



LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS

Concepts, méthodes, applications

François Alla
Linda Cambon
Valéry Ridde


Éditions

**LA RECHERCHE
INTERVENTIONNELLE
EN SANTÉ DES
POPULATIONS**

*Concepts, méthodes,
applications*

collection
[santé globale]

LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS

*Concepts, méthodes,
applications*

François Alla
Linda Cambon
Valéry Ridde


Éditions

Coordination éditoriale

IRD/Romain Costa

Correction

Stéphanie Quillon

Conception graphique

Alan Guilvard – Format Tygre

Mise en page

Aline Lugand – Gris Souris

Photogravure

IGS-CP

En couverture : © IRD/ J.-M. Boré

Circulation routière, Vietnam (Hanoï, Vietnam, 2017).



Cette publication en libre accès est mise à la disposition du public selon les termes de la licence Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0, consultable à l'adresse suivante : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>. Elle autorise toute diffusion de l'œuvre originale dans son intégralité, sous réserve de mentionner les auteurs et les éditeurs et d'intégrer un lien vers la licence CC BY-NC-ND 4.0. Aucune modification ni exploitation commerciale ne sont autorisées.

© IRD, 2023

INSTITUT DE RECHERCHE
POUR LE DÉVELOPPEMENT

ISBN papier : 978-2-7099-2998-1

ISBN PDF : 978-2-7099-2999-8

ISBN epub : 978-2-7099-3000-0

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
Chapitre 1. La recherche interventionnelle en santé des populations (Risp)	11
Chapitre 2. Les questions de recherche en Risp	35
Chapitre 3. Les approches méthodologiques en Risp	51
Chapitre 4. Les méthodes de production et d'analyse de données en Risp	77
Chapitre 5. Les acteurs de la Risp	93
Chapitre 6. La Risp, une démarche pour soutenir les décisions et les interventions	121
BIBLIOGRAPHIE	151
LES AUTEURS	179
GLOSSAIRE	181
SIGLES ET ACRONYMES	183
TABLE DES MATIÈRES	185

INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 a souligné une ambivalence dans la conception et la mise en œuvre des interventions (politiques, stratégies, actions) de santé. En effet, malgré une prise de conscience qu'elles doivent dépasser le cadre du système de soins pour impliquer tous les secteurs et toutes les personnes concernées, la crise a rendu saillant l'enracinement de la santé publique dans une approche biomédicale inadaptée (faire « la guerre » à un virus sans penser aux impacts sociaux, imposer des mesures à toute la population sans la moduler selon les besoins et les risques, vacciner prioritairement les plus vulnérables au sens biologique sans déployer des actions pour atteindre les personnes les plus défavorisées, etc.).

Il y a eu, de plus, de réelles difficultés à soutenir le développement et à étudier ces interventions selon une approche pluridisciplinaire, fondée sur des données probantes et ancrée dans la diversité des réalités territoriales et populationnelles. La crise a ainsi mobilisé des processus décisionnaires n'impliquant pas les populations et trop rarement l'expertise interdisciplinaire. Elle a été pilotée par des moyens, pour une fois sans limite, plutôt que par des objectifs étayés scientifiquement et orientés vers l'équité, au-delà de l'efficacité. Ces processus n'ont notamment pas intégré les vulnérabilités des personnes et des populations, en dehors des vulnérabilités biomédicales, et ont souvent contribué à maintenir, sinon renforcer, les inégalités sociales de santé préexistantes.

Pourtant, le champ de la recherche concernant les interventions de santé des populations est bien ancré à l'échelle internationale et aurait pu contribuer à nourrir les réflexions et les décisions de la santé publique. Or, tant cette recherche que son usage dans les décisions restent marginaux dans la francophonie, du nord au sud et de l'est à l'ouest. La crise que nous venons de vivre montre combien il est essentiel de mieux expliciter ce qu'est la recherche interventionnelle en santé des populations (Risp) et comment, par son interdisciplinarité et sa rigueur, elle

peut contribuer à appuyer les décisions politiques et les pratiques pour améliorer la santé des populations et réduire les inégalités sociales de santé aux échelles locale comme internationale.

La Risp est un domaine émergeant dans l'espace francophone. Ainsi, il y a une très forte demande des communautés de recherche, de décisions, de pratiques et des étudiants, de formation et d'accompagnement pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer ce type d'interventions dans le contexte francophone international. Nous proposons donc de répondre à ce besoin par un ouvrage original en langue française à la fois théorique et pratique à destination des personnes concernées.

Cet ouvrage est une contribution méthodologique pour analyser les interventions de santé destinées à la population. Il se présente comme un contrepoids à la prolifération des livres et des publications scientifiques dans le domaine de la santé qui ont, jusqu'alors, surtout mis l'accent sur les approches expérimentales issues de la recherche clinique, pourtant peu adaptée à ce type d'interventions complexes par nature.

Ce livre est basé sur vingt ans de pratique de recherche des trois auteurs sur plusieurs continents, dans plusieurs domaines de la santé et avec une myriade d'approches différentes : actions dans le système de soins (la mobilisation des services de soins de premier recours) et en dehors du système de soins (la répartition des espaces verts dans une ville) ; approches individuelles (vaccination, tabagisme) ou collectives (conditions de travail) ; développement par les chercheurs d'innovations organisationnelles ou techniques, ou analyse d'interventions mises en œuvre dans le contexte de politiques publiques. Il présente de manière accessible les fondements et les concepts de la Risp à partir de multiples exemples de leur mise en pratique dans plusieurs pays.

L'ouvrage cherche ainsi à montrer que cette approche s'applique à toutes les interventions, qu'elles soient mises en œuvre à Bordeaux, Paris, Bamako ou Ouagadougou. Si les contextes changent, les approches méthodologiques doivent pouvoir, justement, s'adapter et offrir des solutions optimales pour disposer de données empiriques permettant de répondre aux questions de recherche originelles. Les exemples de cet ouvrage permettent ainsi de comprendre comment ces démarches sont mobilisées pour étudier la vaccination contre la Covid-19 en France, la dengue ou le paludisme et leur vecteur au Burkina Faso ou l'accès aux soins au Mali et au Niger.

Les textes qui le composent sont accompagnés de vingt-trois tableaux et figures ainsi que trente encadrés permettant de mieux comprendre les enjeux spécifiques de la Risp dans des contextes variés. Enfin, ce livre tente de clarifier et de distinguer les particularités de cette recherche et ce qu'elle convoque d'ouverture, d'ancrage contextuel, de participation des populations, de pluridisciplinarité et de partage de connaissances pour des prises de décisions éclairées. Il est solidement référencé et structuré en six chapitres abordant des aspects conceptuels et méthodologiques de la Risp.

Le premier chapitre définit la Risp et la caractérise par rapport aux autres approches de recherche dans le domaine de la santé au regard de ses spécificités d'objets, d'approches, de méthodes et aussi, de par sa finalité double, cognitive (comme toute recherche) et conative (utilité sociale). Cette finalité d'utilité sociale interroge non seulement les perspectives, les objectifs, les méthodes, mais aussi la démarche en elle-même, qui ne peut être qu'ancrée dans un contexte (souvent local) et participative. Le deuxième chapitre aborde les questions de recherche et la manière de les formuler dans un contexte de Risp. Le troisième chapitre présente les principales méthodes afférentes qui doivent permettre de répondre à ces questions. La diversité des méthodes utilisées dans la Risp et issues de diverses traditions de recherche reflète ce croisement pluridisciplinaire, mais aussi la diversité des objets et des questions de recherche. L'efficacité, centrale en recherche biomédicale dans un contexte contrôlé, est une des questions de recherche aux côtés d'autres, tout aussi fondamentales pour la Risp comme les processus, la pertinence ou le passage à l'échelle des interventions et de leurs impacts. Le quatrième chapitre explicite les démarches de production de données et d'analyses, qu'elles soient dans une perspective qualitative, quantitative ou mixte. Enfin, la Risp n'est pas qu'un processus technique et n'est pas centrée uniquement sur des enjeux de méthodes. Ainsi, le cinquième chapitre montre comment elle s'inscrit dans des enjeux de pouvoir entre une myriade d'acteurs dont il faut tenir compte et impliquer tout en étant préoccupé par l'inclusion et la diversité. Enfin, le sixième chapitre met en exergue la finalité ultime d'une Risp, soit le fait que les résultats puissent être non seulement rigoureux et utiles, mais *a minima* utilisés. Or, cela ne se réalise pas de manière magique, il faut prévoir et organiser des activités spécifiques favorables au transfert de connaissances. Acteurs et transferts de connaissances se rejoignent, car l'utilisation des résultats n'est pas un « service après-vente » de la recherche, mais un

processus rigoureux, permanent et inclusif qui dépend aussi de la façon de conduire la recherche et notamment des formes de mobilisation des partenaires.

Ainsi, nous espérons que la lecture de cet ouvrage saura nourrir les réflexions actuelles sur la manière de produire des connaissances scientifiques concernant les interventions de santé publique qui sont par nature complexes et qui ne peuvent donc être réduites à des études ancrées d'une approche biomédicale, nécessairement réductrice. Il devient urgent que la communauté francophone internationale, de Dakar à Québec en passant par Marseille et Tanger, puisse mieux s'approprier, financer, organiser et publier la démarche des Risp. C'est toute l'ambition de cet ouvrage introductif.

LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS (RISP)

Recherche-action, recherche interventionnelle, évaluation, recherche appliquée, expérimentation : la science consacrant l'intervention en santé des populations revêt différentes formes, noms, concepts que ce soit en Europe, en Afrique ou ailleurs. Derrière chacun d'eux, des paradigmes, des approches, des méthodes, des disciplines se croisent ou non et des débats subsistent sur la manière de les différencier.

Ce chapitre a pour objectif de présenter les différentes formes de recherche interventionnelle, ce qui les caractérise, leurs différences, mais également leur complémentarité. L'objectif est de dégager, si ce n'est une définition, au moins un ensemble d'attributs permettant de distinguer cette pratique de recherche des autres formes de recherche. Il s'agit aussi d'offrir un contrepoids à une tendance historique des ouvrages de santé publique et de santé mondiale qui ont pour le moment surtout mis l'accent sur les méthodes expérimentales et épidémiologiques au détriment d'une vision plus ouverte, holistique et diverse des approches paradigmatiques et méthodologiques.

I LA NOTION D'INTERVENTION EN SANTÉ DES POPULATIONS

La notion de santé des populations vient de la prise en compte des limites à considérer les phénomènes de santé uniquement du point de vue individuel biomédical. C'est-à-dire expliquer les états de santé par des facteurs individuels, notamment comportementaux (tabagisme, activité physique) et proposer des leviers, là encore individuels, mobilisant généralement le système de soins (vaccination) (SZRETER, 2003). En effet, si l'orientation des interventions de santé publique (objectifs de santé, plans thématiques) est facilitée par cette vision, leur impact est limité puisque chaque individu s'inscrit dans un système où de très nombreux paramètres, tels que la position sociale (BURTRAM, 1996), le niveau d'éducation (BERKMAN et KAWACHI, 2014), les conditions de vie (MARMOT et WILKINSON, 2005 ; KAWACHI *et al.*, 1999 ; LEON et WALT, 2000 ; ECKERSLEY, 2001), mais aussi les interactions avec les autres individus constituant la population, influencent sa santé et son évolution (HOSSEINI SHOKOUH *et al.*, 2017). Ainsi, sans opposer santé des individus et santé des populations, celle des populations résulte des relations dynamiques et interactives entre les individus, entre les individus et leurs contextes, et entre les individus et les services auxquels ils ont accès et qu'ils utilisent ou non (DIEZ ROUX, 2016).

Ceci amène à considérer deux principes fondateurs de la santé des populations : i) la nécessité de tenir compte de facteurs intervenants à de multiples niveaux d'organisation pour comprendre la santé et agir pour l'améliorer (impliquant tant les processus sociaux que biologiques) ; et ii) une préoccupation explicite pour l'équité en matière de santé, puisqu'il n'est pas possible d'améliorer substantiellement la santé de la population dans son ensemble sans s'attaquer aux inégalités en matière de santé (DIEZ ROUX, 2016). Ainsi, si cette approche de santé des populations n'exclut pas les services de soins de santé (par exemple les pratiques cliniques préventives, notamment dans le cadre de la réorganisation vers des soins de santé primaire réclamée lors de la déclaration d'Alma Ata en 1978 ou de la Charte d'Ottawa en 1989), elle englobe de nombreux secteurs. La santé des populations va en effet viser un équilibre de santé invitant à envisager l'ensemble des déterminants de santé et de leur inter-influence. Par exemple, du point de

vue de la santé publique, si les mesures de confinement instituées pour limiter les hospitalisations pour formes graves de Covid-19 chez les personnes âgées et malades se comprennent, elles interrogent du point de vue de la santé des populations au regard des conséquences qu'elles peuvent avoir sur l'ensemble de la population (y compris les plus jeunes ou les plus vulnérables) sur le plan de la dégradation de la santé mentale, du recours aux soins, du niveau et de la qualité de vie et de l'équité en santé (CAMPEAU *et al.*, 2018 ; TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2017 ; CAMBON *et al.*, 2021). En cela, la notion de santé des populations se rapproche fortement de la promotion de la santé qui a la particularité d'y ajouter un objectif clair de renforcement du pouvoir d'agir (capacité des personnes ou des groupes à pouvoir agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés). On a vu en Afrique par exemple que ce sont les populations les plus jeunes, majoritaires, qui se sont souvent exprimées, parfois violemment, contre ces mesures restrictives, car elles ne se sentaient pas concernées par la pandémie. En outre, les débats actuels sont vifs sur les objectifs de vaccination de masse contre la Covid-19, au lieu de la focaliser sur les personnes les plus vulnérables dans un contexte de pénurie d'intrants pour l'Afrique de l'Ouest alors que la majorité de la population a déjà été immunisée naturellement. Enfin, la santé des populations s'intéresse directement à la traduction de la science en actions (les facteurs et ses déterminants) et considère que la science et l'action sont intimement liées et se renforcent mutuellement (DIEZ ROUX, 2016).

Le tableau 1 propose une clarification des différentes approches et leurs intersections, montrant leur complexité dans un contexte où il n'existe pas encore de consensus à cet égard.

En conséquence, dans le cadre de la santé des populations, la notion d'intervention prend une forme différente des définitions classiques. Par exemple, la classification des interventions de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit « l'intervention sanitaire » comme « un acte effectué pour, avec ou au nom d'une personne ou d'une population, dont le but est d'évaluer, d'améliorer, de maintenir, de promouvoir ou de modifier la santé, le fonctionnement ou l'état de santé » (OMS, 2023). Elle traduit, de fait, un objectif direct sur l'état de santé, là où la santé des populations invite à des objectifs centrés sur les déterminants plus distaux, qualifiés de structurels. Certains décrivent l'intervention comme un « ensemble des moyens (physiques, humains, financiers,

Tableau 1 | Propositions de clarification des différents concepts.

	Processus sous-jacent	Objectif principal
Santé publique	Vision technocratique (verticale), organisée par pathologie, centrée sur les systèmes de soins élargis à la prévention et la sécurité sanitaire	Améliorer la santé des individus
Santé communautaire	Centrée sur la participation de toutes et tous et sur l'approche communautaire	Favoriser l'autonomie en santé
Promotion de la santé	Plaide pour une vision macroscopique et combinée de l'intervention en fonction de cinq axes complémentaires (politiques publiques, environnements favorables, actions communautaires, aptitudes individuelles, réorientation des services de santé)	Améliorer le pouvoir d'agir et les déterminants structuraux, sociaux et physiques de la santé
Santé des populations	Intègre pleinement l'action en dehors du système de santé et l'intégration de la science dans la définition de cette action	Renforcer l'équité en santé

Source : adapté de RIDDE (2007).

symboliques) organisés dans un contexte particulier, à un moment donné, pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique » (BROUSSELLE *et al.*, 2018). PLANTE (1994) décrit le programme comme « ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent. Il se justifie sur la base de besoins définis comme une carence ou un manque qui affecte des individus, une collectivité ou une société et est sous le contrôle d'une ou de plusieurs personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement. Il est mis en place pour transformer des choses ou l'état d'une chose ». Comme pour les définitions classiques des politiques publiques, les deux définitions postulent comme principe de base le fait d'avoir un problème à résoudre autour duquel les ressources sont mises en musique, PLANTE (1994) insistant sur la notion de transformation. C'est souvent un défi dans le contexte des pays dépendants des aides publiques internationales où des solutions standards sont souvent apportées avant de connaître le détail des problèmes en impliquant les personnes concernées dans la réflexion. Néanmoins, elles évacuent de fait une conception plus salutogénique (c'est-à-dire ne pas attendre qu'il y ait un problème de santé) (BRUCHON-SCHWEITZER et BOJUT, 2014) et contextuelle de l'intervention. Enfin, HAWE et POTVIN (2009) évoquent davantage « des politiques ou programmes qui modifient la répartition des risques sanitaires en s'attaquant aux conditions sociales,

économiques et environnementales sous-jacentes ». Pour elles, « ces interventions peuvent être des programmes ou des politiques conçus et développés dans le secteur de la santé, mais il est plus probable qu'elles se situent dans d'autres secteurs, tels que l'éducation, le logement ou l'emploi ». Elles traduisent ainsi un déplacement de l'objectif individuel vers un objectif populationnel, en le centrant sur une réduction des disparités en santé au sein de la population (plutôt que sur la santé des individus) et insistent de fait sur la nécessité d'étudier des réponses se situant en dehors du système de soins. Comme évoqué par RIDDE et GUICHARD (2008), ce déplacement n'est pas sans créer de débats autour des meilleures stratégies visant à endiguer ces inégalités (intervenir sur les déterminants sociaux de la santé à l'échelle de la population, cibler des actions sur les populations les plus vulnérables, combiner les stratégies, etc.) et poser des défis en matière d'évaluation. Notamment, cette dernière ne peut plus s'envisager de manière classique par des méthodes provenant de l'évaluation clinique.

Cette notion d'intervention devient alors très riche et de plus en plus complexe à définir. Une solution consiste à en définir les attributs, lesquels seraient à considérer comme autant de marqueurs de sa différenciation avec l'intervention considérée du point de vue de la santé publique. Ce marquage est d'autant plus intéressant qu'il permet de légitimer, par la suite, les options méthodologiques qui s'imposent dans le cadre de la recherche portant sur ces interventions.

Ainsi, nous proposons les attributs suivants d'une intervention en santé des populations.

UNE VISION POPULATIONNELLE

L'intervention en santé des populations intègre une conception populationnelle considérant le caractère collectif et systémique du processus de santé dans une population et non l'état de santé d'une population considéré comme la somme des états de santé des individus qui la constituent. Ceci implique de considérer des buts à l'intervention parfois très indirects (accroître l'autonomie, la littératie, le lien social) et prenant en compte les disparités auxquelles les individus font face, qu'elles soient liées à des ressources personnelles, à l'accès aux services ou à la présence d'environnements favorables ou défavorables (même très indirectement) à la santé.

UNE CONCEPTION INTERSECTORIELLE ET OPÉRATIONNELLE

Si elle a l'ambition de maintenir, d'accroître et de permettre l'équité en santé et celle du bien-être au sein de la population, l'intervention en santé des populations peut mobiliser ou s'appuyer sur des stratégies multiples caractérisées par leurs diversités sectorielles (éducation, emploi, revenus, équité de genre, aménagement du territoire) et opérationnelles (mesures d'accès, réglementations, environnements bâtis ou naturels, action de communication, éducation, etc.), caractérisées par des activités et des ressources clairement identifiables (traçables, reconnaissables) et concrètes.

UN ANCRAGE CONTEXTUEL

L'intervention en santé des populations s'adosse et entre en relation avec un contexte qui va la façonner, la transformer. Une intervention déployée pour s'adapter à la ville de Marseille ne sera pas forcément acceptée par les habitants de Bamako. Autrement dit, les éléments de ce contexte, qu'ils soient liés aux caractéristiques des parties prenantes, incluant la population, leurs relations, leurs environnements, leurs histoires individuelles et collectives participent d'un système interventionnel (CAMBON *et al.*, 2019) à considérer, dès lors que l'on parle d'intervention en santé des populations. Ceci induit, de fait et comme prérequis, que la population est une des, voire la principale, parties prenantes de cette intervention, adoptant en cela les principes de la santé communautaire, largement développée en Afrique à partir des années 1970. Les organisations, quelles qu'elles soient (communautaires, professionnelles, etc.), font partie de ce contexte, mais ne constituent pas à proprement parler des interventions en santé des populations.

DES ACTEURS MULTIPLES

Par sa nature et son ancrage contextuel, l'intervention en santé des populations mobilise une multitude d'acteurs (y compris la population) qui jouent de multiples rôles influençant à la fois son déroulement et son effet (comme les bailleurs de fonds de l'aide internationale). Ils peuvent observer, accompagner, freiner, contribuer, voire tout à la fois, selon le développement de l'intervention et le contexte de son organisation (voir le chapitre 5).

DES OBJECTIFS DE CONTRIBUTION À UNE MEILLEURE SANTÉ ET ÉQUITÉ EN SANTÉ

Si l'intervention en santé des populations s'inscrit bien évidemment dans une perspective de maintien ou d'amélioration de la santé et de l'équité en santé des populations, ces objectifs peuvent être focalisés plus ou moins directement sur cette dernière en fonction des déterminants ciblés par les stratégies et les interventions. En outre, l'interdépendance de ces derniers peut induire, par nature, des effets inattendus liés à l'évolution de leur équilibre qu'il faut prendre en compte.

UNE NATURE PLURIELLE

Tant par son objectif, que par ses modalités d'action ou encore son ancrage et l'influence des acteurs qu'elle mobilise, l'intervention en santé des populations revêt des niveaux très variables de complexité (simple, compliqué, complexe) (BROWNSON *et al.*, 2017) qu'il faut considérer et assumer, y compris en acceptant une part importante d'incertitudes quant aux relations qui lient ce que l'on manipule, observe, bénéficie ou subit. Cette caractéristique a des implications, là encore, sur les méthodes nécessaires à la compréhension de ces interventions et des effets qu'elles produisent. L'utilisation des données scientifiques, mais aussi des savoirs d'expériences et locaux pour construire le contenu de l'intervention de santé des populations est aussi une dimension importante de sa nature plurielle. Cette pluralité des approches, des méthodes, des démarches, des contextes... doit être convoquée lors de tous les processus impliqués dans le développement de l'intervention, de sa conception, sa mise en œuvre, son évaluation (voir chapitre 3) jusqu'aux modalités d'utilisation des connaissances produites par cette évaluation (voir chapitre 6).

Ainsi, ces attributs nous rappellent qu'il est illusoire de tenter d'isoler une intervention de son contexte et qu'il vaudrait mieux privilégier la notion de système interventionnel (CAMBON *et al.*, 2019) lors d'un processus de recherche. Cette notion de « système » est importante, car elle rend compte, non seulement du fait qu'une même cause ne produit pas toujours les mêmes effets, mais qu'un système apprend, s'adapte, se transforme et change avec le temps. Ainsi, cette notion de système interventionnel prend notamment en compte i) les interrelations entre les différents éléments interventionnels, historiques, processuels et contextuels ; et ii) la notion de cascade d'effets, notamment

à travers l'explicitation des mécanismes d'effets, mais également les effets multiples qui peuvent être observés à plus ou moins long terme. Par exemple, une intervention peut ralentir la propagation d'une maladie (le confinement pour la Covid-19), mais avoir des conséquences sur d'autres facteurs de santé, liés aux contextes de vie, et dégrader plus encore la santé que l'on souhaitait protéger (effet du confinement sur la santé mentale, l'apprentissage, la violence intrafamiliale, le retard de soins, etc.). Certaines interventions peuvent avoir un bénéfice individuel, mais socialement différencié, accroissant ainsi les inégalités au sein d'une même population, et par conséquent générer d'autres problèmes de santé sur une fraction de cette dernière. Ainsi, prendre en compte une intervention de manière isolée peut contribuer à déplacer le fardeau à plus ou moins long terme, ou de manière plus ou moins visible, en fonction des « résultats » que l'on souhaite obtenir.

I LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN SANTÉ DES POPULATIONS

Partant de ces attributs, il est alors plus facile de comprendre les caractéristiques de la recherche qui s'intéresse à ces interventions : la Risp. Certains ont proposé de la définir comme la « science des solutions » (POTVIN *et al.*, 2014) par opposition à la « science des problèmes » relative aux études caractérisant l'état de santé dans les populations et analysant ses déterminants. Nous parlerons plutôt de la « science de l'étude des solutions » de manière à marquer le fait qu'il ne s'agit pas de produire des solutions considérées comme univoques, mais de les analyser sous tous les angles, y compris dans leur capacité à rompre l'équilibre des déterminants évoqués plus avant. Cette recherche interventionnelle a des caractéristiques que nous souhaitons ici souligner.

DES EFFETS POSITIFS OU NÉGATIFS

La première est qu'elle vise à comprendre comment les différents attributs de l'intervention s'associent pour produire des effets positifs ou négatifs, attendus ou inattendus, directs ou indirects sur la santé et la distribution de la santé au sein des populations, et par quels mécanismes

ces effets apparaissent et se maintiennent dans le temps. En effet, comme présenté dans la figure 1 par TURCOTTE-TREMBLAY *et al.* (2017), à partir de sa thèse réalisée au Burkina Faso, quatre catégories d'éléments peuvent interagir et influencer les conséquences d'une intervention : i) ses caractéristiques intrinsèques (degré de complexité, compatibilité avec les besoins, avantage, etc.) ; ii) les caractéristiques des membres du système social dans lequel elle est mise en œuvre (statut socio-économique, état de santé, accès aux ressources disponibles, perceptions et attitudes, etc.) ; iii) la nature de ce système social incluant les normes locales, l'environnement ; iv), la mise en œuvre de l'intervention.

Cette difficulté à comprendre comment ces éléments fonctionnent ensemble pour produire un effet nécessite de s'affranchir des « mythes » de la recherche expérimentale (Hawe et Potvin, 2009), et notamment du fait de penser que l'objectif de la recherche est d'analyser exclusivement les effets, qu'elle exclut de fait la participation des communautés et des populations, ou enfin qu'elle nécessite de s'appuyer sur les essais comparatifs par assignation aléatoire (souvent improprement appelés « essais contrôlés randomisés »), considérés comme seuls garants de la démonstration de la causalité (voir chapitre 3). En outre, les spécificités propres à la recherche clinique sont tout d'abord incompatibles avec les attributs

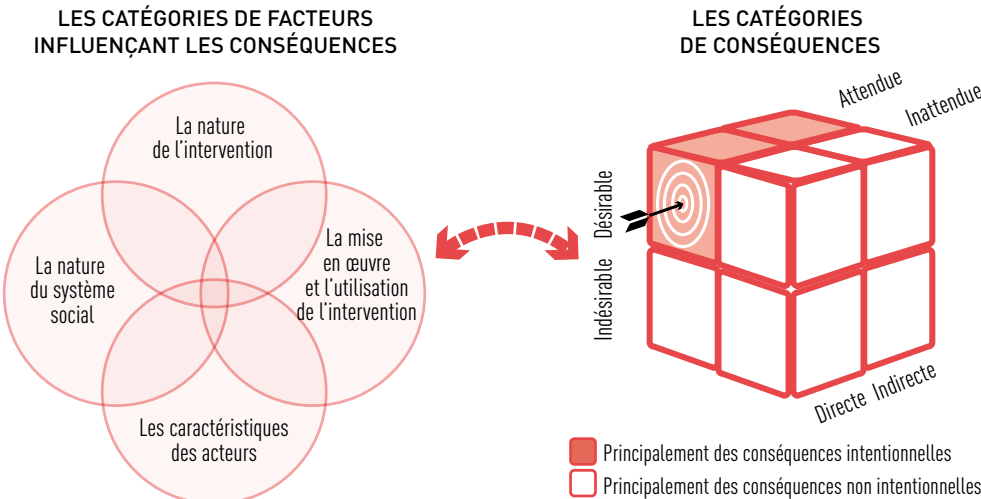


Figure 1 | Cadre d'étude des conséquences inattendues.

Source : TURCOTTE-TREMBLAY *et al.* (2017).

de l'intervention en santé des populations. Par exemple, la situation expérimentale peut nuire à la considération de l'ancrage contextuel. De plus, ces spécificités ne permettent pas de comprendre comment l'intervention fonctionne ou pourquoi elle atteint (ou pas) ses objectifs. Cette compréhension convoque une multitude de questions portant autant sur les effets et les mécanismes que sur les conditions dans lesquelles ils apparaissent. Il ne s'agit pas dans cet ouvrage de se positionner dans une vision partielle, ou de dénier une quelconque utilité à ce dernier type d'approche évaluative qui est historiquement mis en avant en santé publique et en santé mondiale, notamment pour la recherche clinique, mais plutôt de montrer qu'il n'est pas le plus approprié dans le contexte d'intervention complexe, de système interventionnel, comme c'est le cas en santé des populations. C'est notamment le cas dans la recherche en santé mondiale où les contextes sont tellement labiles et les interventions multiples à cause de la présence permanente d'une myriade de bailleurs de fonds, qu'isoler des effets, ou même réaliser de tels essais, est presque impossible.

UNE UTILITÉ SOCIALE

La deuxième particularité de la Risp réside dans son utilité sociale. En effet, si la Risp constitue une science de l'étude des solutions, alors la finalité ultime est bien celle de transformer le système en faisant en sorte qu'il puisse adopter les solutions élaborées. La Risp doit permettre de soutenir et d'orienter les décisions politiques, les pratiques professionnelles et le cas échéant les changements de comportements des populations. Ce mandat a des implications directes sur la manière dont est conduite la recherche puisqu'elle doit permettre d'aboutir à des conclusions concrètes et directement utilisables par les acteurs de ce système (voir chapitre 5), c'est-à-dire acceptables, adaptables, viables et pérennes (voir chapitre 3). Dans ce cadre, les notions de transférabilité (WANG *et al.*, 2006) (capacité d'une intervention à obtenir les mêmes résultats dans un autre contexte) ou de viabilité (CHEN, 2010) (capacité d'une intervention à répondre aux besoins des parties prenantes) sont nécessaires à considérer dans les choix méthodologiques opérés pour concevoir et analyser une intervention et dans les conclusions à formuler. Ces choix méthodologiques portent autant sur les options de recueil de données et leur analyse que sur la manière dont est conduite la recherche et sur la participation des parties prenantes à cette dernière (voir chapitre 4).

UNE PLURALITÉ DE MÉTHODES

La troisième particularité est liée à la pluralité des méthodes convoquées dans une Risp (voir chapitre 4), alors que pour les essais comparatifs par assignation aléatoire elles sont souvent uniques et quantitatives. En effet, dans une Risp c'est une multitude de questions (voir chapitre 2) qui sont posées par les acteurs et les chercheurs et chacune de ces questions appelle des méthodes particulières (voir chapitres 2 et 3). La question doit orienter la méthode et non l'inverse. Ainsi, si l'objectif est l'étude des solutions (par exemple lutter contre le paludisme ou les accidents de la route), de leur fonctionnement, alors les méthodes doivent être multiples, car certaines quantifient quand d'autres cherchent à comprendre, certaines mettent en relation quand d'autres dissocient la part relative de chaque élément dans la production d'un mécanisme ou d'un effet. Le croisement de ces méthodes est donc nécessaire à l'appréhension du système interventionnel étudié. Cette pluralité méthodologique rend nécessaire une approche pluridisciplinaire de la Risp sans laquelle le phénomène interventionnel ne peut être regardé que de manière parcellaire produisant ainsi des conclusions erronées.

UN CROISEMENT PARADIGMATIQUE

La quatrième particularité fait référence au croisement paradigmatique convoqué par la Risp. Les méthodes choisies dépendent en effet du paradigme dans lequel le chercheur s'inscrit, c'est-à-dire son champ épistémologique (sa vision du monde, la distance qu'il a avec ses analyses et la légitimité qu'il leur donne pour décrire ce qu'il voit), son champ ontologique (la compréhension du monde vécu à travers une seule réalité par opposition à plusieurs), son champ méthodologique (les techniques pour appréhender le monde vécu), son champ téléologique (les finalités et intérêts de la Risp) (GENDRON, 2001). La multiplicité des questions inhérentes à l'ambition de comprendre « comment cela fonctionne » plutôt que d'observer « ce qui fonctionne » implique ce croisement paradigmatique renforçant, là encore, la nécessaire pluridisciplinarité de cette recherche. Le sujet, ici, est concrètement d'observer l'intervention et ses effets (attendus ou pas) à travers un réseau d'analyses et de postures différenciées plutôt que d'en privilégier une.

De plus, comme l'intervention en santé des populations est constituée d'activités (souvent) identifiables et concrètes visant les populations, les recherches qui s'intéressent par exemple aux organisations soignantes (recherche en services de santé), aux thérapeutiques (recherche clinique) ou aux technologies (recherche portant sur les technologies de santé) n'en font pas vraiment partie. En effet, ces recherches (même si elles peuvent aussi être des interventions) s'intéressent moins à des populations et leurs sous-groupes qu'à des malades ou des patients, ce qui est donc un autre type de recherche, tout aussi essentiel à la science, mais que l'on ne considère pas dans cet ouvrage comme relevant de la Risp. Cependant, ce sont elles, et leurs approches expérimentales, qui reçoivent la majeure partie des financements de la recherche en santé, comme c'est le cas en France par exemple. Cela montre donc tous les défis et les besoins de développer la Risp dans le monde de la francophonie.

Enfin, il convient ici de distinguer la recherche en santé des populations de l'évaluation d'interventions en santé. Pour certains, les deux sont identiques à travers un vocable commun – la recherche appliquée en santé – au motif qu'elles utilisent les mêmes méthodes et aboutissent aux mêmes conclusions (un état de fait renforcé par la dimension d'utilité sociale de la Risp) (DONALDSON *et al.*, 2015 ; BARKER *et al.*, 2016). HAWE et POTVIN (2009) rappellent deux intérêts à distinguer l'évaluation et la recherche interventionnelle. Le premier est que la Risp englobe de multiples questions de recherche dépassant celles des résultats et du processus auxquelles l'évaluation est souvent cantonnée. Ces questions visent à appréhender l'ensemble des attributs des interventions de santé des populations dans le contexte où elles se situent. Le second intérêt réside dans le fait que les conclusions de la recherche interventionnelle en santé des populations sont bien plus larges que celles de l'évaluation d'une intervention. Elles produisent un corpus de connaissances dont la portée est plus grande, car moins spécifique que ne le fait une évaluation. Pour autant, les frontières peuvent paraître fines et poreuses si l'on regarde essentiellement les méthodes et les analyses, dès lors que l'évaluation se fait avec rigueur et sans être floue sur certains aspects, eu égard à la dimension d'utilité sociale de la Risp. En effet, la Risp peut i) donner lieu à des publications scientifiques pour la communauté internationale (par exemple nourrir les débats sur les objectifs du développement durable) et à un rapport interne répondant à des questions clés portées par des décideurs (comme l'évaluation d'une intervention) ; ii) poursuivre un objectif de production de connaissances répondant

également à des questions/enjeux de sociétés (comme l'évaluation) ;
iii) aboutir à des perspectives de recherche et des recommandations pour l'action (comme l'évaluation) ; iv) être financée par des appels à projets de recherche, des organisations internationales de santé mondiale (Unitaid, Fonds mondial, Echo, OMS, etc.) et des subventions d'opérateurs de santé ou d'organisations non gouvernementales (comme l'évaluation) dans le cadre d'une politique fondée sur les données probantes. En conséquence, la distinction résiderait peut-être davantage dans les fondamentaux de la science guidant la posture et la démarche scientifiques d'une Risp, notamment le fait :

- de ne produire que des **connaissances originales et contributives** à même de faire progresser la science et l'état des connaissances dans le domaine ;
- de s'appuyer sur une **analyse préalable de cet état de l'art** (notamment par une revue – systématique – des écrits scientifiques) ;
- d'ancrer ses hypothèses et ses analyses sur **des bases théoriques** et des cadres conceptuels éprouvés ;
- de rester **objectif et transparent dans le choix des méthodes** (chacune étant justifiée au regard de ses atouts et fragilités scientifiques) ;
- d'être **rigoureux** dans leur manipulation et leur analyse ;
- et de demeurer **neutre** dans l'interprétation et la présentation des résultats (résultats ni tronqués, ni transformés, ni cachés).

Évidemment, ces fondamentaux s'appliquent aussi à d'autres démarches scientifiques en santé publique que la Risp.

I LES DIFFÉRENTES FORMES DE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

Par la complexité des interventions étudiées et la multiplicité des questions qui peuvent être posées, la mise en œuvre d'une Risp est confrontée à de nombreux défis. Ainsi, les chercheurs s'y intéressant ont contribué à faire évoluer les types d'approches évaluatives confrontant, associant, hybridant, voire « bricolant » parfois, les paradigmes et les méthodes.

Ainsi, plusieurs types de recherche existent. Il ne s'agit donc pas ici d'être exhaustif, mais de présenter les plus connues et utilisées ainsi que leurs spécificités de manière à appréhender ce champ de recherche dans ses contradictions, mais aussi ses complémentarités, voire ses imbrications.

ESSAI COMPARATIF

L'essai comparatif est encore considéré dans de nombreuses équipes de recherche dans le domaine de la santé et par de nombreux financeurs de la recherche comme le meilleur plan de recherche (design, devis) pour identifier une relation de causalité entre une intervention et un effet, toute chose étant égale par ailleurs. Par exemple, l'Agence française de développement (AFD) vient de lancer un Fonds pour l'innovation d'interventions destinées aux pays les plus pauvres où elle recommande très fortement l'utilisation de ces essais comparatifs en grappe.

La focale est mise sur l'évaluation de l'efficacité de l'intervention en essayant de standardiser à la fois des modalités d'intervention, mais également l'effet que peut avoir le contexte (incluant les caractéristiques de la population) sur les résultats. Le contexte est alors considéré comme une variable, puis comme un biais qu'il faudra éliminer afin de produire des conclusions généralisables de causalité. De la même manière, les éléments de l'intervention, tout comme la manière dont la population y est « exposée », sont sous contrôle de l'équipe de recherche pour comparer les résultats avec une population qui ne serait pas « exposée ». Le plan ayant la plus forte validité interne selon les tenants de cette approche est l'essai comparatif par assignation aléatoire individuelle (CAMPBELL et STANLEY, 1966).

Parce que ce plan d'étude est modélisé à partir du champ clinique (par exemple lors d'essais thérapeutiques médicamenteux), il présente de nombreuses limites en santé des populations au plan éthique ou méthodologique (TARQUINIO *et al.*, 2015). Ainsi, des adaptations de ce plan de recherche ont donc été créées pour prendre en compte ses limites (voir chapitre 3) et notre objectif dans cet ouvrage n'est pas d'en dénigrer l'usage, mais d'explicitier sa faible adaptation aux interventions de santé des populations, qu'elles soient en Europe, en Afrique ou ailleurs.

Malgré ces aménagements, les principes mêmes sur lesquels repose ce type de plan, et notamment celui d'élaborer des lois universelles

en se privant délibérément d'éléments de contexte et de l'hétérogénéité des effets, pose question dès lors qu'il faut considérer, comme c'est le cas dans la Risp, les questions de viabilité et de transférabilité. En d'autres termes, à quoi sert-il de produire des conclusions sur une intervention dans des conditions qui ne se reproduiront jamais ou de manière très différente ? L'inférence causale est certes validée, mais comme les conditions dans lesquelles cette intervention fonctionne ne sont ni étudiées ni prises en compte dans les conclusions, il est peu probable que, lors de la généralisation, soient observés les mêmes résultats. Ainsi, si l'exercice intellectuel a du sens, son intérêt en Risp est faible puisqu'il ne peut orienter les décisions et les pratiques. Une des réponses à cette limite majeure est d'adosser aux études expérimentales une évaluation des processus (incluant les mécanismes) permettant de comprendre comment fonctionne cette intervention (voir chapitre 3).

RECHERCHE ÉVALUATIVE

La recherche évaluative (*evaluation research*) vise à produire des connaissances sur une intervention spécifique dans l'objectif d'éclairer une décision. Il y a donc un lien très étroit entre l'objet de la recherche et la décision à prendre (PATTON, 1990 ; COLLINS *et al.*, 2004 ; CLARKE, 1999). Cette recherche est très souvent le fruit d'une demande externe à l'équipe de recherche faite par des gestionnaires de santé ou des acteurs mettant en œuvre des interventions de terrain. Elle vise à mobiliser les méthodes et les outils scientifiques afin d'étudier une décision, une transformation ou une pratique de santé publique.

L'objet de recherche peut donc être multiple : efficacité d'une intervention, efficience ou rentabilité de cette intervention par rapport à d'autres, faisabilité de mise en œuvre, acceptabilité de l'intervention, conditions de sa pérennisation, etc. En conséquence, cette recherche peut être menée à différents moments du processus d'intervention.

Elle peut ainsi être utile pour améliorer un programme ou un dispositif, elle est alors centrée sur la conception de l'intervention. Cette forme de recherche s'effectue généralement durant l'action afin de permettre un meilleur ajustement aux buts recherchés. Il peut s'agir, par exemple, de compléter l'élaboration d'un programme, d'un service en analysant son fonctionnement dans la réalité (COLLINS *et al.*, 2004). Elle fait appel à

des personnes externes à la conception et à l'exécution de l'intervention, mais peut aussi mobiliser des acteurs qui prennent une part active dans l'action. Elle peut aussi permettre de valider une intervention ou encore la comparer à une autre, elle est alors orientée vers la décision de poursuivre ou d'arrêter cette dernière. Elle est mise en œuvre à la fin de l'intervention et est généralement confiée à une personne ou à une organisation externe qui n'est pas directement engagée dans l'élaboration de l'action ou du dispositif. C'est une recherche visant à éclairer une décision dépendante d'enjeux politiques comme arrêter, poursuivre un financement ou réorienter une intervention.

Les limites de ce type d'évaluation résident dans l'équilibre difficile entre une posture de chercheur dont la curiosité naturelle et le besoin en connaissances peuvent l'emmener au-delà des questions posées par le décideur et la difficile convergence des agendas de recherche et de décision, largement étudiée dans la recherche sur les partenariats acteurs/chercheurs (BAKER *et al.*, 2004 ; BRYANT, 2002 ; DAGENAIS *et al.*, 2009).

RECHERCHE-ACTION

La recherche-action (*action research*) est définie comme un processus itératif impliquant la collaboration entre chercheurs, praticiens et populations pour agir ensemble dans un cycle d'activités comportant l'identification du problème, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des solutions ainsi que la réflexion sur le processus (AVISON *et al.*, 1999). Ses fondements philosophiques doivent beaucoup à des penseurs d'Amérique latine et d'Afrique comme le Brésilien Freire, le Colombien Fals Borda ou le Burkinabè Ki-Zerbo.

Ce type de recherche s'inscrit dans un paradigme pragmatique où la recherche vise une explication, mais aussi un changement social, à travers une articulation théorie/pratique cyclique (là où la recherche traditionnelle est souvent plus linéaire) : la théorie soutient ou émerge de l'action et permet de comprendre et d'agir sur les problèmes réels que l'on rencontre sur le terrain (HART et BOND, 1995 ; SYLVESTRE *et al.*, 2019).

Ce processus s'appuie sur une participation forte des personnes concernées, car il implique un consensus entre l'ensemble des parties prenantes (les acteurs, dont la population et les chercheurs) sur les objectifs et les moyens. Il s'intéresse avant tout aux préoccupations des acteurs en leur permettant de transformer leurs pratiques à travers l'imbrication

de la recherche et de l'action (HAGGER *et al.*, 2020). Baum parle de recherche-action participative pour insister sur cette caractéristique de mobilisation (BAUM *et al.*, 2006) comme on le voit dans beaucoup de recherches en Inde ou en Afrique par exemple.

C'est donc un type de recherche particulièrement intéressant en promotion de la santé où la participation de la communauté est un objectif en soi, au-delà de l'intervention (WHITEHEAD *et al.*, 2003). Dans ce cadre, le chercheur est un agent du changement au même titre que les autres parties prenantes (REASON et BRADBURY, 2008).

ÉVALUATION DÉVELOPPEMENTALE

L'évaluation développementale (*developmental evaluation*) est axée sur l'utilisation des résultats par les acteurs (PATTON, 2021). Son objectif est de rendre l'évaluation pertinente et directement utile pour les principaux utilisateurs en favorisant l'utilisation effective des résultats. L'évaluateur est alors capable de soutenir l'amélioration des programmes, c'est l'une de ses principales activités, au cœur du processus d'évaluation.

Ce type d'évaluation implique par conséquent une collaboration active de l'évaluateur avec les principaux utilisateurs attendus de l'évaluation et surtout avec les intervenants impliqués dans l'organisation des activités. Elle permet de préparer le changement lié à l'utilisation des résultats, de soutenir la prise de décision et le développement d'interventions (PATTON et LABOSSIERE, 2012 ; GAMBLE, 2011). Comme pour la recherche-action, la théorie sous-jacente (ce qui en fait un type de recherche même s'il est appelé « évaluation ») est modifiée à l'émergence de nouvelles connaissances évaluatives pour favoriser l'adaptation au changement de l'intervention. Elle se soucie des éléments du contexte et en rend compte au cours du développement. Là encore, le processus n'est pas linéaire, mais dynamique. Les utilisateurs réagissent en continu aux données, ajustent l'intervention avec le soutien des chercheurs et engagent un travail réflexif sur l'expérience vécue (FAGEN *et al.*, 2011).

Ce type d'évaluation est donc adapté aux interventions mises en œuvre dans des environnements complexes comme les interventions en santé des populations. Le chercheur (et son équipe) est en permanence nourri dans sa réflexion par ces éléments de contexte et par les besoins des utilisateurs. Dans ce type d'évaluation, le croisement des méthodes et des

points de vue est par conséquent une condition *sine qua non* puisqu'il s'agit d'appréhender la dynamique liée au contexte, la complexité de l'intervention dans ce cadre et surtout d'imaginer dans un processus itératif des stratégies novatrices soutenant le développement de cette dernière (DOZOIS *et al.*, 2010 ; PATTON, 2010).

RECHERCHE IMBRIQUÉE

La recherche imbriquée (*embedded research*) est comme la recherche-action et l'évaluation développementale basée sur l'ambition de favoriser l'intégration des données probantes dans la pratique (McGINITY et SALOKANGAS, 2014). Elle a récemment été très mise en avant par l'OMS de la santé pour la recherche sur les systèmes de santé en Amérique latine ou au Moyen-Orient. Dans le cadre de ce type de recherche, les chercheurs travaillent au sein des organisations gestionnaires de santé, pour identifier, concevoir et mener des études et partager les résultats qui répondent aux besoins et qui soient en phase avec les objectifs et les contextes professionnels des agents de l'organisation. Cette recherche est donc directement liée au mandat de l'organisation (McGINITY et SALOKANGAS, 2014 ; MARSHALL *et al.*, 2014). Cette insertion du chercheur au sein de l'organisation lui permet de partager la vision du monde de cette dernière ainsi que de ses partenaires, d'engager une interaction étroite avec les utilisateurs des résultats de recherche puisque ces derniers sont impliqués dans le processus réflexif et bénéficient d'un accès rapide aux données émergeant de la recherche.

C'est par conséquent une stratégie particulièrement efficace de transfert de connaissances, car elle favorise une coproduction de preuves (ARMSTRONG *et al.*, 2013 ; BUFFETT *et al.*, 2007 ; GERVAIS *et al.*, 2013 ; SOUFFEZ et LAURENDEAU, 2011). Le chercheur n'en a pas moins tenu d'adosser à cette collaboration, et notamment à cette vision du monde, une réflexivité théorique académique, différant en cela des courtiers en connaissances (voir chapitre 6) qui favorisent dans l'organisation la mise en relation et l'échange de connaissances et le renforcement des capacités à les utiliser (BURNETT *et al.*, 2002 ; CHSRF, 2003). Même si comme les courtiers en connaissances, ils sont en frontière de deux mondes (LEWIS et RUSSELL, 2011), les « chercheurs imbriqués » se focalisent sur la (co)production de connaissances, l'utilisation effective ne dépendant pas d'eux. Pour ce faire, les chercheurs et le personnel des organisations

d'accueil travaillent ensemble pour co-créer, affiner, mettre en œuvre et évaluer l'impact des connaissances nouvelles et existantes en lien avec le contexte (LANGLOIS *et al.*, 2017). Cette approche se différencie de la recherche-action, car les chercheurs ont un rôle un peu plus important dans le processus et la finalité n'est pas forcément le changement social et le renforcement du pouvoir d'agir.

La difficulté ici pour le chercheur est de maintenir une réflexivité indépendante du contexte et de l'agenda politique de l'organisation qui planifie l'intervention de santé des populations, même s'il doit les prendre en compte dans le sens où le programme de recherche est commun avec l'organisation dans le cadre d'une relation bénéfique.

EXPÉRIMENTATION NATURELLE

Les expérimentations naturelles (*natural experiment*) sont des études dont l'intervention n'est ni décédée ni organisée par les chercheurs (CRAIG *et al.*, 2012a). Par exemple, l'étude de l'effet d'une décision d'interdiction de fumer dans les lieux publics sur la santé de la population en France ou une interdiction de circuler entre les régions durant la pandémie de Covid-19 au Sénégal. Elles sont particulièrement intéressantes, car elles permettent d'élargir l'éventail des interventions qui peuvent être utilement évaluées quand il n'est pas éthique, ou pas possible, de mettre en œuvre l'intervention spécifiquement pour une recherche (BENMARHIA et FULLER, 2019).

Ces recherches doivent alors suivre les bonnes pratiques dans la conduite des études d'observation, telles que la spécification préalable des hypothèses, des définitions claires des populations cibles, des critères d'échantillonnage explicites et des mesures valides et fiables des expositions et des résultats (WEST, 2009). Elles nécessitent une comparaison des groupes exposés et non exposés (ou des groupes ayant des niveaux d'exposition variables) afin d'identifier l'effet de l'intervention (MEYER, 1995). Lorsqu'il s'agit d'en étudier l'efficacité, les défis de la causalité peuvent être relevés par des méthodes statistiques de prise en compte des facteurs de confusion.

L'absence de manipulation de l'intervention introduit de fait des biais qui limitent la validité interne de l'étude, et par conséquent la force de la preuve de l'inférence causale telle que l'on peut l'observer dans les

études expérimentales. C'est la raison pour laquelle elles sont conduites lorsqu'on peut raisonnablement s'attendre à ce que l'intervention ait un impact significatif sur la santé des populations, mais qu'une incertitude scientifique subsiste quant à l'ampleur ou la nature des effets, et que l'intervention et les principes qui la sous-tendent peuvent être reproduits, étendus ou généralisés (CRAIG *et al.*, 2012a).

Ainsi, PETTICREW *et al.* (2005) considèrent ce type de recherche comme particulièrement adéquat pour étudier les interventions portant sur les déterminants structureaux de la santé (emploi, logements, tarification des produits nocifs, etc.), au cœur de la santé des populations.

I CONCLUSION

La différence la plus notable entre ces types d'études, dont nous n'avons évidemment pas épuisé le recensement et qui sont l'objet de nombreux ouvrages, tient à l'étude expérimentale qui a la particularité d'ambitionner la production de lois universelles et immuables, alors que les autres se dotent d'une vision plus pragmatique, ancrée dans les contextes, de ce qu'elles observent pour favoriser des prises de décision opérationnelles. En cela, elles recoupent les ambitions de deux autres courants de recherche : i) la science de la mise en œuvre qui vise à comprendre comment les interventions produisent leurs effets en mettant au jour les facteurs associés à une mise en œuvre efficace et la capacité de l'intervention à s'adapter aux acteurs et aux contextes (*implementation science*) ; et ii) la recherche en « implémentation » (*implementation research*) qui vise à produire des connaissances sur la manière dont les interventions tiennent compte et intègrent des données probantes dans la formulation de leur contenu pour être plus efficaces (RIDDE et TURCOTTE-TREMBLAY, 2019).

Ensuite, il est évident que ces différents types de recherche croisent et décroisent un certain nombre de caractéristiques qui ne permettent pas de les différencier de manière absolue, tant ces différences peuvent être subtiles. À notre connaissance, il n'existe pas de consensus international à cet égard. Par exemple, la recherche-action comme l'évaluation développementale et la recherche intégrée s'appuient sur une collaboration très forte des acteurs en présence (chercheurs, population, utilisateurs),

mais la première la considère comme un objectif en soi de transformation de pratique et des situations (c'est la participation qui change plus que les résultats produits), alors que dans les deux autres la transformation vient de l'utilisation des résultats dont la genèse est calée sur l'agenda des acteurs. Certains plans d'étude sont plus propices à permettre l'évaluation d'intervention « simple », voire compliquée, quand d'autres permettent de s'atteler à l'analyse de la complexité, liée à la fois aux types d'intervention et à leurs effets plus ou moins directs, à la malléabilité des composantes interventionnelles dans le contexte, à l'effet de ce contexte sur ces dernières, mais également à la place des acteurs et de la population dans le processus de recherche qui ne peut qu'influencer la réflexivité du chercheur.

Le tableau 2 propose de définir les principales caractéristiques de chaque type de plan de recherche selon six paramètres d'une Risp : i) le rôle des acteurs dans la recherche (incluant la population) ; ii) l'objectif ; iii) le but ; iv) la place du contexte ; v) le type de validité privilégiée ; vi) les méthodes de recueil de données (voir tableau 1). Cette spécification reste néanmoins arbitraire, car en réalité les enjeux, comme les méthodes, peuvent s'hybrider. Par exemple, les évaluations développementales et imbriquées ne diffèrent finalement que par la position du chercheur (externe dans l'un, agent de l'organisation dans l'autre) induisant pour la première des conclusions propres à une intervention, dans la seconde des conclusions sur une intervention dans une vision organisationnelle précise. Les organisations de la société civile ou celles non gouvernementales (ONG) œuvrant dans le domaine de l'aide au développement privilégient souvent ces deux dernières approches. Dans le même sens, la recherche évaluative n'exclut pas une participation active des acteurs qui pourraient au cours du processus permettre une réflexivité et un changement de pratiques, comme cela s'observe dans la recherche-action. Les organisations internationales de santé mondiale mettent souvent en place des comités de suivi des évaluations, mais préfèrent des approches d'experts où la participation des personnes concernées est réduite. De la même manière dans chacun des plans, à l'exception peut-être l'étude expérimentale, la participation des acteurs comme la production de recommandations concrètes pour les décideurs peuvent être introduites.

Ainsi, dans le cadre de la Risp, chaque type d'étude présente un intérêt, dès lors que l'on conçoit leur développement ou leur hybridation à travers les caractéristiques suivantes.

Tableau 2 | Principales caractéristiques des types de recherche en santé des populations.

