St-Etienne. (Voir document d'analyse réalisé par Apsytude)</p>	<p>2015</p>
Guide de « mise à l'échelle » (Milat et al. 2014)	<p>Dans un deuxième temps, l'outil de mise à l'échelle doit fournir des points de repère pour l'appréciation, la préparation, et la réalisation du processus de mise à l'échelle de PTP.</p>	<p>Le guide est actuellement en cours d'utilisation. L'étape 1 d'« appréciation de la mise à l'échelle » a été complétée, montrant la pertinence et l'intérêt de la mise à l'échelle de PTP.</p> <p>L'étape 2 de « développement d'un plan de mise à l'échelle » est actuellement en cours.</p> <p>L'analyse a montré qu'il est nécessaire de mener une étude qualitative complémentaire permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mieux comprendre certaines fonctions clés décrites dans le schéma FIC, • creuser l'analyse des contextes initiaux, notamment au regard des partenariats engagés, • explorer certaines hypothèses formulées quant aux possibilités d'adaptation des fonctions clés de PTP en vue d'améliorer sa pérennité. 	<p><i>Etape 1 à étape 3 : Décembre 2017 à janvier 2019</i></p> <p><i>Etape 4 : 2019-2020</i></p>
Outil FIC (Villeval et al. 2016)	<p>Dans le cadre de la description de l'intervention (<i>étape 2.2</i> du Guide de mise à l'échelle), l'outil FIC a été utilisé pour favoriser la réflexion sur les adaptations de l'intervention possibles dans le cadre de la mise à l'échelle</p>	<p>Au cours de trois réunions de travail et deux échanges écrits entre les porteuses de projet et les chargées de projet de l'IREPS, une description 'FIC' de description de l'intervention PTP a été réalisée puis validée.</p>	<p><i>Décembre 2017 à avril 2018</i></p>

Références bibliographiques

- Bragge P, Grimshaw JM, Lokker C, et al. 2017. « AIMD - a validated, simplified framework of interventions to promote and integrate evidence into health practices, systems, and policies ». *BMC Medical Research Methodology* 17: 38.
- Buffet C, Ciliska D, Thomas H. 2011. « Les choses ont fonctionné dans ce cas-là. Fonctionneront-elles dans ce cas-ci ? Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (A : Quand envisager de démarrer un programme?) ». Hamilton, ON, Canada: Centre de collaboration nationale des méthodes et outils.
- Cambon L, Ridde V, et Alla F. 2010. « Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 58(4):277-83.
- Cambon L, Minary L, Ridde V, et al. 2014. « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE ». *Santé Publique* 26 (6): 783-86.
- Des Jarlais DC, Lyles C, et Crepez N. 2004. « Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement ». *American Journal of Public Health* 94 (3): 361-66.
- Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, et al. 2003. « A Review of Research on Fidelity of Implementation: Implications for Drug Abuse Prevention in School Settings ». *Health Education Research*.18(2):237-56.
- Graham ID, Logan J, Margaret B. et al. 2006. « Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? » *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26 (1): 13- 24.
- Hawe P, Shiell A, et Riley T. 2009. « Theorising Interventions as events in systems ». *American Journal of Community Psychology* 43:267-76.
- Hawe P. 2015. « Lessons from Complex Interventions to Improve Health ». *Annual Review of Public Health* 36(1): 307-23.
- Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. 2014. « Better Reporting of Interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) Checklist and Guide ». *The BMJ* 348: g1687.
- Instituts de recherche en santé du Canada. 2016. « À propos de l'application des connaissances aux IRSC - IRSC ». [Internet] < <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html> >. Consulté le 27 06 2018.
- Michie S, Fixsen D, Grimshaw JM, et al. 2009. « Specifying and Reporting Complex Behaviour Change Interventions: The Need for a Scientific Method ». *Implementation Science* 4 (40).
- Milat AJ, Bauman A, et Redman S. 2015. « Narrative Review of Models and Success Factors for Scaling up Public Health Interventions ». *Implementation Science* 10:113.
- Milat AJ, Newson R, King L, et al. 2016. « A guide to scaling up population health interventions ». *Public Health Research & Practice* 26(1):e2611604.
- Möhler R, Köpke S, et Meyer G. 2015. « Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2) ». *Trials* 16:204.
- Munerol L, Cambon L, Alla F. 2013. « Le courtage en connaissances, définitions et mise en œuvre : une revue de la littérature. » *Santé publique* 25(5): 587-597.
- Potvin, Louise, Sylvie Gendron, et Angèle Bilodeau. 2006. « Trois postures ontologiques concernant la nature des programmes en santé ». Montréal : Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé.
- Potvin L, Di Ruggiero E, et Shoveller JA. 2013. « Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations ». *La Santé en Action*, n° 425: 13- 15.
- Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, et al. 2002. « Criteria for Evaluating Evidence on Public Health Interventions ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(2): 119-27.
- Sekhon M, Cartwright M, et Francis JJ. 2017. « Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework ». *BMC Health Services Research* 17(1):88.
- Shiell A, Hawe P, et Gold L. 2008. « Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation ». *BMJ : British Medical Journal* 336(7656):1281-83.
- Villeval M, Bidault E, Shoveller JA, et al. 2016. « Enabling the Transferability of Complex Interventions: Exploring the Combination of an Intervention's Key Functions and Implementation ». *International Journal of Public Health* 61(9): 1031-38.
- Wang S, Moss JR, et Hiller JE. 2006. « Applicability and Transferability of Interventions in Evidence-Based Public Health ». *Health Promotion International* 21(1):76-83.
- de Zutter, Pierre. 1994. *Des histoires, des savoirs, des hommes : l'expérience est un capital*. Paris: Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer.