

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION



Miser sur des interventions
efficaces pour améliorer
la prévention

Juillet 2025 / Numéro 470

Santé
publique
France

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



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

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

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

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

La Santé en Action :

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

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

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

Directeur de la publication :
Yann Le Strat

RÉDACTION

Rédactrice en chef :

Nathalie Quéruel

COMITÉ DE RÉDACTION

Erwan Autès-Tréand (ARS Nouvelle-Aquitaine),
Éric Breton (EHESP), **Isabelle Clavagnier**
(ministère de l'Éducation nationale), **Jean-
Claude Desenclos** (Santé publique France),
Caroline Douay (Observatoire du Samusocial
de Paris), **Maud Gorza** (Santé publique
France), **Frédérique Dorléans** (Organisation
panaméricaine de la santé), **Alissia Gouju**
(Promotion Santé Grand Est), **Emmanuelle
Hamel** (Santé publique France), **Valérie Henry**
(Santé publique France), **Arielle Le Masne**
(Santé publique France), **Magali Mazuy**
(Ined), **Maria Melchior** (Inserm), **Gwenn
Menvielle** (Inserm), **Stéphanie Monnier
Besnard** (Santé publique France), **Frédéric
Pomykala** (Mutualité sociale agricole),
Stéphanie Rivière (Santé publique France),
Roberge Marie-Claude (INSPQ), **Jalpa Shah**
(Santé publique France), **Justine Trompette**
(Santé publique France).

PHOTOS :

Photo de couverture et sommaire p. 3 :
© Meyer/Tendance Floue.

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Christelle Lernet (01 71 80 16 40)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2025

Tirage : 7 000 exemplaires

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

MISER SUR DES INTERVENTIONS EFFICACES POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION

Dossier coordonné par
Laetitia Gouffé-Benadiba,
chargée d'études scientifiques en santé
publique,

Pierre Arwidson,
directeur adjoint,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,

Valérie Henry,
chargée de projets et d'expertises
scientifiques en santé publique,
Direction des régions,
Santé publique France,

Benjamin Leroux,
responsable du Centre de ressources
et de preuves,

Claire de Rocquigny,
chargée de mission Évaluation impact,
Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie (CNSA),

Nelly Guisse,
directrice déléguée et responsable
de projets,
Agence nouvelle des solidarités
actives (Ansa).

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

4 _ Laetitia Gouffé-Benadiba,
Pierre Arwidson, Valérie Henry

ÉVALUER L'EFFICACITÉ DES ACTIONS

Médiation en santé à Marseille : enjeux de l'évaluation vs par les différents acteurs

5 _ Eva Legendre, Stanislas Rebaudet,
Florian Franke

« Il s'agit aussi d'apporter un plaidoyer aux décideurs »

6 _ Entretien avec Éléna Nerrière

« Le recueil systématique de données nous conduit à adapter notre stratégie »

7 _ Entretien avec Yazid Attalah



© Meyer/Endance-Floie

Repères pour évaluer l'efficacité des actions de prévention en santé

9 _ Jean-Claude Desenclos

Des évaluations économiques utiles pour investir dans la prévention

12 _ Jean-Baptiste Delaye,
Alexandre Prachant

DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES DE PLUS EN PLUS ACCESSIBLES

L'accès aux données probantes s'organise en France

14 _ Lila Dubreuil, Nelly Guisse

Un registre national pour guider les acteurs vers une prévention efficace

15 _ Laetitia Gouffé-Benadiba,
Pierre Arwidson

« Les services communautaires de santé sont fortement incités à puiser dans le registre »

18 _ Entretien
avec Judith Van Der Waerden

Des ressources étayées et accessibles pour favoriser le « bien-vieillir »

19 _ Benjamin Leroux, Claire de Rocquigny

« Nous avons sélectionné les modalités d'intervention ayant fait leurs preuves en prévention »

21 _ Entretien avec Gilles Berrut

Un outil novateur pour structurer les interventions de prévention

23 _ Nolwenn Stevens, François Alla

« Les centres permettent aux décideurs de terrain d'accéder à la connaissance »

24 _ Entretien avec Laura Litvine

DES PROGRAMMES PROBANTS À L'ÉPREUVE DU TERRAIN

Comment le *Good Behavior Game*, programme fondé sur les preuves, a fait son chemin en France

26 _ Catherine Reynaud-Maurupt

Des programmes internationaux évalués pour la prévention des addictions à l'école

29 _ Nicolas Baujard, Corinne Defrance,
Cécile Bouvet, Alexis Grandjean

Expérimentations sociales : des recommandations pour transformer l'essai

32 _ Lila Dubreuil, Nelly Guisse

« Les sciences comportementales nous invitent à mieux comprendre le fonctionnement des individus réels »

34 _ Entretien avec Stéphan Giraud

Un outil d'aide au repérage des violences conjugales

36 _ Mariam Chammat

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

38 _ Sandra Kerzanet

RUBRIQUES

Lutte contre la précarité

40 _ « Reconnaître l'expertise des usagers dans la grande exclusion »

Entretien avec Emmanuel Ollivier

Réduire les inégalités de santé

41 _ Construire des politiques locales équitables pour résister aux vagues de chaleur

Léane Kuntz, Cécile Durand, Franck Golliot,
Cyrille Delpierre, Stéphanie Vandentorren

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

Laetitia Gouffé-Benadiba,
chargée d'études scientifiques
en santé publique,

Pierre Arwidson,
directeur adjoint,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,

Valérie Henry,
chargée de projets et d'expertises
scientifiques en santé publique,
Direction des régions,
Santé publique France.

Composante de la santé publique, la prévention se concrétise par la mise en œuvre d'actions de terrain auprès des populations dans l'objectif de maintenir un bon état de santé et de promouvoir des comportements favorables à la santé. Elle doit être considérée aussi sérieusement que les soins. En effet, tout comme ces derniers, les interventions en prévention peuvent être efficaces, inefficaces ou avoir des effets contraires à ceux attendus.

Contrairement au champ du médicament et des produits de santé, la prévention ne bénéficie d'aucune autorisation de mise sur le marché. Ses actions reposent encore trop souvent sur la croyance en une efficacité intrinsèque, portée par la bénévolence et par la mobilisation des acteurs. Or en la matière, les bonnes intentions ne suffisent pas. L'utilisation d'un patrimoine scientifique riche et le recours à des interventions évaluées permettraient d'y remédier.

Mettre la connaissance scientifique à portée de tous

C'est ce qu'entend montrer ce dossier de *La Santé en action*. ReperPrev, est le registre national des interventions en prévention et promotion de la santé porté par Santé publique France¹. Il met à disposition de tous des interventions prometteuses et efficaces, car déjà évaluées, en France ou à l'international. Le Centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte de l'autonomie

des personnes âgées, piloté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), s'inscrit dans la même démarche : celle d'une prévention fondée sur les preuves. Même si les études ne permettent pas de documenter l'efficacité d'une action de prévention, il est nécessaire de le faire savoir pour permettre aux financeurs et aux porteurs de projets de faire des choix éclairés.

Des repères pour clarifier ce qu'est l'évaluation scientifique de l'efficacité des interventions sont rappelés dans ce numéro. En effet, comme l'a souligné l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans le rapport *La Prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et de promotion de la santé*, paru en 2024, le terme « évaluation » désigne dans les faits des approches de nature très différente. Un article met également en lumière l'importance de l'évaluation économique. L'étude portant sur le retour sur investissement du programme *Unplugged*, qui vise à développer les compétences psychosociales des élèves pour prévenir les addictions, en est un exemple concret.

Sur le terrain, l'évaluation est menée, dans l'idéal et dès que c'est possible, par une équipe de recherche indépendante des acteurs qui déploient l'intervention. Or, l'évaluation est encore souvent perçue comme une étape chronophage, nécessitant des ressources et dont la temporalité d'exécution serait incompatible avec la mise en œuvre d'une stratégie de santé publique. Les témoignages de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) et de structures de terrain sont particulièrement éclairants sur ce point. Par conséquent, quelle est la valeur ajoutée de l'évaluation ? Et comment se saisir de ces preuves et les utiliser ? L'Agence nouvelles des solidarités actives (Ansa), en lien avec d'autres acteurs, apporte des réponses concrètes à cet enjeu.

Il serait toutefois illusoire de considérer que toutes les actions de

prévention peuvent être évaluées, il est donc essentiel de hiérarchiser des interventions reconnues efficaces ou susceptibles de l'être, car prometteuses.

Assurer un suivi sur les moyen et long termes

Les difficultés relevées par les *préventeurs* et par les décideurs sont nombreuses et le défi d'un programme réussi est constant. La dissémination d'actions efficaces ne peut reposer que sur des structures solides qui assurent et monitorent la qualité de leur déploiement dans le temps, en veillant à ce que les composantes essentielles de l'intervention (objectif principal, population-cible, milieu, rythme, etc.) soient respectées. C'est ce qui a été fait pour *Unplugged*, comme le relate un article du dossier. À défaut, il y a un risque d'être inefficace, voire de produire des effets délétères.

L'impact d'interventions sur les changements de comportement en population se mesure majoritairement par un suivi construit sur les moyen et long termes. Pour cela, il est nécessaire d'appuyer les structures de terrain qui œuvrent en ce sens, de valoriser les équipes de recherche et les formations à l'évaluation de la prévention.

Une prévention efficace et efficiente doit être recherchée dans tous les domaines, car ceux-ci sont interdépendants. Ainsi, l'urbanisme, l'accès à une alimentation saine, à l'activité physique, aux soins ou encore à l'éducation doivent contribuer à améliorer la santé des populations, y compris les plus fragiles. En France, la dynamique d'une prévention fondée sur les preuves scientifiques existe. En attestent les travaux issus des sciences comportementales présentés dans ce numéro, à l'instar de la prévention des violences faites aux femmes au sein du couple. ■

1. En ligne : <https://reperprev.santepubliquefrance.fr>

Médiation en santé à Marseille : enjeux de l'évaluation vus par les différents acteurs

Eva Legendre,

chercheuse post-doctorante en santé publique,

Hôpital européen Marseille,

Stanislas Rebaudet,

médecin infectiologue,

Hôpital européen Marseille,

chercheur en santé publique,

UMR1252 Sesstim (Aix-Marseille

Université, Inserm, IRD, ISSPAM),

coordinateur médical du projet Corhesan,

Florian Franke,

épidémiologiste,

cellule régionale Paca-Corse,

Santé publique France,

respectivement membres et coordinateur du comité d'évaluation de 13 en santé.

Le projet 13 en santé propose une intervention de médiation en santé visant à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Il s'appuie sur une démarche de promotion de la santé, envisagée de manière holistique, auprès des habitants des quartiers défavorisés du centre-ville et du nord de Marseille, où l'on observe un recours plus faible au dépistage des cancers et à la vaccination en comparaison du reste de la ville, du département, de la région et du pays. La promotion de ces deux thématiques est ainsi privilégiée au cours des actions de médiation en santé.

Ce programme a été créé en mai 2022 à la demande de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca), en collaboration avec Santé publique France, le laboratoire de recherche Sciences économiques et sociales de la santé et Traitement de l'information médicale d'Aix-Marseille Université (Sesstim), les équipes de médiation en santé du dispositif Corhesan porté par l'Hôpital européen Marseille et l'association

Prospectives et Coopération, et l'association Santé environnement pour tous (Sept) – partenaires établis durant la pandémie de Covid-19 [1].

Une évaluation partenariale coordonnée par un comité

La médiation repose à la fois sur des actions d'« aller-vers », telles que le porte-à-porte, les stands de rue ou chez des partenaires – en dehors ou au cœur des lieux de soins –, permettant d'atteindre un public large, y compris celui éloigné du système de santé. Elle est complétée par des actions de « ramener-vers » voire de « faire-avec », à travers un accompagnement proportionné aux besoins de chaque individu, allant de la simple communication d'une information adaptée, à l'orientation vers le partenaire approprié, à la planification d'un rendez-vous, à l'accompagnement physique ou au suivi à moyen et long termes. Cette intervention a été plus longuement décrite dans le numéro 468 de *La Santé en action* [1].

Dès le lancement du projet, pour répondre à la volonté de l'ARS et des partenaires de tirer le maximum de données probantes de cette expérimentation, un volet évaluation a été adossé au projet. En effet, bien que les bénéfices de la médiation en santé aient été documentés en France par des approches qualitatives et des études de cas, il reste nécessaire de démontrer son efficacité à l'aide d'études à plus haut niveau de preuves, afin que la médiation en santé évolue du statut d'intervention « prometteuse » à celui d'intervention « efficace » [2]. Par ailleurs, en France, la médiation en santé varie selon les publics ciblés, les thématiques abordées, le profil des médiateurs impliqués, les structures porteuses ou les modalités de financement. Il est donc

L'ESSENTIEL

■ **Pour améliorer l'accès à la vaccination et au dépistage des cancers, le projet 13 en santé déploie des actions de médiation en santé dans des quartiers défavorisés de Marseille. Une évaluation est en cours pour en mesurer les effets, en comparant quartiers bénéficiaires et témoins. Si les apports de la médiation en santé sont documentés, des études à haut niveau de preuves sont nécessaires pour qu'elle soit reconnue « intervention efficace ». Cette démarche présente de nombreux enjeux que relatent, dans ces trois premiers articles du dossier, les protagonistes : l'équipe scientifique, l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) et l'association Sept.**

capital de décrire les modalités d'intervention de 13 en santé et de les évaluer afin de préparer son éventuelle mise à l'échelle et sa transférabilité vers d'autres territoires, d'autres populations-cibles ou d'autres thématiques.

Un comité technique d'évaluation (CTE), réunissant les différents acteurs précités, coordonne l'évaluation, mobilise des partenaires institutionnels et académiques, conçoit les protocoles, s'assure de leur application, interprète les résultats et les diffuse. Il permet d'enrichir le pilotage opérationnel du projet avec les données produites au fil de l'eau.

Plusieurs axes de recherche

L'évaluation de 13 en santé comprend trois axes : la description de l'intervention ; le suivi de sa mise en œuvre au cours du temps ; et l'évaluation de son efficacité. Le premier consiste à définir et à décrire le

« Il s'agit aussi d'apporter un plaidoyer aux décideurs »

Entretien avec **Éléna Nerrière**,
responsable du département Prévention et Promotion de la santé,
agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca).

L'ESSENTIEL

► **Déployé dans des quartiers défavorisés de Marseille, le projet de médiation 13 en santé met en œuvre une démarche d'aller-vers pour améliorer la vaccination et le dépistage de certains cancers. L'ARS Paca estime essentielle l'évaluation de ce projet aux coûts conséquents, afin de prouver son efficacité.**

La Santé en action : Pourquoi l'ARS Paca a-t-elle souhaité l'évaluation du projet de médiation 13 en santé ?

Éléna Nerrière : Ce projet, qui vise à améliorer la vaccination et le dépistage de certains cancers dans les quartiers défavorisés de Marseille, est une « reconversion » d'un dispositif d'aller-vers mis en place pendant la pandémie de Covid-19, qui a montré sa grande utilité : des médiateurs allaient à la rencontre des populations les plus vulnérables pour dépister le coronavirus et pour les vacciner. Les associations Sept et Corhesan ont lancé cette nouvelle médiation en santé en juillet 2022, capitalisant sur cette expérience passée et sur le climat de confiance instauré. C'est un projet ambitieux, mobilisant des moyens financiers et humains conséquents, qui a été rapidement soutenu par l'ARS Paca, via le fonds d'intervention régional (FIR) et les crédits alloués dans le cadre du plan Marseille en grand. Si nous sommes convaincus de l'intérêt de la démarche, il est nécessaire de prouver son réel effet sur les populations ciblées. Les bilans d'activité très détaillés ne suffisent pas pour évaluer de façon fiable et durable son impact en santé. Nous avons besoin de ce référentiel scientifique pour justifier les investissements importants – environ un million d'euros par an – dans 13 en santé. Il s'agit aussi d'apporter un plaidoyer aux décideurs et aux financeurs.

S. A. : Quelles seront les suites données par l'ARS ?

É. N. : Nous n'aurons pas la capacité financière de généraliser ce projet afin qu'il profite au plus grand nombre. On doit donc anticiper un autre modèle économique, par exemple envisager de basculer ce dispositif

dans le droit commun. L'équipe conduisant l'évaluation entend notamment faire une proposition afin que 13 en santé soit éligible à l'article 51¹, et pour cela, il faut disposer de bases scientifiques solides. L'évaluation est une étape indispensable dans le processus de massification d'un programme. Elle permet de disposer d'éléments quantitatifs et qualitatifs pour préciser les fondements de ce qui est à déployer dans le futur modèle, ce qu'il est nécessaire d'adapter ou de rationaliser.

S. A. : D'autres actions font-elles l'objet d'une évaluation à l'ARS Paca ?

É. N. : Le FIR nous permet de financer tous types d'interventions, dont assez peu font l'objet d'une évaluation, compte tenu des budgets contraints, car c'est un processus coûteux et chronophage. Le montant annuel du FIR pour la Direction de la santé publique – dont environ 95 % sont absorbés par les actions de prévention – est de 72 millions d'euros pour une région de 5,2 millions d'habitants. La plupart des projets ont beaucoup moins d'envergure que 13 en santé ; et ils n'ont probablement pas la maturité nécessaire pour que soit envisagée une évaluation. Nous finançons les actions de prévention et promotion de la santé (PPS), dont le bénéfice théorique est certain, et qui sont portées par des opérateurs de qualité, à l'exemple des comités d'éducation pour la santé. Pour estimer le bien-fondé de ces projets, nous nous fondons sur les éléments du bilan d'activité, que nous croisons avec les indicateurs de santé de la population, ou d'autres plus spécifiques comme l'évolution des taux de consommation dans la lutte contre les addictions.

S. A. : Financez-vous prioritairement des programmes évalués ?

É. N. : Jusqu'à récemment, notre offre en PPS reposait sur celle fournie par les opérateurs eux-mêmes. Depuis 2023, le programme régional de santé nous engage à implémenter des actions prometteuses ou efficaces, notamment dans le champ de la lutte contre les addictions ou la sédentarité. Cependant, nous rencontrons des difficultés : les opérateurs n'ont pas tous la capacité de déployer une intervention telle qu'elle est définie dans le cahier des charges ; ce sont des programmes lourds avec beaucoup de contraintes. Notre ambition est de porter une

offre PPS proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Pour cela, nous nous appuyons sur des dispositifs efficaces auprès des populations les plus vulnérables et sur des modes d'interventions plus généralistes pour le reste de la population. Les premiers sont les plus difficiles à mettre en place. Pour y parvenir, nous dépendons notamment de nos partenaires institutionnels, par exemple l'Éducation nationale : dans la lutte contre les addictions, si nous devrions pouvoir déployer les programmes P2P et SoftPeers² dans certains lycées, nous rencontrons plus d'obstacles pour d'autres dispositifs. Nous devons aussi composer avec les contraintes budgétaires : d'un opérateur à l'autre, d'un département à l'autre, même si le programme est le même, les coûts diffèrent.

S. A. : Quel est l'intérêt pour votre institution d'un registre des interventions efficaces ou prometteuses ?

É. N. : Disposer d'un vivier d'actions à la méthodologie éprouvée est important pour les opérateurs comme pour les institutions qui peuvent de leur côté enrichir ce référentiel standardisé. La région Paca a déjà fourni plusieurs programmes au registre de Santé publique France, comme Prodass³ (porté par le planning familial des Bouches-du-Rhône). Ensuite, il s'agit de trouver un équilibre entre cette ressource et un éventail d'actions ne figurant pas au registre et qui n'y figurent jamais. Si l'on ne devait financer que la première, l'offre PPS dans notre région s'effondrerait. On se priverait de possibilités d'accompagnement de la population et de moyens de lutte contre les inégalités de santé. En outre, les programmes probants ne couvrent pas certaines thématiques, comme la nutrition ou la sédentarité chez les adultes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

1. Article visant à expérimenter des organisations innovantes pour améliorer le système de santé (NDLR). En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172
2. P2P a pour objectif de prévenir le tabagisme chez les lycéens, et SoftPeers de réduire les alcoolisations rapides (NDLR).
3. Programme de développement des compétences psychosociales de l'enfant et de l'enseignant (NDLR).

Dans les quartiers nord de Marseille, il faut attendre minimum sept mois pour obtenir une mammographie.

7

« Le recueil systématique de données nous conduit à adapter notre stratégie »

Entretien avec Yazid Attalah, président de Santé et environnement pour tous (Sept).

La Santé en action : Qu'apporte l'évaluation scientifique du projet de médiation 13 en santé dans les quartiers nord de Marseille ?

Yazid Attalah : Sept est membre du comité technique chargé de cette évaluation. Elle s'avère un outil indispensable pour dresser d'abord un état des lieux. En effet, contrairement aux autres quartiers de Marseille, les habitants des quartiers nord sont enclavés et connaissent de gros problèmes de mobilité. Les inégalités sociales et de santé y sont très fortes. Les constats sont accablants. Dans le 14^e arrondissement, qui compte près de 90 000 personnes, il y a un seul cabinet de radiologie. Le délai d'attente pour faire une mammographie est au minimum de sept mois. C'est dans ce contexte qu'est déployée la médiation. C'est un projet complexe, car il ne suffit pas d'aller vers les habitants pour les sensibiliser au dépistage et à la vaccination, il faut aussi résoudre les difficultés d'accès aux dispositifs de prévention, en mobilisant le peu d'offres de soin disponibles.

S. A. : Le processus d'évaluation nourrit-il une réflexion sur vos pratiques ?

Y. A. : Depuis deux ans, nous documentons de façon rigoureuse le travail quotidien des médiateurs. Le recueil systématique de données nous conduit à adapter notre stratégie. Nous disposons maintenant d'une

base de contacts, fruit de nos actions (village Santé, partenariats et porte-à-porte), qui nous permet aujourd'hui d'élargir nos interventions au-delà des démarches d'« aller-vers ». Nous pouvons relancer plus facilement les personnes, avec leur consentement préalable. Dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, lorsque les frottis sont positifs, nous rappelons les femmes concernées pour faire un suivi et voir s'il y a besoin de les accompagner. Les données nous incitent à recalibrer nos actions au regard de l'impact qu'elles ont eu. Par exemple, si dans un secteur, sur une période donnée, une plus grande proportion de femmes que d'hommes ont répondu favorablement, nous nous interrogeons sur les modalités d'interventions pour atteindre ces derniers : quels autres partenaires associatifs ou institutionnels devons-nous solliciter ? Quels lieux différents devons-nous investir – centre commercial, équipements sportifs, etc. – ? Quels horaires devons-nous privilégier ?

S. A. : Qu'attendez-vous d'une telle évaluation ?

Y. A. : Bien sûr, on peut redouter certains résultats d'une étude populationnelle. Des personnes pourraient juger que l'augmentation du nombre de dépistages des cancers est faible. Cependant, au-delà des chiffres, il y a une réalité moins mesurable : ce sont des drames familiaux évités si une personne est prise en charge de façon précoce ; c'est le rétablissement d'un état de droit dans des quartiers où les gens se sentent abandonnés ; ce sont des changements de comportement

L'ESSENTIEL

▣ L'association Santé environnement pour tous (Sept), qui œuvre pour la réduction des inégalités en santé depuis 2019, porte le projet de médiation 13 en santé dans les quartiers nord de la cité phocéenne. Ses interventions visent à améliorer le dépistage des cancers et la vaccination auprès d'une population éloignée du système de soins. L'évaluation en cours impose une remise en question quotidienne à l'équipe de médiateurs, qui repense régulièrement ses modalités d'action pour s'ajuster aux réalités du terrain.

en santé qui s'amorcent, dont on verra les fruits dans quelques années. Ceci dit, je n'ai pas vraiment de craintes. 13 en santé a un impact, et ses techniques d'animation et son ingénierie de projet sont innovantes. Notre action est reconnue par les habitants, par nos partenaires associatifs et institutionnels. Nous sommes visibles sur le terrain, grâce notamment au bus prévention. Nos interventions font vivre la thématique santé ; beaucoup en parlent désormais. C'est une évolution notable. Nous espérons que les résultats de l'évaluation, processus lourd mais nécessaire, permettront d'étayer le plaidoyer pour inscrire cette longue et riche expérience de médiation en santé dans le droit commun et la pérenniser. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

Dossier

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

socle commun de l'intervention, ses paramètres adaptables, ainsi que son ancrage conceptuel *via* un processus de co-construction avec les membres du comité technique d'évaluation. En second lieu, la collecte de données en routine, recensant les actions réalisées, les personnes accompagnées et les partenaires mobilisés, permet de détailler la pratique sur le terrain et de mettre en évidence de potentiels décalages avec la théorie d'intervention sous-jacente au projet ; cette collecte présente également un intérêt opérationnel, constituant un outil précieux pour le suivi, la planification des actions de médiation en santé et le pilotage des équipes sur la durée.

L'évaluation de l'efficacité, quant à elle, repose sur deux études populationnelles. Elles visent à comparer, entre des quartiers ayant bénéficié ou non de l'intervention, l'évolution dans le temps de plusieurs indicateurs : d'une part les connaissances et les pratiques au regard de la vaccination et du dépistage des cancers en s'appuyant sur des données déclaratives recueillies en population générale [3], et d'autre part les taux de dépistage des cancers, des couvertures vaccinales et les taux de recours aux soins estimés à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie.