	Rôle des non-chercheurs	Objectif	Nuances dans les buts	Place du contexte	Validité privilégiée	Approche méthodologique	Méthodes
Étude comparative	Non systématiquement associés	Évaluer l'efficacité d'une intervention toute chose étant égale par ailleurs	Produire des connaissances généralisables	Considéré comme un biais	Validité interne	Contrefactuel randomisé	Quantitatif
Recherche évaluative	Commanditaires de la recherche	Produire des connaissances sur une intervention dans l'objectif d'éclairer une décision	Soutenir la prise de décisions sur l'intervention	Dépend de la question	Dépend de la question	Dépend de la question	Dépend de la question
Recherche-action	Commanditaires impliqués dans la recherche	Étudier et analyser les pratiques et leur évolution au cours d'une intervention	Changer les pratiques et les conditions sociales	Essentiel	Validité externe	Observationnel	Mixte, surtout qualitatif
Évaluation développementale	Commanditaires et utilisateurs des résultats	Produire des connaissances qui soutiennent la prise de décision et le développement d'interventions	Soutenir la prise de décisions	Important	Validité externe	Observationnel	Mixte
Recherche imbriquée	Orientent la recherche et utilise les résultats	Favoriser au sein d'une organisation la coproduction de données probantes en phase avec ses mandats	Soutenir la prise de décisions	Important	Validité externe	Observationnel	Mixte
Expérimentation naturelle	Commanditent et utilisent les résultats	Évaluer l'effet d'interventions organisées sans la participation des chercheurs	Produire des connaissances	Important	Équilibre entre validité interne et externe	Généralement contrefactuel	Quantitatif ou mixte

La conciliation de l'originalité des connaissances produites et de l'utilité sociale : il s'agit de combiner dans les objectifs, l'ambition de produire des connaissances originales et le nécessaire pragmatisme à observer dans la production, voire l'accompagnement des recommandations qui découlent du processus de cette recherche (voir chapitre 6).

La considération du contexte comme un déterminant des résultats : ceci convoque l'abandon des méthodes visant à éliminer des conclusions l'influence des éléments qui constituent ce contexte et de considérer les questions de transférabilité et de pérennité comme une nécessité (voir chapitre 3).

La dimension participative de la recherche : passe par la reconnaissance de la pluralité des acteurs impliqués dans la recherche et l'intérêt de leur rôle pour étudier la complexité de l'intervention, en écartant le fantasme d'une neutralité ou d'une objectivité individuelle (le chercheur externe et hors de l'action) pour privilégier une neutralité et une objectivité collective (le croisement des points de vue et des subjectivités) dans l'interprétation du phénomène étudié (voir chapitre 5).

La nécessité d'envisager une pluralité de questions interdépendantes et par conséquent la pluridisciplinarité : il s'agit de décentrer l'objet de recherche de la seule efficacité des interventions, comme cela se fait en recherche clinique ou avec les méthodes d'essais comparatifs, en considérant que cette notion d'efficacité n'a de sens que si elle est conditionnée à d'autres questions tout aussi importantes (comment ? Dans quelles conditions ? Avec/par qui ? Dans quelle mesure ? etc.). Ceci induit la nécessité de développer cette recherche de manière pluridisciplinaire afin de croiser les visions et les interprétations d'un même phénomène (voir chapitre 2).

L'acceptation de toutes les méthodes : l'hybridation méthodologique est nécessaire, si tant est que les méthodes utilisées soient justifiées et rigoureusement mises en œuvre, pour étudier l'ensemble du système interventionnel (voir chapitres 3 et 4).

La définition de la Risp que nous proposons est « un processus scientifique pluridisciplinaire de production de connaissances cumulatives et itératives sur les interventions en santé des populations. Elle combine des méthodes complémentaires pour répondre à un faisceau de questions permettant d'appréhender à la fois la complexité des interventions, leur ancrage contextuel et l'utilité sociale de leurs conclusions en considérant la réduction des inégalités sociales de santé ».

Ainsi, la Risp ne peut s'effectuer et n'a de sens que si elle peut s'exercer sans dogmatisme (ce qui est souvent le cas dans les débats autour des méthodes), dans la pluridisciplinarité et avec pragmatisme, conciliant les particularités des interventions en santé des populations, d'une part, et les spécificités de la science, d'autre part. La figure 2 présente ainsi les particularités de la Risp par l'équilibre qu'elle crée dans la conjugaison de ces dernières.

C'est à partir de ce texte introductif que sont décrits dans les chapitres suivants les questions de recherche possibles (voir chapitre 2), les approches (voir chapitre 3), les méthodes (voir chapitre 4), les types d'acteurs impliqués et leur rôle (voir chapitre 5), ainsi que les modalités d'utilisation des résultats issues de la Risp (voir chapitre 6).

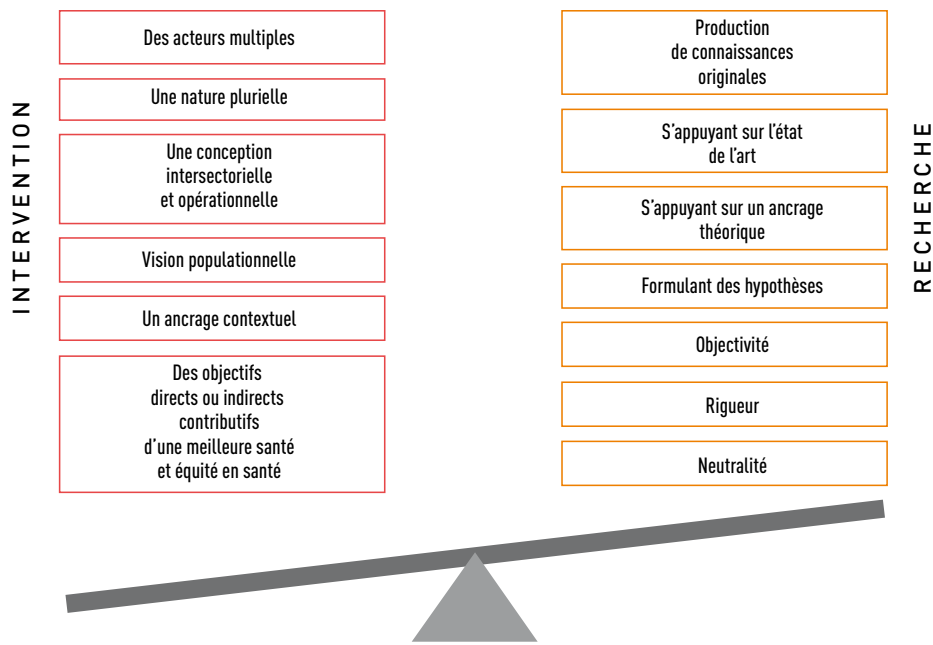


Figure 2 | La recherche interventionnelle en santé des populations.

LES QUESTIONS DE RECHERCHE EN RISP

La Risp, comme toute démarche scientifique, part d'une question de recherche à laquelle l'étude doit tenter de répondre. Dans ce cadre, la demande exprimée par les parties prenantes (décideurs, population, financeurs de la recherche, praticiens, chercheurs, etc.) est souvent et légitimement centrée sur les résultats (efficacité de l'intervention). Cependant, il est erroné de considérer que l'efficacité est la seule, voire la principale, question de recherche en Risp. Si l'on retient la finalité d'utilité sociale de la Risp (voir chapitres 1 et 6), d'autres questions de recherche sont tout aussi importantes à considérer. Évidemment, le choix de la question devrait faire l'objet d'un processus de concertation entre toutes les parties prenantes et tenir compte de multiples enjeux de données, de budget, de pertinence, de temps, etc. (BAMBERGER et MABRY, 2007). Ce choix n'est en effet pas neutre. Par exemple, une même Risp, comme d'autres formes de recherche, peut aboutir à des conclusions différentes selon que l'on choisisse de se baser sur un résultat formulé globalement pour la population ou sur un résultat qui tient compte des écarts entre groupes sociaux.

Ce chapitre a pour objectif de présenter et d'illustrer les principales questions de recherche en Risp. Ces questions ne sont ni exclusives ni exhaustives ; une même recherche peut parfois répondre à plusieurs questions. De plus, une Risp peut être une étape dans un programme de recherche qui en comporte plusieurs, et chacune de ces étapes peut contribuer à répondre à l'une ou l'autre des questions. La liste des

questions potentielles pourrait être très longue ; PATTON (2008) en a proposé plus d'une centaine dans un de ses ouvrages sur l'évaluation. Pour ne pas rendre ce chapitre indigeste, nous allons nous limiter aux questions de recherche principales et les plus souvent rencontrées dans les Risp et dans nos expériences. Il y a plusieurs façons de classer ces questions de recherche. Nous avons choisi de les présenter en fonction de l'étape du processus de développement de l'intervention au sein de laquelle elles interviennent le plus souvent (voir figure 3), même si nous avons bien conscience qu'un processus par étape ou linéaire ne rend pas suffisamment compte de la complexité et de l'adaptation de ce développement. Enfin, ce schéma s'applique aux interventions *de novo*, développées dans le cadre de la recherche. Ainsi, certaines étapes ne concernent pas les interventions déjà existantes pouvant faire l'objet de recherche.



Figure 3 | Étapes du développement de l'intervention en santé des populations et questions évaluatives.

CONCEVOIR L'INTERVENTION : CONSTRUIRE, AFFINER, VALIDER LA THÉORIE D'INTERVENTION

La conception de l'intervention peut être un objet de recherche lors d'une Risp. Cet objet peut d'ailleurs être assez complexe à appréhender dès lors que l'on ne considère pas l'intervention comme séparée du

contexte, mais partie prenante d'un système interventionnel (CAMBON *et al.*, 2019), c'est-à-dire assumant, d'une part, une perméabilité des composantes interventionnelles et contextuelles et, d'autre part, une dynamique d'actions et d'effets complexe.

Pour structurer cette démarche, l'approche fondée sur la théorie a de multiples intérêts : justifier et argumenter les stratégies et les activités mobilisées par l'intervention, décrire la cascade des effets attendus (par quels mécanismes causaux chaque activité/stratégie et leur interaction contribue aux résultats), et prendre en compte les facteurs populationnels ou contextuels pouvant interagir avec ces activités. Ainsi, la conception de l'intervention devrait débiter par celle d'une théorie d'intervention. Ceci n'est possible qu'en prêtant attention à la définition de ce que l'on appelle théorie (MOORE *et al.*, 2019 ; CAMBON et ALLA, 2021) qui ne doit pas se limiter, comme cela est souvent le cas, aux théories causales dites classiques comme la théorie de la motivation à se protéger (MADDUX et ROGERS, 1983) ou la théorie sociale cognitive (BANDURA, 1989). Ces théories dites classiques portent en effet un regard généralement décontextualisé et souvent mono-disciplinaire sur un sujet. La théorie doit au contraire intégrer des éléments concrets et liés au contexte de mise en œuvre. La théorie d'intervention doit ainsi intégrer de multiples construits décrivant les hypothèses constitutives du système interventionnel que l'on souhaite étudier lors d'une Risp. Un exemple de définition pour chaque type d'approche théorique est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 | Théories et quatre modèles de causalité.

1. Théorie d'intervention	« Hypothèses sur lesquelles les gens, consciemment ou inconsciemment, construisent leurs interventions » (WEISS, 1998).
2. Cadre	« Une structure, une vue d'ensemble, un schéma, un système ou un plan composé de diverses catégories descriptives, par exemple des concepts, des constructions ou des variables, et des relations entre elles qui sont supposées rendre compte d'un phénomène » (NILSEN, 2015).
3. Théorie de moyenne portée	« Les théories qui se situent entre les hypothèses de travail mineures, mais nécessaires qui évoluent en abondance au cours de la recherche quotidienne et les efforts systématiques globaux pour élaborer une théorie unifiée » (MERTON, 1968).
4. Grande théorie	« Théorie qui expliquera toutes les uniformités observées du comportement social, de l'organisation sociale et du changement social » (MERTON, 1968).

Source : d'après RIDDE *et al.* (2020a).

Dans la continuité des travaux de Chen, CAMBON et ALLA (2021) ont défini la théorie d'intervention comme la combinaison de :

- **la théorie causale** qui explique les mécanismes (encadré 1) d'effets activés par les composantes interventionnelles et leur hybridation avec l'ensemble des déterminants contextuels susceptibles d'intervenir en tant qu'obstacles ou facilitateurs des effets attendus (ou pas) ;
- **le modèle d'action** qui fournit des éléments concrets de mise en œuvre des composantes interventionnelles destinés à guider le processus pour atteindre les objectifs. L'aspect essentiel du modèle d'action est qu'il se

ENCADRÉ 1

MÉCANISMES. DE QUOI PARLE-T-ON ?

La notion de mécanisme a des définitions diverses selon les disciplines et les approches épistémologiques. MACHAMER *et al.* (2000) les définissent comme « des entités et des activités organisées de telle sorte qu'elles produisent des changements réguliers ». D'autres les définissent plutôt comme des conditions préalables aux résultats, comme dans l'approche réaliste : un mécanisme est « un élément de raisonnement et de réaction d'un agent par rapport à une intervention productive d'un résultat dans un contexte donné » (LACOUTURE *et al.*, 2015). Dans le domaine de la psychologie de la santé, ils sont définis comme « les processus par lesquels une technique de changement de comportement régule le comportement » (MICHIE *et al.*, 2013). Il peut s'agir, par exemple, de la manière dont les praticiens perçoivent l'utilité d'une intervention, ou la manière dont les individus perçoivent leur capacité à modifier leur comportement.

En raison des combinaisons de composantes contextuelles et interventionnelles, le processus de changement produit donc des mécanismes, qui à leur tour produisent des effets (résultats finaux et intermédiaires). Par exemple, nous pouvons considérer qu'un entretien motivationnel pour l'arrêt du tabac pourrait produire différents mécanismes psychosociaux, tels que l'intention d'arrêter à court terme, la perception de l'utilité de l'arrêt du tabac et le sentiment de pouvoir y arriver (l'auto-efficacité perçue). Ces mécanismes influencent l'arrêt du tabac. Ceci constitue les chaînes causales, définies ici comme la manière dont une séquence ordonnée d'événements dans la chaîne cause l'événement suivant. Ces mécanismes peuvent également affecter leurs propres composantes contextuelles ou interventionnelles en tant que système. Par exemple, le sentiment d'auto-efficacité pourrait influencer le choix des aides au sevrage tabagique.

Source : CAMBON *et al.* (2019).

concentre, non seulement sur les activités liées aux résultats, mais aussi sur les séquences, les ressources, les acteurs et les conditions préalables nécessaires à leur mise en œuvre.

La figure 4 présente la théorie d'intervention du système interventionnel.

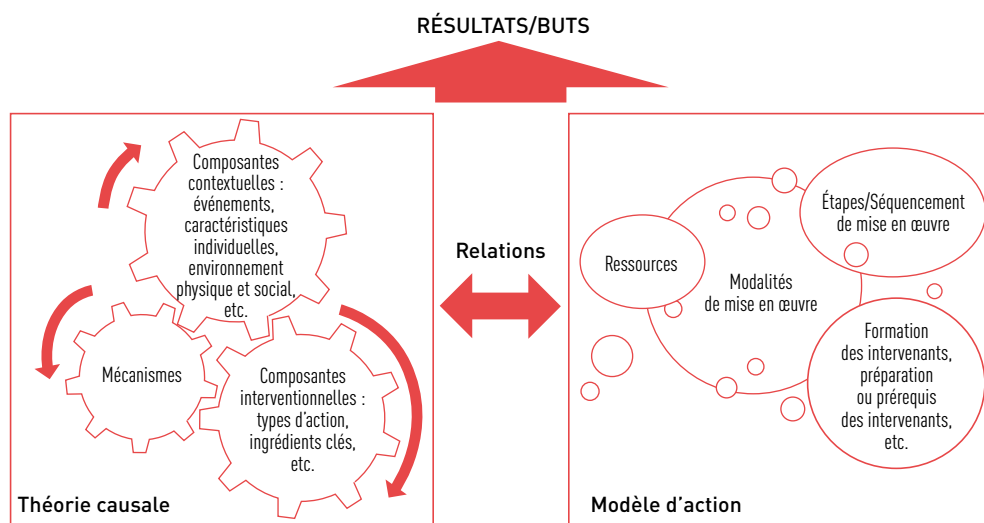


Figure 4 | Théorie d'intervention du système interventionnel.

Source : d'après CAMBON, ALLA (2021).

La conception de la théorie d'intervention est partenariale par nature (encadré 2). Elle ne peut se concevoir qu'avec les parties prenantes concernées en mobilisant plusieurs sources d'informations : i) des cadres théoriques préexistants (par exemple les modèles de changement de comportements) ; ii) des éléments issus des écrits scientifiques ou d'études antérieures ou concomitantes (sur les liens de causalité, sur l'effet des interventions, sur l'influence du contexte) ; et iii) l'expertise des parties prenantes (quel changement potentiel en mettant en œuvre cette activité et comment et pourquoi va-t-il se produire ?).

Les étapes ultérieures (figure 3) peuvent permettre d'affiner et de valider empiriquement la théorie d'intervention, notamment dans l'étude pilote. Cette validation peut également s'effectuer au cours de l'évaluation dans une perspective d'analyse de l'efficacité de l'intervention en conditions réelles et d'analyse des mécanismes conduisant à cette efficacité (voir chapitre 3) en mobilisant des méthodes qualitatives ou quantitatives.

ENCADRÉ 2

CONCEPTION D'UNE THÉORIE D'INTERVENTION SUR L'HÉSITATION VACCINALE COVID-19

Dans le cadre de l'étude Covamax (Promoteur : CHU de Bordeaux, Financement ANR), la première étape consistait à élaborer une théorie d'intervention préalable à la mise en place d'une campagne vaccinale contre la Covid-19.

Pour l'élaborer, l'équipe de recherche a réalisé, avec l'aide d'un groupe d'acteurs de santé, l'analyse croisée de l'enquête Covapred portant sur l'acceptabilité des mesures anti-Covid (SCHWARZINGER *et al.*, 2021), une revue des méta-analyses et des revues systématiques portant sur les facteurs impliqués dans la décision vaccinale (notamment grippe saisonnière) et des théories prédictives des comportements.

Sur cette base, l'équipe a pu élaborer une théorie d'intervention préconisant les éléments clés d'actions d'une future campagne de vaccination :

- **les composantes interventionnelles** : i) une communication positive basée sur l'immunité collective et non sur la vulnérabilité individuelle des personnes ne risquant pas de forme grave ; ii) une mobilisation de relais et d'acteurs locaux dans une stratégie d'aller vers ;

- **les modalités, ressources et séquencements de mise en œuvre** : i) des professionnels de santé, pivots de la campagne de vaccination (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens) dans la communication et dans l'acte vaccinal plutôt que les centres de vaccination ; ii) une formation des professionnels de santé pour répondre aux inquiétudes et aux questions des patients ;

- **les conditions contextuelles de réussite** : i) un accès individuel, gratuit et sans délai ; ii) un acte vaccinal réalisé au moment de l'information ;

- en activant les **mécanismes** suivants : confiance dans le vaccin et dans la parole du professionnel, sentiment de contrôle, perception de la vulnérabilité à la maladie, adhésion à la norme.

Cette théorie d'intervention peut être utilisée pour concevoir une intervention fondée sur la théorie ou pour évaluer *a posteriori* la campagne vaccinale qui a réellement été mise en place.

Ce travail de construction de la théorie de l'intervention peut aussi être réalisé *a posteriori* de la mise en œuvre des interventions. C'est le cas des évaluations conduites pour des interventions déjà existantes. Dans ce cadre, disposer d'une théorie d'intervention peut aussi permettre de questionner les éléments classiques de l'évaluation des interventions que

sont la pertinence (l'intervention et ses composantes sont-elles susceptibles de répondre aux besoins de santé dans ce contexte donné ?) et surtout la cohérence (les activités sont-elles cohérentes avec les objectifs de l'intervention, entre eux) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2011).

I ÉVALUER LA VIABILITÉ

La viabilité (décrite par Chen comme la validité de viabilité « *Viability validity* », en complément des validités interne et externe) est définie comme la mesure dans laquelle une évaluation fournit des preuves qu'une intervention est une réussite dans le monde réel (CHEN, 2010). Cette notion de « réussite » fait référence aux dimensions suivantes de l'intervention du point de vue des parties prenantes :

- utile : les parties prenantes perçoivent-elles l'intervention comme utile pour atténuer les problèmes ou pour améliorer le bien-être ? ;
- abordable : les financeurs considèrent-ils que l'intervention est envisageable au regard de leur capacité à financer ? ;
- pratique : les professionnels de terrain concernés peuvent-ils la mettre en œuvre avec leurs moyens et expertises ? ;
- adaptée : les organisations existantes peuvent-elles coordonner en routine et mettre en œuvre les activités liées à l'intervention ? ;
- évaluable : est-il possible d'évaluer les résultats de cette intervention ? (sous-entendu, y a-t-il une hypothèse du lien entre les composantes interventionnelles et de potentiels effets sur la santé ?).

La viabilité va ainsi au-delà de la faisabilité (possibilité de mettre en œuvre une intervention), pour s'intéresser à sa capacité d'être mise en œuvre, pérennisée, mise à l'échelle, en condition de routine, par les acteurs habituels (et non pas par exemple tel qu'on peut le connaître en contexte de recherche avec un financement spécifique, un cadre juridique adapté, des intervenants *ad hoc*, etc.).

S'interroger sur la viabilité d'une intervention devrait être un préalable à toute étude d'efficacité afin d'éviter le risque de conclure à l'efficacité d'une intervention qui ne sera finalement pas « viable » dans le monde réel à la fin du processus de recherche (CHEN, 2010). Ainsi, l'évaluation de la viabilité devrait s'effectuer aussitôt que possible dans le processus

de développement d'une intervention. C'est un des objets des études pilotes (THABANE *et al.*, 2019) en Risp (encadré 3).

ENCADRÉ 3

ÉTUDE DE VIABILITÉ DANS L'ESSAI COMPARATIF 5A-QUIT-N

5A-QUIT-N est une innovation organisationnelle conçue pour gérer les ressources locales disponibles en région Nouvelle-Aquitaine (France) pour soutenir le sevrage tabagique chez les femmes enceintes.

La première version de l'organisation a été développée par l'équipe de recherche sur la base des écrits scientifiques ; des recommandations institutionnelles et de sociétés savantes ; des entretiens avec les parties prenantes ; et sur l'analyse de l'organisation actuelle du sevrage tabagique des femmes enceintes et des outils existants. Sur la base de cette première version de l'organisation, la viabilité a été étudiée :

- d'abord *a priori* (avant la mise en œuvre sur le terrain) à partir d'entretiens avec des professionnels et d'une revue des écrits scientifiques sur les facteurs limitants et favorisant la mise en œuvre de telles organisations ;
- puis au cours d'une étude pilote sur un territoire de santé qui a permis d'en décrire la mise en œuvre et d'en analyser les freins et leviers, et de recueillir l'opinion des parties prenantes, professionnels et femmes enceintes.

Par exemple, du point de vue des sages-femmes, l'utilité se traduisait par la visibilité de résultats concrets chez leurs patientes (par exemple, arrêt du tabac) ; le caractère abordable par la prise en charge totale du parcours par l'assurance maladie ; le caractère pratique par la possibilité d'intégrer le programme dans leurs organisations de travail habituelles ; l'adaptation par l'intégration du programme aux organisations territoriales existantes.

I ÉVALUER L'EFFICACITÉ

EFFICACITÉ THÉORIQUE VS EN CONDITIONS RÉELLES

L'anglais dispose de deux mots pour parler d'efficacité : *efficacy* pour l'efficacité en conditions dites idéales (ou théoriques, où les facteurs

d'influence sont très contrôlés) et *effectiveness* pour l'efficacité en conditions réelles (PORTA, 2008). L'efficacité en conditions idéales est déterminée généralement par un essai comparatif par assignation aléatoire « classique », tandis que l'efficacité en conditions réelles l'est par un essai comparatif pragmatique, une étude quasi expérimentale ou une étude observationnelle (expérimentation naturelle). La récente crise Covid-19 nous a familiarisés avec la différence entre les deux à travers l'évaluation de l'efficacité du vaccin : essais comparatifs par assignation aléatoire évaluant l'*efficacy* comparativement à des études, dites en vie réelle, réalisées notamment à partir des bases de données médico-administratives évaluant l'*effectiveness*.

Dans le champ de la Risp, les études sont le plus souvent *de facto* des études d'efficacité en situation réelle. En effet, en raison de la nature des interventions, il est très rare de se placer en situation expérimentale, ce qui concerne plutôt les interventions relativement simples, techniques, comme l'acte de vacciner par exemple.

L'efficacité d'une intervention en santé des populations se juge sur des résultats de santé (morbidité, mortalité, bien-être, etc.). Cette efficacité est ce qui correspond à l'objectif général, ou le but d'une intervention dans la démarche de planification. Par défaut, elle peut être jugée sur des résultats distaux concernant des déterminants de santé (diminution d'une exposition environnementale, changement de comportement, etc.) ou des résultats proximaux de recours aux soins ou d'utilisation des activités et des services offerts par l'intervention. C'est ce qui correspond aux objectifs spécifiques d'intervention dans la démarche de planification.

Il est en effet souvent impossible, ou non pertinent, d'évaluer l'effet d'une intervention sur des résultats de santé, en particulier quand ils sont à long terme (par exemple, une intervention visant à renforcer les compétences psychosociales de l'enfant peut mettre des décennies avant de produire des résultats observables en termes de santé). Dans le cas où les résultats ne sont pas des résultats de santé, il est nécessaire d'argumenter de l'intérêt des résultats concernant les déterminants (c'est-à-dire d'avoir des éléments factuels indiquant qu'un changement d'exposition à tel ou tel déterminant va conduire *in fine* à un changement en termes de santé). Cela peut être aussi un des usages de la théorie d'intervention abordée dans le paragraphe précédent.

IMPACTS

Il existe de nombreuses acceptions du terme « impact » dans le domaine de la recherche en santé, les plus pertinentes semblent les suivantes (voir l'exemple de l'encadré 4) :

- des résultats à long terme quand ils ne sont pas mesurables dans le cadre de l'étude et qu'il faut un temps très long pour en voir l'apparition (par exemple sur un programme visant à réduire la consommation tabagique chez les adolescents, le résultat peut être la prévalence du tabagisme et l'impact – non mesurable, mais modélisable –, une réduction de l'incidence des cancers) ;
- des résultats en santé quand l'objectif de l'étude n'est pas formulé dans ces termes. Ce cas de figure se présente en particulier dans le cadre des projets s'inspirant de l'approche de la santé dans toutes les politiques. Chacune des politiques a des objectifs propres non sanitaires qui peuvent avoir des effets indirects (ou impacts) sur le plan de la santé ;
- des conséquences inattendues, favorables ou défavorables d'une intervention (qui se distinguent ainsi du résultat qui est la conséquence attendue correspondant à la question de recherche) (TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2021). Pour donner un exemple d'impact favorable inattendu, on peut penser à un programme d'activité physique visant à augmenter le bien-être des personnes âgées (= résultat attendu) qui peut avoir comme impact sanitaire favorable une diminution de la morbidité cardiovasculaire et comme impact social favorable un renforcement des liens communautaires. Pour donner un exemple d'impact défavorable inattendu :

ENCADRÉ 4

L'IMPACT DE LA GESTION DE LA CRISE COVID-19

Un exemple de ces impacts résulte dans les conséquences des mesures anti-Covid à travers le monde. En effet, pour réduire la mortalité des personnes vulnérables à la Covid-19, des mesures universelles ont été prises visant à réduire les interactions physiques humaines. On sait maintenant que ces mesures ont eu un impact négatif sur la santé mentale des populations, l'accroissement des inégalités sociales de santé, des retards de prise en charge pour d'autres pathologies, l'accroissement de l'insécurité alimentaire des foyers vulnérables, l'accroissement des violences intra-familiales, etc. (CAMBON *et al.*, 2021).

l'augmentation des espaces verts dans une ville pour favoriser l'activité physique peut conduire à l'augmentation de l'incidence de symptômes allergiques chez les enfants. L'encadré 5 propose une liste de 12 questions pouvant guider les réflexions à l'égard des effets inattendus.

ENCADRÉ 5

QUELQUES PISTES POUR TENIR COMPTE DES EFFETS INATTENDUS DES INTERVENTIONS

À partir de plusieurs travaux empiriques et d'une revue des écrits, une liste de 12 considérations a été proposée pour faire en sorte que les équipes de recherche et d'intervention se préoccupent mieux des effets inattendus (TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2021).

1. Fixer un objectif ou une question de recherche explicite visant les effets inattendus.
2. Choisir et définir votre terminologie.
3. Adopter une théorie ou un cadre conceptuel.
4. Déterminer la perspective de l'étude.
5. Clarifier la théorie de l'intervention.
6. Prévoir les éventuels effets inattendus.
7. Se concentrer sur les effets inattendus, souhaitables, indésirables et même neutres.
8. Inclure des méthodes flexibles et exploratoires.
9. Ratisser large lors de la collecte des données.
10. Suivre l'évolution des effets inattendus dans le temps.
11. Tenir compte des enjeux d'équité.
12. Valider la classification des effets voulus et non voulus avec les parties prenantes.

I EFFICIENCE

L'efficacité peut être exprimée au regard des ressources mobilisées pour l'obtenir (humaines, financières, etc.), c'est ce qu'on appelle l'efficience (*efficiency*). Ce champ des études médico-économiques dispose de trois principales approches (LE PEN et LEVY, 2018) correspondant à trois types de résultats (encadré 6) :

– l'approche coût-efficacité utilise un indicateur de résultat exprimé sur le plan de la santé ou de déterminant de santé (par exemple le coût d'un infarctus évité) ;

- l'approche coût-utilité utilise un indicateur de résultat générique et composite intégrant l'effet d'une intervention au regard de quantité et de qualité de vie. L'année de vie pondérée par la qualité (QALY : *quality-adjusted life year*) est l'indicateur de référence en la matière. Cette approche présente les avantages, d'une part, d'intégrer l'ensemble des effets d'une intervention et, d'autre part, de pouvoir comparer des interventions différentes sur des thèmes différents entre elles ;
- l'approche coût-bénéfice utilise aussi un indicateur générique, mais exprimé sur le plan monétaire et non de la santé.

ENCADRÉ 6

LA SYNTHÈSE ASSESSING COST EFFECTIVENESS (ACE) PREVENTION

ACE Prevention était une vaste synthèse, financée par le National Health and Medical Research Council (NHMRC), dont le rapport final a été présenté le 8 septembre 2010. L'objectif global de ce projet était de fournir une analyse complète du rapport coût-efficacité incrémental des options d'intervention préventive pour lutter contre les maladies non transmissibles en Australie. Les experts mobilisés ont évalué 123 mesures de prévention des maladies afin d'identifier celles qui permettront d'éviter le plus de maladies (coût-efficacité) et de décès prématurés (coût-utilité) et celles qui présentent le meilleur rapport coût-bénéfice.

Source : Vos *et al.* (2010).

I MISE EN ŒUVRE

La description de la mise en œuvre d'une intervention est un objet important de l'évaluation (RIDDE et TURCOTTE-TREMBLAY, 2019). Cette description peut contribuer à expliquer les résultats et leur hétérogénéité. Cela permet notamment, par exemple, de différencier si les résultats négatifs sont liés à l'inefficacité intrinsèque de l'intervention (échec de la théorie d'intervention), à une mise en œuvre inadéquate ou inachevée (échec de la mise en œuvre) ou à un défaut de fidélité ou d'adhésion à l'intervention. L'analyse de la mise en œuvre accorde une place centrale au rôle des acteurs sociaux, aux enjeux de pouvoir et aux dynamiques internes et

externes de l'intervention. Les théories de sciences sociales sont souvent convoquées pour bien appréhender ces processus de mise en œuvre.

De nombreux indicateurs de mise en œuvre (« *implementation outcomes* ») sont utilisés, notamment la couverture (part de la population cible effectivement atteinte ou participante), la dose d'intervention (« quantité » d'intervention délivrée), la fidélité, la qualité de l'organisation (respect des normes, des référentiels, des bonnes pratiques), la satisfaction des parties prenantes, etc. (PROCTOR *et al.*, 2011 ; HOFFMANN *et al.*, 2014).

ANALYSER LES MÉCANISMES

Pour des interventions complexes (ce qui est le cas de la plupart des interventions en santé des populations), l'analyse des mécanismes est nécessaire pour comprendre l'obtention d'un résultat : comment a-t-il été produit, à quelles conditions, pour qui, comment ? (CRAIG *et al.*, 2012b). Cette compréhension est déterminante pour étudier la mise en œuvre, mais aussi pour accompagner la pérennisation, le transfert ou la mise à l'échelle de l'intervention. Elle renvoie directement à la caractéristique d'utilité sociale de la Risp.

Cette analyse consiste à caractériser les chaînes causales (pourquoi telle activité produit tel mécanisme, tel résultat et comment ?), à analyser les facteurs liés à la mise en œuvre d'une intervention (qu'est-ce qui fait qu'un acteur s'en empare ou non ?) et enfin, à comprendre la contribution des facteurs contextuels et populationnels sur l'intervention et les résultats (cela permet par exemple d'expliquer l'effet différentiel que peuvent avoir certaines interventions sur les inégalités sociales et territoriales de santé). Ce travail d'analyse contributive des mécanismes peut se faire notamment dans le cadre d'une évaluation fondée sur la théorie (voir chapitre 3).

ANALYSER LES FACTEURS DE DIFFUSION D'UNE INTERVENTION

Une intervention est évaluée à un moment donné dans un contexte donné. Un enjeu, et c'est tout l'intérêt social de la Risp, est de pouvoir accompagner un processus de diffusion de l'intervention dans la mesure où elle a montré qu'elle était efficace, que cette diffusion se fasse par pérennisation (dans le temps), transfert ou généralisation (dans l'espace).

Ainsi, la Risp peut, voire doit, intégrer des questions de recherche portant sur la description et l'analyse :

- du transfert de l'intervention d'un contexte expérimental à la vie réelle, des facteurs liés à l'adoption de l'intervention par les acteurs et décideurs ;
- de l'applicabilité et de la transférabilité de l'intervention dans d'autres contextes que celui dans lequel elle a été évaluée (CAMBON *et al.*, 2013 ; SCHLOEMER et SCHRÖDER-BÄCK, 2018) (encadré 7) ;
- des processus et des conditions de mise à l'échelle ;
- des facteurs de pérennisation de l'intervention (pérennité, durabilité).

ENCADRÉ 7

LES CRITÈRES DE TRANSFÉRABILITÉ

La transférabilité se distingue de l'applicabilité en ce qu'elle se centre sur les résultats alors que l'applicabilité se centre sur des critères de mise en œuvre. Les critères de transférabilité prennent en compte des éléments qui appartiennent à l'intervention (les composantes et les conditions de mise en œuvre), mais également les éléments issus du contexte qui peuvent influencer, non seulement cette mise en œuvre, mais également les résultats plus directement. Ces éléments sont les caractéristiques des populations, des intervenants et du contexte dans lequel l'intervention est mise en place. Ainsi, cette notion de transférabilité intègre complètement celle de système interventionnel développée plus avant en ce qu'elle accorde une part importante de contribution à l'effet due au contexte.

Dans le cadre d'un programme de réduction des risques liés à l'alcool expérimenté au sein d'une association de Marseille en France, une analyse de la transférabilité a montré par exemple que le programme d'accompagnement mis en place était efficace sur des indicateurs de rétablissement, si et seulement si, certaines conditions contextuelles étaient réunies comme l'aménagement des locaux où les entretiens étaient menés (sous forme de salon, disposant d'un accueil avec alcool), les processus d'accompagnement (à domicile ou dans le local) ou encore la formation et le soutien des intervenants (travail social plus qu'agent de santé, soutien psychologique régulier des intervenantes). Ces conditions sont importantes à considérer, car elles influencent fortement la possibilité de mettre en œuvre cet accompagnement ailleurs (applicabilité) tout comme sa réussite, car jouant directement sur certains mécanismes (comme la déconstruction du sentiment de honte).

À noter que cette analyse des facteurs de diffusion se nourrit de toutes les étapes précédentes : développer une théorie d'intervention, analyser la viabilité, analyser les processus et les mécanismes permettant de fournir des éléments de compréhension et prédicteurs de la capacité de l'intervention à être diffusée, dans quelles conditions et le cas échéant avec quelles adaptations. Ainsi, si conceptuellement on envisage la diffusion d'une intervention une fois qu'elle a démontré sa viabilité et son efficacité, le recueil des éléments permettant cette analyse s'effectue tout au long du processus de recherche.

I CONCLUSION

Ce chapitre montre que les questions de recherche en Risp sont multiples. Elles ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent s'articuler de façon concomitante ou séquentielle. Les questions de recherche du tableau suivant sont données à titre illustratif et indicatif. En effet, chaque Risp est un cas particulier et les questions auxquelles elle répond dépendent du contexte de la recherche, de ses contraintes de temps et de données et du point de vue des parties prenantes.

Tableau 4 | Questions de recherche.

Dimensions d'évaluation	Exemples de sous-dimensions	Exemples de questions de recherche
Concevoir l'intervention	Composantes interventionnelles Éléments contextuels à prendre en considération Mécanismes d'effets et de processus Résultats attendus	Comment les éléments de l'intervention sont-ils susceptibles de produire un effet ? Dans quelles conditions cette intervention peut-elle produire un effet ?
Évaluer la viabilité	Utilité Caractère abordable Praticité et adaptabilité Évaluabilité	Utile (les personnes et les autres parties prenantes considèrent-elles l'intervention comme utile pour atténuer les problèmes ou pour améliorer leur bien-être ?) Abordable (les décideurs considèrent-ils que le programme d'intervention est financièrement soutenable ?) Pratique et adapté (l'intervention peut-elle s'intégrer aux modes d'organisations des communautés professionnelles ?) Évaluable (est-il possible d'évaluer l'intervention ?)

Tableau 4 | (suite)

Dimensions d'évaluation	Exemples de sous-dimensions	Exemples de questions de recherche
Évaluer l'efficacité et l'efficience	Efficacité Efficience Impacts	Quelle est l'efficacité de cette intervention ? Quels sont les impacts non anticipés de cette intervention ? Quel est le rapport coût-utilité de cette intervention ? Quel est le rapport coût-efficacité de cette intervention ? Quelle est l'efficience de cette intervention ?
Évaluer la mise en œuvre	Couverture (part de la population cible effectivement atteinte) Dose d'intervention (« quantité » d'intervention délivrée) Fidélité Mécanismes Qualité de la délivrance (respect des normes, des référentiels, des bonnes pratiques) Satisfaction des parties prenantes	Dans quelles conditions cette intervention produit-elle un effet ? Qu'apporte cette intervention aux parties prenantes ? Par quels mécanismes cette intervention produit-elle un effet ? Comment cette intervention produit-elle un effet ?
Évaluer la transférabilité ou les conditions de diffusion	Du transfert de l'intervention d'un contexte expérimental à vie réelle, des facteurs liés à l'adoption de l'intervention par les acteurs et les décideurs De l'applicabilité et de la transférabilité de l'intervention dans d'autres contextes que celui dans lequel elle a été évaluée Des processus et conditions de mise à l'échelle ; Des facteurs de pérennisation de l'intervention (soutenabilité, durabilité)	Dans quelles mesures cette intervention peut-elle obtenir les mêmes résultats dans cet autre contexte ? Comment cette intervention peut-elle être adaptée à de nouveaux contextes sans perdre son efficacité ? Comment cette intervention peut-elle être mise en œuvre dans un autre contexte ? Quelles sont les conditions de pérennisation de cette intervention et quel est le degré de pérennité ?

LES APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES EN RISP

DES APPROCHES DIFFÉRENTES POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS DE LA RISP

Il existe de nombreuses approches (designs) pour l'évaluation des interventions en santé des populations.

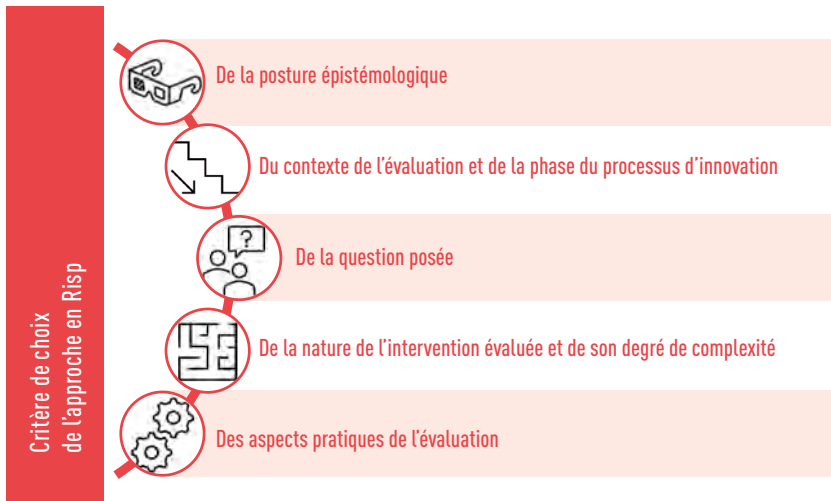


Figure 5 | Les critères de choix de l'approche méthodologique.

Cependant, il ne faut pas considérer ces approches comme constituant une simple « boîte à outils » dans laquelle piocher. Le choix du plan de recherche est un acte scientifique qui relève i) de la posture épistémologique (voir chapitre 4) ; ii) du contexte de l'évaluation et de la phase du processus d'intervention ; iii) de la question posée (voir chapitre 2) ; iv) de la nature de l'intervention évaluée et de son degré de complexité ; v) des aspects pratiques de l'évaluation (dont la disponibilité des données).

DE LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE

De façon schématique, on pourrait distinguer deux visions épistémologiques de la causalité si l'on s'intéresse à l'évaluation de l'efficacité.

La première est une vision linéaire (une même cause produit un même effet). Cette vision linéaire est à la source du paradigme expérimental qui est basé sur une approche contrefactuelle (il s'agit de déduire l'effet de l'intervention par comparaison à une situation dans laquelle l'intervention n'est pas présente). Ce paradigme suppose : i) une stabilité de la relation pour la mettre en évidence ; ii) que toutes choses soient égales par ailleurs (ce que permet la randomisation).

Dans la seconde, plus systémique, on considère qu'une même cause peut produire des effets différents selon les conditions dans lesquelles elle est mobilisée. C'est sur ce principe que repose l'approche réaliste formalisée par PAWSON et TILLEY (1997) : « Les approches réalistes considèrent que les actions humaines et les interactions sociales sont au cœur même du changement. C'est à travers le fonctionnement de systèmes entiers de relations sociales que tout changement dans les comportements, les événements et les conditions sociales s'opère. Une exigence clé de l'évaluation réaliste est donc de prendre en compte les différentes couches de la réalité sociale qui composent et entourent les programmes. » C'est dans ce cadre que nous avons proposé la notion de système interventionnel qui intègre, au-delà des composantes interventionnelles, des paramètres contextuels préexistants qui pourraient être sous ou hors du contrôle des concepteurs et des personnes qui organisent l'intervention. Par conséquent, une évaluation doit supposer que i) la contribution de tous les composants de ce système interventionnel ainsi que l'effet de leur combinaison sont évalués ; ii) que les conclusions de l'étude sont basées sur le contexte ;

iii) même si certaines des conclusions (c'est-à-dire les fonctions clés) peuvent être transférables à d'autres contextes (CAMBON et ALLA, 2021).

Cette distinction n'est pas anodine, ces postures épistémologiques ancrent des cultures scientifiques depuis des décennies. Sont-elles irréciliables pour autant ? Cela fait débat, comme illustré notamment par les vives réactions à la proposition de BONELL et ses collègues (2012) de réaliser des essais comparatifs par assignation aléatoire réalistes, combinant les deux postures dans un plan de recherche intégré (MARCHAL *et al.*, 2013). Cependant, arriver à les intégrer dans une approche globale est justement un enjeu fort de l'approche multidisciplinaire en Risp.

DU CONTEXTE DE L'ÉVALUATION ET DE LA PHASE DU PROCESSUS D'INNOVATION

L'évaluation peut s'inscrire dans deux contextes. D'une part, dans un contexte d'innovation, avec une intervention créée *de novo*, éventuellement par les équipes de recherche. D'autre part, dans un contexte d'observation, où le chercheur va évaluer une intervention préexistante développée par des acteurs, parfois depuis longtemps.

Dans un contexte d'innovation, le développement et l'évaluation d'une intervention comportent plusieurs phases qui peuvent s'étendre parfois sur plusieurs années. Schématiquement, on pourrait considérer que le processus d'innovation se compose de quatre grandes phases (voir chapitre précédent) :

- le développement d'une intervention et de sa théorie ;
- l'étude pilote de cette intervention et l'analyse de sa viabilité ;
- son déploiement à plus grande échelle et l'évaluation de son efficacité (*effectiveness*) et des conditions d'efficacité (analyse des processus et des mécanismes) ;
- sa généralisation/mise à l'échelle (et l'analyse des facteurs de transférabilité, des freins et des leviers au déploiement et à sa pérennité).

À noter que ce processus par phase est théorique, voire simpliste. En pratique, les questions de recherche peuvent s'articuler à des phases différentes. Par exemple, la théorie d'intervention peut se construire, s'affiner, se valider tout au long de ce processus. Les plans de recherche les plus adaptés à chacune des phases sont différents. L'essai comparatif notamment peut être utilisé pour l'analyse de l'efficacité. Il ne trouve généralement pas sa place au cours des autres phases.

Dans un contexte d'observation, où l'équipe de recherche évalue une intervention préexistante, la méthode expérimentale n'est généralement pas possible par nature, pour des raisons pratiques et d'acceptabilité ou pour des raisons éthiques (il peut être considéré comme non éthique de retirer à un groupe une intervention déjà diffusée qui fait l'objet d'un consensus professionnel dans la perspective de l'évaluer).

DE LA QUESTION POSÉE

La question de recherche est ce qui doit d'abord motiver le choix du plan de recherche. Par exemple, si le chercheur est intéressé par l'efficacité, une méthode contrefactuelle peut être adaptée. Une évaluation réaliste est aussi possible. S'il est intéressé par les mécanismes (dont les conditions d'efficacité), une évaluation basée sur la théorie serait davantage requise. Enfin, s'il est plutôt intéressé par la mise en œuvre, une étude de cas en situation de routine serait adaptée. Ces distinctions sont très schématiques et les designs peuvent être combinés (OAKLEY *et al.*, 2006).

La figure 6 situe les principaux plans de recherche utilisés pour évaluer les interventions en santé des populations en fonction de deux axes : i) la recherche d'une validité interne *vs* externe ; ii) la recherche centrée sur les résultats ou les processus et mécanismes.

En ce qui concerne le concept de validité, il est important de noter que son appréhension est souvent radicalement différente selon les positions épistémologiques des équipes de recherche. La figure 6 utilise les concepts campbelliens généralement utilisés dans les recherches cliniques et épidémiologiques pour simplifier la présentation des plans de recherche. Mais en réalité, ces concepts font l'objet de nombreux débats, car les critères de scientificités sont nombreux et ne se limitent pas à la validité interne et externe. À la rigueur à des approches quantitatives suivant les quatre dimensions de validité interne, validité externe, fiabilité et objectivité ; les tenants des approches qualitatives ont proposé de s'orienter vers l'énoncé de principes de qualité au regard des quatre dimensions de crédibilité, transférabilité, imputabilité procédurale, confirmation (REGRAQUI *et al.*, 2018). Pour les personnes usant de méthodes qualitatives, les travaux de LAPERRIÈRE (1997) sur ces critères de scientificité seront d'une aide indéniable.

Dans la figure 6, nous utilisons donc les notions de validité interne et externe qui ont été formalisées par Donald Campbell (CAMPBELL et STANLEY, 1966). La validité interne est le reflet de la relation causale en situation expérimentale, la validité externe correspond au caractère généralisable des résultats obtenus en contexte expérimental à d'autres contextes et d'autres populations. Les deux notions doivent être vues comme les extrêmes d'un continuum qui évoluent en sens inverse. Autrement dit, dans une étude, plus la validité interne est forte, plus la validité externe est faible, et réciproquement. Par exemple, la condition expérimentale de l'essai comparatif par assignation aléatoire est considérée par certains comme le design offrant la plus forte validité interne (par sa capacité à démontrer une relation causale toutes choses égales par ailleurs), mais avec une validité externe faible, car les conditions et les populations incluses dans l'essai comparatif ne sont pas représentatives de la vie réelle. Inversement, les études observationnelles sont considérées comme à faible validité interne (un phénomène observé peut être lié à d'autres éléments que l'intervention, éléments qui ne sont pas contrôlés par le chercheur) et à forte validité externe, puisque par nature les études observationnelles observent le réel.

Une étude peut être centrée sur les résultats ou les processus et mécanismes de l'intervention. Dans le premier cas, on cherche à démontrer que l'intervention produit tel ou tel résultat, sans se poser la question du comment (par exemple, de nombreux programmes évalués comme efficaces à l'étranger sont dupliqués en France sans qu'il y ait eu de réflexion préalable sur leur condition de transférabilité dans un contexte différent). Dans le deuxième cas, on cherche à aller au-delà du résultat pour comprendre comment il a été obtenu, chez qui, à quelles conditions. Ces analyses des processus et des mécanismes sont particulièrement importantes pour les interventions complexes comme le sont la plupart des interventions en santé des populations. Ceci est valable du point de vue de la recherche (pour expliquer ce qui a pu produire un résultat positif, ou inversement pour distinguer, en cas de résultat négatif ou inattendu, si ce dernier est lié à l'inefficacité de l'intervention *per se* ou aux conditions et modalités de sa mise en œuvre), comme de l'opérationnalité (si l'on veut transposer, pérenniser, généraliser une intervention, il est nécessaire de disposer de ces éléments de compréhension) (CRAIG *et al.*, 2012b). Un essai comparatif peut être un outil envisageable pour répondre à une question d'efficacité. Une démarche de type évaluation réaliste sera plus pertinente si l'on s'intéresse aux mécanismes.

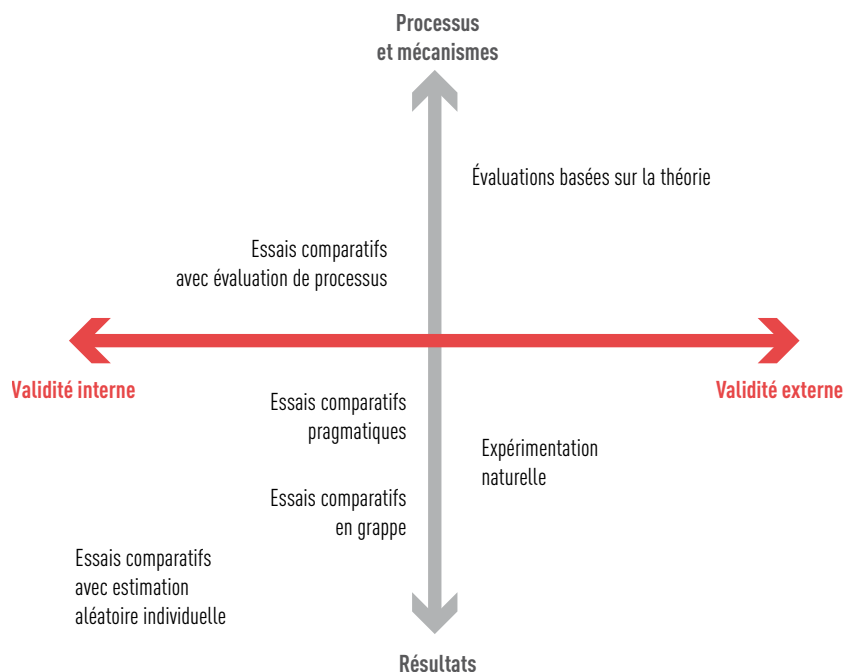


Figure 6 | Plans de recherche les plus fréquemment utilisés en Risp et questions de recherche afférentes.

Source : adapté de MINARY *et al.* (2019).

DE LA NATURE DE L'INTERVENTION ÉVALUÉE ET DE SON DEGRÉ DE COMPLEXITÉ

La nature de l'intervention va influencer le choix du plan de recherche. En particulier, certaines interventions ne sont pas intégrables dans des processus expérimentaux. Par exemple, il n'est généralement pas possible d'attribuer de façon aléatoire un espace vert. Pour un tel objet, une évaluation ne peut être qu'observationnelle.

D'autres cas de figure importants à prendre en compte sont les actions dont l'unité d'intervention n'est pas individualisable, mais collective, à l'exemple d'un changement de l'environnement, d'une campagne de communication en santé, d'une action de modification des pratiques des professionnels, etc. Dans ce cas, une sélection aléatoire individuelle n'a pas de sens (on ne peut pas sélectionner au sein d'une ville qui peut utiliser ou pas une piste cyclable ou qui peut voir ou ne pas voir une

affiche). On privilégie dans ce cas des approches où les modalités de l'intervention comparée ne sont pas composées d'individus, mais de groupes d'individus (une ville, une école, une patientèle), on parle de *cluster* (grappe). La même problématique se pose pour les interventions individuelles avec effets collectifs possibles (on parle de contamination), à l'exemple de la vaccination (l'immunité d'une personne vaccinée peut protéger indirectement son entourage) ou de l'éducation à la santé (un changement de comportement peut se diffuser au sein d'un groupe social). Pour ces interventions se pose aussi la question d'utiliser une approche par grappe.

La complexité de l'intervention évaluée est aussi un déterminant du choix de la méthode. La situation n'est pas binaire entre intervention simple ou complexe (encadré 8). La complexité dépend des dimensions qu'on lui donne – pour les interventions, de multiples composantes interagissent (CRAIG *et al.*, 2012b) ; pour le contexte, il y a une interaction dynamique entre composantes interventionnelles et facteurs contextuels (CAMBON *et al.*, 2019) – ainsi, une intervention considérée comme simple avec certaines définitions peut être pensée comme complexe par d'autres.

ENCADRÉ 8

INTERVENTION SIMPLE OU COMPLEXE

L'acte vaccinal est une intervention simple, une campagne de vaccination est une intervention complexe si l'on prend en compte les aspects organisationnels et sociaux liés à l'acceptation vaccinale en population.

Une intervention complexe peut bénéficier d'une évaluation simple, selon la question posée. Par exemple, une politique urbaine visant à favoriser les mobilités douces est extrêmement complexe, mais peut être évaluée simplement par une mesure comparative concernant les comportements (activité physique) (SZRETER, 2003 ; MOORE *et al.*, 2017).