Les défis de l'évaluation

Cette évaluation soulève plusieurs défis. Premièrement, la médiation en santé est une intervention de santé complexe, aux multiples effets s'exerçant à différents niveaux – individuel, populationnel, systémique – qui rendent leur description et leur quantification difficiles. L'identification de ces effets, ainsi que le choix des indicateurs permettant de les mesurer représentent une question complexe. Un travail a ainsi été mené en collaboration avec les équipes de médiation en santé et le Centre Population et Développement (Ceped), afin de caractériser les retombées attendues du dispositif mis en œuvre à Marseille¹. Les indicateurs retenus portent principalement sur le recours aux soins, à la vaccination et au dépistage des cancers, thématiques privilégiées par le dispositif. Par ailleurs, si la complémentarité des axes constitue une réelle force en permettant d'évaluer l'intervention grâce à des sources de données

variées (en routine, déclaratives, médico-administratives), collectées à la fois aux échelles individuelle et populationnelle, elle introduit également une complexité dans la mise en œuvre de l'évaluation (articulation, traitement).

Un autre défi concerne l'impact de l'évaluation sur l'intervention de médiation en santé. Lors de la conception des protocoles d'étude, une attention particulière a été portée sur la faisabilité et sur l'acceptabilité du recueil des données, tant pour les médiateurs que pour les bénéficiaires, afin de minimiser son influence sur la relation de confiance, pilier fondamental de la médiation. Certains outils, jugés trop intrusifs ou peu opérationnels, ont ainsi été abandonnés (questionnaires de satisfaction, collecte de données socio-économiques détaillées...).

Enfin, la démarche d'évaluation elle-même est un processus long et complexe, avec de multiples étapes allant de la conception des protocoles à la recherche de financements, l'obtention des autorisations réglementaires, la collecte et la mise à disposition des données par les partenaires, jusqu'à l'analyse des résultats et à leur diffusion. Cette temporalité, inhérente à la recherche, s'avère parfois en décalage avec les attentes des financeurs publics, souvent en quête de résultats rapides pour étayer leur stratégie régionale de prévention. Les effets des actions de médiation en santé s'inscrivent généralement dans un temps long, alors que l'instabilité des financements alloués à la médiation en santé rend difficile la pérennisation des dispositifs et la conduite d'évaluations rigoureuses sur le long terme. Outre ce contexte de financement fragmenté et incertain, il faut également trouver les ressources humaines nécessaires, ainsi que les compétences scientifiques spécifiques indispensables pour mener à bien un projet d'évaluation ambitieux, cherchant à montrer l'efficacité de l'intervention *via* différentes sources de données.

Les premières années de déploiement de 13 en santé ont montré l'importance de définir dès le départ les objectifs et les finalités de l'évaluation. Cette démarche doit être ajustée aux ressources disponibles – qu'elles soient humaines, financières ou liées à l'accessibilité des données – afin d'en garantir la faisabilité, d'adapter son

périmètre et de hiérarchiser les questions à traiter. Le partenariat structuré autour du CTE, réunissant institutions, financeurs, chercheurs et acteurs de terrain, joue un rôle central. Il permet de maintenir les enjeux de l'évaluation en lien avec les réalités de terrain, d'assurer la continuité des travaux et de mobiliser collectivement les compétences et les ressources nécessaires.

La médiation en santé se heurte encore à un manque de reconnaissance du métier de médiateur en santé par le grand public, les professionnels de santé et les institutions, entre lesquels elle joue pourtant un rôle d'interface. Son évaluation constitue un enjeu important impliquant de mutualiser ressources et compétences afin de fournir des preuves tangibles de son impact aux pouvoirs publics et de motiver un déploiement à plus grande échelle. ■

1. Travail en cours, non publié.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Amener la population à un niveau équivalent de soins et de prévention. [Interview de Stanislas Rebaudet]. *La Santé en action*, 2025, n° 468 : p. 36-39. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/article/amener-la-population-a-un-niveau-equivalent-de-soins-et-de-prevention-interview>

[2] Berkesse A., Denormandie P., Henry É., Tourniaire E. *La Médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*. [Rapport interministériel], IGAS, juillet 2023 : 129 p. En ligne : https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

[3] Ramalli L., Chaud P., Franke F., Kelly D. Résultats de l'enquête transversale initiale du projet « 13 en santé » de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille. Santé publique France, Études et enquêtes, décembre 2024. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/enquetes-etudes/2024/resultats-de-l-enquete-transversale-initiale-du-projet-13-en-sante-de-mediation-en-sante-aupres-des-populations-vulnerables-de-marseille-conna>

Repères pour évaluer l'efficacité des actions de prévention en santé

Jean-Claude Desenclos, chargé de missions scientifiques, Santé publique France.

Les sciences biomédicales, humaines et sociales améliorent la compréhension des processus complexes à l'œuvre dans la genèse du fardeau¹ en santé publique et permettent de concevoir des interventions pour améliorer la santé des populations. Cependant, leur mise en œuvre en contexte de vie implique une phase de conception, de développement et d'évaluation rigoureuse. La validité scientifique, l'efficacité et l'innocuité de l'intervention doivent être étayées.

Répondre à des besoins de santé publique nécessite de définir des objectifs d'amélioration et

la mobilisation de ressources pour matérialiser les interventions préventives ou de promotion de santé. Censées produire des résultats positifs, elles peuvent aussi avoir des effets indésirables avec *in fine* un impact sur la santé de la population qu'il faut apprécier. Le diagramme proposé par Rozenn Desplat et Marc Ferraci [1] (voir figure 1) permet de situer plusieurs critères selon la mise en relation respective des effets des différentes étapes. Les critères d'analyse ou d'évaluation peuvent être qualitatifs, quantitatifs, ou les deux (évaluation mixte).

La documentation de l'efficacité – et de l'efficacité – des interventions est un enjeu important dans les pays qui investissent des ressources publiques dans l'amélioration de la santé des populations. Dans un

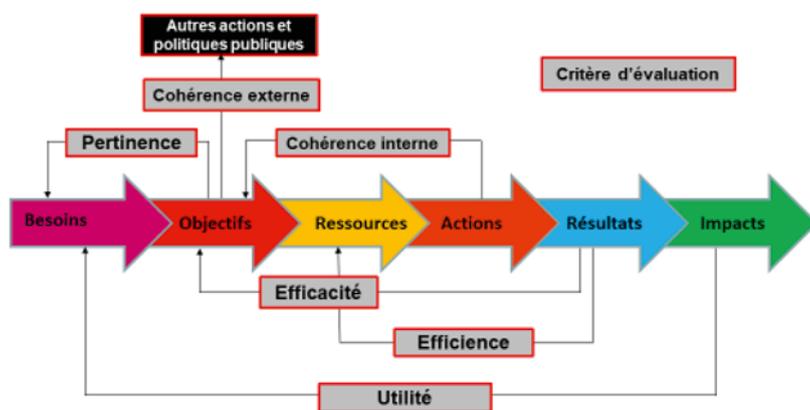
L'ESSENTIEL

▣ L'efficacité des interventions en prévention doit être démontrée en contexte de vie pour garantir qu'elles apportent à la population les bénéfices attendus. Plusieurs méthodes d'évaluation existent, avec différents niveaux de preuves, permettant d'estimer le gain de santé apporté par une action. L'évaluation quantitative se distingue d'autres approches, comme la capitalisation des expériences et les méthodologies qualitatives. Ces dernières apportent un éclairage légitime sur le contexte de mise en œuvre d'un programme et les conditions de son impact optimal.

contexte de défiance, une démarche objective d'évaluation de leur efficacité et de leur impact est nécessaire. Elle doit être distinguée de l'évaluation portant sur d'autres critères légitimes comme la pertinence, la cohérence, la mise en œuvre ou l'utilité (voir figure 1).

L'efficacité quantifie la capacité de l'intervention à améliorer un ou des indicateur(s) de santé pertinent(s) et défini(s) *a priori* dans la population-cible et en un temps donné. On distingue l'efficacité (*efficacy*) qui est l'effet spécifique de l'intervention dans son indication spécifique et indépendamment des autres facteurs d'hôte et d'environnement, de l'efficacité en vie réelle (*effectiveness*) qui est évaluée dans le contexte de son déploiement. L'efficacité en vie réelle est inférieure à l'efficacité, sauf

Figure 1 – Déploiement d'une action de santé publique.



Source : Desplat R., Ferraci M. (2016).

Légende : Les étapes de la mise en œuvre d'une action de santé publique sont schématisées par les flèches. Selon que l'on met en relation certaines de ces étapes entre elles, on peut définir des critères d'évaluation qualitatifs (pertinence, cohérence interne, cohérence externe) et quantitatifs (efficacité, efficacité et impact) [1].

quand l'action concerne les maladies infectieuses, du fait de l'effet externe des infections (prévenir la survenue d'infections réduit indirectement les infections secondaires du fait de leur nature transmissible).

L'impact est la réduction d'un problème de santé ou l'amélioration de facteurs positifs à la santé qui résultent d'une intervention en santé publique. L'impact dépendra de l'*effectiveness*, de la proportion de la population qui y est exposée, de son observance et d'un éventuel effet externe. L'efficacité est la capacité de l'intervention à produire les résultats avec un niveau de ressource raisonnable. L'utilité est un concept plus large, car elle intègre par exemple le bien-être, l'absence de souffrance, la satisfaction des besoins fondamentaux, les préférences des citoyens, etc.

L'évaluation repose sur des essais d'intervention communautaire

L'évaluation de l'impact d'une intervention de santé publique doit se concevoir sur la base d'éléments argumentés. L'intervention devra avoir été suffisamment conceptualisée et codifiée : rationnel, innocuité, faisabilité, acceptabilité (individuelle, sociale et par les professionnels), etc. Cette phase de préparation implique une revue multidisciplinaire de la littérature et des expériences, voire des études pilotes incluant des approches participatives. Elle aboutit à la formulation de l'intervention dont on juge qu'elle apportera une amélioration de la santé de la population. L'intervention pourra être individuelle (programme de dépistage ou d'éducation sanitaire dispensé à chaque personne cible par des professionnels de santé ou par des intervenants sociaux) ou collective, ciblant des groupes socialement définis (programme de sevrage tabagique sur le lieu de travail, programme d'éducation sanitaire scolaire, etc.).

L'objectif de l'évaluation est alors d'estimer son efficacité et d'en déduire l'impact en population, en établissant la situation qu'aurait connue la population sans l'intervention, ce qui permet de façon contre-factuelle d'en estimer le gain de santé en la comparant à celle observée en

présence de l'intervention. On a pour cela recours à des essais d'intervention communautaire (EIC), dont la perspective varie. Il peut s'agir d'établir la preuve de concept d'une action innovante par une évaluation optimale et maîtrisée (on évalue ici l'efficacité au sens des Anglo-Saxons). Quand une intervention a déjà fait l'objet d'évaluation(s) positive(s), avant d'envisager son implantation dans un autre contexte ou dans un autre système de santé, il s'agit de s'assurer de la validité externe de l'évaluation ou des évaluations déjà conduite(s) dans le nouveau contexte. Enfin, une autre perspective est celle du déploiement – ou de la mise à l'échelle –, par exemple au niveau national ou dans plusieurs pays et dans des contextes territoriaux et sociaux variables. Dans ces deux cas de figure, on évalue non plus l'efficacité, mais l'efficacité en vie réelle.

Le niveau de preuve (validité interne) d'un EIC variera en fonction du choix méthodologique. Il sera maximal si les participants reçoivent l'intervention au hasard (randomisation), mais au prix d'une faisabilité plus complexe et d'une validité externe (extrapolation à d'autres contextes) moindre. Le niveau d'application de l'intervention est à considérer (individus ou groupes définis [grappes/*clusters*] de personnes), de même que la mise en place ou non d'un groupe de comparaison, et le fait de disposer ou non de mesures avant ou après l'intervention. On distingue ainsi plusieurs types d'EIC [2 ; 3] :

- *EIC expérimentaux avec randomisation de l'intervention* dans lesquels l'échantillon expérimental et l'échantillon témoin sont par nature comparables, hormis l'intervention. L'application de l'intervention (et la randomisation) peut être individuelle ou au niveau de groupes de personnes ;

- *EIC quasi expérimentaux avec un groupe de comparaison géographique non aléatoire*. On parle d'approche quasi expérimentale, car l'intervention est mise en œuvre par les investigateurs dans le cadre de l'étude (contrairement aux « expériences naturelles » où l'évaluation est réalisée au vu de la mise en œuvre ou non de l'intervention) ;

- *EIC quasi expérimentaux sans groupe de comparaison géographique, mais avec mesure temporelle avant et après*. La mesure peut être ponctuelle ou reposer sur des séries chronologiques suffisamment longues avant et après l'intervention. La modélisation permet alors de prévoir la dynamique en l'absence d'intervention et de la comparer avec celle observée avec intervention. On ne peut cependant garantir l'absence d'une évolution spontanément favorable ou explicable par des facteurs de confusion, notamment sociaux ;

- *EIC implicites* qui ne disposent que d'une mesure faite après l'intervention et sans groupe de comparaison, par exemple une automesure ponctuelle explorant une amélioration du fait de l'intervention. L'évaluation de l'efficacité ou de l'impact n'est alors pas possible.

Aspects méthodologiques, éthiques et opérationnels

La mise en œuvre d'EIC soulève des questions méthodologiques multiples et spécifiques [2 ; 3]. Les questions éthiques vont au-delà de la recherche biomédicale habituelle de par la dimension populationnelle² des EIC. La déclaration d'Ottawa propose 15 recommandations spécifiques à passer en revue pour assurer leur valeur éthique [4]. Les aspects opérationnels ne sont pas moindres et impliquent une préparation minutieuse en termes de ressources et de financement, d'organisation, de planification, d'implication des communautés concernées, d'information et de communication, d'assurance qualité et de monitoring. Parmi ces questionnements, citons :

- *Approche randomisée ou quasi expérimentale ?* La perspective est ici déterminante. S'il s'agit d'une preuve de concept, la question de la randomisation est explicitement posée sous réserve de sa faisabilité et des aspects éthiques. S'il s'agit d'une implantation ou du déploiement d'une intervention, on est avant tout intéressé par l'efficacité et l'impact en vie réelle pour maximiser la validité externe des résultats : l'approche quasi expérimentale ou par série chronologique, sans groupe de comparaison géographique, est alors à considérer.

● *EIC individuels ou en grappes ?* L'approche en grappes permet d'intégrer la nature collective d'une l'intervention. Elle permet de gérer le « biais de contamination » entre individus, de prendre en compte l'effet externe éventuel et d'apprécier l'*effectiveness* dans une perspective de mise en œuvre en routine. Elle soulève néanmoins des questions éthiques spécifiques [4] et implique un effet dit « grappe », qui augmente le nombre de sujets à recruter. Choisie à bon escient, la nature de la grappe retenue anticipe la future mise à l'échelle. La nature des grappes retenues est fonction de l'intervention et de la population ciblée. Elle peut être :

- géographique (régions, ville, village, quartier) ;
- démographique (foyer familial) ;
- sociale (lieu de travail, école, collectivité de vie, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad) ;
- sanitaire (services de santé, hôpitaux, patientèle, centres de dépistage, de prévention).

● *L'EIC en grappes en biseau ou escalier (stepped-wedge)*, dans lequel toutes les grappes reçoivent l'intervention, chacune y étant exposée séquentiellement et aléatoirement réconcilie le besoin d'une méthode robuste (randomisation) et les questions éthiques et logistiques afférentes [5].

● *L'adhésion et l'observance des personnes dans le groupe exposé à l'intervention ?* C'est une question récurrente. Une absence d'efficacité peut refléter une observance insuffisante plutôt qu'un manque réel d'efficacité, qu'il est nécessaire d'anticiper lors du calcul du nombre de sujets à inclure et par le monitoring précis de l'intervention pour prendre en compte le niveau d'observance lors de l'analyse qui introduit cependant des biais avec des tailles d'échantillon souvent insuffisantes.

● *L'efficacité de l'intervention est-elle modulée par certaines caractéristiques, notamment sociales ?* L'efficacité en pratique courante est souvent moindre dans les groupes les moins affluents socialement. Une approche stratifiée en distinguant plusieurs niveaux sociaux ou territoriaux pertinents permet d'évaluer cette hétérogénéité avec des échantillons

plus grands. Une alternative est de circonscrire l'évaluation dans un contexte de population socialement défavorisée.

Des approches qualitatives complémentaires

L'amélioration de la santé des populations *via* des interventions à caractères collectif et social en prévention et promotion de la santé implique, en amont de leur mise en œuvre, une évaluation rigoureuse qui peut être complexe, coûteuse en ressources et en temps. Elle nécessite une expertise approfondie avec une forte interaction avec la recherche. L'évaluation quantitative de l'efficacité et de l'impact fait l'objet de critiques : elle ne prendrait pas suffisamment en compte les contextes dans lesquels les interventions sont mises en place ; elle évaluerait l'efficacité « toutes choses étant égales par ailleurs », paradigme qui ne colerait pas à la réalité [6]. Cette dernière appréciation est à moduler, car il est tout à fait possible d'intégrer les caractéristiques (sociales, territoriales, genre, éducation, etc.) dont on a des raisons de penser qu'elles modifieraient l'efficacité.

D'autres approches, qualitatives ou mixtes, dites « réalistes », sont ainsi proposées [7]. Y est en particulier promu le savoir expérientiel, défini comme une vérité apprise par

l'expérience personnelle et collective de ceux qui la vivent (les pairs) [7]. La capitalisation des expériences apparaît alors importante pour la mise en œuvre des interventions et surtout pour leur transférabilité. En effet, si l'évaluation quantitative éclaire l'impact d'une action dans une population, elle n'informe que très partiellement sur la façon dont les acteurs de terrain élaborent ou adaptent leurs stratégies d'action à leur contexte et à ses évolutions [6 ; 7]. Si ces approches ne quantifient pas directement l'efficacité ou l'impact, elles éclairent légitimement sur les conditions, les processus et les contextes de mise en œuvre et indirectement sur les conditions d'un impact positif voire optimal. ■

1. Le fardeau de la maladie (*Burden of Disease, BoD*) : méthode scientifique visant à quantifier de manière systématique et comparative l'ampleur de la dégradation ou de la perte de la santé liées aux maladies, aux traumatismes et aux facteurs de risque par âge, sexe et zone géographique à un moment donné (NDLR). En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/estimation-du-fardeau-environnemental-et-professionnel-de-la-maladie-en-france-quels-sont-les-couples-maladie-facteur-de-risque-a-priorise>

2. Une des questions est que l'on assigne des groupes complets à l'intervention ou non, sans demander en amont l'avis des personnes les constituant.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Desplatz R., Ferraci M. *Comment évaluer l'impact des politiques publiques ? Un guide à l'usage des décideurs et praticiens*. Paris : France Stratégie, coll. Évaluation, 2016 : 72 p. En ligne : https://www.strategie.gouv.fr/files/files/Publications/2016%20SP/guide_methodologique_20160906web.pdf
- [2] Desenclos J.-C., Dabis F. Méthodes épidémiologiques de l'évaluation d'une intervention de santé publique. In F. Dabis & J.-C. Desenclos, (éds.), *Épidémiologie de terrain. Méthodes et applications*. Arcueil : John Libbey Eurotext, 2016 : 792 p.
- [3] Hayes R., Moulton L. H. *Cluster Randomised Trials*. Boca Raton (Florida) : CRC Press, 2009 : 315 p.
- [4] Weijer C., Grimshaw J. M., Eccles M. P., McRae A. D., White A., Brehaut J. C. *et al.* The Ottawa statement on the ethical design and conduct of cluster randomized

trials. *PLoS Medicine*, 2012, vol. 9, n° 11. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23185138/>

[5] Hemming K, Haines T. P., Chilton P. J., Girling A. J., Litford R. J. The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. *BMJ*, 6 février 2015, vol. 350. En ligne : <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h391>

[6] Alla F., Cambon L., Ridde V. *La Recherche interventionnelle en santé des populations. Concepts, méthodes et applications*. Éditions IRD, 2023.

[7] Soudier B., Ferron C., Laurent A. Capitalisation des expériences en promotion de la santé : enjeux, apports et méthode. *La Santé en action*, 2021, vol. 456 : p. 9-11. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/capitalisation-des-experiences-en-promotion-de-la-sante-enjeux-apports-et-methode>

Des évaluations économiques utiles pour investir dans la prévention

Jean-Baptiste Delaye,
Alexandre Prachant,
doctorants en économie de la santé,
Bureau d'économie théorique et appliquée
(Beta)
université de Strasbourg.

L'ESSENTIEL

► Face à des ressources publiques contraintes, il est devenu crucial de hiérarchiser les programmes de promotion de la santé les plus efficaces, en s'appuyant sur des études économiques. Plusieurs approches existent, telle l'analyse coût-efficacité qui mobilise un indicateur non monétaire : les années de vie en bonne santé gagnées. Le choix du test de dépistage pour la prévention du cancer colorectal est à cet égard éclairant.

Entre 2013 et 2023, les dépenses de soins et de biens médicaux ont augmenté de 33 % [1]. Dans ce contexte, le plan France 2030 prévoit des investissements publics dans l'innovation au service de la prévention en santé de l'ordre de 130 millions d'euros [2]. Les politiques de prévention et promotion de la santé (PPS) visent à améliorer l'état général de la population, tout en réduisant les dépenses de santé et de protection sociale. Au Royaume-Uni, il a été démontré qu'il est plus efficace en termes de dépenses publiques de mettre en place des programmes de santé préventive que d'effectuer des soins curatifs [3].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois niveaux de prévention. La prévention primaire cherche à éviter l'apparition de problèmes de santé ; la prévention

secondaire a pour objectif de détecter ce problème et de le traiter précocement ; et la prévention tertiaire vise à réduire la progression et les complications de ce problème. L'apparition de nouvelles structures comme les agences régionales de santé (ARS), et les nouvelles missions de recommandations et d'avis médico-économiques confiées à la Haute Autorité de santé (HAS) montrent l'intérêt croissant pour les politiques de PPS depuis la fin des années 2000 en France.

Dans un contexte de ressources limitées, il n'est pas possible de financer l'ensemble des politiques efficaces, c'est-à-dire dont l'effet a été démontré. Il est alors nécessaire de les hiérarchiser afin d'implémenter celles dont l'impact est le plus important au regard des ressources engagées. Ce travail s'appuie sur des études d'efficience des actions de PPS. Peu développées en France en dehors du cadre académique, ces études sont plus nombreuses dans d'autres pays notamment en Angleterre, et elles permettent de montrer l'importance des politiques de prévention [4].

Mesurer l'efficience des interventions

Les études d'efficience reposent sur des méthodes d'évaluation comparables aux études menées dans le cadre de la *science-based medicine*¹. Parmi ces études d'efficience, on peut noter les études coût-bénéfice, coût-efficacité, coût-conséquence, etc. Le principe commun de ces différentes approches est d'étudier l'effet d'un programme de santé publique affectant un groupe traité par rapport à un groupe-contrôle.

L'analyse coût-bénéfice vise à identifier monétairement les bénéfices collectifs d'un programme de santé publique et à les comparer aux coûts globaux engendrés par ce programme. Cette méthode repose sur la propension à payer, c'est-à-dire le montant maximum qu'un individu est disposé à dépenser pour acquérir un bien. Le coût peut être décomposé en coût supporté par les finances publiques et en coût social [5]. L'analyse cherche à prendre en compte aussi bien les coûts directs et les coûts indirects : les coûts directs correspondent à l'ensemble des dépenses imputables au programme, par exemple le salaire des intervenants, le matériel nécessaire ou les campagnes de communication. Les coûts indirects correspondent aux coûts médicaux et non liés au traitement, comme le coût des pathologies à venir, les pertes de productivité ou les dépenses de protection sociale supplémentaires.

Cependant, le gradient social en santé remet en question la pertinence d'une valorisation des bénéfices reposant sur la propension à payer, ce qui rend cette méthode peu applicable dans la pratique. Les plus pauvres ont la plus faible propension à payer mais aussi le niveau de santé le moins bon. Pour pallier ce problème, on peut utiliser un deuxième type d'analyse, l'analyse coût-efficacité [6]. Cette approche compare les coûts à une mesure d'efficacité de la politique, fondée sur une unité non monétaire, par exemple le nombre de *Quality adjusted life years (QALYs)*² gagnés. Cet indicateur mesure le nombre d'années supplémentaires vécues en bonne santé et applique, dans un contexte

de santé publique, le concept économique d'« utilité valeur » d'un bien ou d'un service pour un individu. Son calcul repose sur une pondération de chaque année de vie par une mesure de la qualité de vie.

Critères de sélection des actions de prévention

Pour mettre en œuvre ces politiques, les décideurs publics ont besoin d'une valeur de référence afin de comparer les résultats des études scientifiques. Ces résultats sont souvent exprimés à l'aide du ratio différentiel coûts-résultats (RDCR), qui est le quotient entre la différence de coûts et de résultats entre le groupe traité et le groupe témoin. Le RDCR est ensuite comparé à la valeur de référence pour déterminer l'efficacité de l'intervention. Dans le cas du *QALY*, la valeur de référence représente la disposition à payer pour une année de vie en bonne santé. Si au Royaume-Uni une valeur de référence entre 20 000 et 30 000 livres sterling fait consensus, ce n'est pas le cas en France [7]. En termes de recommandations méthodologiques, la HAS conseille de comparer le RDCR avec différentes valeurs de référence. Une étude de 2020 proposait une fourchette comprise entre 147 093 euros et 201 398 euros, calculée à partir de la « valeur de la vie statistique³ » établie par France Stratégie en 2013 [7]. L'une des raisons pour ne pas fixer une valeur unique est la non-comparabilité des études : le seuil pour un médicament diffère du seuil d'une technologie de santé plus complexe. De plus, les différences de contexte socio-économique rendent difficilement transposables en France les résultats d'une étude réalisée dans un autre pays. Du fait de sa méthode de calcul, le *QALY* dépend des préférences du pays d'étude. Par exemple, la valeur d'une année de vie supplémentaire diffère en Angleterre et en France. Par conséquent, les études réalisées en France sont privilégiées lorsque les décideurs publics souhaitent mettre en œuvre une politique de prévention et promotion de la santé (PPS).