DES ASPECTS PRATIQUES DE L'ÉVALUATION

Les plans de recherche proposés ont des contraintes différentes concernant le cadre juridique, les coûts, la faisabilité, l'accès aux données, la durée de mise en œuvre, l'acceptabilité sociale, etc. Ces éléments font

aussi partie des critères de choix d'un plan de recherche. Le choix est ainsi parfois contraint par des contingences externes au-delà des nécessaires discussions avec les parties prenantes.

Les plans de recherche sont aussi par nature plus ou moins facilitateurs d'un processus de recherche partenariale (voir chapitre 5) ou de transfert de connaissances des résultats de la recherche vers la pratique et la décision (voir chapitre 6). Ces éléments font aussi partie des critères de choix. Par exemple, les plans de recherche centrés sur les processus et les mécanismes ou mobilisant des outils de consensus (*delphi*, *concept mapping*) permettent d'impliquer plus facilement des parties prenantes dès la conduite de la recherche (voir chapitre 4).

I PRINCIPAUX PLANS DE RECHERCHE UTILISÉS

Nous avons choisi de présenter les plans de recherche selon la question principale à laquelle ils répondent :

- les approches contrefactuelles, expérimentales, quasi expérimentales et observationnelles généralement centrées sur les résultats ;
- les approches plus globales, intégrant l'analyse des processus et des mécanismes et les évaluations fondées sur la théorie.

Rappelons que les plans de recherche ne sont pas exclusifs les uns des autres. Ils peuvent en effet être combinés (évaluations de processus intégrés dans les essais comparatifs) ou utilisés de façon concomitante ou successive dans le processus d'innovation. Par exemple, une évaluation réaliste utilisée dans le cadre d'une étude pilote suivie d'un essai comparatif à visée d'évaluation des résultats. Ou inversement, un essai comparatif suivi d'une étude de cas permettant d'analyser les conditions d'efficacité, ou encore une évaluation fondée sur la théorie suivie d'une expérimentation naturelle conduite dans le cadre de la mise à l'échelle.

Ces plans de recherche peuvent mobiliser des méthodes de recueil et d'analyse de données quantitatives, qualitatives ou mixtes (voir chapitre 4).

Enfin, une partie de ces plans de recherche peut mobiliser le principe de l'étude de cas. Une étude de cas consiste en l'analyse approfondie d'un

cas, c'est-à-dire d'une intervention spécifique. Elles sont très utilisées en sciences humaines et sociales pour des cas individuels (par exemple en psychologie) ou collectifs (par exemple en sociologie). En Risp, ce sont plutôt des cas populationnels où les interventions sont organisées qui sont utilisés, correspondant à l'unité d'intervention (un bassin de vie, une école, un établissement, etc.). La méthode de l'étude de cas permet notamment d'analyser une intervention dans son contexte pour répondre aux différentes questions de recherche (voir chapitre 2). Une étude de cas est une démarche scientifique qui peut mobiliser des approches quantitatives, qualitatives ou mixtes (voir chapitre 4). En Risp, l'étude peut reposer sur un cas unique (comme pour une étude pilote et de viabilité par exemple) ou sur une série de cas concomitants ou successifs (comme pour l'évaluation réaliste par exemple) selon l'approche des études de cas multiples (YIN et RIDDE, 2012).

Une partie des plans de recherche peut également mobiliser, de façon totale ou partielle, des modélisations (voir chapitre 4).

L'APPROCHE EXPÉRIMENTALE PAR ESSAI COMPARATIF AVEC ASSIGNATION ALÉATOIRE INDIVIDUELLE

Pour l'évaluation des interventions en santé des populations, l'essai comparatif avec assignation aléatoire individuelle (*randomized controlled trial* en anglais) a été, et est encore, souvent présenté comme la meilleure méthode (*gold standard*). Cette représentation peut s'expliquer par la transposition à la santé publique des principes de la médecine fondée sur des preuves à la fin des années 1990 (JENICEK, 1997). Elle peut aussi se rattacher au courant des expérimentations sociales, prégnant dès les années 1960 en Amérique du Nord (CAMPBELL et STANLEY, 1966) et récemment remis sur le devant de la scène par les travaux de certains économistes du développement (JATTEAU, 2021 ; EVANS, 2021).

L'essai comparatif est un plan de recherche expérimental basé sur le principe de la comparaison de résultats (de santé) entre un groupe participant à une intervention et un groupe de comparaison (*control* en anglais) sans intervention ou soumis à une autre intervention. L'assignation à l'un des deux groupes est aléatoire par tirage au sort individuel (c'est-à-dire des personnes une par une). Cette méthode est considérée par certains comme la référence pour évaluer l'efficacité des

interventions, car l'assignation aléatoire permet d'équilibrer les caractéristiques (démographiques, sociales, etc.) des deux groupes. Ainsi, si une différence de résultat est observée, elle ne peut donc être attribuée qu'à l'intervention et à elle seule. Ce type d'étude serait le plus pertinent dans la démonstration de la causalité. Cependant, il y a pour cela des conditions (BÉDÉCARRATS *et al.*, 2022). Il faut en particulier maintenir la comparabilité initiale conférée par l'assignation aléatoire, les comportements des participants à l'étude et leurs conditions de suivi par les chercheurs doivent être similaires, d'où la pratique du double insu (ni le participant ni le chercheur ne doivent savoir dans quel groupe est situé le participant). C'est pour respecter ce double insu qu'il y a utilisation de médicament placebo dans les essais médicamenteux.

L'essai comparatif est un des nombreux plans de recherche utilisables pour l'évaluation de l'efficacité des interventions en santé des populations. Cette démarche ne doit pas, pour autant, être considérée comme la méthode de référence par assimilation aux essais thérapeutiques médicamenteux. En effet, appliquée au champ des interventions en santé des populations, cette démarche peut être critiquée sur trois angles, d'objet, de nature épistémologique et méthodologique.

– **L'objet.** Un essai comparatif répond à la question de l'efficacité. Or, la question évaluative lors des Risp peut être toute autre (voir chapitre 2). Un essai n'est pas la meilleure méthode pour répondre aux questions de processus, de viabilité, d'acceptabilité, etc. De plus, toutes les interventions ne se prêtent pas à l'assignation aléatoire, par exemple il est difficile (voire impossible) d'attribuer de manière aléatoire une législation.

– **La nature épistémologique.** Un essai comparatif répond à la question de l'efficacité d'une intervention « toutes choses égales par ailleurs ». Cette perspective suppose donc de « décontextualiser » le point de vue en se mettant dans une situation expérimentale qui vise à observer un effet « pur » de l'intervention, c'est-à-dire sans influence de facteurs externes. Or, si l'on considère le résultat d'une intervention comme le produit de l'interaction d'éléments interventionnels et d'éléments contextuels (voir chapitres précédents) (CAMBON *et al.*, 2019), quel est le sens d'une relation causale obtenue dans des conditions jamais observées en situation réelle ? (ZWARENSTEIN et TREWEEK, 2009). Inversement, un résultat négatif obtenu dans le cadre d'un essai comparatif peut ne pas être dû à l'inefficacité *per se* de l'intervention, mais aux conditions expérimentales dans lesquelles l'intervention a été mise en œuvre. En d'autres termes,

la conclusion d'un essai comparatif peut, soit ne pas être valide dans ce champ, soit être valide, mais peu pertinente.

– **La nature méthodologique.** Appliqués au champ des interventions en santé des populations, les essais comparatifs peuvent être entachés de biais majeurs qui obèrent la validité de leurs résultats.

Biais des essais comparatifs avec assignation aléatoire appliqués à la Risp

Les biais décrits dans ce paragraphe ne sont pas spécifiques à la Risp. Cependant, ils peuvent être si forts dans ce champ qu'ils questionnent le choix même d'un plan de recherche expérimental.

Ces biais sont essentiellement liés à la nature des effets attendus qui relèvent généralement du comportement : comportement de ceux qui délèvent l'intervention ou de ceux qui la reçoivent ; comportement comme effet direct de l'intervention (en éducation à la santé par exemple) ou comme effet indirect (pour des actions visant à donner les conditions environnementales à un changement de comportement, par exemple l'installation de pistes cyclables). Un présupposé majeur de l'essai comparatif dans le champ clinique est que les effets biologiques observés chez les participants sont un reflet de ces effets en population générale. Ce présupposé a du sens en clinique. Par exemple, l'hypothèse que l'immunité proférée par une vaccination dans le cadre d'un essai comparatif n'est pas différente de l'immunité proférée par la même vaccination en population générale est plausible. *A contrario*, quand on s'adresse aux comportements humains lors des Risp, ce présupposé n'est pas tenable. En effet, le fait même de participer à un essai comparatif, comme les conditions dans lesquelles il est réalisé, peuvent être par eux-mêmes des déterminants du comportement ou associés à des déterminants du comportement (par exemple, un essai comparatif peut recruter des personnes plus attentives à leur santé). Ainsi, ce qui est observé dans l'essai comparatif peut être très éloigné de ce qui serait observé en conditions réelles. Pour faire un parallèle, les essais comparatifs sont en Risp ce que les études animales sont en recherche clinique. Ils peuvent contribuer à générer des hypothèses, mais ne suffisent généralement pas à tirer des conclusions opérationnelles.

De façon schématique, on pourrait distinguer trois principaux types de biais des essais comparatifs en Risp (TARQUINIO *et al.*, 2015) : le biais de recrutement, les biais liés aux conditions expérimentales, les biais liés à l'absence d'insu.

Biais de recrutement

Cette famille de biais est liée au fait que les sujets participant à l'intervention sont différents des sujets qui n'y participent pas. Ceci est particulièrement important lorsque l'effet causal d'une intervention peut varier selon les individus. Par exemple, dans les interventions de changement de comportement, la même dose d'intervention aura moins d'effet si le besoin des personnes est moins important (VICTORA *et al.*, 2004). Parmi ces biais, le biais de volontariat est à souligner. Il est lié au fait que les facteurs induisant la participation du sujet à un essai comparatif ont également des facteurs contribuant au résultat (comme l'attention portée à sa santé, la littératie en santé, les facteurs socio-culturels et économiques).

Biais liés aux conditions expérimentales

Les conditions expérimentales (professionnel spécialement formé, intervention cadrée par des procédures opératoires standards, etc.) sont spécifiques. Elles peuvent être des déterminants du comportement qui diffèrent de ceux de la vie réelle. En particulier, le suivi des participants à un essai (observations, questionnaires, etc.) peut conduire à des comportements particuliers de ces participants. On retrouve ici l'effet Hawthorne, bien décrit en psychologie où l'on a constaté que les participants avaient changé de comportements, car ils se savaient observés. De fait, le simple fait de répondre à un questionnaire sur ses comportements peut être un facteur d'influence du comportement (c'est d'ailleurs un outil interventionnel, identifié comme une technique de changement de comportement [MICHIE *et al.*, 2013]). Ceci contribue à expliquer que même dans les groupes témoins sans intervention lors des essais comparatifs, les comportements sont différents de ceux en population générale.

De plus, la standardisation des interventions, inhérente à la démarche expérimentale, est par nature opposée à la nécessaire adaptation des interventions complexes à leur contexte de mise en œuvre (CRAIG *et al.*, 2013). Or, on sait que cette adaptation au contexte est un facteur majeur d'efficacité. Ainsi, le résultat négatif d'un essai comparatif peut ne pas être lié à l'inefficacité de la composante interventionnelle *per se*, mais au fait qu'il a été mis en œuvre d'une façon standardisée dans un contexte contraint, ce qui peut notamment limiter l'engagement des acteurs.

Biais liés à l'absence d'insu

La connaissance de l'intervention à laquelle on participe et la perception de cette dernière peut influencer les réponses et les comportements des participants et le jugement de l'investigateur. C'est ce qui justifie le double insu (ou double aveugle).

En particulier, il y a en Risp le risque de *Resentful demoralization* (biais de démoralisation). Il peut survenir chez les participants du groupe témoin quand le fait qu'ils pensent ne pas participer à une intervention souhaitable affecte négativement leur attitude et leur comportement, et par conséquent les résultats de l'essai comparatif.

De même, lors de la comparaison de plusieurs interventions, l'une d'elles peut avoir la préférence de tel ou tel participant. Or, le résultat de l'évaluation peut dépendre de l'interaction entre les préférences et l'intervention affectée (c'est-à-dire que de meilleurs résultats sont obtenus par des personnes ayant une préférence pour l'intervention à laquelle ils sont affectés). Ce phénomène est observé dans tous les essais comparatifs pour lesquels l'aveugle n'est pas possible, comme c'est le cas en Risp, mais aussi pour certaines interventions cliniques non médicamenteuses. Par exemple, dans une comparaison entre une intervention brève et une kinésithérapie dans les cervicalgies, les résultats étaient diamétralement opposés selon les préférences des personnes : chez ceux qui avaient une préférence pour la kinésithérapie, cette dernière était plus efficace que l'intervention brève, et réciproquement (MOORE *et al.*, 2015). Ce biais est particulièrement important à prendre en compte, car les modalités de recrutement pour l'essai comparatif peuvent sélectionner des personnes avec des préférences et cela va influencer fortement les résultats dans un sens ou dans l'autre (par exemple, un essai comparatif voulant comparer une application santé à un suivi traditionnel n'aura pas les mêmes résultats – voire des résultats opposés – si les participants sont recrutés en ligne avec un incitatif à tester une nouvelle application, ou par leur médecin traitant). Il est aussi important à prendre en compte dans une logique de transfert des résultats à la vie réelle : quel est l'intérêt d'évaluer une intervention qui ne prend pas en compte les préférences, quand généralement, dans la vie réelle, les personnes choisissent l'intervention qui a leur préférence ? En outre, nous savons que les préférences d'une communauté peuvent aussi avoir une influence sur les résultats des individus qui participent à une intervention (OUÉDRAOGO *et al.*, 2019).

Ces biais spécifiques de la Risp contribuent à expliquer le hiatus souvent observé entre l'efficacité des interventions en santé des populations mesurée lors des essais comparatifs et celle observée en situation réelle. Cela souligne les limites de l'approche expérimentale issue de la recherche clinique en Risp.

AUTRES APPROCHES CONTREFACTUELLES EXPÉRIMENTALES

Il s'agit ici d'approches expérimentales (intervention(s) *de novo* attribuée(s) aléatoirement), mais adaptées par rapport au classique modèle de l'essai comparatif avec assignation aléatoire individuelle pour prendre en compte les contraintes liées aux interventions en santé des populations.

Ces adaptations visent à répondre à deux enjeux : permettre l'utilisation d'un plan de recherche expérimental (c'est-à-dire avec sélection aléatoire) pour des interventions ne se prêtant pas à la randomisation individuelle – il s'agit des essais comparatifs avec attribution aléatoire en grappe –, se placer dans une situation plus proche de la vie réelle (autrement dit, essayer de maximiser le rapport validité interne/validité externe) – il s'agit des essais comparatifs pragmatiques et des essais comparatifs avec prise en compte des préférences.

Ces trois types d'essais comparatifs ne sont pas mutuellement exclusifs et se décomposent eux-mêmes en sous-types (par exemple les *stepped wedge cluster randomized trials*).

Essais comparatifs pragmatiques

SCHWARTZ et LELLOUCH (1967) ont proposé de distinguer les essais comparatifs « explicatifs », réalisés en conditions idéales, ayant pour objectif de confirmer une hypothèse, des essais comparatifs « pragmatiques », réalisés en conditions réelles, ayant pour objectif d'aider à la décision. Autrement dit, une intervention est évaluée en comparaison avec d'autres interventions en situation de routine (PATSOPOULOUS, 2011 ; RIDDE et HADDAD, 2013). Rappelons qu'en anglais il y a deux mots pour « efficacité », pour distinguer l'efficacité obtenue en conditions réelles (*effectiveness*, dans le cadre d'essais pragmatiques) de l'efficacité obtenue en conditions expérimentales (*efficacy*, dans le cadre d'essais classiques) (COCHRANE, 1972).

Bien entendu, il n'y a pas de séparation binaire entre les deux types d'essais comparatifs, mais un continuum et plusieurs dimensions à

prendre en compte (THORPE *et al.*, 2009). Plus que l'essai comparatif, c'est la démarche qui est qualifiée de plus ou moins pragmatique en fonction de la façon de la conduire (par exemple, faire agir les intervenants habituels est plus pragmatique que des intervenants spécialement recrutés dans le cadre de l'essai comparatif et spécifiquement formés ; inclure la population tout-venant est plus pragmatique que d'avoir des critères d'inclusions stricts sélectionnant des participants sur des critères médicaux ou sociaux, etc.).

Pour prendre un exemple du continuum, voyons la nature des intervenants mobilisés dans le cadre de la recherche, du moins au plus pragmatique : i) des intervenants issus de l'équipe de recherche ; ii) des intervenants habituels sélectionnés selon des critères stricts (en matière de compétences professionnelles, etc.) ; iii) des intervenants habituels non sélectionnés spécialement formés avec un guide de bonnes pratiques à suivre dans le cadre de la recherche ; iv) des intervenants habituels dans le cadre de leurs pratiques habituelles. Cette démarche pragmatique est une exception dans le champ de la recherche clinique (moins d'un essai sur 100 000) (ZWARENSTEIN et TREWEEK, 2009), mais est assez naturelle pour les interventions en santé des populations, qui généralement ne se conduisent pas dans des lieux de recherche, mais dans les milieux de vie et impliquent (ou devrait impliquer) les parties prenantes de ces milieux.

Pour conduire au mieux une démarche pragmatique, il est important d'associer les parties prenantes à l'élaboration du protocole et à la conduite de l'essai comparatif. Cela permet d'avoir des résultats par nature plus « routinisables » et en mesure d'être mis à l'échelle.

Si ces essais comparatifs sont plus rares, c'est qu'ils sont plus difficiles à conduire. En particulier, il est plus difficile d'objectiver un résultat en conditions pragmatiques, car la variabilité induite par la situation (plus grande hétérogénéité des personnes, plus de variabilité des pratiques des professionnels, diversité des contextes, etc.) génère un « bruit » rendant plus difficile l'observation du résultat propre de l'intervention. Les effectifs à inclure sont ainsi plus importants que pour les essais classiques et les essais par conséquent plus coûteux.

Essais comparatifs avec assignation aléatoire en grappes

Dans ces essais, l'unité d'assignation de l'intervention dans la recherche n'est pas une personne comme dans l'essai comparatif classique individuel,

mais un groupe (*cluster* ou grappe). Par exemple, l'unité d'assignation peut être une ville, une école, un hôpital, une patientèle, etc.

Pour évaluer l'effet de l'aménagement des rythmes scolaires sur l'activité physique des élèves, l'assignation doit se faire par classe, école, ou ville, car l'aménagement concerne *de facto* la totalité des élèves scolarisés ensemble.

Ces essais comparatifs ont des limites méthodologiques connues (biais de sélection, dilution de l'effet, effet grappe, déséquilibre des caractéristiques entre les grappes, absence d'aveugle, etc.) (MINARY *et al.*, 2019). De plus, ils posent des problèmes éthiques et réglementaires. En particulier, ils posent la question du consentement. Un des principes cardinaux de la recherche en santé est le consentement individuel des personnes qui s'y prêtent. Mais comment consentir quand l'intervention est collective et qu'on y est soumis dans son lieu de vie, de travail, de soins ? D'autres options ont été développées et sont en réflexion au niveau international (WEIJER *et al.*, 2012).

Plusieurs variantes existent sur le plan méthodologique. Une de plus en plus utilisée en Risp est celle des essais comparatifs avec assignation aléatoire graduelle en grappe (*stepped wedge*) (HEMMING *et al.*, 2015). Pour ces essais, l'ensemble des groupes bénéficient de l'intervention à évaluer. Ce qui est assigné aléatoirement n'est pas l'intervention oui/non, mais l'ordre dans lequel les différents groupes vont recevoir l'intervention, ce qui permet de comparer les périodes avec intervention et sans intervention. Il y a deux grands avantages à ce type d'essais : i) tous les groupes bénéficiant de l'intervention, il est plus facile de recueillir l'adhésion des communautés (il est difficile par exemple dans un essai comparatif classique d'expliquer à une communauté éducative qu'ils ne bénéficieront pas de l'intervention innovante, car ils ont été affectés dans le groupe témoin) ; ii) sur le plan opérationnel, cela permet de mettre en œuvre l'intervention de façon progressive au fur et à mesure, et donc de lisser les besoins en personnel dans le temps. L'inconvénient majeur de ce type d'essais comparatifs est que ce plan de recherche allonge la durée totale d'étude en raison de cette mise en place progressive.

Essais comparatifs avec prise en compte des préférences

Pour limiter les biais liés aux préférences des personnes pour l'une ou l'autre des interventions comparées, un certain nombre de plans de recherche ont été proposés (TORGERSON *et al.*, 1996).

Les principaux sont (figure 7) :

– **le plan de recherche centré sur la préférence des personnes** qui consiste à interroger les personnes sur leurs préférences et constituer deux paires de groupes et donc deux comparaisons : i) une comparaison parmi les « indifférents » qui reçoivent ou non l'intervention par assignation aléatoire ; ii) une comparaison parmi ceux ayant exprimé une préférence et affectés dans le groupe de préférence sans assignation aléatoire ;

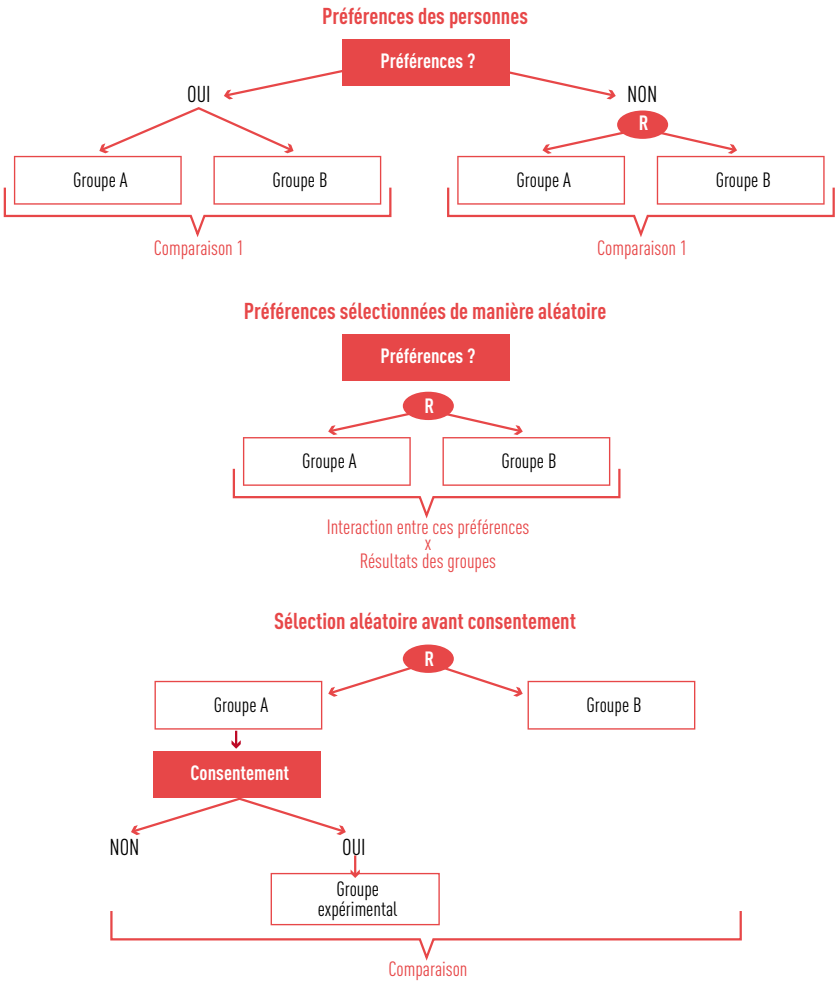


Figure 7 | Les principaux plans de recherche avec prise en compte des préférences. Groupes A et B = les deux bras comportant les interventions alternatives ; R= Randomisation.

Source : D. J. TORGERSON et C. J. TORGERSON (2008).

- le **plan de recherche centré sur les préférences sélectionnées de manière aléatoire** au sein duquel les préférences des patients sont enregistrées après que les participants ont donné leur consentement de la manière habituelle et avant l'assignation aléatoire. L'interaction entre ces préférences et les résultats sont ensuite analysés statistiquement ;
- le **plan de recherche avec la sélection aléatoire avant un consentement** (ou schéma de Zelen) consiste à assigner aléatoirement les patients avant le consentement. Le consentement est demandé seulement à ceux qui sont affectés au groupe expérimental (et non pas dans le groupe témoin) et seuls ceux acceptant ce traitement sont inclus dans le groupe expérimental, les autres seront affectés au groupe témoin.

Ces différents types d'essais comparatifs ont l'avantage de décrire les préférences, d'analyser leur impact et d'utiliser ces informations pour l'interprétation du résultat. Cette prise en compte des préférences est particulièrement intéressante dans une perspective pragmatique, car c'est un reflet de la réalité (dans la réalité, nos actes ne sont pas le fruit d'un tirage au sort, mais d'un choix ou d'une préférence même s'ils sont plus ou moins influencés).

APPROCHES CONTREFACTUELLES QUASI ET NON EXPÉRIMENTALES CENTRÉES SUR LES RÉSULTATS

En préambule, soulignons que la terminologie n'est pas univoque et dépend des traditions scientifiques. Les études quasi expérimentales définissent généralement des essais comparatifs (études expérimentales pour lesquelles le chercheur a la maîtrise de tout ou partie de l'intervention) pour lesquels l'assignation de l'intervention n'est pas aléatoire. Les études observationnelles sont des études au sein desquelles le chercheur observe une intervention existante sur laquelle il n'intervient pas (par exemple la mise en place d'une nouvelle réglementation). Le terme d'expérimentation naturelle est parfois utilisé pour parler des études observationnelles, parfois des études quasi expérimentales, parfois des deux. Enfin, certains utilisent le terme d'études quasi expérimentales pour parler d'études observationnelles (DE VOCHT *et al.*, 2021). Nous avons fait le choix de nommer « études quasi expérimentales » les essais comparatifs pour lesquels le chercheur a une influence (même partielle) sur l'exposition, et « études observationnelles » les essais sur lesquels il n'a pas d'influence.

Études quasi expérimentales

Les études quasi expérimentales sont appelées ainsi, car elles ont un format hybride entre des essais comparatifs et des études observationnelles (CAMPBELL et STANLEY, 1966). Elles sont dites expérimentales, car une intervention est mise en place *de novo* afin d'être évaluée, et « quasi », car il n'y a pas d'assignation aléatoire. Les deux plans de recherche typiques dans ce cadre sont :

- les « études avant/après » où l'on compare au sein d'une population une situation avant la mise en place de l'intervention et après ;
- les « études ici/ailleurs » où l'on compare une situation entre le groupe bénéficiant de l'intervention et un autre groupe sans intervention (« ailleurs »).

Il existe d'autres types d'études quasi expérimentales dérivées de ces deux plans de recherche. Par exemple combinant les deux (soit une mesure avant/après et une mesure ici/ailleurs dans le groupe d'intervention et le groupe témoin) ou dans un plan de recherche avec retrait de l'intervention et trois mesures (avant la mise en place, après la mise en place, après le retrait), etc. Les séries chronologiques sont un autre dérivé (encadré 9). Elles comportent une série de mesures avant la mise en place de l'intervention et une série après. L'analyse consistera à comparer les dynamiques d'évolution dans le temps avant et après la mise en place de l'intervention – à noter que les séries chronologiques sont aussi une méthode utilisée dans les études observationnelles (voir ci-après).