Le cas de la lutte contre le cancer

La mise en place de programmes de lutte contre les cancers dépend notamment d'évaluation de leur efficacité. En 2009, la France a lancé un programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Cela permet une prise en charge précoce, une harmonisation de la qualité des soins et une réduction des inégalités d'accès aux soins. Ce dépistage utilise le test immunochimique fécal (TIF) et permet un gain de 14 *QALYs* pour 1 000 personnes, soit un coût de 3 600 euros par *QALY* supplémentaire obtenue. Il est aussi possible d'effectuer un test sanguin, mais son coût est de 154 600 euros par *QALY* [8]. Le programme actuel est donc le plus efficient.

Il est parfois difficile de distinguer l'effet d'une modalité au sein d'un programme combinant plusieurs actions. Par exemple, les efforts de lutte contre le tabagisme et contre les cancers associés ont contribué à réduire le nombre de fumeurs, mais il reste complexe d'attribuer les résultats à un programme spécifique. L'analyse économique permet d'évaluer le rapport coût-efficacité de certains leviers. La taxe sur les paquets de cigarette peut être étudiée à travers la notion d'élasticité-prix, qui correspond à la variation de la demande suite à une variation du prix. L'élasticité-prix du tabac étant négative, une hausse du prix réduit la consommation de tabac. Cette mesure a un coût-efficacité élevé puisque les dépenses liées à la mise en place de la taxe sont minimes, entraînant par ailleurs des recettes fiscales. ■

1. Approche de la médecine qui repose sur l'utilisation de preuves scientifiques pour guider les décisions cliniques.

2. Années de vie gagnées avec une meilleure qualité de vie (NDLR).

3. Généralement estimée à partir de la somme que des individus sont prêts à payer pour réduire les risques de décès.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] France 2030 : mobiliser l'innovation au service de la prévention en santé, avec une stratégie dédiée. Info.gouv.fr, 30 août 2024. En ligne : <https://www.info.gouv.fr/actualite/france-2030-mobiliser-linnovation-au-service-de-la-prevention-en-sante-avec-une-strategie-dediee>
- [2] Didier M., Lefebvre G. Les dépenses de santé en 2023. Résultats des comptes de la santé, *Panoramas de la Drees*, 21 novembre 2024 : 282 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>
- [3] Martin S., Lomas J., Claxton K. Is an ounce of prevention worth a pound of cure? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. *BMJ open*, 2020, vol. 10, n° 10 : e036411. En ligne : <https://bmjopen.bmj.com/content/10/10/e036411>
- [4] Bras P.-L., Monasse H. *La Prise en compte des preuves scientifiques dans les actions prévention et promotion de la santé*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 14 novembre 2024. En ligne : <https://igas.gouv.fr/la-prise-en-compte-des-preuves-scientifiques-dans-les-actions-de-prevention-et-de-promotion-sante>
- [5] Kopp P. *Le Coût social des drogues : estimation en France en 2019*. [Note] Paris : Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), 2023 : 15 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/publication/2023/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019-511>
- [6] Le Pen C., Lévy P. *L'Évaluation médico-économique : concepts et méthodes*. Rouen : Le Grand Métier, 2018 : 172 p.
- [7] Téhard B., Detournay B., Borget I., Roze S., de Pouvourville G. Value of a QALY for France: A new approach to propose acceptable reference values. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 2020, vol. 23, n° 8 : p. 985-993. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32828226/>
- [8] Barré S., Leleu H., Benamouzig R., Saurin J.-C., Vimont A., Taleb S. *et al.* Cost-effectiveness analysis of alternative colon cancer screening strategies in the context of the French national screening program. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 20 septembre 2020, vol. 13 : 1756284820953364. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33014138/>

L'accès aux données probantes s'organise en France

Lila Dubreuil,

chargée de mission,

Nelly Guisse,

directrice déléguée et responsable de projets,

Agence nouvelle des solidarités actives

(Ansa).

L'ESSENTIEL

► Afin d'améliorer l'efficacité de l'action publique, il est essentiel que les acteurs puissent s'approprier facilement les conclusions scientifiques des évaluations et des expérimentations menées sur le terrain.

La Grande-Bretagne le fait depuis plusieurs années via les *What Works Centres*. En France, plusieurs initiatives allant dans ce sens ont vu le jour.

Afin d'aller vers une *evidence-based policy* (politique publique fondée sur la preuve), le Royaume-Uni développe depuis les années 2000 les *What Works Centres* (centres « ce qui fonctionne »). Ces centres maintiennent une base de données des évaluations, qui détaille le degré d'impact des interventions et leur niveau de preuve ; le travail associé de centralisation, de compilation, et éventuellement de vulgarisation permet ainsi aux décideurs publics d'avoir un accès simplifié aux conclusions des expérimentations et des évaluations (voir article p. 24). Plusieurs initiatives françaises s'inscrivent dans cette même perspective d'institutionnalisation de l'évaluation par la capitalisation des connaissances.

À Santé publique France, le registre des interventions probantes en prévention et en promotion de la santé identifie et recense des interventions efficaces et fondées sur les preuves ou prometteuses¹. Celles-ci sont décrites finement et leur impact est synthétisé. Elles sont classées par niveau de preuve, population-cible, secteur d'activité, et par thématique. Un comité

d'évaluation, composé de personnalités qualifiées externes à l'agence, étudie l'éligibilité des interventions soumises au registre et statue sur le niveau de classification, grâce à un processus scientifique (voir article p. 15).

Très récemment, la Cour des comptes a créé une plateforme des évaluations de politiques publiques², recensant 944 évaluations à ce jour, aussi bien produites par des acteurs institutionnels que par des acteurs académiques. Elle retient deux approches méthodologiques : les évaluations qui décrivent les impacts des politiques publiques (approche descriptive) et les évaluations qui tendent à établir des liens de causalité (approche descriptive et causale). Le portail est un catalogue de l'ensemble des évaluations de politiques publiques françaises (depuis 2008), accessible en filtrant par auteurs, par thématiques, par méthodologies d'évaluation et par années. Pour chacune, on dispose d'un résumé, d'une synthèse des résultats, de recommandations et du rapport complet. À la différence des « projetothèques », vitrines de projets (comme celles développées par l'Agence nationale de la cohésion des territoires – ANCT ou par le ministère de la Transition écologique, de la Biodiversité, de la Forêt, de la Mer et de la Pêche, qui recensent des initiatives y compris sans que des évaluations y soient adossées), la Cour des comptes présente quant à elle des évaluations d'expérimentations, mais aussi de politiques publiques plus structurantes.

Un recours à l'intelligence artificielle en projet

Dans le domaine de l'éducation, le laboratoire Innovations, données et expérimentations en éducation (Idee) dresse un panorama des évaluations randomisées en France, avec des expérimentations à haut niveau de

preuve³. Les expérimentations sont réparties par académies, par niveaux d'enseignement et par thématiques. La plateforme renvoie directement vers les publications scientifiques. De son côté, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) anime un Centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie (voir article p. 19).

La Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) travaille actuellement à la mise en place d'un outil numérique permettant aux décideurs publics d'avoir un accès facilité aux interventions probantes. À la différence d'autres plateformes existantes, ce « centre d'appui et de preuves » permettrait de poser sa question en langage naturel, grâce à l'intelligence artificielle (IA), par exemple : « Je cherche une intervention en lycée pour lutter contre l'absentéisme des élèves ». Outre des contenus académiques, les interventions identifiées seraient issues de travaux menés par les administrations. Via un portail interactif et ergonomique, les résultats indiqueraient avec quel impact et quel niveau de preuve ces interventions ont été documentées (niveau basique : simple description de l'intervention ; niveau intermédiaire : appréciation des effets ; niveau optimal : évaluation rigoureuse d'impact). L'utilisation de l'IA permettrait de générer une fiche synthétique résumant l'intervention mise en place. Ce projet est encore en phase expérimentale et l'étape à venir concerne le test du modèle développé avec les données d'un partenaire institutionnel et différentes solutions d'IA. ■

1. <https://reperprev.santepubliquefrance.fr>

2. <https://www.ccomptes.fr/fr/plateformes-citoyennes/plateforme-evaluations-politique-publique>

3. <https://www.ideo-education.fr/panorama-des-evaluations-randomisees-en-education-en-france/>

Un registre national pour guider les acteurs vers une prévention efficace

Laetitia Gouffé-Benadiba,
chargée d'études scientifiques en santé publique,
Pierre Arwidson,
directeur adjoint,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

D'après Acheson [1 ; 2], « *la santé publique est l'art et la science de prévenir les maladies, de promouvoir la santé et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société* ». De nombreuses modalités d'action existent, qui se résument toujours à modifier les environnements (physiques, réglementaires, etc.) et les comportements (incitation, motivation, etc.) dans un sens favorable à la santé. La prévention peut être médicalisée (p. ex. : vaccination, dépistage) ou non médicalisée. Contrairement aux produits de santé et aux dispositifs médicaux, elle n'est pas réglementée¹ et est délivrée par une myriade d'acteurs.

La prévention doit être considérée aussi sérieusement que les soins, pour la simple raison que les interventions de prévention, comme les soins, peuvent être efficaces, inefficaces ou avoir des effets contraires à ceux attendus. Les méta-analyses, en particulier les revues Cochrane², sont là pour nous en convaincre. Dans une catégorie d'interventions, par exemple la prévention du tabagisme à l'école, on retrouve des actions efficaces, et d'autres inefficaces voire contre-productives. Aucune catégorie d'intervention n'est efficace *per se*. Par exemple, on ne peut donc rien dire

de général sur la prévention du tabagisme à l'école : tout dépend de ce qui est fait précisément.

La prévention emprunte à différentes disciplines (médecine, épidémiologie, économie, sociologie, sciences comportementales, psychologie, management, administration et affaires publiques, sciences politiques, sciences de l'éducation, communication, numérique et marketing social, sciences de la dissémination et de l'implémentation, etc.). Elle s'applique à un grand nombre de secteurs au-delà de la santé et fait l'objet d'un patrimoine scientifique de plus d'un demi-siècle et d'une littérature scientifique abondante. La conception et la mise en œuvre des politiques de prévention s'appuient sur la connaissance de la situation épidémiologique, de la psychologie humaine et collective, et des différentes influences sociétales et économiques. La promotion de la santé s'intéresse aux déterminants de santé ; les études en population s'intéressent aux comportements.

Éclairer la décision en santé publique

Dans un rapport paru en novembre 2024, consacré à la prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et de promotion de la santé, la première recommandation de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) [3] porte sur la nécessité de « *développer des études d'efficacité et d'efficience pour éclairer les décisions en matière de santé publique* ». Il s'agit bien d'améliorer l'efficacité et l'efficience du dispositif de prévention en France, ce qui passe par l'évaluation des interventions

L'ESSENTIEL

▣ **Les bénéfices de la prévention en santé sont largement documentés. Toutefois, pour qu'ils deviennent réels, il est essentiel que les interventions mises en œuvre soient rigoureusement évaluées, et que les décideurs se saisissent davantage de ces indices de preuves scientifiques. C'est l'objectif du registre ReperPrev, porté par Santé publique France, à l'instar d'autres plateformes dans plusieurs pays. Il permet aux acteurs de repérer quelles sont les actions de prévention prouvées ou non, celles-ci étant répertoriées et classifiées selon un processus scientifique collégial, indépendant et reconnu.**

déployées dont on connaît – trop – peu l'impact aujourd'hui. Pour inciter les acteurs de terrain à ne pas repartir d'une page blanche à chaque fois, il est indispensable de valoriser les recherches (notamment françaises) et de mettre à leur portée ces ressources validées scientifiquement – c'est-à-dire les interventions évaluées et publiées sans pour autant être lues et considérées –, afin qu'ils puissent s'en saisir dans leur contexte professionnel. Plusieurs freins sont cependant identifiés : le terme « évaluation » revêt souvent des approches différentes (voir article p. 9) ; il n'est pas aisé de déployer en pratique une intervention efficace, en identifiant une structure porteuse qui puisse la monitorer et assurer ainsi sa qualité ; les financeurs peuvent se trouver dans une position inconfortable lors de la prise de décision, en l'absence d'éléments de preuve d'efficacité.

Dossier

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

ENCADRÉ 1 : QU'EST-CE QU'UN REGISTRE ?

C'est le terme consacré, utilisé dans la littérature (avec d'autres appellations telles que les « portails de bonnes pratiques ») pour désigner une plateforme qui identifie et recense des programmes et des interventions, selon plusieurs niveaux : celle-ci valorise les interventions efficaces ou prometteuses fondées sur des preuves, et les structures qui les mettent en œuvre. Un registre use de critères et d'outils standardisés reconnus. Ses travaux, originaux, reposent sur un processus scientifique clair, collégial et de revue par les pairs. Il propose des formats accessibles pour que les acteurs repèrent ce qui fonctionne ou non en prévention et il garantit la transparence sur les données (mention de l'inefficacité d'un programme). Actif, il met à jour ses informations selon les travaux du comité d'évaluation.

Certaines interventions en prévention efficaces permettent de diminuer les dépenses de santé [4] (*voir articles p. 12 et p. 29*). Parmi celles-ci, certaines sont plus efficaces que d'autres et devraient être privilégiées [5] ; c'est pourquoi Santé publique France œuvre, depuis 2018, à l'élaboration d'un outil qui recense les interventions efficaces et prometteuses en prévention et promotion de la santé. Dès 2021, ce projet a évolué pour s'aligner sur les standards de la recherche en prévention [6], l'expérience d'autres registres internationaux (*voir article p. 18*) et un processus scientifique.

Soutenir la dissémination des interventions déjà évaluées comporte en effet de nombreux avantages :

- permettre un gain de temps substantiel dans la phase de conception, qui peut parfois s'étendre sur une dizaine d'années, et engendrer une économie de temps et de ressources pour l'évaluation, en partant de certitudes initiales au lieu d'effets incertains propres à l'expérimentation ;
- bénéficier de l'expérience accumulée par les structures de terrain ;
- offrir un recul temporel et longitudinal, certains programmes solides étant suivis souvent sur plusieurs décennies ;

- tirer profit des outils et du matériel qui appuient ces interventions (manuels, formateurs et formations existantes, dispositifs de contrôle qualité déjà conçus), ainsi mis à disposition ;
- se concentrer sur le suivi de la qualité.

En outre, il s'avère essentiel de développer la recherche en prévention. Elle porte sur l'évaluation à la fois de l'efficacité (dont l'évaluation économique), de la dissémination et de l'implémentation des interventions.

Articuler recherches et pratiques de terrain

En 2025, le registre piloté par Santé publique France s'est doté d'un nom : ReperPrev³. Il s'appuie sur un Comité d'évaluation des interventions en prévention et promotion de la santé, composé de membres qualifiés, externes à l'agence, nommés après un appel à candidatures public. Ce comité se réunit quatre à cinq fois par an pour mener un travail de revue et de recensement des interventions en prévention et en promotion de la santé. Ces dernières sont identifiées à partir de la littérature, incluant des expériences internationales en vie réelle et des adaptations, ayant démontré leur efficacité, tout en intégrant l'innovation de terrain. Sont ainsi regardées les interventions proposées par des structures ou des

porteurs de projet, ou celles lauréates d'appels à projet. Certaines actions non évaluées, mais dont le fondement et/ou la description sont justifiés, figurent également au registre. Il s'intéresse en outre à la réplication d'interventions déjà évaluées d'un territoire à un autre, voire à l'adaptation française de programmes ayant fait leurs preuves à l'international.

Ainsi, le registre vise à optimiser l'articulation entre la recherche, les décideurs et les pratiques de terrain, en promouvant l'évaluation et la diffusion des innovations. La Société européenne de recherche en prévention le reconnaît en tant que Registre national en prévention pour la France. Tous les champs d'application en santé publique sont concernés, à l'exception de l'éducation thérapeutique du patient.

Le processus scientifique de ReperPrev est fondé sur une revue par les pairs, à l'aide d'une grille d'analyse standardisée (41 critères), ventilée en six volets :

1. *Description des étapes de mise en œuvre* (10 critères) : objectifs de l'intervention, description des étapes de mise en œuvre et cohérence entre le problème de santé publique et l'intervention choisie.
2. *Fondements théoriques* (2 critères) : lien entre le modèle théorique, la littérature et l'intervention.
3. *Mesure de l'efficacité – méthodologie* (10 critères) : typologie des données

ENCADRÉ 2 : QUELQUES DÉFINITIONS

Intervention en prévention et promotion de la santé : action ou ensemble d'actions planifiées avec un ou des objectifs prédéfinis, dont la mise en œuvre a pour but d'atteindre ces objectifs spécifiques.

Évaluation : type de recherche qui fournit un moyen d'évaluer les résultats à court et à long termes d'une action de prévention et les facteurs liés à ces résultats. Les normes en matière d'efficacité, d'efficience et de recherche à grande échelle en science de la prévention sont publiées par la Société internationale de recherche en prévention et intégrées à la pratique de la Société européenne de recherche en prévention. L'impact et la soutenabilité des actions entreprises sont pris en compte parmi les différents critères.

L'évaluation d'efficacité permet de documenter l'utilité d'une intervention et sa précision.

Efficacité : mesure de l'atteinte des objectifs et de la production des résultats escomptés ; l'efficacité évalue l'impact réel des actions entreprises sur la population-cible dans un milieu spécifique (ou non) et sur une période de temps.

Efficience : mesure de la relation entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus : l'efficience vise à déterminer si les ressources ont été utilisées de façon optimale pour atteindre les objectifs fixés.

Effet : désigne les changements ou les impacts observés à la suite d'une intervention, directs ou indirects, mesurés à court, moyen ou long termes.

utilisées pour l'évaluation, pertinence des méthodes d'évaluation choisies par rapport à l'objectif et au cadre de l'intervention, qualité du schéma expérimental, etc.

4. *Efficience – soutenabilité* (7 critères) : description des ressources mises en œuvre (partenaires, moyens, coûts, etc.).

5. *Éléments de transfert des connaissances* (6 critères) : qualité de la documenta-

tion, accessibilité, qualité de la formation, etc.

6. *Éthique* (6 critères) : avis d'un comité de protection des personnes, modification des critères de jugement principaux et secondaires (prédéfinis) dans les résultats, respect de l'équité, consentement, effets secondaires, etc.

L'analyse des interventions est discutée collégialement par les

membres du Comité d'évaluation des interventions, qui les classent par niveaux. Les interventions inscrites en niveaux 3, 4 ou 5 documentent des indices d'efficacité, après évaluation (voir tableau 1).

L'appréciation du niveau de preuve est toujours précédée d'une ou de plusieurs mentions spécifiques, selon les cas (voir tableau 2).

Tableau 1 – Classification selon le niveau de preuve.

NIVEAU 1	Décrit de façon détaillée ce qui est mis en œuvre (protocole, guide)	Bien décrit
NIVEAU 2	Présente un mécanisme et une logique d'action objectivés : existence d'arguments théoriques référencés pour la construction de l'intervention	Bien fondé
NIVEAU 3	Effet démontré à l'aide d'un comparateur (p. ex. : groupe témoin) avec évaluation économique sans évaluation économique	Premiers indices de preuve
NIVEAU 4	Il existe des évaluations de réplication indépendantes, qui confirment les conclusions pour une population-cible similaire	Bons indices de preuve
NIVEAU 5	Il existe des systèmes ou des procédures pour assurer la réplication d'un impact positif	Forts indices de preuve

Tableau 2 – Qualification de toutes les interventions examinées (non-éligibilité en post-évaluation ou mentions spécifiques).

Non éligible	N'est pas une intervention en prévention/promotion de la santé ou ne répond pas aux critères d'éthique	Ne figurera pas au registre
Effets contre-productifs	L'intervention présente des effets contraires aux objectifs ou au détriment de la santé	Figurera avec mention des effets contre-productifs
Absence d'effets significatifs	L'intervention ne montre pas d'effets significatifs sur le ou les groupe(s) cible(s) – APRÈS ÉVALUATION	Figurera avec mention absence d'effets significatifs
Absence de données	Pas de connaissance sur les effets, car ils n'ont pas été recherchés (absence de données)	Figurera avec mention absence de données, effets inconnus
Résultats positifs	L'intervention montre des effets positifs significatifs sur le (ou les) groupe(s)-cible(s)	Figurera avec mention des résultats positifs

Enfin, ReperPrev comporte une section dédiée aux interventions qui ne sont plus mises en œuvre aujourd'hui, mais qui ont joué un rôle significatif dans l'évolution des connaissances. Elles sont archivées au titre du « patrimoine scientifique ». ■

1. À l'exclusion du développement récent d'homologation pour certains outils numériques en santé.
2. La collaboration Cochrane (plus de 11 000 membres et 35 000 contributeurs dans 130 pays) réalise la synthèse des connaissances sur l'efficacité des traitements et des interventions en santé (revues systématiques et méta-analyses qui sont les méthodes de référence pour synthétiser les connaissances scientifiques). Les revues Cochrane fournissent la

synthèse de toutes les études menées pour répondre à une question précise concernant l'évaluation des effets d'interventions en santé. En ligne : <https://france.cochrane.org>

3. En ligne : <https://reperprev.santepubliquefrance.fr>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health*. Londres : HM Stationery Office, 1998.

[2] McMichael A. J., Beaglehole R. The changing global context of public health. *The Lancet*, 2000, vol. 356, n° 9228 : p. 495-499. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10981904/>

[3] Bras P.-L., Monasse H. La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé. *Inspection générale des*

affaires sociales, 14 novembre 2024-027R. En ligne : <https://igas.gouv.fr/la-prise-en-compte-des-preuves-scientifiques-dans-les-actions-de-prevention-et-de-promotion-sante>

[4] *Charges et produits pour 2025*. [Rapport] Caisse nationale d'assurance maladie, 19 juillet 2024. En ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-07-19-cp-rapport-charges-et-produits-pour-2025>

[5] *Benchmark*. [Rapport] Washington State Institute for Public Policy. En ligne : <https://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost?topicId=9>

[6] Gottfredson D. C., Cook T. D., Gardner F. E., Gorman-Smith D., Howe G. W., Sandler I. N. *et al.* Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science. *Next Generation. Prevention Science*, 2015, vol. 16, n° 7 : p. 893-926. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25846268/>

« Les services communautaires de santé sont fortement incités à puiser dans le registre »

Entretien avec Judith Van Der Waerden,
chargée de recherche au sein de l'équipe *Épidémiologie sociale, Santé mentale et Addictions (U1136-IPLESP)*
Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),
experte pour le registre des interventions efficaces,
Institut de santé publique des Pays-Bas (RIVM).

L'ESSENTIEL

► **L'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM) des Pays-Bas porte depuis 2014 le registre des interventions reconnues. Y sont recensées les actions de prévention efficaces ou prometteuses évaluées par des experts de la science et de la pratique. Il a fallu un certain temps pour que les acteurs de terrain s'emparent de cet outil de connaissances.**

La Santé en action : Quand le répertoire des actions efficaces a-t-il été lancé aux Pays-Bas ?

Judith Van Der Waerden : Depuis 2014, ce registre, porté par l'Institut de santé publique des Pays-Bas¹, recense les interventions visant à améliorer la prévention et la promotion de la santé physique ou psychique, en agissant sur les comportements de santé ou leurs déterminants. Celles-ci couvrent une dizaine de thématiques comme la nutrition, la périnatalité, la santé sexuelle, l'alcool et les drogues, le bruit, l'exposition au rayonnement ultraviolet (UV), etc. En avril 2025, on dénombre 336 interventions uniques. Une commission d'experts, composée de scientifiques d'universités, ainsi que de membres provenant des instances décisionnelles et de la pratique (médecins, instituts de recherche, services de santé publique), se réunit quatre fois par an pour estimer le niveau d'efficacité de certaines interventions. Elles sont ensuite classées dans le registre selon cinq niveaux de reconnaissance en termes de capacité à agir sur l'adoption de comportements favorables à la santé. Le premier niveau regroupe des interventions qui n'ont pas été revues par le comité d'experts, mais par des acteurs de terrain et qui sont bien décrites (objectifs,

groupes-cibles, modalités de mise en œuvre, etc.). Elles correspondent *grosso modo* en France à ce qui est répertorié sur le portail de capitalisation des expériences en promotion de la santé (Caps²). Viennent ensuite les interventions dites « bien fondées », dont l'ancrage théorique est bien décrit et sous-tend leur mise en œuvre. L'efficacité des interventions est classée selon trois autres niveaux, en fonction de l'importance de l'évaluation scientifique réalisée : « premiers indices » d'efficacité, quand il y a deux études avec une force probante modérée ou une étude avec une force probante relativement forte ; « bonnes indications » d'efficacité quand il y a un essai randomisé, montrant des impacts positifs ; et enfin, « preuves solides » d'efficacité, quand il y a deux études avec une force probante forte à très forte, ou des études de cas répétées comprenant au moins dix cas, réalisés dans des conditions différentes. Ces derniers peuvent être rapportés dans une seule étude ou répartis sur plusieurs études.

S. A. : Qui utilise le registre ?

J. V. D. W. : Ce sont principalement les services communautaires de santé publique et les équipes universitaires qui utilisent ce registre. Il y a également de plus en plus d'organisations comme l'Organisation néerlandaise pour la recherche en santé et l'innovation dans les soins et l'Inspection des soins de santé, qui examinent si les interventions sont efficaces. Les villes décident de plans de prévention qui fixent des priorités en fonction de l'état de santé de leurs administrés : selon les territoires, l'une mettra l'accent sur le développement de l'activité physique, l'autre sur la prévention de l'usage des drogues, etc. Les services communautaires de santé qui les mettent en œuvre sont fortement incités à puiser dans le registre des interventions. Il a toutefois fallu quelques années pour que les acteurs reconnaissent l'intérêt du registre comme outil de connaissances pour utiliser efficacement l'argent public alloué à la prévention en santé. Lorsqu'il y a des lacunes dans le registre concernant certaines thématiques

ou certaines populations-cibles, de nouveaux programmes peuvent être expérimentés. S'ils sont évalués positivement, ils ont alors vocation à rejoindre le registre. D'autres méthodologies sont actuellement en réflexion pour juger le niveau « bonnes indications » d'efficacité d'une intervention. On ne peut tout évaluer par l'essai randomisé, celui-ci étant coûteux à déployer, avec l'appui de partenaires académiques, etc.

S. A. : Ce répertoire a-t-il des spécificités par rapport à ceux mis en place dans d'autres pays ?

J. V. D. W. : Une des spécificités de ce répertoire est la collaboration interinstitutionnelle avec d'autres organismes comme l'Institut néerlandais de la jeunesse, le Centre de connaissances pour le sport et l'exercice, le Centre néerlandais pour la santé des jeunes, l'Institut Trimbos (santé mentale et addictions). En tout, ce sont huit organisations qui possèdent leur propre registre d'interventions, chacun ayant les mêmes modalités de sélection et de classement³. Cela permet de faire connaître des interventions de qualité à un plus grand nombre d'acteurs. De plus, la politique de santé publique prévoit le remboursement par l'assurance maladie d'actions de prévention participant à améliorer la santé de populations-cibles. Ainsi aujourd'hui, dix interventions combinées efficaces sur le changement de mode de vie sont concernées. Elles sont dites « combinées », parce qu'agissant sur plusieurs dimensions, par exemple alimentation, activité physique et consommation de substances psychotropes, pour les personnes en surpoids ou obèses. C'est le médecin qui prescrit ce type d'intervention à suivre. Cependant, elle n'est remboursée que si elle est inscrite au registre, et qu'elle a donc démontré son efficacité. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.

1. <https://www.loketgezondleven.nl/>
2. <https://www.capitalisationsante.fr/>
3. <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken-algemeen/overzicht-databanken-partners>

Des ressources étayées et accessibles pour favoriser le « bien-vieillir »

Benjamin Leroux,
responsable du Centre de ressources et de preuves,
Claire de Rocquigny,
chargée de mission Évaluation impact,
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le Centre de ressources et de preuves dédié à la préservation de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap est fondé sur l'approche de *evidence-based policy* (politique publique s'appuyant sur les preuves) développée au cours de la période 1980-2000. Sa création est directement inspirée des enseignements britanniques des *What Works Centres (WWC)* [voir article p. 24]. Dès 2017 en effet, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'empare des conclusions d'un rapport de l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) [1] et porte sur les fonds baptismaux l'idée d'un WWC à la française. Les discussions engagées avec les ministères sociaux se concrétiseront dans la stratégie nationale Vieillir en bonne santé 2020-2022, avec l'annonce de la création d'un centre de ressources à la CNSA¹.

Cette volonté sera portée dans la première convention d'objectifs et de gestion de la CNSA 2022-2026², devenue gestionnaire de la nouvelle branche Autonomie de la sécurité sociale³. Ce contrat liant la Caisse et l'État prévoit en effet le lancement d'un Centre de ressources et de preuves, dédié à la prévention de la perte d'autonomie⁴ (CRP) afin de

venir en appui des commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et, plus généralement, des professionnels de terrain.

Agir sur l'offre de prévention

L'objectif du CRP est de contribuer à l'installation d'une dynamique de gestion du risque : il s'agit d'accompagner les professionnels (décideurs ou opérateurs) dans leurs activités (orientations stratégiques, prises de décisions de financement, conduite de projets, etc.) afin qu'elles soient étayées et qu'elles amènent à diriger prioritairement les efforts (de financement, d'ingénierie, etc.) vers les actions les plus efficaces en matière de prévention.

Pour ce faire, quatre missions lui sont confiées :

- capitaliser les actions de prévention de la perte d'autonomie et de promotion de la santé probantes et prometteuses, en associant approches scientifiques et empiriques ;
- diffuser de manière accessible, pour éclairer les pratiques et les décisions, les interventions ayant fait la preuve de leur efficacité ;
- élaborer des référentiels et des outils d'aide à la décision en matière de prévention de la perte d'autonomie (aides techniques, actions individuelles et collectives de prévention) ;
- associer l'ensemble des acteurs qui concourent à une politique coordonnée de prévention.

Une partie de ces missions a été reprise dans l'article premier de la loi Bien vieillir d'avril 2024⁵, qui crée un « centre de ressources probantes » au sein de la CNSA. À l'issue d'une

L'ESSENTIEL

■ **La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a notamment pour missions de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap et de lutter contre leur isolement. Elle s'est vu confier, par la loi Bien vieillir du 8 avril 2024, la responsabilité de préfigurer un Centre de ressources et de preuves (CRP) et de le mettre en place. Celui-ci a pour vocation d'accompagner les professionnels dans leurs activités, afin qu'ils placent leurs efforts dans les actions les plus efficaces en matière de prévention. Désormais opérationnel, le Centre décline sa feuille de route en appui des financeurs ou des opérateurs des projets.**

phase de préfiguration de six mois (1^{er} semestre 2023), trois priorités de travail ont été posées :

- *atteindre les publics les plus éloignés des dispositifs de prévention* : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en ciblant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité ;
- *agir sur l'offre de prévention* : étayer, essaimer et évaluer ;
- *outiller les décisions de financement* : accompagner les décideurs dans la prise en compte des données probantes et dans la mise en œuvre de priorités de financement.

Ces priorités sont à décliner simultanément. En effet, inciter les porteurs de projets à s'investir dans la mise en œuvre complexe d'actions ayant fait la preuve de leur efficacité sans incitation des financeurs à

hiérarchiser leur financement serait décourageant (et inversement) ; ces actions doivent *in fine* particulièrement bénéficier aux personnes en situation de vulnérabilité pour ne pas contribuer à creuser les inégalités sociales de santé. Le programme de travail a été discuté par le comité d'orientation⁶ du CRP lors de son installation le 27 juin 2023. Depuis, il se réunit deux fois par an. Pour le mettre en œuvre, le CRP (composé d'une équipe de quatre personnes) s'appuie sur un réseau de partenaires et d'experts avec la volonté, dans cette politique publique largement décentralisée, de ne mettre aucun acteur à l'écart de la dynamique. Les réflexions ont donc été conduites dans une logique de services territorialisée, chacun venant choisir dans l'offre proposée ceux qui répondent au mieux à ses besoins et à ses contraintes.

La CNSA a ainsi signé une convention avec l'Union des gérontopôles de France (UGF) en décembre 2023, afin de décliner quatre projets d'ici fin 2026. En premier lieu, il s'agit de mettre à disposition des opérateurs des programmes nationaux de prévention robustes et clés en main. Le premier portera sur l'activité physique et sur l'alimentation. Ainsi, 750 places ont été ouvertes en janvier 2025 pour former les futures équipes d'animateurs ; ces formations sont proposées dans cinq villes par la CNSA et elles sont animées concrètement par l'Union des gérontopôles de France⁷. Le second programme visera la préservation des capacités cognitives.

Par ailleurs, cette coopération a pour but d'identifier des critères d'efficacité des actions collectives de prévention afin d'éclairer de façon idoine les pratiques des opérateurs et des décideurs. Le premier dossier thématique – et sa synthèse vulgarisée –, publié en juin 2024, porte sur la nutrition. Le deuxième dossier, sur l'activité physique et la prévention des chutes, a paru en novembre 2024. Le troisième, consacré au bien-être psychologique, est sorti début avril 2025.

Une nécessaire évolution des pratiques professionnelles

Le Centre de ressources et de preuves expérimente avec la Fédération Promotion Santé

et 30 départements volontaires une forme d'assistance à maîtrise d'ouvrage. Elle permet d'accompagner individuellement d'une part les financeurs dans le cadrage des priorités de leur appel à projets, dans la lecture des projets réceptionnés etc., et d'autre part les opérateurs, les porteurs de projet dans la construction et ou dans le déploiement de leurs interventions, soutenues par les commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA).

Dans cette logique d'offre de services, le fonctionnement du CRP s'est articulé autour d'une attention particulière portée au contexte et aux usages. En effet, la prise en compte nouvelle de données probantes dans une activité implique *de facto* des évolutions de pratiques professionnelles. Sur la base d'une importante phase de recueil des attentes, des besoins et de caractérisation du profil des utilisateurs, le parti pris a ainsi été de considérer l'usage, l'ergonomie et donc la connaissance des pratiques et des besoins des utilisateurs comme une condition *sine qua non* du déroulement des travaux. Très concrètement, à chaque étape et sur chaque projet, des enseignements précieux peuvent être mobilisés. Il est donc fondamental de s'interroger sur le problème à résoudre, d'appréhender le contexte dans lequel vont être mises à disposition ces ressources : les décideurs doivent étudier en moyenne 150 projets en quelques semaines. Ils ont certes besoin d'outils permettant de discriminer ces projets et d'orienter les crédits vers les actions les plus efficaces *a priori*, mais la prise en compte du temps de lecture d'un dossier ou du remplissage d'une grille de sélection est une variable indispensable à intégrer à la réflexion, à l'instar de nombreux autres paramètres.

Si un ensemble de signaux indique que ce nouvel objet dans les politiques publiques initie une dynamique favorable à la prise en compte des ressources mises à disposition, le CRP s'est engagé en 2025 dans l'évaluation de son impact auprès des utilisateurs. Soutenu par la Direction interministérielle de la transformation de l'action publique (DITP), il a confié son évaluation d'impact au bureau français du *Behavioural Insights Team* (BIT),

bureau d'études spécialisé dans les sciences comportementales. ■

1. Discours d'Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, le 16 janvier 2020 « [...] Pour diffuser les innovations, les moyens de prévention qui ont fait leurs preuves, je créerai en outre, en 2020, un centre "ressources" à la CNSA. Il mobilisera une expertise pluridisciplinaire dans le champ de la perte d'autonomie pour faciliter la prise de décision des décideurs, dans chaque département, réunis dans le cadre de la conférence des financeurs [...] »

2. https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-02/PUB_cnsa_cog_web_access-v2.pdf

3. Lois n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

4. Engagement n° 9 de la COG 2022-2026 entre l'État et la CNSA.

5. Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

6. Le comité d'orientation du CRP est composé d'experts scientifiques, de représentants des ministères impliqués, de représentants des principaux financeurs du champ.

7. En ligne : <https://journeesthematiquescnsa.catalogueformpro.com/1/activite-physique-et-alimentation/2036148/appele-a-manifestation-d-interet-pour-etre-forme-a-l-animation-dun-programme-national-de-prevention-por>

Pour en savoir plus

Centre de ressources et de preuves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En ligne : <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/prevention/centre-de-ressources-et-de-preuves>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Allard C., Rickey B. *What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Paris : Agence nouvelle des solidarités actives, mars 2017 : 202 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-03/Ansa_RapportWWC_2017_VF.pdf

« Nous avons sélectionné les modalités d'intervention ayant fait leurs preuves en prévention »

Entretien avec Gilles Berrut,

chef du pôle hospitalo-universitaire de Gérontologie clinique, centre hospitalier universitaire (CHU), Nantes, président-fondateur, Gérontopôle Pays de la Loire, secrétaire général, Union des gérontopôles de France.

La Santé en action : **Quel est l'objectif du guide sur la nutrition des seniors, dont vous avez coordonné le contenu ?**

Gilles Berrut : Avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), nous sommes partis sur l'idée qu'un document sur la nutrition était indispensable afin d'améliorer la qualité des actions financées par les commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Présidées par les départements et animées par la CNSA au niveau national, ces instances réunissent les institutions engagées dans les politiques visant à réduire la perte d'autonomie. Nous souhaitons les aider dans leur choix, leur donner les moyens de s'orienter vers les actions de prévention les plus efficaces en proposant ce guide *Nutrition. Comment favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé*, qui comporte huit recommandations, afin qu'ils puissent se les approprier et les utiliser au moment de prendre leurs décisions. Pour être pertinent, notre travail devait s'appuyer à la fois sur une approche scientifique et sur un dialogue avec les acteurs de cette commission.

S. A. : **Comment avez-vous construit les recommandations de cette brochure ?**

G. B. : Si les recommandations sur la nutrition proprement dite sont nombreuses, celles concernant les actions de prévention en la matière le sont moins. En pratique, faut-il organiser des ateliers de cuisine avec les personnes concernées, leur prodiguer des conseils, les encourager à marcher, à courir ? Faut-il se focaliser sur certains aliments, par exemple ceux à index glycémique bas, manger du quinoa, du tofu, moins de viande ? Ce n'est pas si simple, et ce d'autant que la majorité des articles de la littérature scientifique s'attachent le plus souvent aux résultats, mais pas à la méthode. Nous avons donc procédé de façon inverse. Nous avons regardé les résultats positifs des interventions pour étudier en détail le chemin qui a conduit à ces résultats. Prenons un exemple simple. Vous avez choisi une méthode : faire pratiquer une activité physique aux gens en même temps que vous leur prodiguez des conseils. Une étude montre qu'il y a des résultats meilleurs qu'avec les conseils seuls. Nous, nous nous sommes demandé quelle méthode avait été utilisée pour amener les gens vers l'activité physique. C'est un peu l'originalité de notre travail. C'est ainsi que nous sommes allés puiser les ressources pour l'élaboration de recommandations pratiques et réalistes.

S. A. : **Comment avez-vous procédé ?**

G. B. : Avec Hajer Rmadi, docteurante et cheffe de projet Recherche, Évaluation et Innovation du

L'ESSENTIEL

▣ La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a signé une convention avec l'Union des gérontopôles de France (UGF) afin d'éclairer les acteurs de terrain et les décideurs sur les actions de prévention permettant de bien vieillir. Fruit de cette coopération, un premier document sur les critères d'efficacité des interventions pour prévenir la dénutrition des seniors a été publié en juin 2024. Celui-ci vulgarise les connaissances sur les éléments indispensables qui font la qualité d'un programme, à partir d'une analyse exhaustive de la littérature scientifique réalisée par des experts. Volontairement succinct, il est rédigé en huit points-clés afin d'être accessible au plus grand nombre.

Gérontopôle Île-de-France et Agathe Raynaud-Simon, nutritionniste et professeure de médecine interne et de gériatrie à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), nous avons mené une recherche bibliographique avec des mots-clés dans des bases de données internationales telle PubMed. Elle a été restreinte à un public précis, c'est-à-dire les individus de plus de 60 ans, encore autonomes et à domicile, ce qui excluait ceux vivant en institution. Une vingtaine de publications ont été retenues sur plus de 2 000. Certaines portaient sur des fondements théoriques,

Dossier

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention



c'est-à-dire les connaissances et les croyances d'une personne, qui influent sur son changement de comportement. D'autres étaient plus pratiques, avec notamment le format des interventions mises en place (en présentiel ou à distance, par mail ou par téléphone), les supports utilisés (livret, carnet de suivi) ou leur contenu (conseils, ateliers pratiques ou sessions d'éducation). Nous avons alors sélectionné les modalités d'intervention ayant fait leurs preuves en prévention, celles par exemple qui favorisaient les contacts fréquents ou proposaient des conseils diététiques spécifiques, comme ceux portant sur l'augmentation de la consommation de fruits et légumes.

S. A. : De quelle façon ont été retenues les méthodes les plus pertinentes ?

G. B. : Nous avons porté notre attention sur les travaux dont la méthode était bien décrite et probante. Il y a eu une autre dimension à laquelle nous avons été confrontés, en découvrant une étude portant sur la prévention par la cuisine végétane, et notamment le type de protéines végétales à substituer aux protéines animales. En soit, c'est intéressant, mais nous ne l'avons pas retenue, parce que c'était une étude isolée, difficile à introduire dans une recommandation nationale. Nous avons rencontré la même difficulté lors de l'élaboration d'un autre document sur la prévention des chutes, également réalisé dans le cadre du partenariat avec la CNSA. Des études montrent que la pratique du Taï-chi-chuan peut être intéressante. Le problème, c'est qu'il existe plusieurs écoles et que les formations sont très hétérogènes – ce qui rend une recommandation sur ce thème plutôt hasardeuse, insuffisamment posée sur des données probantes.

S. A. : Comment êtes-vous parvenus à synthétiser ces recommandations ?

G. B. : La synthèse de notre travail bibliographique a été vulgarisée par une journaliste scientifique. L'objectif était de chasser tout le jargon pour en faire un document accessible à tous et surtout aux membres des

commissions des financeurs : nous voulions être utiles, pédagogiques et rendre les recommandations facilement lisibles afin qu'elles soient appliquées. Le langage scientifique peut parfois être abscons et introduire de l'ambiguïté pour les profanes, ce que nous voulions éviter. Les représentants qui siègent à la commission des financeurs ne sont pas des spécialistes de la nutrition par exemple, mais ils décident pourtant des actions qui vont être mises en place dans ce domaine. Nous avons donc rencontré trois d'entre eux et discuté la formulation des recommandations avec précision pour obtenir un texte accessible et sans ambiguïté. Ce travail d'appui sur des données scientifiques probantes a vraiment été le cœur de notre action ! ■

Pour en savoir plus

● Berrut G. (réd. chef), Rmadi H., Prompt E. Nutrition. Comment favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. Paris : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, juin 2024 : 6 p. En ligne : <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-06/CNSA-UGF-8-conseils-pour-des-actions-de-prevention-en-nutrition-accessible.pdf>

● Berrut G. (réd. chef), Rmadi H., Prompt E. Analyse scientifique des critères d'efficacité d'une action de prévention de la dénutrition des seniors. Paris : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, juin 2024 : 24 p. En ligne : <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-06/CNSA-UGF-Analyse-thematique-nutrition-VF.pdf>

MESURER L'IMPACT DES DOCUMENTS PÉDAGOGIQUES

Le Centre de ressources et de preuves (CRP) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) se soumet aussi à l'épreuve de la preuve, par l'intermédiaire de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP). Celle-ci a confié à l'agence parisienne du bureau d'études *Behavioural Insights Team (BIT)* une mission d'évaluation d'impact de ses travaux. Spécialisée dans l'application des sciences du comportement et dans l'évaluation d'impacts, l'agence élabore les différents outils de collecte à destination de ceux qui utilisent le CRP : entretiens qualitatifs,

questionnaires, outils d'analyse des appels à projet, etc. Une première évaluation sera réalisée courant 2025 ; elle sera ensuite modélisée pour être intégrée aux travaux du CRP à plus long terme.

Dans le cadre de la première évaluation seront notamment étudiés les impacts des synthèses produites avec l'appui de l'Union des gérontopôles de France (UGF) sur les porteurs de projets et sur les référents des commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA). L'évaluation viendra interroger la contribution de ces productions à l'intégration de données

probantes dans les actions de prévention, en analysant les comportements des utilisateurs : ont-ils connaissance de ces outils ? Les perçoivent-ils comme utiles, pertinents ? Sont-ils en capacité de les intégrer à leurs pratiques d'élaboration d'actions ou de leur financement ? Font-ils effectivement évoluer leurs pratiques grâce à ces synthèses et de quelle façon ? Ces premiers résultats viendront renforcer les stratégies du CRP visant à mieux prendre en compte les attentes des utilisateurs pour renforcer l'efficacité de la politique de prévention de la perte d'autonomie.

Un outil novateur pour structurer les interventions de prévention

Nolwenn Stevens,
ingénieure de recherche,
François Alla,
praticien hospitalier, professeur de santé publique,
centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux.

Dans le cadre de la révision de sa politique de prévention et promotion de la santé (PPS), l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine a demandé à la plateforme scientifique Altaïre de transfert de connaissances pour l'action et la décision en santé des populations de développer un outil pour aider les acteurs à formaliser la description de leurs interventions de PPS. Cette plateforme est co-portée par l'université de Bordeaux et par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux. Le développement de ce formulaire, appelé ODIPSa¹, s'est appuyé sur des travaux antérieurs portant sur la transférabilité ou la dissémination des interventions (Astaïre [1], Dinosp [2], grille d'analyse du registre des interventions efficaces et prometteuses de Santé publique France [3]). Afin de prendre en considération l'expérience de ses futurs destinataires, deux *focus groups*² ont été organisés au cours de l'année 2023 : le premier rassemblait des agents de l'ARS, occupant des postes variés au sein du siège ou en délégation territoriale ; le second invitait des porteurs de projets et des structures expertes en PPS, dont le rôle est d'accompagner les opérateurs des territoires. Ces échanges ont permis d'ajuster l'outil dès sa conception pour le rendre plus pertinent et opérationnel. Depuis 2024, le formulaire est testé en Nouvelle-Aquitaine. Selon les départements, il a été mobilisé en partie ou totalement, et librement remanié par les instructeurs de l'ARS, sans le concours de la plateforme Altaïre.

ODIPSa répond à deux objectifs. Il favorise l'expression du porteur de projet, en lui permettant de décrire son intervention plus librement et plus finement ; il fournit ainsi au financeur des éléments plus riches pour l'instruction de sa demande. En guidant la description des projets candidats, l'outil soutient la conception des interventions ainsi que leur évaluation, en lien avec les priorités stratégiques du financeur. Utilisable par les acteurs de façon autonome, le formulaire s'inscrit dans une vision multidimensionnelle et multisource de la preuve.

ODIPSa intègre le fait qu'il n'existe pas de référentiel d'interventions couvrant tous les champs et tous les leviers d'actions mobilisables en PPS, ni toutes les populations ou les particularités contextuelles qui mobilisent les acteurs du secteur au quotidien. De ce fait, de nouvelles propositions doivent pouvoir voir le jour. Celles-ci peuvent s'appuyer sur des exemples, inspirations, références très variés. Ainsi, l'outil laisse une grande souplesse dans la description de la proposition interventionnelle et de ses origines.

Un outil adapté aux réalités professionnelles

Majoritairement présenté sous forme de questions ouvertes, ODIPSa reflète la diversité des pratiques de terrain et s'adapte à différentes réalités professionnelles. Le formulaire suit la structuration de la démarche d'un projet : diagnostic, conception et description de l'intervention, évaluation, et perspectives. Chaque partie est assortie d'un bref descriptif permettant d'aiguiller les utilisateurs sur les attendus. Les items sont enrichis de repères méthodologiques pour aider les porteurs de projets à structurer leur proposition, tout en les incitant à s'appuyer sur différentes sources de données probantes (scientifiques, contextuelles, expérientielles). L'outil est ponctué d'exemples permettant de mieux se projeter dans son projet, avec une souplesse d'utilisation selon sa nature : tous les items ne sont pas obligatoires, et certaines rubriques peuvent ne pas être remplies. ODIPSa est destiné aux porteurs de projets de PPS autant qu'aux financeurs qui peuvent l'utiliser dans leur processus d'instruction. Il peut devenir un support de dialogue entre les différentes parties prenantes sur les « preuves » en PPS en général, au service d'une culture partagée de la qualité des interventions, et autour de l'intervention en particulier. Pour favoriser son appropriation, il semble essentiel d'accompagner les opérateurs *via* des dispositifs de soutien et de formation, pour développer leurs compétences dans la description ou dans la construction d'interventions fondées sur les données probantes. Les décideurs-instructeurs gagneraient eux aussi à bénéficier d'un appui : formation, échange de pratiques, réflexion sur la stratégie de financement fondée sur les preuves. ■

L'ESSENTIEL

■ **En Nouvelle-Aquitaine, un outil permettant de décrire finement les actions de prévention et de promotion de la santé est testé depuis 2024 auprès des opérateurs de terrain et des financeurs de projets. Il incite les premiers à concevoir leurs interventions en mobilisant des sources de données probantes, et il soutient les seconds dans leur stratégie de financement, fondée sur les preuves ; avec la perspective d'un dialogue constructif entre les deux parties.**

1. En ligne : <https://evidans.org/altaire/>
2. Discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinents pour une recherche (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, déc. 2013, vol. 13, n° 1 : art. 1184. En ligne : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1184>
- [2] Stevens N., Cambon L., Bataillon R., Robin S., Alla F. Décrire l'innovation organisationnelle en santé publique pour favoriser sa dissémination ; guide Dinosp (Description des innovations organisationnelles en santé publique). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, octobre 2022, vol. 70, n° 5 : p. 215-221. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762022007076>
- [3] *Avis d'experts relatif à la mise en place d'un processus d'analyse de l'efficacité des interventions dans le cadre de la création d'un portail d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé*. Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Avis d'experts, 2019 : 75 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/avis-d-experts-relatif-a-la-mise-en-place-d-un-processus-d-analyse-de-l-efficacite-des-interventions-dans-le-cadre-de-la-creation-d-un-portail-d-in>

Dossier

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

« Les centres permettent aux décideurs de terrain d'accéder à la connaissance »

Entretien avec Laura Litvine,
directrice du bureau parisien de *Behavioural Insights Teams (BIT)*.