Ces études quasi expérimentales sont intéressantes, souvent pour des raisons pratiques ou d'acceptabilité. Par exemple, si une commune est prête à financer une intervention nouvelle, cette intervention doit être mise en œuvre dans son territoire (elle ne pourrait pas financer l'intervention ailleurs), empêchant ainsi toute attribution aléatoire.

Elles ont l'inconvénient d'avoir, selon certains, une validité interne plus faible que les essais comparatifs, car d'autres facteurs que la mise en place de l'intervention peuvent expliquer un résultat (évolution concomitante d'autres facteurs contextuels dans les plans de recherche avant/après par exemple, une intervention intercurrente, une modification législative, etc.). Il y a cependant de multiples manières de renforcer leur validité interne par des méthodes statistiques ou contextuelles.

ENCADRÉ 9 DES SÉRIES CHRONOLOGIQUES POUR ÉVALUER L'EFFICACITÉ D'UNE POLITIQUE

La collecte de données empiriques originales est parfois très coûteuse et parfois impossible à réaliser quand une intervention a démarré avant qu'un dispositif de recherche soit mis en place. Il est ainsi possible de recourir à l'utilisation des données administratives de routine, dont on a évalué préalablement la qualité, pour évaluer une intervention au moyen de séries chronologiques interrompues (par l'intervention et contrôlées avec un groupe contrôle et des variables contextuelles). La figure 8 montre les effets de deux interventions (ligne pointillée 1 : subvention à 80 % du prix des accouchements dans les deux groupes ; ligne pointillée 2 : subvention à 100 % du prix uniquement dans le groupe des districts bleus) sur la proportion d'accouchements réalisés dans une formation sanitaire de quatre districts d'une même région. Des modèles statistiques permettent de mesurer l'ampleur et la durée de ces effets.

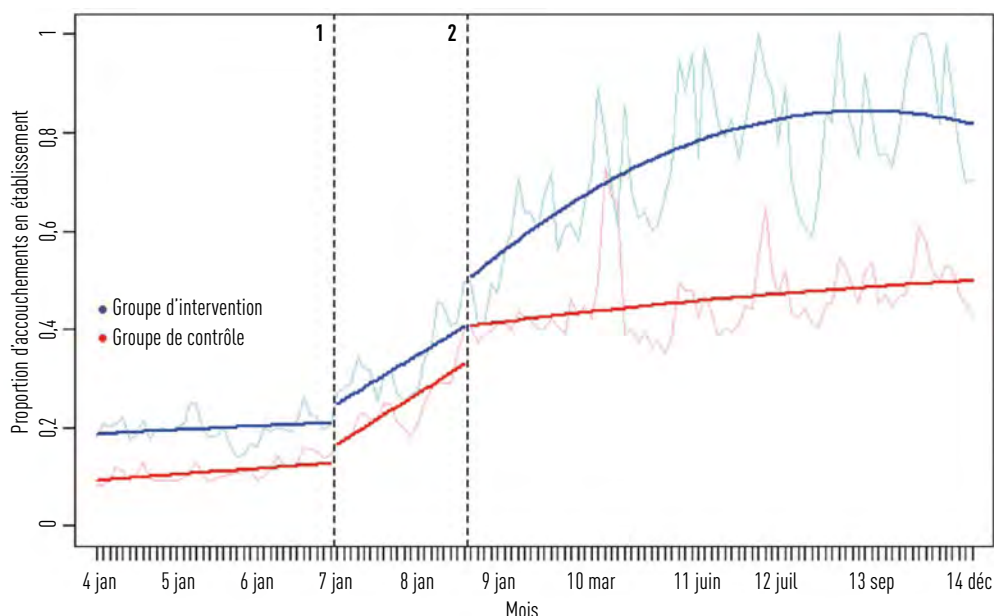


Figure 8 | Évolution de la proportion mensuelle d'accouchements en établissement entre janvier 2004 et décembre 2014 (lignes d'observation et lignes ajustées).

Source : d'après NGUYEN *et al.* (2018).

Études observationnelles (« expérimentations naturelles »)

Dans les études dites observationnelles, le chercheur ne provoque pas une intervention, mais observe un existant. Ces études, parfois appelées expérimentations naturelles (PETTICREW *et al.*, 2005), ont l'avantage d'avoir une très grande validité externe puisqu'elles observent des résultats en conditions réelles et permettent d'évaluer des interventions déjà implantées. Le coût de ce type de recherche est généralement moindre, puisque le chercheur n'a pas à supporter le coût de l'intervention, contrairement aux essais et aux études quasi expérimentales.

Elles ont, pour principal inconvénient, une validité interne plus faible. Si un effet est observé, il peut être lié à d'autres facteurs que l'intervention. Les raisons qui ont justifié la mise en place de l'intervention peuvent par exemple être un facteur contribuant au résultat, de même que d'autres interventions intercurrentes. Par exemple, en France, on a observé ces dernières années une baisse importante du nombre de fumeurs. Il est difficile de l'attribuer à une intervention en particulier, car la lutte contre le tabagisme a intégré de nombreux leviers mis en œuvre de façon concomitante depuis longtemps.

LES APPROCHES INTÉGRANT L'ANALYSE DES PROCESSUS ET DES MÉCANISMES

Les évaluations de processus intégrées dans les essais comparatifs

Ce type d'essai comparatif aurait pu être inclus dans la première partie, car ils sont centrés sur les résultats, mais proposent une approche complémentaire en s'intéressant aux processus (OAKLEY *et al.*, 2006). Ils visent ainsi à expliquer les résultats par l'appréhension des mécanismes d'action (quelles composantes interventionnelles ont contribué aux résultats et comment ?). Ils peuvent aussi contribuer à expliquer l'absence de résultats (liée à l'intervention elle-même ou à ses modalités de mise en œuvre). Il contribue enfin à expliquer les variations de résultats entre sites ou entre groupes sociaux.

La principale limite de ces analyses intégrées à l'essai comparatif est que les processus en conditions expérimentales sont probablement différents du processus en conditions réelles et donc que l'observation n'est pas forcément reproductible.

Les évaluations basées sur la théorie

Comme évoqué, les interventions et les éléments de contexte sont en réalité intriqués dans ce que l'on appelle le système interventionnel. Dans le cadre de ce système, la notion centrale est bien celle des mécanismes d'effet, devenant les véritables fonctions clés transférables (CAMBON et ALLA, 2019). Ces mécanismes sont le résultat de la combinaison de facteurs humains (connaissances, attitudes, représentations, compétences psychosociales et techniques, etc.) ou matériels au sein du système. Cette notion de mécanisme peut être définie comme la réaction d'un agent dans un contexte donné (LACOUTURE *et al.*, 2015). Elle caractérise et ponctue le processus de changement (réaction d'un agent, processus cognitifs ou sociaux) engageant un résultat. Ces mécanismes peuvent être psychologiques (motivation, auto-efficacité, maîtrise de soi, compétences, etc.) dans une intervention comportementale ou sociaux (par exemple, valeurs partagées dans une communauté, perception du partage du pouvoir, etc.) dans une intervention socio-écologique.

Il s'agit, dès lors, dans l'évaluation de comprendre comment fonctionne ce système : sur qui, comment et dans quelles conditions ce système est-il producteur d'effets ? Ainsi, les approches favorisant une analyse contributive des différents éléments (MAYNE, 2001 ; 2010) du système à la production des résultats, comme les évaluations fondées sur la théorie (EFT) (CAMBON et ALLA, 2021 ; DE SILVA *et al.*, 2014 ; CHEN, 1990 ; WEISS, 1997), prennent tout leur sens. Il s'agit d'explorer le cheminement d'apparition d'un phénomène, par exemple l'effet de santé désiré, par l'exploration de la chaîne causale impliquée. En d'autres termes, au lieu de « l'intervention fonctionne-t-elle ? », la question de la Risp devient « étant donné le nombre de composantes qui influencent le résultat, comment chacune a-t-elle contribué de manière significative au résultat observé ? ». Pour comprendre comment chaque élément du système, par lui seul ou combiné, produit un résultat, il faut alors démêler le système interventionnel. Une solution consiste à caractériser cet enchevêtrement en explicitant et validant les hypothèses causales qu'il révèle. Il s'agit de comprendre le fonctionnement du système interventionnel (quelles sont les combinaisons de paramètres qui provoquent ces mécanismes ?) et les conditions de sa transférabilité (quels mécanismes sont à reproduire dans un autre contexte ?).

Les évaluations peuvent être conduites seules (par exemple une évaluation réaliste), ou combinées avec un plan expérimental classique (BONELL

et al., 2012). Les plus utilisées dans la recherche en santé sont l'évaluation réaliste (PAWSON et TILLEY, 1997) et la théorie du changement (DE SILVA *et al.*, 2014 ; CHEN, 1990).

Dans la première, l'efficacité de l'intervention dépend des mécanismes sous-jacents en jeu dans un contexte donné. L'évaluation consiste à identifier les configurations contexte-mécanisme-effet (CME) qui expliquent comment (par quel mécanisme M) un phénomène (l'effet recherché ou non E) apparaît dans un contexte spécifique (C), incluant dans ce contexte les éléments interventionnels. Ces configurations sont appelées « théories de moyenne portée ». Leur récurrence est observée dans des études de cas successives.

Dans la seconde, les composantes ou les ingrédients de l'intervention sont explicités et examinés séparément de ceux du contexte, afin d'étudier comment ils contribuent à produire des résultats. Comme pour les évaluations réalistes, l'hypothèse initiale (l'intervention en théorie) repose sur des hypothèses empiriques (c'est-à-dire issues d'évaluations antérieures) ou théoriques (c'est-à-dire issues de théories sociales ou psycho-sociales). Ce qui est validé (ou non) est la mesure dans laquelle la théorie explicative, y compris les paramètres de mise en œuvre, correspond aux observations. Dans les deux catégories, l'objectif est d'émettre des hypothèses sur des combinaisons de composantes en formulant une théorie basée sur des preuves scientifiques, sur l'expertise multidisciplinaire, ainsi que sur des investigations empiriques. Si la théorie est confirmée par les preuves empiriques, il est possible d'établir une inférence de causalité.

Finalement, la partie la plus ardue de la démarche est de définir cette ou ces théorie(s) qui doi(ven)t impérativement s'appuyer sur un argumentaire scientifique spécifique. En effet, une théorie est un ensemble organisé de construits et de variables conçus, structurant notre observation, notre compréhension et notre explication du monde. Pour être utilisable, la théorie est censée expliquer comment un programme produit des effets (pourquoi et comment l'intervention fonctionne) en définissant un ensemble d'hypothèses explicites ou implicites. Dans l'approche du système interventionnel, cette théorie suppose d'intégrer les processus de mise en œuvre, les éléments contextuels, les liens entre les activités et les mécanismes qu'elles déclenchent, les liens entre les mécanismes et les éléments contextuels. Cette « théorie du système interventionnel » (CAMBON et ALLA, 2021) : i) est explicative, en consi-

dérant quel cheminement causal est censé atteindre l'objectif ; ii) émet des hypothèses sur les actions et les séquences de mise en œuvre spécifiques qui contribuent à ce cheminement ; et iii) considère que les éléments contextuels et leur influence existent et doivent être pris en compte. Elle est alors à la fois, comme expliqué dans le chapitre 2, théorie causale et modèle d'action.

Cette approche de la théorie du système interventionnel n'est pas incompatible avec la théorie du changement ou l'évaluation réaliste. Par exemple, selon la théorie du changement, l'accent est mis sur les liens entre les composantes de l'intervention, la mise en œuvre et les résultats. Pour adopter la notion de système interventionnel, il suffit d'y intégrer les mécanismes d'effets et les éléments du contexte. Dans l'évaluation réaliste, les éléments contextuels et les mécanismes sont considérés comme des éléments centraux dans les théories de moyenne portée, pas les composantes interventionnelles (encadré 10).

ENCADRÉ 10 ILLUSTRATION DANS UN PROJET

L'étude TC-REG vise à évaluer les conditions de succès de stratégies de transfert de connaissances en prévention menées au sein d'associations locales et d'agences régionales de santé [AFFRET *et al.*, 2020 ; CAMBON *et al.*, 2017a]. Dans l'étude TC-REG, les théories de moyenne portée finales définies à l'issue du recueil de données incluent :

- des facteurs externes, appelés CE (contexte externe) : par exemple, formation initiale des intervenants, intérêt pour la diffusion de programmes de transfert de connaissances, profil des dirigeants, soutien politique au sein des organisations, temps nécessaire pour étudier les données factuelles, taille des équipes ;
- des composantes interventionnelles, appelées CI (contexte interventionnel) : par exemple, accès à des données factuelles, formations, séminaires, activités de courtage de connaissances, etc. ;
- des mécanismes (M) déclenchés par la combinaison des deux : perception de l'utilité de l'usage des données probantes, motivation à prendre des décisions fondées sur des données probantes, auto-efficacité à analyser et à adapter les données probantes dans les pratiques, etc. ;
- des résultats (O) : l'utilisation des données probantes dans la pratique et la décision.

Les essais réalistes sont des plans de recherche hybrides proposés par Bonell et ses collègues avec l'ambition de cumuler les avantages respectifs des deux approches expérimentales et réalistes (BONELL *et al.*, 2012). Il s'agit, en intégrant l'évaluation réaliste au sein d'un plan de recherche expérimental, de s'assurer que l'évaluation affine et teste les hypothèses sur la façon dont le contexte interagit avec les mécanismes d'intervention pour générer des résultats. Ce plan de recherche hybride a été critiqué sur le plan épistémologique (voir l'introduction de ce chapitre), mais aussi opérationnel : peut-on au sein d'un essai aléatoire avoir un éventail de situations suffisamment hétérogènes pour construire et valider les CME ? (MARCHAL *et al.*, 2012).

Enfin, l'étude de cette théorie est importante dans l'ensemble du processus d'innovation, de l'étude pilote à la diffusion de l'intervention en passant par la conception de cette intervention et à l'évaluation des conditions de son efficacité. Dans l'étude Ocaprev (AROMATARIO *et al.*, 2019), par exemple, l'approche fondée sur la théorie a permis de concevoir une application de santé fondée sur des preuves et des théories dans le cadre d'une étude pilote, avant élaboration d'une application et de son évaluation. Dans l'étude EE-TIS (CAMBON *et al.*, 2017b), l'essai contrôlé randomisé comprend une analyse de contribution évaluant une application de sevrage tabagique (Tabac Info Service). On se situe dans l'étape d'évaluation. En complément de la collecte de résultats, l'étude visait à comprendre comment chacune des activités proposées par l'application fonctionne pour arrêter de fumer grâce aux mécanismes déclenchés (l'auto-efficacité, la perception de l'utilité, la confiance dans l'application, etc.) et aux paramètres contextuels pouvant influencer l'arrêt du tabac (le statut tabagique du partenaire domestique, l'existence d'enfants, le soutien d'autres personnes pour arrêter de fumer, la famille et les événements sociaux ou professionnels, etc.).

La validation de la théorie définie se fait grâce à un recueil multiple de données. Ce dernier peut être qualitatif, quantitatif ou mixte (CRESWELL, 2009). Il n'y a pas de règles spécifiques, le choix dépend du schéma d'étude ou de la volonté d'en combiner plusieurs. Par exemple, les résultats ou les objectifs de changement peuvent être recueillis par questionnaire ou par utilisation secondaire de données de santé comme pour toute autre étude. Les mécanismes et les conditions contextuelles quant à eux sont plutôt recueillis de manière qualitative par entretien (notamment pour les mécanismes) ou par observation (notamment

pour les conditions contextuelles). Mais si une enquête qualitative primaire permet de repérer des éléments contextuels et des mécanismes qu'il reste à valider sur un large effectif, des méthodes mixtes peuvent être appliquées (Qual-Quan) ou encore des méthodes d'analyse comme la modélisation à équation structurelle (BERAN et VIOLATO, 2010) pour valider la théorie.

I CONCLUSION

Dans ce chapitre, il s'agissait de montrer l'éventail des approches susceptibles d'être mobilisées dans le cadre de la Risp. Le choix du plan de recherche le plus adapté est un processus rigoureux qui articule à la fois le positionnement épistémologique, la précision des questions de recherche investiguées, la faisabilité et le pragmatisme permettant de conduire la recherche dans les meilleures conditions tout en validant les hypothèses, et la volonté de produire des résultats utiles socialement. Ainsi, les plans de recherche se positionnent dans un continuum de gradation de ces différentes dimensions, leur combinaison présentant alors une bonne option pour répondre aux différentes exigences de la Risp (voir chapitre 1) : la conciliation de l'originalité et de l'utilité sociale, la considération du contexte comme un élément agissant sur le résultat, la dimension participative de la recherche (voir chapitre 5), la pluralité des questions, sans hiérarchie, et par conséquent la pluridisciplinarité, l'acceptation de toutes les méthodes.

CHAPITRE 4

LES MÉTHODES DE PRODUCTION ET D'ANALYSE DE DONNÉES EN RISP

La recherche interventionnelle en santé des populations est essentiellement empirique (voir chapitre 1). La démarche repose ainsi sur le recueil et l'analyse de données primaires ou secondaires, quelles qu'en soient la nature ou la source.

Le type de données à mobiliser et leurs modalités d'analyse sont définis en fonction de la question de recherche (voir chapitre 2). Ces éléments peuvent aussi dépendre des traditions de recherche et des approches disciplinaires (il y a plusieurs façons de répondre à la même question). Enfin, l'identification, la genèse, la transformation, l'analyse des données se doivent de respecter des principes méthodologiques, éthiques et juridiques, et de bonnes pratiques.

Il est proposé dans ce chapitre de rappeler ces principes (figure 9) et de détailler certaines méthodes de recueil et d'analyse de données qui sont les plus utilisées en Risp sans prétendre à l'exhaustivité des pratiques.

| LES PRINCIPES

LA PROBLÉMATISATION

Le premier des principes à considérer dans le cadre de la Risp est la problématisation, c'est-à-dire le champ des questions auxquelles la

recherche se propose de répondre concernant l'intervention. Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la Risp vise notamment à comprendre comment les actions fonctionnent plus que de produire des résultats universels, induisant de multiples questions possibles et interdépendantes les unes des autres.

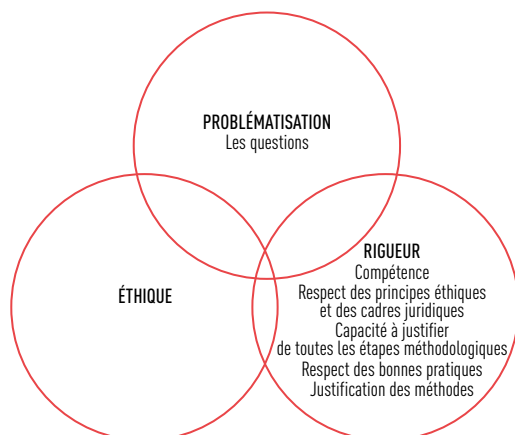


Figure 9 | Quelques principes clés.

La Risp tente de proposer, d'utiliser, de valider ou d'ajuster des théories explicites ou implicites (RIDDE *et al.*, 2020a) : i) des théories d'intervention (hypothèses sur lesquelles les gens, consciemment ou non, construisent leurs plans de programme et leurs actions) ; ii) des cadres explicatifs (une structure, une vue d'ensemble, un schéma, un système ou un plan constitué de diverses catégories descriptives ; elle décrit des phénomènes empiriques en les faisant entrer dans un ensemble de catégories sans fournir pour autant d'explications sur leurs interactions) ; iii) des théories de moyenne portée (théories qui lient des hypothèses fines et claires, mais très évolutives et dans un effort de généralisation et d'abstraction) ; ou iv) des grandes théories (théories qui expliquent toutes les uniformités observées dans le comportement social, l'organisation sociale et le changement social).

Ainsi, la diversité des questions auxquelles la Risp cherche à répondre nécessite d'associer pertinence (quelles méthodes sont les plus adéquates pour répondre à la question ?), rigueur (comment appliquer ces méthodes le plus rigoureusement possible pour disposer de données valides ?) et sensibilité aux effets non attendus et aux contextes (TURCOTTE-TREMBLAY *et al.*, 2017). Le choix des méthodes de recueil et d'analyse doit, par conséquent, prendre en compte ces caractéristiques.

LA RIGUEUR

Quelle que soit la démarche de recueil de données, sa mise en œuvre nécessite de la rigueur. Tout d'abord, il convient de préciser que contrairement à ce que les controverses disciplinaires induisent depuis trop longtemps, il n'y a pas de méthodes rigoureuses par nature et d'autres moins (classiquement l'opposition entre méthodes quantitatives et qualitatives) (OLIVIER DE SARDAN, 2008). Il n'y a pas plus de démarche plus objective qu'une autre ou d'approche méthodologique qui serait plus influencée par des valeurs qu'une autre (HASSALL *et al.*, 2020). C'est l'ensemble du processus de conduite d'une Risp qui doit être le plus rigoureux possible, quelle que soit la méthode ou la démarche employée, afin de proposer des résultats qui ont du sens, qui sont valables et validés, peu importe les critères de scientificité appliqués (voir chapitre 3). Comme nous l'avons déjà explicité, le pragmatisme étant au cœur des approches de la Risp, les personnes qui s'inscrivent dans cette démarche considèrent que « la subjectivité et l'objectivité peuvent désormais être utiles à différents moments d'une évaluation ou d'une étude de recherche appliquée » (DONALDSON *et al.*, 2009). Il y a donc, dans chaque approche, une manière rigoureuse d'effectuer une démarche de recherche.

Si l'on synthétisait pour la Risp, on pourrait considérer que la rigueur comporte les dimensions suivantes :

- compétence du chercheur/de l'équipe en regard de la nature des données mobilisées ;
- respects des principes éthiques et des cadres juridiques ;
- capacité à justifier de toutes les étapes méthodologiques (comment un questionnaire ou un guide d'entretien a été développé ? À partir de quelles sources ? Comment a-t-il été prétesté ? Par qui ? etc.) ;
- respect des bonnes pratiques inhérentes au type de recherche (double saisie pour des données quantitatives, transcription des entretiens et longue immersion de terrain pour les données qualitatives, etc.) ;
- justification des méthodes employées pour répondre à l'objectif.

Par exemple, il est souvent considéré que les méthodes quantitatives seraient plus rigoureuses, car plus objectives quand les méthodes qualitatives produiraient des résultats plus sensibles à la subjectivité de l'analyste. Or, la réalité est que la subjectivité reprochée aux analystes qualitatifs est déplacée, dans les méthodes quantitatives et dans l'orientation des outils de collecte souvent restreints (nombre réduit de

questions, modalités de réponses fermées). Ces restrictions sont propres à limiter le champ des réponses possibles, induisant de fait une subjectivité en amont, là où elle s'exprime en aval pour les plans d'étude qualitatifs. En réalité, la question de la rigueur ne concerne donc pas une comparaison des méthodes, mais le respect, pour chacune d'elles, de critères spécifiques et circonstanciés permettant de leur conférer solidité et validité. On parle de critères de scientificité, notamment :

- le critère de transférabilité se référant à la reproductibilité des résultats et à leur applicabilité dans d'autres situations ;
- le critère de fiabilité se référant à la reproductibilité des résultats si les mêmes conditions de recueil sont observées ;
- le critère de confirmabilité repositionnant la notion de jugement neutre en fonction des faits et non des valeurs du chercheur ;
- le critère de crédibilité permettant d'assurer que ce qui est produit traduit bien la nature des données et non une interprétation du chercheur.

De nombreux ouvrages existent en la matière que l'on soit dans le registre quantitatif (OLIVIER DE SARDAN, 2008), qualitatif (BUJOLD *et al.*, 2018) ou mixte (LAPERRIÈRE, 1997).

L'ÉTHIQUE

L'éthique n'est pas qu'une question juridique de démarche à effectuer. L'éthique est d'abord un ensemble de principes fondamentaux pour la recherche en santé, y compris des recherches basées sur des questionnaires et des entretiens. En effet, un recueil de données peut ne pas être anodin et au-delà des questions méthodologiques qu'il pose, par l'influence sur les comportements (des chercheurs et des enquêtés) qu'il génère, il pose des questions éthiques comme toute intervention dès lors qu'il peut générer des sentiments négatifs, participer à une stigmatisation ou générer des attentes qui ne pourraient être satisfaites.

En ce sens, une recherche ne doit être entreprise que si elle est potentiellement utile (un préalable est ainsi l'état de l'art pour justifier de la pertinence de la question de recherche), si elle respecte les critères de rigueur permettant d'utiliser les résultats et si les risques générés par la recherche sont soit minimes soit compensés par des bénéfices pour les personnes qui s'y prêtent. Le caractère éthique ou non d'une recherche ne doit pas reposer sur l'interprétation personnelle du chercheur, mais sur une procédure collégiale indépendante.

I QUELQUES MÉTHODES DE RECUEIL ET D'ANALYSE DE DONNÉES

LES MÉTHODES QUANTITATIVES, QUALITATIVES ET MIXTES

De manière générale, on distingue différentes approches (quantitative, qualitative, mixte), sources de données (secondaires – données de routine – ou primaires – questionnaires, entretiens, observations, etc. –). Il ne s'agit pas ici d'entrer dans le détail de l'éventail des méthodes largement développées dans de nombreux ouvrages de référence (CAMPBELL

ENCADRÉ 11 TYPES DE MÉTHODES MIXTES

Dans l'option séquentielle, le chercheur souhaite expliquer ou développer les résultats issus d'une méthode grâce à une autre méthode utilisée subséquemment. Par exemple, une étude qualitative (exploration) suivie d'une étude quantitative (généralisation des résultats). Les différents types de données sont collectés l'un après l'autre.

Dans l'option simultanée ou convergente, les données quantitatives et qualitatives sont rapprochées afin de fournir une analyse complète de la question de recherche. Les deux formes de données sont recueillies en même temps et intégrées dans l'interprétation des résultats globaux. Par exemple, dans un projet d'évaluation d'un dispositif d'accompagnement de personnes vulnérables, nous avons développé une approche convergente multi-cas. L'objectif est d'évaluer au sein d'une structure qui reçoit un public d'usagers de drogues, fortement précarisés, marginalisés et stigmatisés, comment elle permet de recentrer la position de l'usager dans son environnement sanitaire, social et citoyen en appliquant des approches telles que le pouvoir d'agir et la construction communautaire. Il s'agit notamment d'identifier les processus et les mécanismes en jeu (transférabilité et pérennisation). Pour cela, l'étude déploie sur un ensemble d'investigations associant des entretiens avec usagers et parties prenantes, des observations, des analyses documentaires et des questionnaires. Les données exploitées sont analysées ensemble pour produire la conclusion sur l'effet et les conditions de cet effet.

Dans la troisième option dite quasi-méthode mixte ou plan de conversion, le chercheur collecte un seul type de données (qualitatives ou quantitatives) et le transforme en un autre (par exemple en données qualitatives [entretien] quantifiées [comptage du nombre de mots par exemple]).

et STANLEY, 1966 ; CRESWELL, 2009 ; MALTERUD, 2001 ; MASON, 2005 ; CANDY *et al.*, 2011 ; PATTON, 1990 ; SANDELOWSKI *et al.*, 2009), mais d'en rappeler les grandes lignes dans le tableau suivant (tableau 5).

Nous présentons les principales caractéristiques des différentes catégories de méthodes de recueil de données selon trois aspects : i) la posture épistémologique (chaque méthode produit des discours différents sur une même réalité, traduisant une certaine conception du monde) ; ii) l'approche interprétative (les principes d'interprétation des données) ; iii) la démarche d'analyse (le moyen, le procédé ou la démarche par lesquels on accède à ce qui est pensé comme représentant la réalité). Pour plus de clarté, cette présentation assume un inévitable manichéisme bien qu'en réalité les débats et controverses, tout comme les lignes médianes et les nuances, sont nombreux et alimentent encore aujourd'hui les écrits scientifiques. Un exemple d'approche en méthodes mixtes est proposé avec l'encadré 11.

LES MODÉLISATIONS ET MÉTHODES UTILISANT DES DONNÉES EXISTANTES

Le développement des grandes bases de données dont l'utilisation est facilitée par l'évolution des capacités de traitement informatique est une opportunité pour la Risp. De telles données peuvent être intégrées aux travaux empiriques, elles peuvent même s'y substituer. C'est important à prendre en compte par les chercheurs en Risp, car ces modélisations peuvent permettre de répondre à des questions auxquelles il était difficile de répondre sans ces outils. Cela permet aussi de réduire les coûts et les contraintes logistiques de la recherche (en particulier par l'utilisation de données existantes plutôt que par la genèse de données nouvelles).

Derrière ces termes génériques de modélisations, bases de données, se trouvent de nombreux objectifs et utilisations potentiels. Nous en listons ici les principaux.

Construire et valider les théories d'intervention

Au sens littéral, une modélisation est la construction d'un modèle visant à décrire/expliciter un système complexe. L'élaboration et la validation d'une théorie d'intervention sont ainsi, par nature, une modélisation. Nous l'avons vu, son élaboration peut utiliser des sources diverses et sa validation peut se baser sur des méthodes qualitatives comme quantitatives.

Tableau 5 | Les différentes méthodes.

MÉTHODE QUANTITATIVE	MÉTHODE QUALITATIVE	MÉTHODES MIXTES
Posture philosophique		
La vision du monde social : Le monde social a une existence indépendante des humains. Les faits sociaux sont objectivables en cela qu'ils suivent des règles/lois appréhendées par la mesure. L'objectif de la recherche : Définir les lois auxquelles obéit ce monde social. Cette connaissance scientifique est bâtie sur le principe majeur de reproductibilité des faits, peu compatible avec la Risp. Paradigme de référence : approche positiviste	La vision du monde social : La réalité est socialement construite, c'est-à-dire en fonction du sens qu'en donnent les acteurs. L'objectif de la recherche : Accéder à la compréhension, sans prétendre à la généralisation des systèmes de valeurs, de croyance et de culture qui forment la base des comportements, des formes d'action et de pensée des personnes en société. Paradigme de référence : approche interprétativiste ou constructiviste	La vision du monde social : Les objets de recherche en Risp sont souvent complexes. Ceci implique de ne pas étudier une petite partie du système de façon isolée ou de vouloir trop le simplifier. Le chercheur doit développer un plan de recherche et collecter des données qui lui permettront de répondre à l'ensemble de ses questions de recherche. L'objectif de la recherche : Formuler des interprétations par l'intégration, dans le recueil ou l'analyse des données, des forces combinées d'une approche quantitative et qualitative pour comprendre des problèmes de recherche. Paradigme de référence : approche pragmatique
Approche interprétative		
L'analyse des phénomènes se base sur une approche déductive d'interprétation, d'hypothèses à tester. Elle s'appuie sur des relations causales entre variables caractérisées par des attributs quantifiables et mesurables. L'objectivité dans la recherche est revendiquée et concrétisée par la maîtrise des rôles entre ces différentes variables dans le test d'hypothèses, notamment par la comparaison et le principe du « toute chose étant égale par ailleurs ».	L'analyse des phénomènes se base sur l'interprétation du sens que les acteurs donnent à un phénomène. Les actes au sein de ce phénomène ne sont pas réduits à des attributs quantifiables et mesurables. Les comprendre nécessite de fait un rapprochement de l'acteur et du chercheur, puisque ce dernier cherche à médiatiser le sens attribué par les acteurs à ces derniers.	Les choix méthodologiques sont déterminés par la question de recherche plutôt que par des hypothèses épistémologiques La combinaison méthodologique permet de renouveler les façons de comprendre et d'étudier le monde : elle permet de contrôler et de mesurer les phénomènes tout en prenant en compte le contexte dans lequel ils s'enracinent et qu'ils façonnent.
La démarche d'analyse		
La statistique est l'outil d'excellence permettant une mesure d'association entre une exposition (une intervention) et un effet. Les plans d'étude s'appuient sur des procédés d'expérimentation structurés sur le principe de la comparaison qui conforte la mécanique de la causalité en respect du principe de « toute chose étant égale par ailleurs ».	Ce sont les significations données aux actions et aux comportements par les acteurs (y compris leurs propres actions et comportements) et non leurs itérations ou récurrences qui sont recherchées pour mettre en évidence la complexité des processus par lesquels se construisent les faits. L'objectif est de démêler les phénomènes sociaux à partir des modes desquels les acteurs leur procurent un sens à travers différentes techniques : observation participante, entrevue, groupe de discussion, récit de vie, etc. L'analyse porte sur la singularité et la dissemblance.	Les méthodes mixtes sont généralement classées selon trois dimensions (encadré 8) : la temporalité (simultanée ou séquentielle), la pondération (statut équivalent ou statut dominant) et la procédure de combinaison (fusion, intégration et connexion) (encadré 6).

Utiliser les données existantes dans les différents plans de recherche expérimentaux et non expérimentaux

En santé, il existe de nombreuses données « de routine », liées par exemple à la production des soins (bases de remboursement, suivi des activités), aux caractéristiques socio-démographiques de la population, aux facteurs environnementaux, etc. Ces données peuvent être individuelles (la CSP d'une personne) ou collectives (le score de défavorisation d'un territoire). Avant de générer des données nouvelles, ce qui est complexe, coûteux et peut poser des questions éthiques ou juridiques, il convient de se poser la question d'utiliser les données existantes. Cette utilisation peut prendre plusieurs formes : i) **pour décrire une population**. Par exemple dans un essai comparatif avec assignation aléatoire en grappe, ils peuvent être appariés en fonction des caractéristiques des populations disponibles sur les bases socio-démographiques (comme l'Insee en France) ; ii) **pour compléter un recueil spécifique**. Par exemple, le suivi des événements de santé à moyen terme peut être passif (c'est-à-dire sans recueil spécifique), par exploitation des bases de remboursement ; iii) **pour remplacer un recueil spécifique**. Par exemple, plusieurs évaluations de l'efficacité des interventions de lutte contre l'épidémie de Covid-19 se sont entièrement basées sur des données existantes (utilisation des enquêtes préexistantes sur la mise en œuvre de ces mesures dans différents territoires et corrélation avec les données de santé relatives à l'épidémie – incidence, hospitalisations, décès – issues des bases hospitalières ou des systèmes de surveillance sanitaire).

Modéliser des données non existantes

Il n'est pas possible de recueillir tous les résultats d'une intervention au cours d'une recherche, en particulier pour les effets et impacts à long terme d'une intervention. L'estimation de ces effets et impacts peut s'effectuer par modélisation à partir de connaissances antérieures (encadré 12). Par exemple, l'OMS a développé l'outil Heat qui permet à une collectivité territoriale d'estimer le nombre de vies sauvées à partir de données comportementales (pratique du vélo et de la marche)¹.

1. Voir <https://www.villes-sante.com/thematiques/heat/>

ENCADRÉ 12

COMBIEN DE VIES SAUVÉES GRÂCE À UNE INTERVENTION ?

Comme dans beaucoup de pays, en Afrique de l'Ouest, nombreux sont encore les décideurs à croire à l'importance de faire payer les patients quand ils consultent les centres de santé. Pourtant, ce paiement au point de service impose une barrière insurmontable à la plupart des personnes et notamment aux plus pauvres. Ainsi, des interventions ont été mises en place pour montrer l'efficacité de la suppression du paiement direct pour améliorer le recours aux soins. De multiples recherches ont montré que cela avait permis d'augmenter le recours aux centres de santé publics et de réduire les dépenses de santé des familles. Mais les personnes décideurs voulaient, avant de passer cette intervention à plus grande échelle, qu'on leur démontre que cela permettait de réduire la mortalité et donc de sauver des vies. Or, dans le contexte de ces interventions, il est quasiment impossible de disposer de ce type de données, surtout lorsque l'on sait que le schéma causal entre l'accès aux soins et la mortalité est long (cinq à dix ans ?) et sinueux tant les déterminants de la santé sont nombreux. Cependant, pour nourrir le débat, une équipe a décidé de modéliser les effets de cette intervention sur la santé des enfants afin de fournir aux décideurs des données sans attendre le temps long de ces recherches. Grâce à l'approche de « *Lives Saved Tool* » (List) qui utilise notamment des mesures de l'évolution de couverture de services essentiels et plusieurs scénarii de leurs impacts, l'étude a permis de montrer que le passage à l'échelle nationale de l'intervention, en supposant la production des mêmes effets, permettrait de sauver la vie de 14 000 à 19 000 enfants et une réduction de la mortalité de 16 % à 17 % pour les enfants de moins de cinq ans (JOHRI *et al.*, 2014).

Utiliser la modélisation dans un plan de recherche comme alternative aux recueils de données

Ces méthodes ont été notamment développées en économie de la santé pour répondre à une question d'efficacité ou d'efficience lorsqu'une observation directe empirique n'était pas disponible. Il s'agit en particulier des modèles décisionnels qui consistent à modéliser sur le plan statistique l'ensemble des informations disponibles pour estimer l'effet d'une intervention sur la santé, pour comparer indirectement deux stratégies entre elles, ou pour transposer des résultats à une autre population de caractéristiques différentes. Ces techniques sont particulièrement utilisées pour réaliser des évaluations *a priori* en aide à la décision.

LES MÉTHODES FAVORISANT LA PRODUCTION DE DONNÉES À TRAVERS LA GENÈSE D'UN CONSENSUS

L'objectif de compréhension de la complexité des interventions en Risp, au-delà de convoquer la ligne pragmatique évoquée dans les méthodes mixtes, invite également très fortement à considérer les intervenants et la population comme des acteurs de la recherche. En effet, tant dans la formulation des interventions, des hypothèses qui les sous-tendent ou dans la production de données susceptibles de les raffiner et les valider, la question du point de vue des acteurs est centrale et nécessite de mettre en œuvre des méthodes spécifiques pour la prendre en compte (voir chapitre 5).

Les projets de Risp intègrent par conséquent diverses méthodes de recueil et de mise en convergence de ces points de vue dans le but de faire progresser le projet de recherche, par exemple pour construire/valider la théorie d'intervention, pour prioriser les stratégies à mettre en œuvre, pour partager les constats des facteurs favorisant et limitant l'implantation du programme, etc. Diverses méthodes peuvent être appliquées comme le processus Delphi et la technique du groupe nominal. De nombreuses variantes de ces deux principales méthodes existent. En outre, les développements technologiques, mais aussi les croisements entre les aspects qualitatifs et quantitatifs de ces deux techniques, permettent de développer d'autres méthodes comme la cartographie conceptuelle (PÉLADEAU *et al.*, 2017). Ces trois méthodes de consensus peuvent s'inscrire, mais pas forcément, dans des démarches de recherche participative où l'ensemble des processus concernant la Risp sont réalisés dans une co-construction (voir chapitre 3). Dans ce chapitre, nous présentons ces méthodes comme des moyens de favoriser, avec des analyses quantitatives, la participation des acteurs. L'objectif est de montrer que la participation des personnes concernées n'est ni limitée aux démarches de recherche-action participative ni aux méthodes qualitatives et que l'usage de chiffres et de nombres peut aussi s'organiser en donnant de la place aux parties prenantes des interventions.

LA MÉTHODE DELPHI

La méthode Delphi (AB LATIF *et al.*, 2016 ; BOOTO EKIONEA *et al.*, 2011 ; NIEDERBERGER et SPRANGER, 2020 ; WILLIAMS et WEBB, 1994)

visée à déterminer dans quelle mesure des personnes sont d'accord sur une question donnée afin d'obtenir une opinion consensuelle. Elle peut être utilisée dans différents objectifs, par exemple pour identifier l'état actuel des connaissances, améliorer les hypothèses d'une intervention, résoudre des situations controversées, formuler des recommandations opérationnelles, développer des outils ou des indicateurs de suivi.

La méthode Delphi est généralement menée au moyen de questionnaires. Elle peut s'organiser en la présence des personnes ou à distance par courrier. Alors que les groupes de discussion utilisent délibérément la dynamique de groupe pour susciter un débat sur un sujet, Delphi préserve l'anonymat des participants et limite les débats au cours des différents tours de production de données (encadré 13). La méthode Delphi peut suivre quatre étapes : i) la préparation (l'élaboration des critères de sélection de personnes, l'attribution d'un numéro anonyme, le contact des personnes sélectionnées) ; ii) l'administration des questions : chaque personne reçoit une série de questions sur le sujet de l'étude (par exemple sur l'objet d'évaluation de l'intervention) ; iii) la consolidation des réponses en vue de l'élaboration du rapport de chaque tour jusqu'à ce que l'on obtienne le consensus ; iv) la classification des sous-sujets (si nécessaire) qui aide à produire le rapport final et sa validation auprès des participants.

Cette méthode présente plusieurs avantages : un consensus rapide, une expression libre sans influence groupale, un coût d'administration et d'analyse faible, la possibilité d'obtenir de grandes quantités de données. Cependant, elle peut être longue et contraignante (plusieurs tours d'enquête), car seules les personnes qui s'écartent de la norme doivent justifier leur position. De plus, les interactions possibles entre les hypothèses considérées ne sont pas prises en compte.

LE GROUPE NOMINAL

Le groupe nominal (DELBECQ *et al.*, 1975) consiste à faire naître des propositions sur une question qui concerne un petit nombre de personnes sans qu'il y ait nécessairement de consensus. Elle permet de répondre à des questions ouvertes qui impliquent un point de vue ou une opinion, ou de recueillir des suggestions ou des solutions. La question nominale est la question présentée au groupe. Elle doit être précise, claire, univoque. Elle doit générer des réponses de même spécificité.

ENCADRÉ 13 EXEMPLE DE L'OCAPREV

Dans le cadre d'un projet de recherche visant à élaborer une théorie d'intervention des conditions d'efficacité des applications nutritionnelles pour accompagner un changement de comportement, une méthode Delphi hybride (en ligne et présentielle) a été utilisée avec deux groupes d'experts : des professionnels et des patients.

Il s'agissait en fin de processus de consensus afin d'obtenir une liste de techniques de changement de comportement (information présentant les avantages et les désavantages d'une activité physique), et un ou plusieurs mécanismes d'effets (se sentir motivé, se sentir capable de la mettre en pratique).

Le travail s'est organisé en quatre étapes : i) en trois séries de questions en ligne, il a été demandé au groupe professionnel d'attribuer un ou plusieurs mécanismes (prendre conscience de sa vulnérabilité, activer l'intention de changer, renforcer l'auto-efficacité perçue) à chaque technique (présenter les avantages du changement, inciter à modifier son environnement pour le rendre favorable au changement, anticiper les difficultés et solutions pour maintenir le changement dans la durée). Sur cette base, le ou les liaisons mécanisme(s)/techniques choisies par au moins la moitié des experts ont été sélectionnées ; ii) un second tour a été organisé demandant au groupe de valider ou d'ajuster cette liste. De nouveau, les liaisons choisies par la moitié des répondants ont été sélectionnées ; iii) en présentiel, lors d'un séminaire de patients, il leur a été demandé de valider ou d'ajuster les liaisons mécanismes-techniques produites par les professionnels. Ils les ont tous validées et ont ajouté plusieurs commentaires qui ont été ajoutés dans le logiciel e-Delphi ; iv) lors du troisième tour de la procédure e-Delphi, le groupe de professionnels a validé la liste de liaisons ainsi amendées par les patients.

Source : AROMATARIO *et al.* (2019).

Cette technique nécessite une forte préparation et une structuration précise. La question nominale doit absolument être validée préalablement par des personnes de mêmes caractéristiques que celles invitées à la réunion, de manière à générer des informations basées sur une compréhension commune de la question.

Elle peut comporter cinq étapes : i) la production d'énoncés : chaque participant produit individuellement une liste d'énoncés répondant à la question nominale (une réponse = une idée) ; ii) la collecte des données : l'animateur invite chacun à faire part au groupe d'une seule de leurs

idées, les reformule en prenant soin de les numéroter (un participant doit proposer un énoncé qui n'est pas déjà inscrit ou expliciter sa différence) ; iii) la clarification des énoncés : il s'agit de les reprendre et les rendre concis, clairs, compréhensibles pour tous, de manière à être compris par l'ensemble du groupe sans recherche d'accord ; iv) le vote individuel et anonyme : chacun choisit les énoncés qui, selon lui, répondent le mieux à la question nominale et ordonne ses choix par ordre d'importance du plus important au moins important ; v) l'analyse et la présentation des résultats : un cumul de la pondération des énoncés pour tout le groupe est fait par addition des pondérations reçues à chacun des énoncés (intéressant de faire figurer pour chacun le nombre de participants qui l'ont choisi, ainsi que le poids total accordé par le groupe).

Le groupe nominal a l'avantage de laisser la possibilité à chacun de s'exprimer et de produire un point de vue collectif sans que les participants aient à trouver un consensus (il n'y a donc pas de jeu d'influence). Les tenants de l'*empowerment evaluation* comme FETTERMAN (2000) ont souvent proposé d'utiliser une approche semblable pour favoriser la prise de parole et les échanges des parties prenantes d'une intervention.

LA CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE

La cartographie conceptuelle (KANE et TROCHIM, 2006) vise à produire un consensus collectif autour de la réponse à une question qui peut permettre par exemple (encadré 14) de développer un cadre conceptuel servant à guider la planification ou l'évaluation d'interventions, mais aussi de disposer de données empiriques pour évaluer une action (par exemple : quels sont les facteurs qui favorisent la pérennité de votre intervention). Cette méthode associe créativité par remue-ménages (comme pour le groupe nominal) et analyse statistique multivariée afin d'élaborer collectivement des énoncés (en réponse à la question) regroupés en catégories. Elle confère une crédibilité forte aux résultats du consensus par cette démarche en méthode mixte. Elle a été conçue pour permettre à un panel de personnes, à travers une démarche participative et itérative, d'identifier les composants majeurs et les dimensions d'un concept et de décliner comment chacun de ces composants est relié aux autres. Avec cette méthode, les données qualitatives peuvent être analysées de manière inductive, mais aussi étudiées en utilisant des analyses statistiques multivariées qui combinent les idées exprimées par

ENCADRÉ 14

ILLUSTRATION SUR LE PROJET DE RECHERCHE AYANT PRODUIT LA GRILLE ASTAIRE

Pour élaborer un outil d'analyse en promotion de la santé nommé Astaire, une méthode de cartographie conceptuelle a été conçue afin de définir les critères à prendre en compte pour analyser la transférabilité des interventions (le terme ayant été préalablement défini par une revue des écrits et partagé avec les experts).

Le processus a mobilisé 18 experts et a conduit dans la première étape à la genèse de 234 critères, reformulés, standardisés, triés et ramenés par le processus de cotation et de catégorisation, à l'élaboration de deux grilles : i) la première grille à utiliser lors de la conception et de la description d'une intervention primaire qui comprend 18 critères et 56 sous-critères ; et ii) la seconde grille avec 23 critères et 69 sous-critères, destinée à être utilisée lorsqu'une intervention primaire est envisagée pour être transférée dans un contexte différent, ou lorsqu'il s'agit d'évaluer *a posteriori* ce qui a causé une différence d'effets entre l'intervention primaire et l'intervention finalement mise en œuvre dans le nouveau contexte.

Source : CAMBON *et al.* (2013).

les participants en catégories et sous la forme de cartes conceptuelles. Des pondérations peuvent être appliquées et les résultats peuvent être présentés graphiquement. Elle peut être menée en ligne ou alterner des phases présentiellles et en ligne.

Le processus peut regrouper six grandes étapes : i) la préparation comprenant également la sélection des participants et le développement de l'objectif de la conceptualisation ; ii) la génération d'énoncés par remue-ménages au regard de la question posée (une réponse = une idée, par exemple : quels sont les défis de la mise en œuvre de l'intervention) ; iii) la structuration des énoncés par pondération et catégorisation ; iv) la représentation des énoncés sous la forme d'une carte conceptuelle en utilisant des analyses multivariées et en grappe ou un calcul du score moyen de pertinence de chaque critère ; v) l'interprétation des cartes par les personnes concernées ; vi) l'utilisation des résultats.

Cette méthode a l'avantage d'aboutir relativement rapidement à une réponse à la question et fournit une représentation graphique de toutes les idées majeures et leurs interrelations.

| CONCLUSION

L'objectif de ce chapitre n'étant pas de produire une liste exhaustive des méthodes de recueil et d'analyse de données mobilisables dans le cadre de Risp, mais de présenter les grandes lignes de celles qui sont le plus utilisées en rendant visibles leurs avantages comme leurs limites, il est également essentiel de penser nos objets de Risp dans une perspective en méthodes mixtes et de réfléchir à la manière dont il est possible d'innover dans nos analyses. Nous avons notamment présenté quelques principes clés des méthodes de la Risp et, au-delà de la rigueur, c'est certainement leur pertinence qu'il faut mettre en avant. Contrairement à l'habitude, les questions de recherche doivent guider le choix des méthodes et non pas l'inverse.

Ainsi, il convient de considérer le choix des méthodes en fonction de leur capacité à répondre aux questions de recherche et à s'insérer dans le type de plan de recherche (voir chapitre 3) dans lequel on se situe. Ceci induit, au vu de la multiplicité des questions en Risp, de privilégier, dans une approche pragmatique, leur combinaison ou leur séquençement dans différentes phases du projet de recherche. De plus, au-delà de recueillir et d'organiser les informations au bénéfice du projet de recherche, les méthodes évoquées ici devraient permettre, d'une part, de créer un climat de confiance et de réciprocité entre les parties prenantes d'un projet de recherche (par exemple les méthodes participatives) et, d'autre part, de favoriser l'interdisciplinarité nécessaire à ce domaine de recherche.

CHAPITRE 5

LES ACTEURS DE LA RISP

Nous l'avons vu dans le chapitre 1, une intervention de santé des populations n'est pas cantonnée à une liste d'activités à mettre en œuvre. C'est évidemment bien plus complexe que cela et le rôle des contextes et des acteurs est central dans la réussite d'une intervention (CRAIG *et al.*, 2018), comme cela est particulièrement mis en avant dans l'approche réaliste évoquée plus avant. Les tenants de cette approche avancent même que si une intervention est efficace, ce n'est pas uniquement parce que les activités ont été bien mises en œuvre, mais surtout parce que les acteurs (sociaux) ont décidé que cela était possible. Ils nous expliquent que ce sont les personnes, à travers leurs décisions, volontés et raisonnements qui font en sorte qu'une intervention de santé des populations fonctionne (ou pas) (PÉREZ *et al.*, 2021 ; ROBERT et RIDDE, 2014). Nous n'aborderons pas dans ce chapitre les enjeux méthodologiques et épistémologiques de cette vision du monde (PAWSON, 2013), mais elle est utile pour montrer combien les acteurs sont au cœur des interventions de santé des populations (GILSON, 2012). Comme les systèmes de santé, les interventions de santé des populations sont évidemment des objets sociaux où le rôle des individus est central (WHYLE et OLIVIER, 2020). Il est donc important de comprendre ces différentes catégories d'acteurs et, dans le cadre de la Risp, les différents rôles qu'elles peuvent jouer.

I LA CATÉGORISATION DES ACTEURS DE LA RISP

Notre ouvrage n'est pas une réflexion de sociologues ou de politologues (CROZIER et FRIEDBERG, 1977 ; LIPSKY, 2010) sur les acteurs sociaux au cœur de la Risp. Nous cherchons surtout à outiller les personnes concernées par ce sujet pour mieux l'appréhender. Cependant, être en mesure de comprendre les parties prenantes autour d'une intervention, les catégoriser, les analyser et dialoguer avec elles est aussi une compétence essentielle en évaluation et en santé des populations (STEVANH *et al.*, 2005). En effet :

« Le fait de ne pas tenir compte des intérêts, des besoins, des préoccupations, des pouvoirs, des priorités et des perspectives des parties prenantes constitue un grave défaut de réflexion ou d'action qui conduit trop souvent et de manière trop prévisible à de mauvais résultats, à un échec total, voire à une catastrophe. » (BRYSON *et al.*, 2011).

Si ce savoir-faire doit être mobilisé tout au long de la démarche d'une Risp (BRYSON *et al.*, 2011), il sera surtout essentiel lors de son démarrage, lors de la phase de pré-évaluation notamment (*evaluability assessment*) (BEAUDRY et GAUTHIER, 1992 ; SOURA *et al.*, 2019). Ainsi, il est utile pour ce chapitre et pour la pratique de la Risp, de montrer comment différentes personnes peuvent proposer des approches différentes pour catégoriser les acteurs. Chacun pourra, selon les circonstances, les objectifs et ses habilités, choisir les démarches méthodologiques les plus appropriées pour cet exercice de cartographie des parties prenantes (*stakeholder analysis*) (BRUGHA et VARVASOVZKY, 2000 ; HURTEAU *et al.*, 2012). Bryson et ses collègues proposent quelques outils forts utiles (BRYSON *et al.*, 2011). De plus, cette liste ne vise pas l'exhaustivité (comme au chapitre 1), mais juste l'éclairage des possibilités à partir de quelques approches disciplinaires (voir tableau 6).

Dans le domaine de l'évaluation et notamment au regard de la prise de décision qu'elle implique, certains ont proposé la présence de trois groupes de personnes. D'abord les actants, les personnes qui mettent en œuvre des interventions. Ensuite les réactants, celles qui devraient bénéficier des actions et pour qui elles ont été normalement pensées. Enfin, les légitimants, soit les personnes qui vont, *in fine*, officialiser les décisions (MONNIER et SPENLEHAUER, 1992). Dans le domaine de l'étude des politiques, KINGDON (1995) et LEMIEUX (2002) ont proposé

de répartir les acteurs en quatre groupes selon leur position à l'égard du gouvernement et leur expertise du sujet concerné. Ainsi, ils proposent la présence des responsables (dans le gouvernement, mais non spécialistes), des agents (dans le gouvernement et spécialistes), des intéressés (hors du gouvernement et spécialistes) et des particuliers (hors du gouvernement et non spécialistes). Ce sont autant de groupes au sein desquels il est possible de placer des acteurs sociaux, étant entendu, évidemment, que ces catégories sont perméables et que les personnes sont mobiles. Dans le contexte des réformes des systèmes de santé, ROCHER (2004) propose une série un peu différente d'acteurs concernés. Il suggère ainsi l'existence des concepteurs des réformes, puis des promoteurs, et des modélistes qui auront la responsabilité de transformer les idées en plans d'action. Ensuite, il décrit l'existence des passeurs, des intermédiaires diffuseurs des idées de la réforme auprès notamment des acteurs de première ligne (LIPSKY, 2010), à l'image des entrepreneurs de la diffusion analysés par Lara Gautier dans une intervention de santé au Mali (GAUTIER *et al.*, 2019). Enfin, Rocher propose la présence des opérateurs de la réforme, celles et ceux qui les mettront en œuvre, mais aussi les opposants, qui useront de leur énergie et position pour contrer et résister à la réforme. Cette perspective sociologique s'inscrit dans la réflexion classique des politistes et du rôle du pouvoir dans les analyses des interventions (BÉLAND, 2010). En effet, nous savons très bien que « c'est par l'exercice du pouvoir que se réalisent ou non » (LEMIEUX, 2002) les interventions de santé des populations. REICH et CAMPOS (2020) ont récemment suggéré une méthode d'analyse des acteurs des réformes de santé en fonction de leur position à l'égard des changements proposés, mais aussi de leur pouvoir (ou influence) à ce sujet. Cette approche permet notamment de regrouper les acteurs selon le fait qu'ils soutiennent, s'opposent ou sont neutres à l'égard de la réforme ainsi que leur niveau d'influence possible. Intérêt, position et pouvoir sont des dimensions classiques de l'analyse des acteurs concernés par une intervention de santé (BALANE *et al.*, 2020). À partir d'une revue des écrits scientifiques, d'une consultation d'experts et d'un exercice de consensus de groupe, Balane et ses collègues proposent que l'analyse des parties prenantes étudie les acteurs concernés autour de quatre dimensions ayant un effet possible sur l'intervention : les connaissances (leur étendue), les intérêts (et motivations), le pouvoir (politique, financier, technique, leadership) et les positions (soutien, opposition, neutralité) (BALANE *et al.*, 2020). Enfin, dernier exemple, celui du domaine de l'anthropologie du

développement, où BIERSCHENK et OLIVIER DE SARDAN (1994) ont proposé, à la suite d'un sociologue allemand (Evers), des groupes labiles d'acteurs qu'ils nomment des groupes stratégiques. Ces groupes sont des points de départ des analyses empiriques, notamment autour de conflits et de controverses (un peu à l'image de la théorie de l'acteur-réseau), sans qu'ils deviennent forcément des groupes d'arrivée.