L'ESSENTIEL

► Au Royaume-Uni, les *What Works Centres (WWC)* sont des structures dédiées à la promotion de politiques publiques fondées sur des preuves scientifiques. Elles synthétisent et diffusent les résultats des interventions évaluées dans différents domaines (prévention précoce, qualité de vie des personnes vieillissantes, éducation des enfants défavorisés, etc.). Ces organismes proposent des recommandations concrètes, permettant d'accompagner les décideurs opérationnels.

La Santé en action : Dans quel contexte les What Works Centres (WWC) ont-ils vu le jour en Grande-Bretagne ?

Laura Litvine : À la fin des années 1990, le *National Institute for Health and Care Excellence (Nice)* a été créé pour évaluer les bonnes pratiques médicales en s'appuyant sur une évaluation rigoureuse des preuves scientifiques. Il est vite devenu une référence pour les politiques fondées sur la preuve. À partir de 2010, David Halpern¹, travaillant alors au sein du cabinet du Premier ministre britannique, s'est interrogé avec d'autres sur la possibilité de transposer ce modèle aux politiques sociales. Cette réflexion a conduit à la genèse des *What Works Centres for Social Sciences*. Ce sont des organismes indépendants qui permettent de « collectiviser » ce bien public qu'est la connaissance scientifique, de la diffuser sous une forme accessible et de l'enrichir, dans plusieurs domaines, entre autres : l'éducation (*Education Endowment Foundation*), la prévention précoce (*What Works Centre for Children & Families*), le développement économique local (*The What Works Centre for Local Economic Growth*), la prévention de la criminalité (*The What Works Centre for Crime*

Reduction), l'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes (*The Centre for Ageing Better*).

S. A : **Quelles sont les missions des centres ?**

L. L. : En premier lieu, les centres ont pour vocation de permettre aux décideurs de terrain d'accéder à la connaissance des interventions évaluées, que les résultats soient ou non positifs, afin que ces derniers puissent faire des choix éclairés. Combien de projets semblables sont parfois menés en parallèle, sans avoir connaissance de ce qui a déjà été fait ou de ce qui a fonctionné, soit parce qu'il n'y a pas de communication, soit parce que les enseignements des projets n'ont jamais été documentés ? Les centres font des revues systématiques des évaluations d'impact² qui identifient les effets des actions menées sur les bénéficiaires, synthétisent cette recherche de façon pédagogique, proposent des recommandations et ainsi participent à l'adoption de pratiques efficaces. Les *WWC* s'adressent en particulier aux décideurs opérationnels, proches du terrain, comme les directeurs d'hôpitaux, les travailleurs sociaux ou encore les gestionnaires d'écoles.

S. A : **Comment sont-ils financés ?**

L. L. : Le gouvernement verse une première partie des financements, comme un garant et ensuite, chaque centre se charge de trouver des fonds complémentaires, auprès des fondations par exemple. Cette question des investissements reste cruciale. *The What Works Centre for Wellbeing* (promotion du bien-être) a accompli des actions intéressantes pendant dix ans, avant de fermer l'an dernier, faute de financements suffisants. Malheureusement, en matière de recherche

et d'innovation, les financements sont parfois difficiles à pérenniser. Les *WWC* passent donc un temps non négligeable à chercher des financements.

S. A : **Quelles sont les limites de leur action ?**

L. L. : Au-delà de la question de leur pérennité, une limite des *WWC* est que la qualité des synthèses qu'ils diffusent ne peut être qu'aussi bonne que les données existantes. Or, dans certains domaines, la recherche reste très limitée ; certains des *WWC* se sont donc structurés pour pouvoir également commissionner des évaluations ; concrètement, ils financent de nouveaux projets d'évaluations de politiques ou de programmes afin d'enrichir la connaissance existante, puis d'en diffuser les résultats. Un autre sujet d'importance porte sur le rôle des *WWC* pour accompagner la généralisation ou la mise à l'échelle des dispositifs prometteurs. Ce n'est pas la même chose de réaliser un projet portant sur un petit échantillon et pour lequel on observe des résultats encourageants, et de le transposer à grande échelle tout en maintenant ses effets. Cette transposition demande de pouvoir identifier les facteurs explicatifs du succès d'un programme, afin d'être en mesure de les répliquer ailleurs. Cependant, les besoins matériels et en investissement pour ce type d'études ne sont pas les mêmes. C'est un sujet important aujourd'hui pour les *WWC* d'accompagner le passage de l'innovation à la généralisation.

S. A : **L'intelligence artificielle peut-elle contribuer à améliorer le fonctionnement des centres ?**

L. L. : Celle-ci peut changer la donne sur un des freins-clés, celui du financement et des moyens

POUR UN FONDS INTERNATIONAL D'ÉVALUATION PARTAGÉE

Chaque année, les gouvernements dépensent des milliards pour améliorer la vie des citoyens. Pourtant, une part infime de ces dépenses repose sur des données probantes solides. En dehors des domaines de la défense – et dans une moindre mesure de la santé –, les investissements en recherche et développement dans les politiques publiques restent très faibles, souvent inférieurs à 0,25 % des budgets concernés.

Le rapport *Global Evidence Report* [1] s'appuie sur les leçons tirées de près de quinze ans d'expérience des *What Works Centres*, ainsi que sur des entretiens menés avec des responsables australiens, canadiens, britanniques et états-unis. Ce travail révèle qu'une meilleure coopération internationale pour produire, synthétiser et diffuser des données probantes pourrait à la fois optimiser les dépenses publiques et en améliorer substantiellement les résultats.

Les décideurs rencontrent actuellement plusieurs obstacles à l'utilisation efficace des

données probantes : manque de pertinence des études existantes ; délais trop longs pour la production des résultats et de leur synthèse ; complexité et jargon académique peu adaptés aux besoins opérationnels ; contraintes financières ; problèmes de compétences ; etc. Pour y remédier, le rapport propose notamment :

- la création d'un fonds international d'évaluation partagée ;
- le développement de protocoles communs pour la publication des évaluations ;
- et la réalisation de synthèses systématiques de qualité sur les sujets prioritaires.

Ce fond permettrait ainsi d'éviter les duplications inutiles.

Certes, les contextes diffèrent d'un pays à l'autre, mais des protocoles mieux construits permettraient d'identifier les mécanismes-clés des interventions et ainsi faciliter leur adaptation. Allant dans ce sens, et suite à la publication du rapport, l'Institut britannique pour la recherche (UKRI) et la *Wellcome Trust*

ont annoncé un financement de 75 millions de USD\$ pour permettre le développement de revues de la littérature « en continu » soutenues par l'intelligence artificielle. Une collaboration accrue sur ces « biens publics mondiaux », au-delà des économies directes grâce à un partage des coûts, renforcerait l'efficacité collective de l'action publique.

David Halpern, président émérite du *Behavioural Insights Team (BIT)*, bureau d'études spécialisé dans les sciences comportementales, et ancien conseiller national *What Works* (2013-2023).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *Global evidence report*, David Halpern, Deelan Maru, septembre 2024. En ligne : <https://www.bi.team/wp-content/uploads/2024/08/ESRC-Global-Evidence-Report-September-2024-1.pdf>

nécessaires. Avec des outils comme *Deep Research*, les coûts d'une revue de littérature et de traduction vont diminuer significativement, même s'il faudra toujours des moyens humains pour vérifier ce travail et le cadrer. Cela bouleverse assurément les pratiques : une revue de littérature qui mobilisait des assistants de recherche pendant trois mois pourra être réalisée par un seul chercheur, qui rédigera des prompts³ pour l'outil d'intelligence artificielle et vérifiera sa production ; en une semaine, ce travail pourrait être bouclé. C'est une véritable opportunité pour les *WWC*.

S. A : *Les WWC ont-ils des équivalents en France ?*

L. L. : Parmi les organismes qui s'en approchent un peu, on peut citer France Stratégie, institution publique autonome rattachée au Premier ministre, qui contribue aux politiques publiques par ses analyses. Elle s'appuie sur des chercheurs ou sur des personnalités qualifiées pour produire des notes à partir de revues de littérature ; toutefois elle ne s'adresse pas vraiment à un public de décideurs opérationnels, mais plutôt aux

ministères. Il y a également le Fonds pour l'éducation et la jeunesse (FEJ), lancé en 2008 et qui s'est fondu dans l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), créé en 2015 et rattaché au ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Il finance des expérimentations de programmes innovants, avec une évaluation externe du projet, fondée sur des critères scientifiques rigoureux. Toutefois, de son propre aveu, le FEJ n'est pas allé au bout du modèle des centres britanniques, notamment en termes de diffusion accessible au-delà d'un public expert. Santé publique France est également un leader sur la synthèse des connaissances, mais il manque le volet « expérience utilisateur » pour rendre les connaissances facilement accessibles et utilisables. Ce qui s'en approche le plus aujourd'hui, c'est le Centre de ressources et de preuves (CRP) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui repose sur le triptyque synthèse des connaissances ; diffusion de ces connaissances de manière accessible pour tous ; promotion de la génération de

nouvelles preuves (voir article p. 19). En tout état de cause, ce modèle britannique intéresse la France. L'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) avait étudié en 2017 la façon dont les *WWC* britanniques pouvait inspirer des pratiques similaires en France⁴. Aujourd'hui, le sujet est plus que jamais d'actualité. Dans un contexte de dépenses très contraintes, il est nécessaire de savoir ce qui fonctionne ou non, que l'on gère une école, un hôpital, ou un ministère. Cette question ne se cantonne pas à un pays, car cette connaissance devrait être un bien commun mondial. ■

1. Aujourd'hui, président émérite du *Behavioural Insights Team (BIT)*, bureau d'études spécialisé dans les sciences comportementales.

2. Elles identifient les effets des actions menées sur les bénéficiaires.

3. Instruction ou série de données fournies à un système d'IA, qui utilise ces informations pour générer des réponses ou des créations en texte, en image, ou dans une autre forme de média (NDR).

4. En ligne : <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/publication/what-works-centres-britanniques-quels-enseignements-pour-des-politiques>

Comment le *Good Behavior Game*, programme fondé sur les preuves, a fait son chemin en France

Catherine Reynaud-Maurupt, sociologue, directrice de l'association Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS).

L'ESSENTIEL

► **D'origine américaine, le *Good Behavior Game* (GBG) est une stratégie de gestion du comportement en classe, qui s'appuie sur le développement des compétences psychosociales. Découvert dans un rapport de l'Observatoire européen des drogues et des conduites addictives de 2013, ce programme a été expérimenté en version française dans trois écoles du département des Alpes-Maritimes pendant deux ans, avant d'être étendu. Il est aujourd'hui utilisé dans douze académies hexagonales, ainsi qu'à La Réunion. Cette adaptation, qui garde en son cœur les éléments garants de l'efficacité de la démarche, a été validée par l'*American Institutes for Research*, qui porte le déploiement du GBG au niveau international.**

Le *Good Behavior Game* (GBG) ou Jeu du comportement adapté est un programme de prévention des risques psychosociaux, destiné aux enfants de l'école élémentaire (CP-CM2), étayé par des données probantes. Son efficacité a été démontrée par de multiples études scientifiques : à l'école, la pratique du GBG apaise le climat scolaire, réduit les comportements agressifs et perturbateurs, facilite le travail de groupe et permet aux enfants de mieux s'approprier leur rôle d'élève. À long terme, il réduit les conduites addictives ainsi que la dépression, et favorise l'insertion sociale des bénéficiaires devenus de jeunes adultes.

Ces résultats s'expliquent par le fait que la pratique du GBG permet aux professeurs de développer les compétences psychosociales (CPS) de leurs

élèves pendant qu'ils enseignent : en tant que stratégie de gestion du comportement, le GBG constitue une approche systémique, sans activité spécifique requérant un temps dédié. Les enseignants renforcent les CPS des enfants en s'appuyant sur les événements vécus en classe et sur les interactions entre élèves, suscitées par la réalisation des activités scolaires conduites en groupe. Le programme comprend des séances pluri-hebdomadaires codifiées et ritualisées, impliquant pour l'enseignant une série de gestes pédagogiques structurés par quatre éléments-clés : l'enseignement explicite des comportements sociaux, la génération du sentiment d'appartenance à une équipe, l'observation active du comportement et le renforcement positif.

Les équipes pédagogiques sont formées durant une année scolaire, grâce à trois journées de formation

collective et dix accompagnements pour chaque enseignant, effectués par un formateur qui lui est attribué. Chaque visite comprend l'observation d'une séquence en classe et un entretien d'analyse de pratiques en face-à-face. Les enseignants peuvent ensuite poursuivre la pratique de façon autonome.

L'impulsion de la ville de Valbonne

En 2006, à la demande de la ville de Valbonne (Alpes-Maritimes), le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS¹) a réalisé un diagnostic territorial qui soulignait l'importance de renforcer la prévention et le repérage précoce des addictions chez les jeunes, et qui apportait des recommandations pour que les professionnels travaillant auprès d'eux collaborent. En 2011, l'Atelier Santé Ville (ASV) valbonnais, s'étant

LA COHORTE DE BALTIMORE

Les données de la première étude d'impact conduite auprès d'élèves scolarisés en CP ou en CE1 durant l'année scolaire 1985-1986 dans 19 écoles des quartiers pauvres de Baltimore ont été publiées dans une édition spéciale de la revue scientifique *Drug and Alcohol Dependence* en 2008 : elle contient cinq rapports complets dédiés à l'impact de ce programme sur de jeunes adultes, âgés de 19 à 21 ans au moment du dernier recueil de données. Les résultats ont montré que l'abus de drogues illicites était réduit de 50 % chez les garçons et de 65 %

dans le sous-groupe des garçons considérés comme agressifs et perturbateurs en CP. Autre exemple, les tentatives de suicide ou les pensées suicidaires ont été réduites de 44 % chez les garçons et de 50 % chez les filles du groupe GBG.

Kellam S. G., Reid J., Balster R. L. (éds.) Effects of a universal classroom behavior program in first and second grades on young adult outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008, vol. 95 (Supplement 1) : S1-S104. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3670582/>

saisi de ces préconisations, a organisé et animé une stratégie territoriale multi-interventionnelle de prévention des conduites addictives, destinée aux jeunes, qui impliquait l'ensemble des acteurs éducatifs, socio-éducatifs et socio-sanitaires intervenant sur la commune. En 2014, la réussite de cette dynamique locale a conduit le GRVS à solliciter un financement auprès du ministère des Affaires sociales et de la Santé, afin d'évaluer la qualité de cette stratégie et de la rendre transposable *via* un guide méthodologique [1].

Lors de la réalisation de cette évaluation, les réunions d'expertise rassemblant les acteurs locaux se sont déroulées dans un contexte historique spécifique. En 2014, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) 2013-2017 venait de paraître et insistait sur la nécessité de privilégier la mise en œuvre d'actions ayant fait la preuve de leur efficacité. Simultanément, l'expertise collective 2014 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [2], portant sur les conduites addictives des adolescents, invitait à porter une plus grande attention aux programmes de renforcement des compétences psycho-sociales (CPS) qui, mis en œuvre en amont des premières consommations, apparaissaient comme étant les plus efficaces.

Un essai-pilote réussi

Si les acteurs valbonnais étaient satisfaits de la qualité du travail de repérage précoce et d'orientation, ils s'interrogeaient sur les actions de prévention, particulièrement celles destinées aux élèves du primaire, qui se limitaient à la prévention de l'usage nocif des écrans. Les professionnels de l'Éducation nationale étaient persuadés que le *continuum* préventif devait débiter bien avant l'entrée au collège, mais ils n'imaginaient pas pouvoir libérer des heures réservées aux activités scolaires.

Ce contexte a été une opportunité pour lancer en France une première expérimentation du *Good Behavior Game*. Le programme avait été repéré dans un rapport de l'Observatoire européen des drogues et des conduites addictives² [3] à l'occasion

de la revue de littérature effectuée pour évaluer le dispositif de prévention valbonnais. Mobilisés par la collectivité territoriale, les professionnels de l'Éducation nationale y ont vu le moyen de répondre au double objectif de contribuer à l'action collective de prévention précoce des conduites addictives et de découvrir simultanément une méthode de gestion du comportement en classe qui permette d'apaiser le climat scolaire et de favoriser les apprentissages.

L'expérimentation soutenue par la ville de Valbonne et la direction des services départementaux de l'Éducation nationale des Alpes-Maritimes (DSDEN 06) a retenu l'attention de la Mildeca, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes, aujourd'hui Santé publique France) et de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS-PACA) qui ont financé un essai-pilote. Le GRVS a été mis en lien avec l'*American Institutes for Research (AIR)*³ qui a assuré un transfert de compétences vers l'équipe *GBC-France* et qui a supervisé l'essai-pilote pendant deux années dans une école de Valbonne (2015-2016), puis dans deux écoles situées à Vallauris et à Nice (2016-2017). Cet essai a permis à l'équipe d'acquérir les compétences nécessaires à l'implantation du *GBC* dans les écoles et d'éprouver sa capacité à former et à accompagner les enseignants. Le programme a été adapté pour la France en conservant la totalité des éléments identifiés par l'*AIR* comme les garants de l'efficacité du programme et en optimisant sa capacité à renforcer les CPS des élèves grâce à une diversification des leviers pédagogiques, inspirée par le courant québécois de l'Enseignement explicite des comportements⁴ [4]. L'*AIR* a validé la conformité de la version française du *GBC* – le Jeu du comportement adapté – au modèle original. Celle-ci a suscité une forte adhésion des élèves comme du personnel pédagogique, et elle a permis d'obtenir les résultats attendus en termes d'apaisement du climat scolaire, de facilitation du travail de groupe, d'amélioration de la concentration et de l'autonomie, de progrès sur le plan de la communication et de réduction des conflits [5].

Un déploiement national progressif

Après l'essai-pilote mené dans les Alpes-Maritimes, le programme a été étendu au département du Var, grâce à un premier partenariat avec le comité départemental d'éducation pour la santé du Var (Codes 83). Le processus de transfert de compétences du Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS) vers le Codes 83 a été modélisé dans le but de multiplier les porteurs locaux du *GBC*, susceptibles de soutenir un déploiement national. Ainsi, les formateurs qui s'engagent à porter le programme dans les écoles de leur territoire sont supervisés par le GRVS durant les deux premières années, tandis qu'ils guident deux cohortes d'enseignants successives. La première année est consacrée à l'acquisition des connaissances fondamentales du *GBC* et des compétences d'accompagnement sur le site scolaire (qualité de l'observation des situations de classe et de la conduite des entretiens d'analyse de pratiques avec les enseignants, suivi de l'implantation, respect des critères de qualité). La seconde année vise à consolider ces compétences et à acquérir celles nécessaires à l'animation des journées de formation destinées aux enseignants.

À partir de 2018, les partenariats entre le GRVS et les pôles Prévention de structures socio-sanitaires

UN RATIO COÛT-BÉNÉFICE TRÈS IMPORTANT

Une étude d'impact économique du *Washington State Institute for Public Policy*, effectuée à partir d'une méta-analyse de la littérature scientifique publiée dans des revues à comité de lecture jusqu'en 2018, estime un ratio coût-bénéfice de 1 USD pour 64 USD (un dollar investi dans la mise en œuvre du *Good Behavior Game (GBG)* à l'école permet d'économiser 64 dollars à moyen et long termes sur les coûts de prise en charge sanitaire et sociale). Les chances d'obtenir des bénéfices supérieurs aux coûts d'implantation sont de 76 %.
En ligne : <https://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/82>

ÉTUDE D'EFFICACITÉ DU *GOOD BEHAVIOR GAME* EN FRANCE

Réalisée par Santé publique France, une première étude s'appuyant sur 18 981 observations en classe, réalisées entre 2015 et 2023 par les enseignants lors de leur première année de mise en œuvre du programme, montre un effet positif du *Good Behavior Game* (GBG) sur le climat scolaire. Plus précisément, les résultats révèlent que les séances de GBG permettent de réduire significativement le nombre moyen de comportements perturbateurs des élèves en classe, et ce dès la première année d'implantation. Cette baisse se généralise au cours de l'année au temps de classe ordinaire, les élèves parvenant à y mobiliser les compétences acquises lors des séances du programme. L'effet de généralisation est d'autant plus grand que l'enseignant a une bonne pratique du GBG : celle-ci est évaluée selon trois niveaux – « à

améliorer », « efficace », « experte » – par un tiers expert grâce à une grille d'observation standardisée. Et il est d'autant plus fort que le degré de mise en œuvre des séances dans la classe (nombre d'heures sur l'année et rythme hebdomadaire moyen) est élevé. La deuxième étude de Santé publique France porte sur le suivi, lors de la première année d'implantation du GBG par l'enseignant, de 167 élèves identifiés en début d'année comme ayant des difficultés comportementales et/ou scolaires. Celle-ci révèle, chez ces derniers, une amélioration des compétences psychosociales et d'adaptation aux attentes scolaires, compétences évaluées par les enseignants à l'aide de l'échelle *Teacher Observation of Class Adaptation – Revised (TOCA-R)* à trois moments de l'année. L'amélioration est d'autant plus grande que la qualité de la

pratique du GBG de l'enseignant est élevée. En revanche, et contrairement aux effets de la première étude sur les comportements perturbateurs, il est indispensable que les enseignants aient atteint un niveau de pratique efficace ou experte – ils sont 88 % dans ce cas – pour que les compétences des élèves en difficulté progressent de façon significative. **Jean-Michel Lecrique**, chargé d'expertise en évaluation, Santé publique France.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Lecrique J.-M. *Évaluation du Good Behavior Game (GBG) en France, programme de développement des CPS à l'école élémentaire*. Saint-Maurice : Santé publique France (à paraître).

et/ou socio-éducatives⁵ travaillant avec leur académie ont permis progressivement de déployer le GBG au sein d'écoles situées dans 21 départements, et d'atteindre un total de 1 185 enseignants formés ou en cours de formation en 2024-2025. La plupart des structures sont actuellement financées par les ARS. Dans l'académie de Nice, les projets *Notre école, faisons-la ensemble*⁶, portés par les écoles elles-mêmes, ont permis de financer le déploiement pour la période 2023-2026. Des collectivités territoriales cofinancent le déploiement (Cannes, Valbonne, Antibes, métropole Nice-Côte d'Azur). De nouvelles perspectives se dessinent avec l'expérimentation du GBG auprès d'adolescents scolarisés en Section d'enseignement général et adapté (Segpa) depuis 2023-2024 dans deux collèges des Alpes-Maritimes et l'expérimentation en cours en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), en Normandie et Grand Est. ■

1. Association à but non lucratif sise dans la métropole Nice-Côte d'Azur, dont l'objectif est de mettre à profit les sciences sociales appliquées pour favoriser l'innovation éducative, sociale et sanitaire, en instaurant des passerelles entre le champ de la recherche et celui de l'action. En ligne : www.grvs06.org

2. En juillet 2024, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) est devenu l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (Euda).

3. Groupe à but non lucratif regroupant les universités publiques et privées américaines, qui porte le déploiement mondial du GBG en réalisant des transferts de compétences vers des porteurs nationaux. En ligne : www.air.org

4. L'enseignement explicite des comportements ritualise les interventions préventives et les commentaires rétroactifs comme composantes essentielles de la gestion de classe. Définir, modéliser, illustrer par des exemples les comportements attendus de façon préventive permet aux enfants de comprendre précisément ce qui est attendu d'eux et à l'enseignant de réduire ses interventions correctives. Les commentaires pédagogiques rétroac-

tifs qui valorisent les comportements attendus permettent de les consolider et incitent à les reproduire.

5. En plus du GRVS et du Codes 83 (académie de Nice), se sont ajoutés APLEAT-ACEP (académie d'Orléans-Tours), Addictions France (académies de Reims, Normandie, Créteil, La Réunion, Lille, Poitiers, Toulouse), CIRDD-Alsace (académie de Strasbourg), Caminante (académie de Bordeaux), CMSEA (académie de Nancy-Metz).

6. Dans le cadre du Conseil national de la refondation, des projets d'établissements, inscrits dans le dispositif Notre école, faisons-la ensemble, sont financés par le Fonds d'innovation pédagogique. Les initiatives locales doivent être centrées sur les besoins des élèves dans trois grandes dimensions : excellence, égalité et bien-être.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Reynaud-Maurupt C. *Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes : structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale*. Levens : Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, 2015 : 100 p. En ligne : https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Guide-GRVS-src-RESPADD.org_1.pdf
- [2] Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. [Rapport] Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2014, n° XVIII : 482 p. En ligne : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/conduites-addictives-chez-adolescents/>
- [3] Burkhart G., Fountain J. (éd.) *North American drug prevention programmes: are they feasible in European*

- cultures and contexts?* Lisbonne : European Monitoring Centre of Drug and Drug Addiction (EMCDDA); Luxembourg : publication de l'Union européenne, coll. Thematic Papers. 2013 : 52 p. En ligne : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=16548
- [4] Bissonnette S., Gauthier C., Castonguay M. *L'Enseignement explicite des comportements. Pour une gestion efficace des élèves en classe et dans l'école*. Montréal : Chenelière Éducation, 2017 : 251 p.
- [5] Kiefel M., Reynaud-Maurupt C., Poidevin E. Le Programme américain *Good Behavior Game* : premiers éléments de compréhension de sa transférabilité en France. *Éducation, Santé, Sociétés*, 2018, vol. 5, n° 1 : p. 99-119.

Des programmes internationaux évalués pour la prévention des addictions à l'école

Nicolas Baujard,
chargé de projet,
Corinne DeFrance,
directrice de développement,
Oppelia,
Cécile Bouvet,
chef de service,
Apleat Acep,
Alexis Grandjean,
responsable du pôle Expérimentation,
Innovation, Recherche,
Fédération Addiction.

Dès 2014, l'expertise de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) résumait les critères d'efficacité des programmes de prévention des addictions, majoritairement fondés sur un développement des compétences psychosociales des enfants, des adolescents et des parents [1]. Les chargés de prévention doivent construire des réponses aux demandes des partenaires sur des besoins spécifiques, tout en tenant compte du cahier des charges des appels à projet des potentiels financeurs, et sans ressources d'évaluation conséquentes facilement mobilisables. Naturellement, le regard se tourne vers les programmes validés, qui proposent une intervention modélisée, appuyée sur une théorie de référence, dont l'efficacité a été démontrée par un protocole d'évaluation scientifique rigoureux [2]. Les développeurs évitent ainsi de recréer un programme complet, avec les risques d'efficacité moindre que cela représente [3].

L'appropriation d'une intervention fondée sur des preuves engendre parfois des adaptations par les acteurs. Adapter le langage, les images, les références culturelles, ajouter des éléments de contenu validés

représentent des modifications acceptables, mais des effets délétères peuvent être causés par la réduction du nombre ou de la durée des sessions, l'élimination des messages ou des habiletés que les participants doivent acquérir, la modification de l'approche théorique ou le recours à des professionnels insuffisamment formés. En France, deux programmes de prévention des addictions évalués, l'un européen, l'autre québécois, sont déployés dans les établissements scolaires : Primavera et Unplugged.

Primavera, l'apprentissage expérientiel

Programme de prévention des conduites à risques, fondé sur le développement des compétences psychosociales et sur l'apprentissage expérientiel, Primavera illustre comment des acteurs de terrain s'emparent de dispositifs internationaux éprouvés pour les adapter, les enrichir et les ancrer dans leurs réalités locales. Il trouve sa source dans un programme de prévention des addictions en milieu scolaire, Prisme, développé par l'Association québécoise de gestion expérientielle qui s'appuie sur l'expérience vécue des jeunes plutôt que sur un discours normatif ou uniquement informatif.

Les premières formations à la « gestion expérientielle » ont eu lieu à La Réunion en 2007, puis dans l'Hexagone, avec des expérimentations pilotes dans la région grenobloise et en Picardie. Trois programmes ont été développés : GymSAT (maternelles et primaires), À vos marques, Prêt, Santé ! (CM1-CM2) et Intervenir au collège sur les conduites addictives et à risques – Iccar (sixième-troisième). En 2012, une recherche-évaluation conduite par le rectorat d'Amiens et

L'ESSENTIEL

■ **Il est reconnu que la prévention des conduites addictives chez les jeunes repose en grande partie sur le développement des compétences psychosociales. Deux programmes validés scientifiquement, l'un européen, Unplugged, l'autre québécois, Primavera, se sont implantés dans des établissements scolaires en France. Les chargés de prévention et les équipes pédagogiques, qui déploient ces dispositifs, les adaptent aux contextes locaux tout en respectant les cadres méthodologiques. Formation, accompagnement et ressources financières pérennes sont toutefois indispensables pour garantir leur efficacité et leur déploiement à grande échelle.**

l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Picardie a mis en évidence la pertinence d'une articulation cohérente entre ces dispositifs. C'est dans cette perspective qu'a été conçu le programme Primavera, qui s'inspire de ces expériences antérieures en les réorganisant au sein d'un parcours continu de prévention, structuré du CM1 à la cinquième, et fondé sur un socle commun pédagogique et théorique. Ce parcours éducatif de quatre années est centré sur cinq piliers que sont :

- la promotion de la santé¹ et des compétences psychosociales² ;
- une pédagogie expérientielle, qui mobilise les émotions et l'expérience vécue comme moteurs d'apprentissage ;
- une démarche participative, via des jeux coopératifs avec des mises en situation et des espaces de parole ;
- une implication forte de la communauté éducative ;

Dossier

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

UNPLUGGED GÉNÈRE DES ÉCONOMIES DE SANTÉ

En économie de la prévention, une analyse coût-bénéfice est une méthode utilisée pour évaluer les avantages d'une intervention (économies de santé ou vies sauvées) par rapport à ses coûts. Santé publique France, en partenariat avec le département *Health economics and Outcome research* de la société IQVIA, a mené une analyse coût-bénéfice du programme Unplugged dans le contexte français [1]. Elle s'appuie sur les résultats positifs de l'évaluation d'efficacité du programme auprès des collégiens du Loiret : Unplugged réduit la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les élèves et diminue l'initiation à ces substances chez ceux qui n'ont jamais essayé [2].

S'inspirant de la méthodologie du *Washington State Institute for Public Policy* [3], l'analyse coût-bénéfice d'Unplugged a intégré plusieurs coûts : ceux du programme lui-même, fondés sur son expérimentation dans le Loiret et sur son déploiement national ; les coûts directs pour le système de santé, liés aux maladies ou aux décès causés par la consommation de substances (comme les hospitalisations pour des maladies cardio-vasculaires dues

au tabac) ; les coûts des années de vie perdues en raison de la consommation de tabac, d'alcool ou d'accidents de la route liés à l'alcool ou au cannabis. Les économies réalisées grâce au programme ont été estimées sur toute la durée de vie des élèves, et l'analyse a suivi les recommandations de la Haute Autorité de santé [4].

Les résultats montrent que chaque euro investi dans Unplugged permet d'économiser 6 euros en coûts de santé. En incluant la valeur des années de vie sauvées, chaque euro investi génère pour la société jusqu'à 150 euros d'économies. Enfin, les résultats montrent que les bénéfices d'Unplugged compensent ses coûts dès la cinquième année.

Ainsi, en plus d'être efficace dans la prévention des consommations de substances psychoactives des jeunes, Unplugged se révèle être un investissement judicieux, offrant des bénéfices substantiels tant pour le système de santé que pour la société dans son ensemble.

Jean-Michel Lecrique, chargé d'expertise en évaluation, Santé publique France.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] *Estimation du retour sur investissement du programme Unplugged dans le contexte français*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2025, 61 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/centre-val-de-loire/documents/enquetes-etudes/2025/estimation-du-retour-sur-investissement-du-programme-unplugged-dans-le-contexte-francais>

[2] Lecrique J.-M. *Rapport d'évaluation du programme Unplugged dans le Loiret. Projet porté par l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Orléans) et évalué en 2016-2017 par Santé publique France*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/195374/2354129?version=1>

[3] *Benefit-cost technical documentation*. Olympia, WA : Washington State Institute for Public Policy (WSIPP), décembre 2023 : 222 p. En ligne : <https://www.wsipp.wa.gov/TechnicalDocumentation/2023/WSippBenefitCostTechnicalDocumentation.pdf>

[4] *Guide méthodologique – Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS*. Saint-Denis : Haute Autorité de santé (HAS), juillet 2020 : 118 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/guide_methodologique_evaluation_economique_has_2020_vf.pdf

- un engagement sur la durée, avec un minimum de vingt-trois heures par an incluant formations, animation, évaluation.

Un des atouts du programme réside dans sa capacité à s'ajuster aux contextes sans perdre en cohérence. Que ce soit dans les collèges ruraux de Picardie, les zones prioritaires d'Île-de-France ou les écoles de La Réunion, les professionnels s'approprient les

contenus, les adaptent aux enjeux locaux et les font vivre. Ces adaptations ne se font pas au détriment de la qualité : elles sont accompagnées, outillées, monitorées. L'accompagnement pédagogique, les formations initiales et continues permettent de vérifier que les fondamentaux sont respectés. Ce processus garantit une fidélité au cadre tout en laissant la place à la créativité des acteurs.

Primavera a fait l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse conduite par l'Observatoire français des drogues et des conduites addictives (OFDT) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les résultats ont mis en évidence une réduction des usages d'alcool dès la sixième, une *dénormatisation* du tabagisme, l'amélioration des compétences psychosociales et une forte adhésion des élèves, des enseignants et des familles.

Le programme s'est progressivement déployé dans de nombreuses régions (Grand-Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Pays-de-la-Loire, Bretagne, Guyane, Guadeloupe, La Réunion, etc.). Cette expansion soulève plusieurs défis : la formation des nouveaux professionnels en préservant les ingrédients actifs du programme ; le maintien de la qualité des interventions malgré la multiplication des équipes ; l'assurance d'un accompagnement de proximité. Il ne faut pas croire qu'il suffit de lancer une action pour qu'elle se pérennise naturellement. Sans accompagnement, sans temps dédié, sans communauté de pratiques vivante, les effets s'amenuisent.

Unplugged, une coopération entre prévention et éducation

Destiné aux élèves de collège, Unplugged repose sur une approche ludique et expérientielle de la prévention des conduites à risques, en développant des compétences sociales, émotionnelles et de réflexion critique. Mis en œuvre dans les départements du Loiret et du Cher depuis 2013, ce programme européen évalué dans le contexte éducatif français est un exemple concret d'adaptation réussie. Marion, coordinatrice en prévention, rappelle que « *ce programme était libre de droits, en français et probant, ce qui a orienté le choix du service* ».

Respecter la pédagogie du programme, son cadre rigoureux – objectifs, méthodes, outils – est la clé de son efficacité. La formation des enseignants constitue un pilier fondamental. Karine, enseignante de technologie, explique : « *Elle a été cruciale pour comprendre le programme en profondeur et voir comment l'intégrer dans nos pratiques*. » La formation continue, les bilans réguliers, la présence

constante des chargés de prévention permettent de renforcer l'ancrage du programme dans les pratiques professionnelles. L'implication de l'équipe éducative est également une condition de réussite collective pour intégrer Unplugged dans les projets d'établissements. Marion souligne : « *Le programme demande une bonne coordination pour trouver des créneaux adaptés sans perturber les autres enseignements.* »

Ce sont les effets concrets et mesurables sur l'amélioration du climat scolaire et sur le développement des compétences psychosociales des élèves qui garantissent la pérennisation du programme. Les activités ludiques et interactives proposées par Unplugged permettent aux élèves d'exprimer leurs émotions de manière structurée, créant ainsi un environnement plus propice à la coopération et au respect mutuel. Le temps de débriefing après chaque activité est une occasion pour les jeunes d'analyser leurs émotions et d'apprendre à les exprimer de façon appropriée, et de mettre du sens dans les activités. Camille, professeur d'espagnol, relate : « *Ils analysent l'expérience vécue et font le lien avec leur propre réalité sociale. Cela leur permet de prendre conscience des dynamiques sociales qui influencent leur comportement, tout en renforçant leur esprit critique.* »

L'implantation d'Unplugged dans les collèges du Loiret et du Cher montre qu'un programme européen évalué peut être adapté avec succès aux spécificités du système éducatif français, s'il est porté collectivement. Il trouve sa pertinence à l'échelle locale, à condition de ne pas perdre de vue la rigueur de sa méthodologie, l'implication des acteurs de terrain et la souplesse d'une adaptation maîtrisée.

Le monitoring, outil-clé de la généralisation

Grace à l'initiative d'acteurs de prévention, des programmes sont adaptés, expérimentés et évalués dans le contexte français. Sous réserve que l'efficacité en contexte français soit démontrée, la question de la transférabilité et du passage à l'échelle se pose. C'est notamment dans ce cadre qu'intervient la Fédération Addiction avec pour objectif de capitaliser l'expérience et les travaux menés sur le

terrain, d'accompagner les structures pour la formalisation de différents supports nécessaires à la diffusion des programmes (documents de communication, guide d'implantation, programmes de formations) et de faciliter la mise en lien avec les institutions nationales et régionales (Direction générale de la santé, Direction générale de l'enseignement scolaire, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – Mildeca, etc.).

Pour déployer Unplugged dans différentes régions, un groupe de travail s'est constitué au niveau national afin de co-construire les modalités d'une généralisation permettant de faire respecter les invariants du programme : réalisation des 12 séances, co-animation, formation initiale, posture de travail, etc. Pendant la première phase, un outil de monitoring a été mis en place, en partenariat avec Santé publique France, afin de s'assurer de la qualité du déploiement et d'étudier son évolution durant les premières années. Après chaque séance, le professionnel concerné remplissait un rapide questionnaire permettant d'observer, si la séance avait été réalisée comme prévu, si ses objectifs étaient atteints ou s'il y avait eu des difficultés dans la mise en œuvre ou l'utilisation de certains outils.

Ce monitoring a donc été très important pour soutenir un déploiement à grande échelle d'Unplugged, car il permettait quasiment en temps réel d'identifier des ajustements nécessaires sur le programme lui-même (modification de certaines séances, adaptation d'animations

que les professionnels n'arrivaient pas à réaliser, actualisation des outils d'animation) ou sur les modalités d'accompagnement à la mise en œuvre du programme (mise en place de séances d'échanges de pratiques, création d'outils d'aide à l'animation).

Si mettre en place un outil de monitoring reste lourd logistiquement, cette étape est indispensable pour garantir un déploiement qualitatif, celui-ci étant bien évidemment conditionné au fait d'être en mesure de réaliser les ajustements nécessaires de façon réactive. En effet, l'expérience d'Unplugged montre qu'un financement national pour réaliser des missions transversales (actualisation d'outils, animation d'un réseau de professionnels et de formateurs) est crucial pour un déploiement durable. Ce besoin se confronte à des difficultés de financement. Il est pourtant illusoire de penser que la généralisation d'un programme de prévention va s'opérer d'elle-même et s'autofinancer. Les programmes validés s'intègrent dans l'offre préventive, mais ils ne sont au final qu'une partie de la réponse attendue. Le déploiement d'une politique de prévention dans la durée, la nécessité d'une couverture territoriale dans le respect du principe de l'universalisme proportionné et l'articulation avec les services déjà présents fourniront l'environnement favorable pour cette efficacité souhaitée. ■

1. Charte d'Ottawa, Organisation mondiale de la santé – OMS, 1986.

2. Organisation mondiale de la santé – OMS, 1993.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. [Rapport] Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2014, n° XVIII : 482 p. En ligne : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/conduites-addictives-chez-adolescents/>

[2] Lamboy B. *Développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes : un référentiel pour favoriser un déploiement national*. [Diaporama]

Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 21 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/caracteristiques-des-interventions-competences-psycho-sociales-efficaces>

[3] Quelle efficacité réelle des programmes de prévention des addictions chez les jeunes ? *Santé publique France*, 20 mars 2019. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/quelle-efficacite-reelle-des-programmes-de-prevention-des-addictions-chez-les-jeunes>

Expérimentations sociales : des recommandations pour transformer l'essai

Lila Dubreuil, chargée de mission,
Nelly Guisse, directrice déléguée et responsable de projets,
Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa).

L'ESSENTIEL

► De nombreux programmes sont expérimentés, mobilisant des moyens humains et financiers. Cependant, même si les résultats de leur évaluation sont satisfaisants, les acteurs publics peinent à s'en emparer pour les déployer sur le terrain. Le rapport *Évaluer, et après ?*, fruit de l'analyse d'un groupe de travail pluridisciplinaire, dessine des pistes pour établir des ponts entre connaissances tirées de l'expérimentation sociale et politiques publiques, permettant aux projets ayant démontré leur efficacité de s'incarner à grande échelle.

L'expérimentation sociale n'est pas une politique publique, elle n'est qu'un outil au service des politiques publiques [1]. Son évaluation doit donc avoir une utilité pour les acteurs qui la sollicitent et elle doit nécessairement faire levier dans un processus décisionnel. En effet, l'expérimentation sociale est une forme de brèche dans la politique publique, car elle déploie à petite échelle un changement de paradigme : tester une solution d'accès au logement pour des personnes vivant dans la rue ou des transferts monétaires pour réduire la précarité alimentaire, etc. L'expérimentation sociale est réalisée dans une vocation de généralisation, si ses résultats s'avèrent positifs au regard de critères

de réussite précédemment définis. L'expérimentation sociale a ainsi un pied dans l'évaluation et dans la recherche, et l'autre dans la politique publique.

Or, le bilan d'une vingtaine d'années d'expérimentations sociales en France montre un faible emploi de leurs résultats dans la politique publique, malgré l'ampleur des moyens déployés et des résultats parfois très positifs, y compris en termes de coûts évités [2 ; 3]. Pourtant pensée comme un laboratoire de politiques sociales, l'expérimentation ne parvient pas systématiquement à faire levier : cette faiblesse d'utilisation souligne un enjeu central de sa conception, et plus largement du lien entre recherche et politiques publiques. En 2024, un groupe de travail réunissant pouvoirs publics, acteurs de la recherche et de l'évaluation (*voir encadré*) a exploré les défis relatifs à l'étape opérationnelle suivant la phase d'évaluation. Il a étudié les raisons qui contraignent ou au contraire qui favorisent l'utilisation de ses enseignements dans la suite à donner à l'expérimentation : son abandon, ses ajustements, sa pérennisation, son essaimage ou encore sa généralisation. Cette analyse, développée dans le rapport *Évaluer, et après ?*, a conduit à une recommandation synthétisée ci-après.

UN GROUPE DE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE

Le rapport *Évaluer et après ? Renforcer les liens entre les évaluations d'expérimentations et les politiques sociales* a été réalisé par l'Agence nationale des solidarités actives (Ansa), avec le soutien de Santé publique France, autour d'un groupe de travail réunissant la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la Cour des comptes, la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP), l'Institut national du cancer (INCa), le J-PAL (réseau de chercheurs en économie, spécialistes de l'évaluation des politiques sociales de lutte contre la

pauvreté), le *Laboratory for Interdisciplinary Evaluation of Public Policies* (LIEPP-Sciences Po Paris) et le réseau des Groupements de créateurs (structures d'accompagnement socio-professionnel agissant en partenariat avec des universités). Le document s'appuie sur quatre études de cas : Un chez-soi d'abord, expérimentée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) ; Ma réussite au collège, portée par l'association Énergie Jeunes ; les recommandations permettant aux médecins de mieux repérer les femmes victimes de violence conjugales portées par la DITP et la Haute Autorité de santé (HAS) ; et les groupements de créateurs, coordonnés par le réseau des Groupements de créateurs.

Anticiper l'évaluation en amont

« L'expérimentation n'a de sens que parce que le décideur public fait face à une incertitude qui l'empêche de prendre, immédiatement et pour tous, une décision qu'il saurait être la meilleure [1] ». Parce que toutes les décisions publiques ne

peuvent être expérimentées et rigoureusement évaluées faute de temps et de moyens, il est nécessaire de hiérarchiser les incertitudes à documenter et les actions à tester, selon la littérature existante et les solutions éprouvées dans d'autres territoires notamment. Décider des priorités suppose aussi de discerner, dans ce qui est testé, ce qui doit faire l'objet d'une mesure d'impact, en précisant les critères de réussite. Pour cela, il faut au préalable co-construire la théorie du changement et définir un protocole d'évaluation en impliquant évaluateur, décideur, porteurs actuels et futurs du projet. L'expérimentation sociale n'étant pas un laboratoire coupé des réalités du terrain, il est crucial d'anticiper, dès sa conception, l'ensemble des freins potentiels – y compris politiques – à son bon déroulement et à son éventuelle poursuite. Le porteur de projet doit développer des capacités techniques internes pour lire et utiliser rigoureusement les conclusions de l'évaluation ; c'est en prévoyant un vrai temps de réflexion dans son processus de décision qu'il pourra les prendre en compte systématiquement. Enfin, il faut s'assurer que les organisations qui portent le projet et qui le financent possèdent les moyens de son essai.

Pour éclairer le choix d'un déploiement généralisé, les résultats de l'évaluation doivent donner une vue précise des solutions pouvant répondre aux problématiques des décideurs et des conditions dans lesquelles les interventions sont mises en œuvre. L'étude d'impact, rigoureuse, doit notamment montrer l'hétérogénéité des effets observés sur les différents publics ciblés, afin de ne pas accroître les inégalités par exemple. Le protocole mis en œuvre et les conditions de déploiement ont également besoin d'être détaillés grâce à des méthodes qualitatives. En outre, une étude des coûts est de nature à renforcer l'opérationnalité de la décision, en permettant la comparaison avec d'autres expérimentations et avec d'autres programmes déployés. Enfin, il s'avère indispensable d'anticiper les conditions de réussite d'un essai pour penser progressivement une généralisation sur des territoires variés.

Un besoin de coordination entre les partenaires

Un trio d'acteurs (porteur de projet, financeur, évaluateur) mène généralement l'expérimentation mais ils ont des cultures de travail différentes et, de plus, ils ne vivent pas dans les mêmes temporalités. L'évaluateur donne la priorité à la rigueur scientifique de l'étude, nécessitant parfois des temporalités longues ; le décideur public est souvent dépendant d'un mandat aux temporalités intangibles ; le porteur de projet est ancré dans une réalité de terrain aux temporalités immédiates, avec des besoins opérationnels.

Réussir une expérimentation implique alors de dédier des moyens humains et des espaces de dialogue entre les membres du trio. Sa coordination, loin de se confondre avec le pilotage d'un dispositif établi, doit pleinement intégrer la dimension expérimentale : jouer le rôle d'interface entre recherche et politique, établir un agenda indiquant l'ensemble des échéances, appréhender l'après-expérimentation en préfigurant son essai. Selon le type d'expérimentation, l'anticipation peut prendre plusieurs formes : écrire un cahier des charges pour le déploiement ou contribuer à un texte de loi, rencontrer de nouveaux territoires expérimentateurs, rechercher des financements pour la pérennisation, etc.

Pour que les enseignements des travaux scientifiques soient bien pris en compte, les équipes de recherche doivent également être financées pour élaborer les recommandations ainsi que pour diffuser les résultats et les conclusions. Élus et décideurs publics ayant peu de temps pour la lecture et la recherche de sources pertinentes, les évaluations doivent être présentées sous une forme synthétique, accessible et appropriable. Pour que ces derniers s'en emparent, il apparaît nécessaire qu'ils soient formés à la façon de prendre en compte la connaissance scientifique dans la décision publique, mais aussi à ce que sont les différents niveaux de preuve dans les résultats d'une étude d'impact.

Plus largement, dans une démarche de démocratisation, les évaluations gagneraient à être relayées auprès d'un public large grâce à des partenariats

avec la presse et à des publications dans des revues non spécialisées. L'implication des acteurs concernés par « l'après-évaluation » dans des événements ou des ateliers se révèle aussi indispensable pour faciliter l'appropriation des connaissances et, en conséquence, leur future utilisation. ■

Pour en savoir plus

- Dubreuil L., Guisse N. *Évaluer et après ? Renforcer les liens entre les évaluations d'expérimentations et les politiques sociales*. Paris : Agence nouvelle des solidarités actives, juin 2024 : 72 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2024-06/Ansa_Evaluer-et-apres_202406.pdf
- Allard C., Rickey B. *What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Paris : Agence nouvelle des solidarités actives, mars 2017 : 202 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-03/Ansa_RapportWWC_2017_VF.pdf
- Le Bars S., Prigent M., Rickey B., Aïtout C.-S. *L'Expérimentation sociale à l'épreuve du terrain. Un bilan d'une décennie d'expérimentations sociales en France. Les Contributions*, mars 2014, n° 16 : 50 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-03/Ansa_Contribution16_ExperimentationSoc.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Améliorer et développer les expérimentations pour des politiques publiques plus efficaces et innovantes*. Conseil d'État, 3 octobre 2019. En ligne : <https://www.conseil-etat.fr/actualites/ameliorer-et-developper-les-experimentations-pour-des-politiques-publiques-plus-efficaces-et-innovantes>
- [2] Devaux-Spatarakis A. *La Méthode expérimentale par assignation aléatoire : un instrument de recomposition de l'interaction entre sciences sociales et action publique en France ?* [Thèse en sciences politiques]. Thierry Berthet (dir.), Bordeaux : université de Bordeaux, 2014 : 364 p. En ligne : <https://theses.hal.science/tel-01234599/document>
- [3] Baïz A. *Quelles évaluations des politiques publiques pour quelles utilisations ?* [Rapport] Paris : France Stratégie, juin 2022 : 240 p. En ligne : https://www.strategie.gouv.fr/files/files/Publications/2021%20SP/2022-06-30%20-%20Quelles%20C3%A9valuations%20des%20pol%20publiques/fs-2022-rapport-bilan_des_epp-juin_2_0.pdf

Dossier

Miser sur des interventions efficaces pour améliorer la prévention

« Les sciences comportementales nous invitent à mieux comprendre le fonctionnement des individus réels »

Entretien avec Stéphan Giraud, responsable du pôle Sciences comportementales de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP).

L'ESSENTIEL

► **La Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) compte en son sein un pôle d'experts en sciences comportementales, dont la vocation est de contribuer à l'amélioration de l'efficacité de l'action publique. Ce pôle vient en appui des administrations, notamment dans le domaine de la santé. En mobilisant connaissances autour des enjeux comportementaux et méthode scientifique, il propose des solutions testées sur le terrain et évaluées.**

La Santé en action : Pourquoi avoir créé un pôle Sciences comportementales au sein de la Direction interministérielle de la transformation publique ?

Stéphan Giraud : Créée en 2017, la DITP porte la conviction que l'élaboration d'une action publique plus efficace passe notamment par une association étroite des citoyens et des agents. Nous nous devons d'être centrés sur les usages. Pour ce faire, nous avons d'abord mobilisé des méthodes d'enquêtes qualitatives et quantitatives. Or celles-ci tendent à rester à un niveau déclaratif et font souvent l'impasse sur les écarts entre discours et pratiques. Ce fut la porte d'entrée des sciences comportementales, qui permettent de mieux comprendre les mécanismes psychologiques expliquant ces écarts. Nous pouvions ainsi identifier des pistes d'actions plus adaptées. Ce champ

offrait également un cadre méthodologique mettant en avant la nécessité d'expérimenter et d'évaluer de façon robuste. Cette démarche a progressivement fait son chemin et a conduit à la création du pôle en 2017, accompagnée d'un appel à projets initial auprès des administrations. Elles étaient 35 à avoir candidaté et 12 avaient pu bénéficier d'un premier accompagnement.

S. A. : **Pour qui ce pôle Sciences comportementales agit-il ?**

S. G. : Aujourd'hui, des administrations d'État, des opérateurs ou encore des services déconcentrés nous sollicitent sur une problématique de politique publique donnée, avec bien souvent comme point commun le constat de dysfonctionnements. Les sujets relèvent de toute la sphère de l'action publique. L'équipe comprend cinq personnes et propose une triple expertise : en sciences comportementales évidemment, avec des profils issus des neurosciences, de la psychologie sociale ou encore de l'économie comportementale ; mais il s'agit aussi d'être familier de la sphère institutionnelle et de la diversité des politiques publiques ; et cela nécessite enfin des savoir-faire en matière de gestion de projets, ceux-ci pouvant impliquer un fort niveau de complexité tant administrative qu'en termes de pilotage des différentes parties prenantes (administrations, société civile, prestataires potentiels).

S. A. : **Quelle est votre méthodologie de travail ?**

S. G. : Elle s'appuie sur un triptyque « diagnostic, prototypage, évaluation ». Le diagnostic débute avec

une revue de littérature scientifique : il s'agit de partir de fondamentaux déjà établis. Nous complétons cette revue de littérature par un inventaire de toutes les sources documentaires disponibles, mais aussi par des études quantitatives et qualitatives *ad hoc*. Nous disposons ainsi d'un état des lieux des enjeux à considérer, qui font l'objet d'une catégorisation au travers de modèles comportementaux. Ceci permet d'identifier des pistes d'intervention avec un champ des possibilités des plus larges : évolution réglementaire, dispositif financier, communication adaptée, objet physique, solution numérique, etc. Le choix est fait en fonction de critères d'impact, de faisabilité, et également d'acceptabilité sociale et éthique. Vient ensuite le moment de l'évaluation d'impact. Dans l'idéal, nous favoriserons la mise en place d'essais randomisés contrôlés, avec groupe témoin et groupes tests, ceci avec les volumétries les plus fortes possibles. Certaines expérimentations ont ainsi pu être menées avec plus de 100 000 personnes, voire plusieurs millions pour des travaux du champ fiscal. Ce type d'évaluation n'est toutefois pas toujours praticable, faute notamment de temps et de ressources ; aussi recourons-nous alors à d'autres options allant de tests « avant-après » à de simples mesures d'ordre qualitatif. Enfin, nous poussons à ce que ce type de travaux s'inscrive dans une logique d'amélioration continue. L'évaluation peut ne pas être concluante et invite à ajuster le diagnostic de départ. Nous pouvons aussi constater qu'une solution est

moins efficace, parce que les comportements considérés peuvent évoluer. Cela incite à mettre en place des mesures d'impact régulières.

S. A. : *L'expertise du pôle a-t-elle été sollicitée dans le domaine de la santé ?*

S. G. : Le champ de la santé est à l'évidence très comportemental, notamment s'agissant des politiques de prévention. Il est par ailleurs culturellement prédisposé aux méthodes d'évaluations que nous pratiquons. Nous sommes logiquement très sollicités par des administrations sur ces sujets, une tendance renforcée par la période Covid, qui a été un gros pic d'activité. Nous avons travaillé non seulement sur la question des gestes barrières, mais aussi sur quantité d'enjeux spécifiques, par exemple la gestion du stress des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou encore l'optimisation du traçage des contacts (*contact tracing*¹). Nos travaux en matière de santé publique peuvent croiser d'autres périmètres politiques. C'est par exemple le cas des usages numériques. Nous pouvons ainsi mentionner un travail mené en 2022 pour la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Même si d'un point de vue médical, l'exposition aux écrans n'est pas considérée être une addiction, nos partenaires souhaitaient investir cet enjeu qui a de fait des incidences cognitives. Sans entrer dans le détail de ces travaux, nous avons optimisé un outil numérique de médiation familiale existant et gratuit, appelé FamiNum², proposant des conseils pour mettre en place un usage raisonné des écrans en se fondant notamment sur des mécanismes d'engagement et de fixation d'objectifs. Une évaluation qualitative a été menée et a montré que l'outil avait un impact notable en termes de sensibilisation et de changement de pratiques à la maison. Dans un autre domaine, nous avons été amenés à nous pencher en 2020 sur la question de la qualité de l'air dans les habitations en Île-de-France, ceci en partant d'une problématique spécifique : un tiers des émissions de particules fines

régionales sont liés au chauffage au bois. Il s'agissait spécifiquement de faire évoluer les pratiques en matière de chauffage d'agrément ; les pouvoirs publics étaient jusqu'ici très démunis sur le sujet. Dans ce cadre, nous avons doté plusieurs centaines de ménages volontaires de capteurs intérieurs. Les données collectées ont permis une remontée d'informations personnalisées favorisant une véritable prise de conscience. Nous avons constaté au passage que les messages à caractère sanitaire s'avéraient avoir plus d'impact que des communications pro-environnementales. Au final, la concentration en particules fines a été réduite de 20 % dans les logements testés par rapport à ceux des personnes n'ayant reçu aucune sensibilisation.

S. A. : *Pourquoi les sciences comportementales servent-elles peu aux politiques publiques ?*

S. G. : Il y a d'abord un sujet d'acculturation. Ces expertises sont encore méconnues, voire objet de fantasmes. À cela plusieurs raisons : d'abord, si l'on compare avec certains pays anglo-saxons, on peut constater deux différences majeures : à savoir la reconnaissance plus forte de ces disciplines dans le champ académique dans ces pays, mais aussi des formes plus souples de collaboration recherche-action publique. Le *nudge*³ est aussi passé par là. Ce concept a contribué à populariser l'approche comportementale, mais il l'a aussi fortement connotée comme un exercice gadget, voire manipulateur. Il arrive ainsi qu'on doive fréquemment questionner les demandes qui nous arrivent. On vient encore trop souvent nous demander de « corriger le tir » avec des interventions supposées ajuster les comportements. Outre le fait que cela peut poser des questions éthiques, c'est très généralement l'inverse qui fait sens et à quoi nous invitent les sciences comportementales : comprendre le fonctionnement des individus réels et concevoir les choses en conséquence. Ainsi, le débouché fondamental des sciences comportementales, c'est avant tout la simplification, exercice d'autant plus efficace quand il est pratiqué le plus en amont possible.

C'est là une forme de quasi-combat culturel, que nous emportons de fait souvent « à l'usage », au fil de projets. Nos partenaires concluent d'ailleurs de plus en plus à la nécessité d'être formés à la prise en compte des biais qui peuvent affecter leurs prises de décisions. Toutefois, une vraie difficulté persiste et elle est avant tout matérielle : les administrations ne franchissent pas le cap en matière de recrutement. Un marché interministériel a bien été mis en place l'an passé afin de faciliter le recours à ces expertises, mais encore faut-il savoir bien les identifier. Cela nous a conduits à investir dans des formations, des guides et autres supports, disponibles notamment *via* le Campus de la transformation publique. Nous scrutons par ailleurs avec attention certains formats conçus dans une logique d'action publique fondée sur la preuve. Je parle ici du réseau britannique des *What Works Centres*, des centres de ressources proposant aux décideurs un accès très opérationnel aux connaissances scientifiques ; et également du système de mentorat mis en place par Impact Canada, avec des pools d'experts mis à disposition d'administrations dans le cadre d'objectifs de politiques publiques. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Ses objectifs : limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible, et détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et de leur contrôle (NDLR).

2. <https://www.faminum.com/>

3. Peut se traduire par « coup de pouce ». Le *nudge* correspond à une façon d'organiser l'environnement des individus, en se fondant sur ce que l'on sait en psychologie humaine (NDLR).

Un outil d'aide au repérage des violences conjugales

Mariam Chammat,
directrice de projet au pôle Sciences comportementales,
Direction interministérielle
de la transformation publique (DITP).

L'ESSENTIEL

► Les conséquences physiques et psychologiques des violences dont sont victimes les femmes en couple sont mal repérées, notamment parce que les professionnels de santé peinent à aborder ce sujet en consultation. Pour les inciter à ouvrir le dialogue sur ce thème délicat, la Haute Autorité de santé (HAS) leur propose désormais un outil. Celui-ci a été construit avec l'apport des sciences comportementales, qui ont permis d'identifier les freins comportementaux des médecins. À partir de ce constat, deux solutions ont été expérimentées et évaluées scientifiquement, avant que l'une soit déployée au niveau national par la HAS, en coopération avec l'assurance maladie.

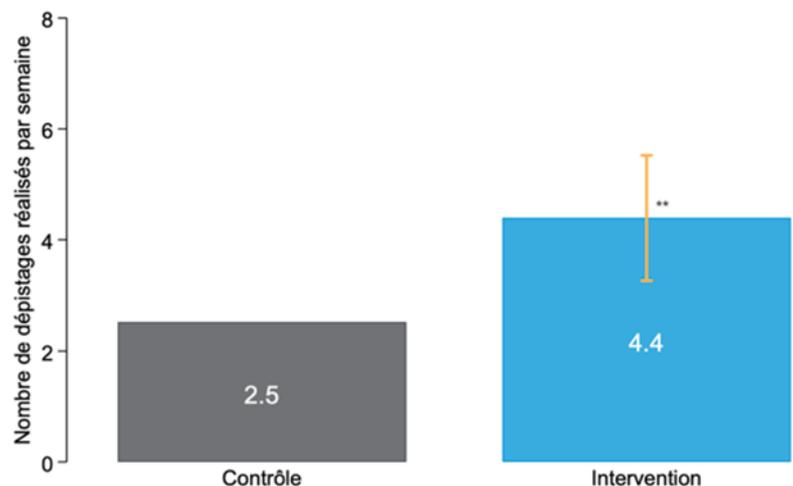
En France, près d'une femme sur dix ayant vécu en couple pendant l'année écoulée a été en situation de violences conjugales au cours de cette période. En 2021, la Haute Autorité de santé (HAS) a sollicité l'appui du pôle Sciences comportementales de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) afin de développer des outils pour encourager les médecins généralistes à mieux repérer ces violences, même en l'absence de signe d'alerte. Cette demande de la HAS fait suite à une de ses recommandations de bonne pratique, publiée en 2019, visant à impliquer les professionnels de santé (généralistes, mais aussi gynécologues, psychiatres, etc.) dans la lutte contre ces violences et pour leur dépistage, notamment au moment du recueil de l'histoire des patientes et de leurs antécédents médicaux. L'appui de la DITP a impliqué la mobilisation d'une expertise

externe, celle du bureau d'études *Behavioural Insights Team (BIT)*, spécialisée dans les sciences comportementales. Une analyse approfondie de la littérature comportementale, académique et grise a d'abord été réalisée, portant sur les pratiques de prévention, y compris celles concernant les violences conjugales. Cette recherche a inclus une revue des travaux de la HAS, dont une étude qualitative pour identifier les freins et les leviers à la mise en œuvre de sa recommandation, ainsi qu'une revue des outils, supports et actions existants pour encourager le dépistage, notamment ceux mis en place par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la traite des êtres humains (Miprof).

À cette première étape a succédé une recherche qualitative. Des observations ont été menées dans des

cabinets de généralistes et au sein de maisons de santé. Elles ont été complétées par six entretiens qualitatifs semi-structurés avec des médecins traitants, des professionnels de santé engagés sur le sujet (médecins légistes, gynécologues) et des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF). Deux ateliers de co-création de potentielles solutions ont également été organisés avec des généralistes, des représentants de la HAS, des designers et des graphistes. Ces recherches documentaires et qualitatives ont permis de créer un modèle comportemental synthétique, de catégoriser les principaux freins au repérage et de les hiérarchiser, d'identifier des leviers prometteurs, et d'élaborer une liste de solutions inspirées des entretiens et du diagnostic. Ce modèle identifie et catégorise les principaux obstacles

Graphique 1 – Nombre de patientes questionnées la semaine précédente pour savoir si elles vivent ou ont vécu des violences. (Pour mieux contextualiser ces chiffres, il est important de noter que les participants ayant répondu au questionnaire travaillent en moyenne quatre jours par semaine et consultent environ 14 femmes par jour.)



n = 522

** p < 0,01, * p < 0,05 + p < 0,1

Analyse primaire, contrôlant pour le genre, l'âge, le type de cabinet, le niveau d'urbanisation des MG et le nombre de jours ouvrés par semaine.

Outil d'aide au repérage des violences conjugales

Novembre 2022

Médecins généralistes, vous jouez un rôle-clé dans le repérage des violences. Pensez à dépister toutes vos patientes pour savoir si elles ont vécu ou vivent des violences conjugales, même en l'absence de signe d'alerte.



Consultez la recommandation



Pourquoi dépister ?

- Vos patientes sont concernées : sur 10 patientes vues, 3 à 4 femmes pourraient être victimes de violences conjugales.
- En tant que médecin généraliste vous êtes les interlocuteurs privilégiés des femmes et les premiers acteurs à qui elles s'adressent, avant les forces de l'ordre et les associations¹.
- Le dépistage systématique, ça marche : vous avez 3 fois plus de chances de dépister des violences en posant directement la question².
- Les violences constituent un risque pour la santé des femmes qui doit être évalué de manière systématique, indépendamment du milieu social.

Quand et comment dépister ?

Questionnez toutes vos patientes lors de l'anamnèse comme vous le faites pour les antécédents médicaux ou la consommation de tabac. N'hésitez pas à reposer la question ultérieurement en cas de grossesse ou de séparation.

Aborder le sujet peut vous paraître difficile. Vous pouvez poser la question en vous aidant des exemples suivants ou en les reformulant avec vos propres mots :

- comment ça se passe à la maison/avec votre partenaire ?
- pensez-vous avoir subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?

8 femmes sur 10 pensent qu'il est normal d'aborder ces questions avec son médecin³.

Pour normaliser le sujet, vous pouvez préciser que vous abordez cette question avec toutes vos patientes.

La prise de conscience et le départ définitif d'une victime découlent d'un long cheminement. Respectez le rythme de la patiente et ne vous découragez pas !



Que faire en cas de violences ?

- Écouter votre patiente de manière bienveillante, lui rappeler qu'elle n'est pas seule, que les faits de violences sont punis par la loi et qu'elle peut porter plainte.
- Compléter le dossier médical avec vos observations. Proposer si besoin un 2^e rendez-vous pour en reparler.
- Proposer un accompagnement à votre patiente, sans la presser à prendre une décision immédiate.

Proposer un accompagnement :

- Médical/psychologique**
- 15 : Urgences médicales (SAMU)
 - 114 : Urgences par sms (sourds et malentendants)
 - Unité médico-judiciaire
 - Psychologue, psychiatre
 - Pédiatre (si enfants présents)
- Social**
- 115 : Hébergement d'urgence
 - 3919 : Violences Femmes Info
 - Associations locales : arretonslesviolences.gouv.fr
- Judiciaire/juridique**
- 17 : Gendarmerie, police
 - Accès au droit et informations juridiques : fncidf.info



Si vous avez besoin d'aide, appelez le 3919, une ligne est dédiée aux professionnels de santé. Et pour plus de ressources, consultez arretonslesviolences.gouv.fr, declic-violence.fr ou le vade-mecum sur le secret médical (ministère de la Justice).

¹ declic-violence.fr ² Haute Autorité de Santé (2023). Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Argumentaire scientifique. Saint-Denis La Plaine ³ O'Doherty L, Hegarty K, Ramsey J, Davidson L, L. Feder G, & Taft A. (2023). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane database of systematic reviews. ⁴ Palisse, M. (2013). Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie.

Légende : La recommandation simplifiée adoptée par la Haute Autorité de santé.

au repérage des violences par les médecins généralistes, en mettant en lumière les freins liés aux manques de connaissances et de formation sur le sujet, ainsi que les freins motivationnels, tels que la perception du rôle des médecins et la crainte de nuire à la relation avec les patientes. Il prend également en compte les contraintes structurelles, notamment le manque de temps lors des consultations.

Une expérimentation auprès de médecins généralistes

Les travaux ont conduit à expérimenter deux solutions auprès d'un échantillon de médecins généralistes :

- une recommandation simplifiée. Elle présente un résumé simple, attrayant et pratique de la recommandation de la HAS, apportant des informations

aux médecins sur trois dimensions : pourquoi, quand et comment dépister. Elle contient des chiffres pertinents, corrige les idées reçues sur la prévalence des violences, propose des exemples de questions à poser et rappelle les ressources principales pour accompagner les patientes ;

- un questionnaire de prévention. Rempli par les patientes avant la consultation, c'est un outil permettant aux médecins d'identifier rapidement, parmi divers thèmes de prévention, si le sujet des violences doit être approfondi. Il contient un résumé des numéros d'urgence et d'écoute pour les femmes victimes.

Ces deux solutions ont été testées dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé impliquant un total de 1 153 médecins généralistes. Leur

utilisation a conduit à une augmentation sensible des dépistages effectués par semaine : 2,5 pour les médecins du groupe contrôle et 4,4 pour ceux du groupe expérimental, se servant de l'un ou l'autre outil. Cela représente 1,9 dépistage de plus par médecin, soit une hausse de 76 % du nombre de repérages réalisés grâce à l'usage des outils. Cependant, malgré ces avancées, le sujet des violences reste difficile à aborder, et plus de quatre médecins sur dix ne sont pas à l'aise avec le fait de questionner leurs patientes.

Un webinaire de formation

À l'issue de cette expérimentation, la recommandation simplifiée s'est avérée la plus prometteuse, offrant des pistes pratiques aux médecins pour dépister les violences et pour accompagner leurs patientes. La HAS l'a alors déployée nationalement, en partenariat avec l'Assurance maladie, renforçant ainsi son accessibilité et son impact. En complément, elle a organisé un webinaire destiné aux médecins généralistes afin de les former à la détection des violences conjugales et à leur prise en charge. Ce travail d'accompagnement a contribué à faciliter l'appropriation des productions de la HAS par les professionnels de santé, en adaptant les outils à leurs besoins et à leurs spécificités pour leur permettre d'agir plus efficacement auprès des patientes concernées.

La HAS a par ailleurs mis en place un baromètre pour suivre l'évolution des pratiques des médecins généralistes. Près de 1 000 femmes ont été interrogées en octobre 2022 et en octobre 2023 pour savoir si le sujet avait été abordé en consultation par leur médecin. Ces deux premiers sondages ont mis en évidence que le questionnement par le médecin généraliste est très bien perçu par les femmes, bien qu'il demeure encore sous-investi par les médecins. ■

Pour en savoir plus

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis : Haute Autorité de santé, 23 novembre 2022. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

Pour compléter ce dossier consacré à l'évaluation et à l'efficacité des actions de prévention, les ressources documentaires présentées ici proposent des références sur le rôle de preuve, l'évaluation en promotion de la santé, la transférabilité. Puis sont rassemblés les guides, outils, ressources en ligne et enfin des registres d'interventions et des portails. Cette bibliographie est sélective ; aussi, le lecteur cherchant plus d'exhaustivité peut consulter les bibliographies suivantes :

- **Dossier : Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience.** *La Santé en action*, n° 456, 2021. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/541103/3940055?version=1>
- **Bec E. Les données probantes en promotion de la santé.** ARS Occitanie, Drapps Occitanie, Ireps Occitanie, CREAI-ORS Occitanie, *Bibliographie sélective*. 2019 : 12 p. En ligne : https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/12/Bibliographies_Les-donn%C3%A9es-probantes-en-promotion-de-la-sant%C3%A9.pdf
- **Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé Centre-Val de Loire. Les données probantes en promotion de la santé.** *Fraps*, 2017, n° 2 : 19 p. En ligne : http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/03/ForceDeFRAPS_Donn%C3%A9esProbantes_D%C3%A9c2017.pdf
- **Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Cres Paca). Les données probantes. Promotion de la santé basée sur les preuves.** *Bibliographie*, avril 2021 : 47 p. En ligne : https://www.cres-paca.org/_recherche-images/download/13859/pdf/353/0

Sandra Kerzanet,

documentaliste,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

PREUVE ET ÉVALUATION

- **Avis d'experts relatif à la mise en place d'un processus d'analyse de l'efficacité des interventions dans le cadre de la création d'un portail d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé.** *Santé publique France*, août 2019, 75 p, coll. Avis d'experts. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/avis-d-experts-relatif-a-la-mise-en-place-d-un-processus-d-analyse-de-l-efficacite-des-interventions-dans-le-cadre-de-la-creation-d-un-portail-d-in>
- **Alla F., Cambon L., Ridde V. La Recherche interventionnelle en santé des populations. Concepts, méthodes, applications.** Montpellier : IRD Éditions, 2023 : 188 p.
- **Bras P.-L., Monasse H. La Prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé.** IGAS, Paris : Inspection générale des affaires sociales, octobre 2024 : 105 p. 2024-027R.
- **Breton É., Jabot F., Pommier J. Sherlaw W. La Promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone (2^e éd.).** Rennes : Presses de l'EHESP, 2020 : 574 p.
- **Clergeau A., Andres A., Rickey B. Vers une action publique éclairée par la preuve. Un guide pour identifier et mettre en œuvre ce qui fonctionne.** Paris : Agence nouvelle des solidarités actives, 2021 : 60 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2021-03/Ansa_ActionPublique-V4.pdf
- **Henry V., Arwidson P., Beck F., et al. Appui de Santé publique France en région dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé pour le diagnostic épidémiologique, l'identification d'interventions efficaces ou prometteuses et l'évaluation quantitative.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2024 : 39 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/719363/4658799?version=1>
- **Raphael D. The question of evidence in health promotion.** *Health Promotion International*, 2000, vol. 15, n° 4 : p. 355-367. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/30935638_The_question_of_evidence_in_health_promotion
- **Frohlich K.L., Potvin L. Transcending knowledge in public health practice: the paradox of inequalities: the population approach and vulnerable populations.** *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 2 : p. 216-21. En ligne : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- **Halley des Fontaines V., Alla F. Apprendre à décider : l'Evidence Based Public Health.** *Santé Publique*, 2007. Vol. 19, HS : p. 135-137. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.070.0135>
- **Laurent A., Ferron C., Lombrail P. Promotion de la santé fondée sur les preuves : place de la capitalisation des expériences et des connaissances expérientielles.** *Santé Publique*, 2024, vol. 36, n° 4 : p. 61-77 En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.244.0061>
- **Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique.** *Santé publique*, 2017, vol. 29, n° 1 : p. 31-39. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.171.0031>
- **Sackett DL., Rosenberg WMC., Gray JMC., Haynes RB., Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't.** *BMJ*, 1996, vol. 312, n° 7023 : p. 71-72.
- **Roy M., Paradis G., Dery V. Élaborer des recommandations en soutien à la prise de décision en santé publique : méthodes et critères. État des connaissances.** Institut national de santé publique du Québec, 2023 : 70 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-06/3350-recommandations-soutien-prise-decision-sante-publique.pdf>
- **Kempf C. L'Approche territoriale en promotion de la santé : repères issus de la littérature scientifique.** Rapport. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne Rhône-Alpes, Émergence, 2023 : 6 p. En ligne : https://eps.ireps-ara.org/index.php?lvl=author_see&id=141076
- **Hamant C., Delescluse T., Ferron C. Les Données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes.** Note pédagogique. Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, 2022 : 37 p. En ligne : https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2022/12/ac-220623-note_pedagogique_donnees_probantes.pdf
- **Jabot F. L'évaluation d'impact sur la santé, un pari gagnant ? [Dossier],** *Santé publique*, 2021, vol. 33, n° 1 : p. 7-16. En ligne : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2021-1?lang=fr&tab=sommaire>
- **Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Programme européen de formation en matière de prévention. Un manuel à destination des décideurs politiques, des faiseurs d'opinion et des responsables**

politiques dans le domaine de la prévention de la consommation de substances fondée sur des données scientifiques (trad.). Lisbonne : EMCDDA, coll. Manuals, 2019 : 172 p. En ligne : https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en

• **Gautier C., Racine A.-N. Évaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France.** Paris : ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, 2022 : 67 p. En ligne : <https://www.sports.gouv.fr/media/4802/download>

• **Jabot F. Évaluation d'impact sur la santé pour scruter et sculpter les politiques.** *Santé publique*, 2021, vol. 33, n° 1 : p. 7-16. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.211.0007>

• **Salmi L.-R., Saillour-Glénisson F., Alla F., Boussat B. L'évaluation et la recherche sur les interventions en santé publique.** *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2023, vol. 71, n° 2 : 101836.

• **Petras H., Israelashvili M., Miller B. Introduction to the special issue on "Promoting a culture of prevention: an international perspective".** *Prevention Science*, 2021, vol. 22, n° 1 : p. 1-6.

• **Burkhardt J. T., Schröter D. C., Magura S., Means S. N., Coryn C. L. An overview of evidence-based program registers (EBPRs) for behavioral health.** *Evaluation and Program Planning*, 2015, vol. 48 : p. 92-9. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718914001104?via%3Dihub>

• **Rossmann C., Krnel S. R., Kylänen M., Lewtak K., Tortone C., Ragazzoni P., et al. Health promotion and disease prevention registries in the EU: a cross country comparison.** *Archives of Public Health*, 2023, vol. 81, n° 1 : p. 85. En ligne : <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-023-01097-0>

• **Weber D. Promotion de la santé pour et avec les personnes âgées : résultats scientifiques et recommandations pour la pratique.** Berne : Promotion Santé Suisse, 2022 : 126 p. En ligne : https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-12/Rapport_010_PSCH_2022-11_-_Promotion_de_la_sante_pour_et_avec_les_personnes_agees_0.pdf

TRANSFÉRABILITÉ

• **Trompette J., Kivits J., Minary L., Cambon L., Alla F. Analyse de la validité des critères d'un outil de transférabilité des interventions en promotion de la santé.** *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2013, vol. 61 (Supp 4) : S216. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762013003623>

• **Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE.** *Santé publique*, 2024, vol. 26, n° 6 : p. 783-786. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.146.0783>

GUIDES, OUTILS, RESSOURCES EN LIGNE

• **Agence régionale de santé Hauts-de-France. Évaluer votre projet en prévention promotion de la santé.** Guide, 2023 : 19 p. En ligne : https://promotionsante-hdf.fr/app/uploads/2023/11/Novembre-2023_Guide-Evaluation_DPPS.pdf

• **BEC É. Évaluer son projet en promotion de la santé. CREA-ORS Occitanie, Drapps Occitanie, Bibliographie sélective.** 2021/06 : 19 p. En ligne : <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2021/06/Bibliographie-Evaluer-son-projet-en-promotion-de-la-sante.pdf>

• **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Comment évaluer l'impact d'une action de prévention de la perte d'autonomie ? Pourquoi interroger l'impact d'une action collective de prévention ? Quelles approches et quels outils ?** Paris : CNSA, 2025 : 5 p. En ligne :

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2025-04/Note-CRP_Comment-evaluer-l-impact-action-prevention-VF.pdf

• **Centre de collaboration national des méthodes et outils (CCNMO). Votre cheminement en matière de prise de décision éclairée par des données probantes en santé publique.** En ligne : <https://www.nccmt.ca/fr/>

• **Angot E., Berhault M., Boulic E., et al. Boîte à outils en méthodologie de projet. De l'émergence d'un projet à l'évaluation.** Didacticiel, Rennes : Pôle ressources en promotion de la santé Bretagne, 2024. En ligne : <https://view.genially.com/650316eee442500011bf96fb>

• **Promotion santé Nouvelle-Aquitaine. Qu'est-ce que l'Évaluation d'Impact sur la Santé ?** 2017. En ligne : <https://santeterritoiresnouvelle-aquitaine.org/category/evaluation-dimpact-sur-la-sante/quest-ce-que-levaluation-dimpact-sur-la-sante-evaluation-dimpact-sur-la-sante/>

• **DOccitanie Santé : le portail documentaire en santé de la région Occitanie.** Développé et géré par les Centres ressources documentaires du CREA-ORS Occitanie et de Promotion Santé Occitanie, le portail DOccitanie est spécialisé dans l'information en santé. En ligne : <https://doccitanie-sante.fr/ressources/sitographie/sitheque-donnees-probantes-et-prometteuses-en-sante/>

REGISTRES D'INTERVENTIONS – PORTAILS

• **ReperPrev – Registre d'Interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé – Santé publique France** (voir article p. 15). En ligne : <https://reperprev.santepubliquefrance.fr>

• **Recensements, répertoires et bases de données d'expériences – Promotion Santé Île-France.** Sites et documents ressources qui recensent des expériences sous forme de fiches actions, de récits ou de capitalisation d'expériences. En ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/recensements-repertoires-bases-donnees-dexperiences>

• **OSCARS, Outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé – Cres Paca** Base de données en ligne d'actions, d'acteurs et d'outils d'intervention dans le domaine de la prévention et de la santé publique. En ligne : <https://www.oscarsante.org>

• **Innovations, Données et Expérimentations en Éducation (IDEE) – Agence nationale de la recherche (ANR)** Le programme IDEE aide les chercheurs à produire des résultats expérimentaux, contribuant à alimenter la réflexion en matière de politiques publiques et de pratiques professionnelles en éducation en France. En ligne : <https://www.idee-education.fr/panorama-des-evaluations-randomisees-en-education-en-france/>

• **Portail sur le vieillissement optimal de McMaster University (Hamilton, Ontario).** En ligne : <https://www.mcmasterviellissementoptimal.org/>

• **Répertoire des actions de prévention et promotion de la santé – France Assos Santé** Banque d'expériences comprenant plus de 250 fiches-actions réalisées par le réseau d'associations nationales de représentation de patients et d'usagers de France Assos Santé. En ligne : <https://repertoire-actions.france-assos-sante.org/>

• **Capitalisation des expériences en promotion santé (CAPS). Portail des savoirs expérientiels.** Ce répertoire numérique de capitalisation des expériences en promotion de la santé a pour but d'aider les décideurs et les acteurs locaux à choisir des interventions adaptées pour répondre à leurs besoins et à permettre l'articulation entre la recherche et les pratiques de terrain. <https://www.capitalisationsante.fr/>

« Reconnaître l'expertise des usagers dans la grande exclusion »

Entretien avec Emmanuel Ollivier,
directeur, fondation de l'Armée du Salut.

L'ESSENTIEL

► La fondation de l'Armée du Salut a ouvert en 2019 un chantier d'insertion « pair-aidant » dans un centre d'hébergement d'urgence parisien. Les personnes qui ont connu la précarité s'appuient sur leur vécu pour se former à un métier : agent d'accueil, animateur, auxiliaire de vie sociale, etc. L'initiative permet d'adapter le milieu professionnel aux publics les plus en difficulté, tout en confortant l'avenir professionnel de ceux qui sont sortis de la rue.

La Santé en action : Comment l'Armée du Salut aide-t-elle ses usagers à se réinsérer ?

Emmanuel Ollivier : La fondation de l'Armée du Salut promeut la participation des usagers, avec notamment les conseils consultatifs des personnes accueillies. Au centre d'hébergement d'urgence¹ Mouzaïa à Paris, nous avons lancé une expérimentation de pair-aidance, qui fait l'objet d'une évaluation par le sociologue Patrick Bruneteaux. Les travailleurs pairs ont une culture commune avec le public accueilli. Parlant le même langage, ils sont à égalité dans la manière d'aborder certains sujets. Ils sont aussi les porte-parole de ceux qui vivent la grande précarité, qui osent plus facilement leur confier leurs difficultés qu'à un travailleur social. Les pairs-aidants signifient qu'ils sont passés par la pauvreté, ont connu l'exil, les addictions, et s'en sont sortis. Il y a un jeu de miroir important. En outre, les jeunes travailleurs sociaux peuvent se sentir en difficulté sur certains sujets par exemple l'hygiène ou les addictions ; la coopération en binôme avec celui qui a connu le vécu des personnes accueillies

est précieuse. Il nous a semblé important de reconnaître cette expertise des usagers dans la grande exclusion. Au terme de l'expérimentation, nous avons donc lancé en 2019 un chantier d'insertion² afin d'accompagner les pairs-aidants sur plusieurs métiers : médiateur, animateur, auxiliaire de vie sociale, agent d'accueil, agent logistique, maître de maison.

S. A. : Comment ce chantier fonctionne-t-il ?

E. O. : Le projet s'adresse aux personnes ayant eu un parcours de rue, de migration, de vie en centre d'hébergement et il s'appuie sur leur expérience personnelle pour les accompagner vers un métier du secteur social. On « professionnalise » la pair-aidance, en quelque sorte. Nous essayons de repérer ceux qui ont une sensibilité au travail social pour leur proposer d'entrer dans le dispositif. Des financements publics nous permettent d'avoir de 13 à 16 postes dans ce chantier ; les pairs-aidants sont rémunérés. Ils restent de six mois à deux ans au maximum, en fonction de leur projet individuel. Pour qu'ils ne soient pas mis en difficulté dans leur futur métier, ils bénéficient d'un suivi psychologique et d'une analyse de leur pratique. Il nous faut demeurer vigilants afin d'éviter par exemple qu'un travailleur-pair ayant souffert d'addiction ne rechute en accompagnant une personne toujours dépendante.

S. A. : Quels sont les résultats en termes d'insertion ?

E. O. : Nous avons des objectifs d'insertion de 95 % à 98 %, la pérennité du dispositif en dépend. Il y a quelques échecs, des retours à la rue, mais ils sont peu nombreux. Les pairs trouvent un emploi à l'Armée du Salut, au SamuSocial,

dans des associations ou dans le secteur de l'aide à la personne. Ils sont d'ailleurs recherchés pour leur double compétence : métier du social et pair-aidance.

S. A. : Quels freins rencontrez-vous ?

E. O. : La pair-aidance est bien développée dans le secteur sanitaire notamment à l'étranger. En France, elle n'est pas encore reconnue comme un métier dans le secteur social. Et une question se pose : peut-on être pair-aidant auprès des publics en grande exclusion si l'on vit depuis dix ans dans son propre logement ? Il y a encore de grands enjeux sur la formation qui nécessite une pédagogie adaptée, sur les organisations qui doivent mieux accueillir les pairs-aidants pour que la démarche fonctionne. Dans le domaine de la santé, nous avons vu combien ils bousculaient les équipes soignantes, les médecins. C'est aussi le cas dans le secteur social. Il me semble nécessaire d'accompagner les structures pour qu'elles leur fassent davantage de place. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin,
journaliste.

1. Un centre d'hébergement d'urgence (CHU) est un établissement social dont les missions principales sont l'accueil, l'hébergement, la réinsertion sociale et professionnelle de personnes sans abri et sans domicile fixe.

2. Le chantier d'insertion est un dispositif bénéficiant de financements de l'État pour accompagner vers une activité professionnelle les personnes rencontrant des difficultés sociales.

Pour en savoir plus

Bonnami A. Insertion professionnelle de pair-aidants dans le secteur de l'Accueil Hébergement Urgence (AHI). *Les Cahiers de l'actif*, 2021, n°s 538-539 : p. 103-129.
En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-l-actif-2021-3-page-103?lang=fr>

Construire des politiques locales équitables pour résister aux vagues de chaleur

Léane Kuntz, stagiaire Sciences Po Toulouse,
Cécile Durand, épidémiologiste,
Franck Golliot, adjoint au délégué régional, Santé publique France Occitanie,
Cyrille Delpierre, épidémiologiste, directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),
Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste, coordinatrice du programme Inégalités sociales et territoriales de santé, Santé publique France.

Dans un contexte de changement climatique et d'augmentation de la fréquence et de l'intensité des vagues de chaleur, les enjeux de santé publique – principalement la surmortalité – se posent avec une urgence accrue, nécessitant une réponse locale adaptée aux personnes vulnérables sur le plan physiologique (âge, pathologies sous-jacentes) ou sur le plan social. En effet, du fait de facteurs sociaux défavorables à la santé (revenus, conditions de travail, logement, etc.), certains individus ne disposent que d'un accès limité aux ressources nécessaires pour se prémunir contre la chaleur et ses risques sanitaires. Il est donc essentiel de tenir compte de ces inégalités sociales de santé – écarts évitables et socialement construits – présentes sur un territoire et qui amplifient la vulnérabilité aux conséquences sanitaires des populations exposées aux vagues de chaleur.

L'enjeu est particulièrement crucial dans la région Occitanie, qui présente

une diversité territoriale et sociale : littoral très urbanisé, métropoles de Toulouse et de Montpellier, territoires périurbains en expansion et espaces ruraux plus isolés. Trois de ses départements figurent parmi les dix plus pauvres de France ; pour les Pyrénées-Orientales, cette fragilité se double d'une mortalité attribuable à la chaleur la plus forte de la région en 2024 [1], reflétant l'importance d'un accès égal aux ressources matérielles et immatérielle (éducation, capital social, réseaux d'information, etc.) nécessaires pour y faire face.

Les vagues de chaleur mettent ainsi en lumière le rôle des déterminants sociaux de la santé, définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme les « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* [2] ».

Des facteurs systémiques importants

Aussi, afin de réduire avec équité les impacts des vagues de chaleur sur la santé des populations, il est nécessaire d'explorer comment mieux intégrer les déterminants sociaux de santé dans les politiques locales. Est particulièrement étudiée ici la possibilité d'inscrire concrètement la prise en compte de ces déterminants au cœur des stratégies locales de prévention et d'adaptation aux vagues de chaleur, dans une démarche concertée, mobilisant des acteurs issus de secteurs variés sous une gouvernance efficace.

Cet article s'appuie sur une revue de la littérature portant sur les politiques actuelles de préparation et de gestion des épisodes de chaleur en France et

L'ESSENTIEL

▣ Le changement climatique, marqué par des périodes de chaleur plus intenses et plus fréquentes dans l'Hexagone, accentue la fragilité de certaines catégories de population, qui disposent de moins de ressources pour s'en protéger. C'est par une approche structurelle, agissant sur les déterminants sociaux de la santé dans les politiques publiques locales (logement, urbanisme, éducation), que les inégalités sociales face aux risques sanitaires en lien avec l'exposition aux vagues de chaleur pourront reculer. Un travail mené par Santé publique France en Occitanie montre les pistes d'action possibles, tout en identifiant des freins persistants.

en Occitanie, en période normale et de vigilance, ainsi que sur les projets existants de prévention des risques. Il tire également les enseignements de sept entretiens semi-directifs menés entre mai et juillet 2024 par Santé publique France auprès de collectivités territoriales, agences sanitaires, urbanistes et associations en Occitanie : ces échanges ont permis de documenter les pratiques, freins et leviers identifiés par les acteurs de terrain.

Les inégalités des effets de la chaleur proviennent d'une répartition inéquitable des déterminants sociaux de santé, conditionnés par des facteurs systémiques et résultant d'un contexte politique, social et économique particulier [3]. Cela justifie la nécessité

Vagues de chaleur
Protéger les plus vulnérables

d'intervenir à un niveau structurel, en complément de mesures individuelles. La vulnérabilité à la chaleur n'est pas homogène dans un territoire ou dans un groupe social, et elle s'analyse selon le niveau d'exposition d'un individu à la chaleur (intensité, fréquence, durée), sa sensibilité (âge, maladie chronique, précarité sociale) et sa capacité d'adaptation (ressources matérielles et sociales, connaissances) [4]. Dans les dispositifs de prévention, il est essentiel d'élargir la notion de vulnérabilité à l'ensemble du gradient social de santé¹ afin d'ajuster les interventions aux différents degrés de désavantage social, au regard des déterminants sociaux de santé (niveau d'éducation, profession, logement, isolement social, conditions de vie et de travail) et des caractéristiques sociodémographiques (genre, organisation familiale).

De multiples effets sociaux en jeu

Les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle prépondérant dans la vulnérabilité à la chaleur, et en particulier la *position socioéconomique*² qu'occupe un individu. Les ménages à revenus modestes sont davantage exposés à la précarité énergétique d'été dans des logements mal isolés, sans dispositif adapté pour rafraîchir les espaces, et souvent situés en îlots de chaleur. Cette précarité, notamment associée au *grand âge*, accroît les risques sanitaires associés aux fortes chaleurs (malaises, déshydratation, aggravation de maladies chroniques). Les ouvriers sont davantage exposés que les cadres aux *expositions professionnelles* à un environnement physique agressif comme la chaleur, le manque d'accès à la climatisation,

ainsi que l'impossibilité d'aménager les horaires ou les conditions de travail ; elles constituent un autre déterminant de vulnérabilité. *L'isolement social*, aggravé par la précarité économique, constitue également un facteur majeur de vulnérabilité. Ce constat est plus prononcé dans les territoires ruraux isolés et les quartiers défavorisés, où les réseaux de solidarité sont moins développés ou plus difficiles à mobiliser en urgence, selon le rapport *Solitudes 2022* de la Fondation de France.

Les *inégalités de genre* et la condition des *familles monoparentales* – majoritairement composées d'une mère seule, et davantage sujettes à une précarité économique – accentuent la sensibilité aux épisodes de chaleur. Les *femmes*, par un cumul de facteurs sociaux, économiques et culturels sont aussi plus exposées aux risques liés à la chaleur (surreprésentation dans les métiers du *care*³ peu flexibles, charge domestique durant les pics thermiques, isolement plus fréquent à un âge avancé). Enfin, *l'enfance* représente une période sensible, les enfants étant dépendants des comportements de protection adoptés par les adultes encadrants, qui disposent de niveaux de *littératie en santé*⁴ variables.

Les solutions à apporter pour limiter l'impact sanitaire des vagues de chaleur ne relèvent donc pas essentiellement du système de santé et d'accès aux soins et doivent être pensées au regard de ces facteurs.

Une réponse politique concertée et multisectorielle

Réduire les inégalités de santé liées aux vagues de chaleur implique d'inscrire les déterminants sociaux de santé au cœur des politiques susceptibles d'influer sur ce risque. L'approche « Santé dans toutes les politiques⁵ », particulièrement adaptée à ce sujet, préconise en ce sens une prise en compte systématique des enjeux de santé dans l'ensemble des politiques locales.

Un large choix de politiques peut et doit être mobilisé. En urbanisme, la démarche « Urbanisme favorable à la santé » incite, dès la phase de diagnostic, à repérer les populations les plus exposées afin que de nouveaux projets contribuent à la réduction des inégalités existantes. Les politiques éducatives offrent elles aussi un vecteur

LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ, UN APPUI POUR L'ACTION TRANSVERSALE

Le contrat local de santé (CLS) offre un cadre opérationnel pour intégrer les déterminants sociaux de santé dans une démarche multisectorielle. Conclu entre une collectivité territoriale, l'agence régionale de santé (ARS) et divers partenaires, il décline à l'échelle locale les orientations du plan régional de santé et repose sur une démarche participative associant les habitants. Un coordinateur entre la collectivité et l'ARS favorise la transversalité, mobilise l'écosystème d'acteurs [1] et assure la circulation des connaissances et des besoins. À l'issue d'un diagnostic territorial, des groupes de travail (élus, agences, associations, établissements de soins et chercheurs) élaborent des actions à mener sur cinq ans. Pour mieux prendre en compte les déterminants sociaux de santé, le CLS peut par exemple :

- s'appuyer sur un diagnostic croisé chaleur/défaveur sociale (*French Deprivation Index* (FDep¹), *hotspots* de vulnérabilité à la chaleur²) ;

- utiliser une grille pour appréhender l'impact social des actions ;
- inclure systématiquement des indicateurs sociaux dans la planification et dans l'évaluation des projets et politiques ;
- former des collectivités aux inégalités de santé et au travail intersectoriel ;
- ouvrir les groupes de travail à des représentants d'habitants exposés.

Le CLS favorise la mobilisation d'acteurs pluridisciplinaires et le partage de connaissances au sein d'une collectivité territoriale. Sa pertinence et son efficacité exigent l'implication de l'ensemble des directions de la collectivité territoriale et un portage politique fort.

1. Indicateur géographique adapté aux études de santé en France, portant sur cumul de désavantages matériels et sociaux.

2. Cartographie de zones prioritaires d'intervention en raison d'une vulnérabilité accrue à la chaleur.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] *Contrat local de santé (CLS). 20 actions pour répondre à vos besoins de santé – 2024-2029*. Labège : Communauté d'agglomération du sud-est

toulousain Sicoval. 2024 : 24 p. En ligne : https://www.sicoval.fr/app/uploads/2024/04/CLS_Synthese-plan-daction_A5_2024_OK.pdf

d'égalisation : l'école, obligatoire et accessible à tous et à toutes, peut diffuser les bons réflexes de prévention. Cette logique se prolonge dans les politiques des quartiers prioritaires de la ville (QPV), où la connaissance fine du terrain et le tissu associatif local facilitent l'identification des vulnérabilités et la co-construction d'actions. Les politiques de solidarité, enfin, restent essentielles pour atteindre les publics les plus vulnérables : personnes sans abri, isolées, en situation de handicap, familles monoparentales.

Ces politiques gagneraient à s'appuyer sur une cartographie fine du risque : il faudrait, à l'échelle du quartier, croiser les déterminants pertinents (précarité, isolement, logement, etc.) avec des indicateurs météorologiques et environnementaux, afin de hiérarchiser les zones d'interventions. Comme les projets de végétalisation de quartiers défavorisés, cette logique s'ancre dans un universalisme proportionné [6], modulant l'intensité des actions et des moyens déployés en fonction du désavantage social, afin de couvrir le gradient social de santé.

Constat de difficultés persistantes

Plusieurs freins subsistent toutefois à l'intégration effective des déterminants sociaux de santé dans les politiques locales de prévention des effets provoqués par les vagues de chaleur. Sont identifiés notamment le cloisonnement des services d'une collectivité territoriale, le manque de ressources humaines et financières dédiées à la coordination multisectorielle, ainsi que la faible disponibilité d'indicateurs communs sur un territoire d'intervention. Ces éléments permettraient de partager entre acteurs un diagnostic croisant vulnérabilité sociale et indicateurs sanitaires liés à la chaleur. La culture institutionnelle est encore très sectorisée, limitant la capacité des collectivités à penser des politiques publiques systématiquement transversales.

Cette problématique du partage de connaissances a été soulevée lors d'un entretien mené dans une mairie de la région Occitanie concernant les qualifications, missions et initiatives de chacun des agents de la collectivité et de son écosystème sur le sujet des

vagues de chaleur. L'outil *Évaluation d'impact sur la santé* est rarement utilisé lors de la planification d'un projet et il n'intègre pas systématiquement les déterminants sociaux. Les processus participatifs impliquant les habitants pour identifier les besoins réels et adapter les politiques restent eux aussi sous-exploités ; ils ne dépassent que rarement l'information ou la consultation, négligeant la co-construction des interventions et la participation des populations concernées, en particulier les plus vulnérables socialement. L'implication active des citoyens est pourtant un levier essentiel pour comprendre les enjeux locaux et ainsi renforcer l'ancrage et l'efficacité des politiques locales multisectorielles.

La mise en place de politiques d'adaptation à la chaleur, destinées à réduire les effets sur la santé de la population, nécessite d'intégrer les déterminants sociaux de santé à l'ensemble des politiques locales. En amont, un diagnostic territorial doit donc mobiliser plusieurs regards. La complémentarité de disciplines comme la sociologie, l'épidémiologie ou les sciences politiques permet de passer d'une analyse strictement sanitaire à une réflexion sur les causes structurelles de la vulnérabilité sociale. Cette approche invite à interroger

la responsabilité collective dans la production d'inégalités de santé et plus largement d'injustices sociales, au regard de choix politiques et sociaux. Ainsi, la pluridisciplinarité est une condition pour mettre en place des interventions pouvant améliorer durablement la santé des populations face aux risques climatiques. C'est dans cette perspective que les contrats locaux de santé (CLS), outil transversal et fondé sur une démarche participative, représentent un levier pertinent pour agir (voir encadré). ■

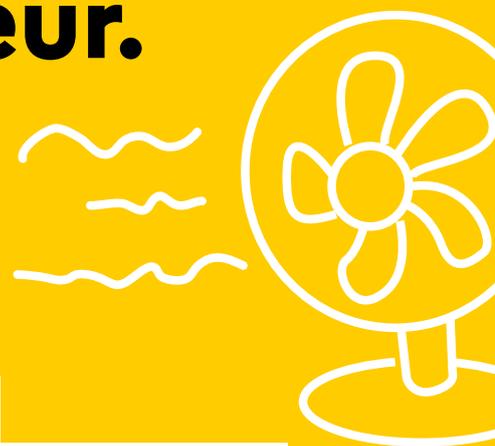
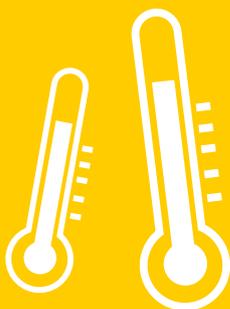
1. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité ou de morbidité plus élevé que celui de la classe immédiatement supérieure [5].
2. Les termes en italique désignent les déterminants sociaux (NDLR).
3. Ce terme regroupe diverses notions : entraide, bienveillance, soin sanitaire et social et attention portée aux individus précaires (NDLR).
4. Motivation et compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé (NDLR).
5. Concept apparu en 2006 sous l'impulsion de la présidence finlandaise de l'Union européenne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Santé publique France. *Bulletin régional « Chaleur et santé » : Bilan de l'été 2024 – Occitanie*. Mars 2025. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/occitanie/documents/bulletin-regional/2025/chaleur-et-sante-en-occitanie.-bilan-de-l-ete-2024>
- [2] *Social determinants of health*. Organisation mondiale de la santé (OMS), Who.int, onglets Maison / Thèmes de santé / Déterminants sociaux de la santé. En ligne : <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- [3] Aïach P., Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*, décembre 2004, n° 54 : p. 2221-2227. En ligne : https://inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf
- [4] Gorza M., Eilstein D. *Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé » 2013-2015 : Fiches « Variables socioéconomiques », fiches « Indices de désavantage social », éléments de compréhension de la notion de vulnérabilité en santé publique*. Santé publique France, coll. Méthodes, 2018 : 108 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-inegalites-sociales-de-sante-2013-2015-fiches-variables-socioeconomiques-fiches-indices-de>
- [5] *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêt d'une approche locale et transversale*. Ministère de la Santé, Inpes, ESPT, RSVF, 2016 : 12 p. En ligne : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Brochure_CLS.pdf
- [6] Marmot M., Allen J., Goldblatt P., Boyce T., McNeish D., Grady M. *et al. Fair society, healthy lives*. Londres : The Marmot Review. Institute of Health Equity, 2010 : 242 p. En ligne : <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>



**N'attendez pas
qu'il fasse chaud
pour apprendre à vivre
avec la chaleur.**



**Tous les conseils
pour mieux vivre avec la chaleur sur :**



**Vivre avec
la chaleur [.fr](https://www.vivre-avec-la-chaaleur.fr)**