Tableau 6 | Exemple de groupes d'acteurs de la Risp selon trois disciplines.

Évaluation	Politiques publiques	Anthropologie
Légitimants	Responsables	Groupes stratégiques
Actants	Agents	
Réactants	Intéressés Particuliers	

Ce survol des démarches possibles pour repérer et analyser les parties prenantes d'une intervention de santé est utile à la suite de ce chapitre 5 pour décrire les actrices et acteurs concernés par la Risp. Nous commencerons donc par présenter ces groupes de personnes concernées, puis nous analyserons leur place au sein de la Risp, pour ensuite insister sur l'importance des acteurs de première ligne et des défis du partenariat, démarche centrale et consubstantielle à la Risp.

I LES ACTEURS DE LA RIS

La définition de la Risp proposée au chapitre 1 montre l'ampleur de sa complexité et donc des personnes mobilisées et concernées. Sans préjuger de leur importance ou de leur préséance, et en rappelant la porosité de ces regroupements et la mobilité des personnes, les principales parties prenantes de la Risp nous semblent être au nombre de sept (figure 10).

LES INTERVENANTS

Ce sont les personnes qui mettent en œuvre les activités des interventions de santé des populations. Elles sont parfois impliquées dans la formulation en amont et quelques fois dans les processus d'évaluation

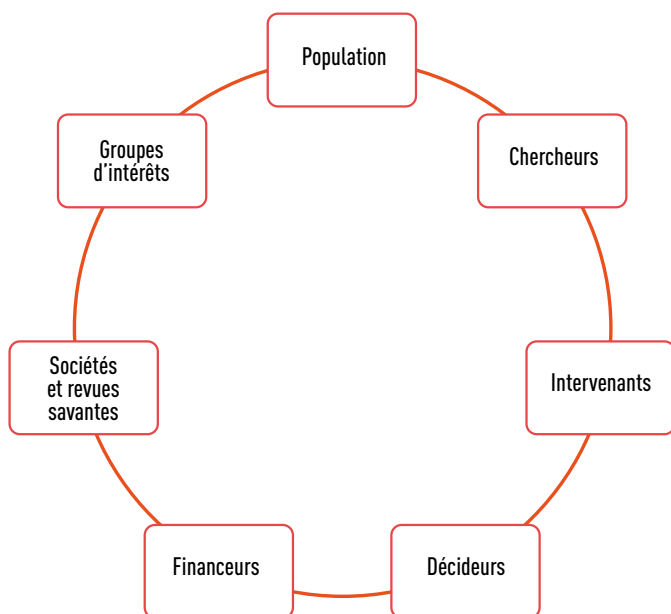


Figure 10 | Sept groupes d'acteurs de la RISP.

et de recherche, mais elles sont surtout responsables de l'organisation et de la mise en œuvre. Elles peuvent être impliquées à des degrés divers selon leurs expertises et compétences, et à une intensité variable selon les besoins de l'intervention et ses moyens. Elles peuvent se situer à tous les échelons des organisations responsables de l'intervention (du local au national), comme être associées à des institutions plus connexes et partenaires (ONG, associations, etc.).

LES CHERCHEURS

Ces personnes sont mobilisées pour soutenir la formulation de l'intervention au regard de l'état des connaissances, mais aussi pour produire des connaissances concernant l'intervention de santé des populations. Elles travaillent la plupart du temps en toute indépendance de l'intervention, mais elles peuvent aussi parfois agir comme consultants et experts rémunérés pour évaluer l'intervention. Dans la grande majorité des cas, les chercheurs vont travailler en équipe, le plus souvent interdisciplinaire, afin d'apporter un regard diversifié sur l'intervention. Ces équipes vont pouvoir mettre au service des autres, selon les questions posées concernant l'intervention, des méthodes, des cadres conceptuels

et des théories indispensables pour comprendre les actions engagées. Contrairement à la recherche clinique où les postes de soutien en personnels d'appuis (gestionnaires de base de données, ingénieurs et attachés de recherche, etc.) sont nombreux, ce n'est pas encore suffisamment le cas dans la Risp.

LES DÉCIDEURS

Même si le terme est fort et certainement galvaudé, car il est rare qu'une seule personne prenne une décision, nous évoquons ici les responsables des organisations qui vont décider d'agir pour répondre (normalement) à un besoin de santé des populations. Dans un contexte démocratique, les décisionnaires sont redevables des populations et donc des personnes qui vont bénéficier des interventions évaluées. Elles vont œuvrer pour disposer de moyens humains et matériels afin de rendre l'intervention faisable et de l'organiser. Ce sont aussi ces personnes qui devraient pouvoir bénéficier des résultats de la recherche sur l'intervention pour mieux la comprendre et prendre des décisions pour son adaptation, sa pérennité (ou son arrêt) et sa diffusion. Bien que cela soit encore rare, des acteurs intermédiaires (RIDDE *et al.*, 2013) peuvent être à l'interface entre les décideurs et les intervenants afin de favoriser l'utilisation des données issues de la recherche. Nous développerons ce point en particulier dans le chapitre 6.

LA POPULATION

Qu'elle soit patiente, bénéficiaire d'une intervention ou simplement vivant dans la région où elle est organisée, la population dans son ensemble est largement concernée par la Risp. Comme nous l'avons précisé, les frontières sont labiles entre ces groupes et les personnes bénéficiant de l'action peuvent aussi être des experts du sujet ou disposer de responsabilité dans des instances gouvernantes. Cependant, ces personnes sont plus rarement impliquées en amont dans la construction de l'intervention et plus tard, dans l'évaluation et la recherche à son sujet.

LES FINANCEURS

Ces personnes peuvent parfois se confondre avec les décideurs, mais souvent, les organisations qui financent la Risp sont moins présentes

dans les instances dirigeantes ou les instances de gouvernance. Ces financements sont quelques fois dévolus spécifiquement à l'intervention, d'autre fois à la recherche uniquement et encore très rarement à la Risp dans sa globalité. Ces organismes de financement sont présents à toutes les échelles et paliers gouvernementaux, du très local à l'international.

LES RESPONSABLES DE SOCIÉTÉS, DE REVUES SAVANTES ET LES ORGANISMES D'EXPERTISE CHARGÉS DE PRODUIRE LES RECOMMANDATIONS

La Risp participe à la construction des connaissances en santé des populations autant qu'elle devrait favoriser l'utilisation des données probantes pour définir et mettre en œuvre les interventions. Ainsi, il est essentiel de partager les résultats de la Risp au sein des sociétés savantes et des revues scientifiques. Ces deux institutions ont un réel pouvoir normatif sur la manière dont les connaissances issues de la Risp peuvent être partagées (sous la forme de synthèses, d'avis, d'articles scientifiques) et dont la scientificité de ce type d'approche, encore peu développée dans le domaine de la santé, est appréhendée dans ce champ.

LES GROUPES D'INTÉRÊTS

Une dernière catégorie d'acteurs est constituée des groupes d'intérêts multiples dont on sait qu'ils peuvent introduire un conflit d'intérêts (voir chapitre 6) dans les processus d'utilisation des résultats de la recherche. Il suffit de penser aux déterminants commerciaux de la santé (DE LACY-VAWDON et LIVINGSTONE, 2020) pour comprendre les effets potentiels de ces acteurs encore peu pris en considération en Risp contrairement à la recherche clinique par exemple.

| L'ANALYSE DES ACTEURS AUX TROIS MOMENTS ESSENTIELS DE LA RISP

Dans cette section, nous souhaitons montrer comment ces multiples acteurs jouent un rôle essentiel dans les différentes étapes et processus

de la Risp. Les positionnements et les jeux de pouvoir de ces acteurs vont évidemment dépendre grandement du contexte et des moments de leur mobilisation ainsi que de l'histoire de leur rencontre. Mais pour le chapitre, nous suggérons une analyse globale afin d'illustrer la teneur des possibles et des situations pour que cela puisse être source d'inspiration de l'engagement des lecteurs dans la Risp.

Évidemment, les sept catégories d'acteurs que nous proposons peuvent s'étendre à l'infini, de même que les enjeux autour desquels nous pensons utile d'organiser la réflexion. Il nous semble cependant que les éléments importants pour élaborer notre réflexion concernent les rôles et les défis que rencontrent ces catégories d'acteurs autour des moments de l'intervention (émergence, mise en œuvre, évaluation), mais aussi de la recherche (conception, mise en œuvre, transfert de connaissances), les deux étant évidemment imbriqués comme nous l'avons vu dans la définition de la Risp proposée au chapitre 1. Il est donc impossible de représenter en deux dimensions ces sept catégories d'acteurs au regard de cette triple perspective pour la double imbrication de l'intervention et de la recherche au cœur de la Risp (7x3x2 !). Ainsi, pour rendre la réflexion plus lisible, nous regroupons ces processus en trois moments centraux (figure 11) qu'il faut comprendre comme des sous-processus souvent concomitants (à l'image de la théorie des courants [KINGDON, 1995]) et non pas des étapes linéaires : conception, mise en œuvre, transfert de connaissances (RIDDE et DAGENAIS, 2019) comme cela a été simplifié notamment dans le chapitre 3.

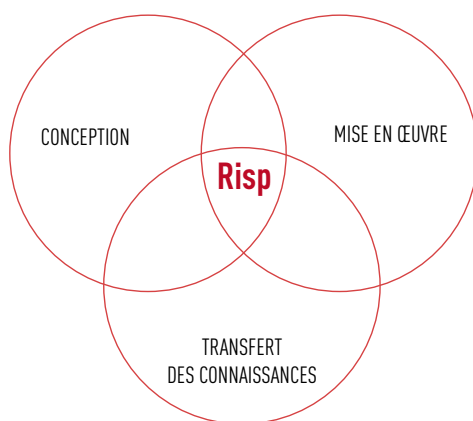


Figure 11 | Trois moments essentiels de la Risp.

LA CONCEPTION DE LA RISP

La conception de la Risp est un moment crucial afin de permettre de construire un partenariat (voir *infra*) de tous les acteurs concernés pour comprendre le problème à l'origine de la solution que l'on va tenter de régler par une intervention de santé des populations. Les acteurs doivent donc définir tant le contenu de l'intervention que celui de la recherche associée et des processus de transfert de connaissances.

Tableau 7 | Rôles et défis autour des acteurs de la Risp lors de sa conception.

	Rôles	Défis
Intervenants	Expliciter les déterminants du problème Proposer des solutions adaptées Mobiliser les acteurs locaux Tenir compte des données probantes Expliciter la disponibilité des données Participer à l'adaptation des outils de collecte de données Rechercher des financements	Orientation des débats et des actions Cacher les conflits et les historiques Rompre avec les routines Appréhender les enjeux évaluatifs et scientifiques Impliquer les chercheurs tardivement Centrer sur l'efficacité
Populations	Expliciter le problème et ses déterminants Participer aux choix des actions Participer et valider la théorie d'intervention	Perception globale du problème Représentation de la diversité Place des experts
Équipe de recherche	Produire la théorie d'intervention Expliciter les enjeux d'évaluation Proposer des méthodes adaptées Répondre à des questions opérationnelles et produire des connaissances scientifiques Rechercher des financements	Appréhender la logique de l'intervention Comprendre les contextes locaux Dualité opérationnelle vs scientifique S'adapter aux partenaires Partager les prises de décision méthodologiques Organiser une équipe interdisciplinaire
Décideurs et financeurs	Identifier les besoins d'action Financer Implication dans le choix des instruments Expliciter les enjeux et processus des prises de décision	Volonté de s'impliquer Ouverture à la complexité Utiliser les données probantes comme source de prise de décision
Groupes d'intérêts	Favoriser les intérêts de ses membres	Influencer la perception des problèmes et donc des solutions

Les intervenants connaissent normalement parfaitement le contexte et les besoins des populations à l'égard du problème à traiter. Ainsi, leur rôle sera notamment d'explicitier les déterminants du problème et de proposer les actions à mettre en œuvre. Pour cela, ils peuvent solliciter les équipes de recherche pour mieux comprendre l'état des connaissances du sujet

concerné ainsi que celui concernant les interventions à organiser. Pour faciliter les processus d'évaluation et notamment les choix méthodologiques, ils doivent pouvoir expliquer la disponibilité des données ainsi que les questions qu'ils se posent au sujet l'intervention (BAMBERGER et RUGH, 2012). Les intervenants peuvent aussi jouer un rôle essentiel dans la mobilisation des acteurs locaux et dans l'adaptation des solutions aux contextes, qu'ils maîtrisent le plus souvent bien mieux que toutes les autres parties prenantes. Ils peuvent notamment soutenir la recherche de financement, mais aussi s'impliquer dans l'adaptation des outils que proposeront les chercheurs. Les défis sont liés à leur fine connaissance des contextes faisant en sorte qu'ils peuvent orienter les débats et les interventions au-delà des intérêts populationnels et faire fi des enjeux de pouvoir et des conflits préalables que les personnes extérieures ne comprendront pas forcément rapidement ni facilement. Les intervenants peuvent aussi parfois avoir tendance à décider du contenu des actions sans considérer les fondements scientifiques ou théoriques au préalable et s'inscrire simplement dans la continuité de leurs routines. Ils peuvent aussi commencer à penser à collaborer avec une équipe de recherche pour la Risp alors même que l'intervention est en place depuis longtemps et qu'il est donc impossible, ou difficile, de mobiliser des données de comparaison. Ces personnes peuvent aussi avoir tendance à s'intéresser plus à l'analyse de l'efficacité de leurs interventions qu'à la compréhension des processus qui ont conduit (ou pas) à l'atteinte de leurs objectifs. Ce défi est d'autant plus important qu'ils ont tendance à oublier ou à minimiser les coûts des dimensions évaluatives de la Risp et à manquer de disponibilité ou d'expertise pour collaborer avec les chercheurs.

Les populations seront le premier public cible de l'intervention, comme usagers ou patients, et doivent pouvoir être impliquées très en amont dans la compréhension du problème (et ses déterminants) et dans les solutions à apporter pour y remédier. Cette implication peut être directe, en participant à des réflexions et des ateliers de formulation de l'intervention, ou indirecte par l'intermédiaire de l'équipe de recherche qui organisera une collecte de données pour relever leurs perceptions. Dans la mesure du possible, il faut trouver un moyen pour les impliquer dans la production et la validation de la théorie de l'intervention, de multiples méthodes participatives existent pour cela. La question de la représentation des personnes et de la diversité (RIDDE *et al.*, 2021) est un défi important, car s'il existe des représentants de quartier ou des responsables d'associations de malades, d'une part, cela n'est pas le cas

pour toutes les problématiques, et, d'autre part, cela pose la question de la représentativité des personnes que l'on implique dans les processus (SAILLANT, 2004). En outre, ces personnes ont parfois une vision restreinte du problème abordé, centré sur leur contexte local sans prise de conscience de l'état des connaissances scientifiques. À l'inverse, il peut arriver que les représentants des populations soient aussi des personnes expertes du domaine abordé (un médecin ou un scientifique à la retraite), posant un défi différent dans leur capacité à tenir compte de savoirs plus expérientiels.

Au sein d'une Risp, *les équipes de recherche* vont notamment avoir le rôle de soutenir l'explicitation de la théorie de l'intervention à partir des expertises des intervenants et des autres personnes concernées, mais aussi de leurs propres connaissances scientifiques (et des écrits disponibles) sur la manière dont le problème pourrait être abordé. Elles pourront ainsi enrichir cette théorie de l'action à partir d'éléments que parfois les acteurs de terrain oublient ou dont ils n'ont pas toujours conscience. Elles devront aussi expliciter les enjeux d'évaluation que posent les questions auxquelles les autres parties prenantes s'intéressent. Elles devront notamment expliciter ce qui est réalisable sur le plan méthodologique, mais aussi faisable sur le plan budgétaire, tout en s'engageant dans la recherche de financement. Il s'agira de proposer des méthodes adaptées au contexte et aux besoins et pas forcément celles avec lesquelles les chercheurs sont les plus habitués. Pour les chercheurs, les défis seront de bien comprendre le contexte local, l'intervention et sa logique causale. Ils devront accepter d'organiser une équipe interdisciplinaire pour répondre aux questions et partager leur pouvoir pour laisser de la place à une discussion ouverte sur les enjeux épistémologiques, disciplinaires et méthodologiques. Les équipes devront s'inscrire moins dans une recherche fondamentale que dans la mobilisation de méthodes de recherche rigoureuses, mais utiles pour comprendre une intervention (et donc répondre aux questions des intervenants) tout en poursuivant leurs agendas de recherche pour le développement des connaissances scientifiques. Les équipes de recherche font donc face au défi d'une tête à deux chapeaux, ou d'une pièce à deux faces lors de la mobilisation des méthodes, d'une part, pour répondre à des questions relativement opérationnelles, et d'autre part, pour développer l'état des connaissances et participer à la construction du champ. Le défi de la recherche du financement sera important puisque la Risp n'est pas encore la norme dans le monde scientifique et dans les appels d'offres habituels (encadré 15).

ENCADRÉ 15

LA CONCEPTION DE LA RISP CONTRE LE VECTEUR DE LA DENGUE AU BURKINA FASO

Au Burkina Faso, comme ailleurs en Afrique de l'Ouest, le paludisme est l'une des maladies contre lesquelles des interventions sont le plus souvent mises en place. Ainsi, les autres maladies vectorielles, notamment la dengue, sont oubliées alors que son vecteur (*Aedes aegypti*) est bien présent. Une Risp a donc été planifiée dans la capitale du pays afin d'évaluer l'efficacité d'une intervention communautaire de lutte contre la dengue en agissant sur la présence de son vecteur. Pour décider du contenu de l'intervention à déployer, l'équipe a utilisé quatre sources d'informations : i) une revue systématique de l'état des connaissances scientifiques ; ii) des modèles conceptuels pour orienter le choix de la théorie d'intervention ; iii) une analyse du contexte local et une étude quantitative et qualitative des préférences de la population à l'égard de quelques activités prometteuses ; iv) une analyse des possibilités d'actions selon les intervenants (OUÉDRAOGO *et al.*, 2019). L'évaluation a montré que l'intervention était efficace (OUÉDRAOGO *et al.*, 2018).

Les décideurs et les financeurs devraient avoir le rôle de rendre compte des besoins à l'origine de la Risp et de participer, dans la mesure du possible, à sa conception initiale dont on sait qu'elle sera un facteur favorable à la pérennité et à l'utilisation ultérieure des résultats (voir *infra*) (SEPPEY *et al.*, 2021). Ils devront bien expliciter les processus de prise de décision autour de la Risp afin que toutes les parties prenantes en tiennent compte pour leur implication subséquente. Évidemment, on s'attend aussi (on peut rêver) à ce que les décideurs tiennent compte des plus récentes données probantes dans la définition du contenu des interventions qu'ils souhaitent voir testées par la Risp programmée. L'un des défis est qu'ils doivent accepter que les enjeux politiques ne soient pas les seuls considérés dans la formulation des interventions et qu'ils donnent les moyens financiers à la Risp. Leur disponibilité et leur ouverture à la complexité (que la politique cherche à simplifier) sont d'autres défis à considérer dans les interactions avec eux (encadré 16).

Souvent de nature privée, mais pas uniquement, *les groupes d'intérêts* peuvent tenter d'influencer les agendas du monde de la recherche. En effet, on peut penser par exemple à la définition des plans stratégiques

ENCADRÉ 16

DES FINANCEURS IMPLIQUÉS DANS LA FORMULATION D'UNE INTERVENTION POUR UN PLAIDOYER FONDÉ SUR DES PREUVES SCIENTIFIQUES

La malnutrition est un enjeu majeur au Burkina Faso, notamment dans le Nord du pays. Dans ce contexte, nous savons que l'accès aux soins est un déterminant important de la nutrition des enfants, notamment depuis sa modélisation par l'Unicef dans les années 2000. Or, en Afrique de l'Ouest, l'accès au système de santé est payant pour tous, y compris les plus pauvres qui sont ceux pour lesquels l'alimentation est un défi. Les gouvernements n'ont jamais souhaité s'engager dans des processus d'exemption du paiement des soins. Ainsi, le bureau de l'aide humanitaire (Echo) de l'Union européenne s'est-il lancé au milieu des années 2000 dans le financement d'interventions visant à supprimer le paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans, afin de montrer que cette amélioration du recours aux soins allait agir sur la malnutrition. En plus de financer des interventions d'ONG comme c'est son mandat, Echo a financé plus de 1,2 million d'euros de recherches et de courtage en connaissances sur huit ans afin de disposer de preuves scientifiques de cette approche pour soutenir son plaidoyer pour un changement de politique, ce qui n'avait jamais été fait auparavant par cette organisation. Dix ans après, la stratégie de l'exemption de paiement est devenue une politique nationale financée par l'État (RIDDE et YAMÉOGO, 2018).

de recherche dans certains domaines très spécifiques (nutrition, santé au travail, cancer, etc.) où de multiples groupes souhaiteraient influencer la manière dont le problème est abordé et compris, donc étudié par la suite. Les États se lançant de plus en plus dans la définition de priorités de recherche nationale (parfois, mais pas assez régionales), cela peut comporter des risques sur la manière dont le problème est compris (et donc des solutions envisagées à travers les interventions étudiées) si ces groupes sont en mesure d'être présents directement ou d'influencer indirectement. Il suffit de penser aux groupes d'intérêts économiques (déterminants commerciaux de la santé, influence sur les stratégies de lutte contre l'alcool par exemple), communautaires (associations de patients) ou idéologiques (confessionnels, stratégies en santé sexuelle). La construction sociale d'un problème est un classique de l'étude des politiques publiques (COBB et COUGHLIN, 1998) et il n'y a pas de raison qu'elle ne s'exerce pas dans le champ de la Risp.

LA MISE EN ŒUVRE DE LA RISP

L'organisation de la Risp concerne tout à la fois la mise en place de l'intervention au bénéfice de la population que la mobilisation des activités de recherche pour mieux la comprendre, ainsi que les stratégies propices à l'utilisation des résultats (voir tableau 8).

Tableau 8 | Rôles et défis des acteurs de la Risp lors de la mise en œuvre.

	Rôles	Défis
Intervenants	Appliquer et adapter le plan d'intervention Informar des évolutions du contexte et des (nouvelles) actions Faciliter l'accès aux terrains et collaborer avec les chercheurs Interagir avec les décideurs	Rester trop fidèle au plan Distordre les données ou orienter la recherche Instrumentaliser l'intervention
Populations	Participer à la mise en œuvre S'impliquer dans les choix d'instruments et d'activités	Disponibilité Capacités et compétences Mobilité Enjeux de pouvoir et diversité
Équipe de recherche	Mobiliser les méthodes appropriées Produire des connaissances valides, utiles et en temps opportun Gérer les données en transparence et accessibles à tous Renforcer les capacités des partenaires	Travailler en interdisciplinarité et méthodes mixtes Partager le pouvoir symbolique académique S'engager dans une approche encore peu valorisée par les universités Adopter une approche réflexive
Décideurs et financeurs	Suivre le processus régulièrement Participer aux prises de décision Faciliter l'accès aux terrains Adapter les enjeux éthiques	Orientation des processus Récupération politique de l'intervention

Dans cette démarche, *les intervenants* ont le rôle de s'assurer du difficile équilibre entre la fidélité au plan de mise en œuvre planifié, qui est souvent oublié par les chercheurs usant d'approches expérimentales (PÉREZ *et al.*, 2018), et l'adaptation continue au contexte, aux besoins et aux réactions des acteurs de première ligne et des populations (voir *infra*). Ils doivent s'assurer d'informer les équipes de recherche et les décideurs de ces évolutions ou, à tout le moins, s'organiser pour en conserver la mémoire afin que l'évaluation n'étudie pas une intervention qui n'existe pas (ou juste sur le papier) ou qui a fondamentalement

changé (ce qui peut être bien... ou pas), la fameuse erreur de type 3 (RIDDE et HADDAD, 2013). L'arrivée de nouvelles interventions ou la présence d'événements perturbateurs importants doivent être rapidement explicitées par les intervenants pour permettre aux évaluateurs d'en tenir compte dans les processus évaluatifs ou aux décideurs dans leurs réflexions. Les intervenants doivent pouvoir faciliter l'accès et la compréhension du terrain pour les équipes de recherche afin de renforcer la qualité des méthodes qu'ils déploient. Dans le contexte de cette collecte de données, ils doivent s'engager à fournir des réponses justes et ne pas distordre la réalité pour instrumentaliser l'intervention, notamment. Pourtant, la Risp ne porte pas de jugement sur les personnes ou les compétences individuelles, mais sur les interventions dans leur globalité, ce qui pose évidemment un défi de compréhension pour les intervenants impliqués dans les actions dont les postes et salaires sont associés.

Les patients et les participants aux interventions de santé des populations devraient pouvoir décider de leur implication dans la mise en œuvre. Leur rôle dans ce processus ne devrait pas être perçu comme relevant uniquement de la réception, mais aussi de la participation, voire de la co-construction (des instruments et des activités) lorsque cela est pertinent et nécessaire (DAIGNEAULT et JACOB, 2012). Ils doivent pouvoir être parties prenantes de l'intervention, mais aussi de l'évaluation, donc de l'ensemble des processus de la Risp (RIDDE, 2006). Évidemment, au-delà des défis de disponibilité de cette participation, elle doit être comprise comme une possibilité et non une obligation. Aussi, il est essentiel de s'assurer que les personnes aient les moyens (techniques, humains, financiers) et le temps (disponibilité et mobilité) de cette participation. Si cela n'est pas le cas, le rôle des autres acteurs de la Risp est de faire en sorte que cela soit possible (encadré 17). Ceci peut se concrétiser par des instances de participation (voir *infra*) ou d'activités de renforcement des capacités par exemple. Les enjeux de pouvoir peuvent parfois être exacerbés à l'occasion de l'inclusion des populations dans le jeu de la Risp où intervenants, décideurs et chercheurs ont souvent un capital symbolique imposant et déstabilisant si ces derniers n'y font pas attention. Cette question est encore plus importante lorsqu'il s'agit de tenir compte des enjeux de diversité dans la Risp afin de s'assurer que tous les membres de la société soient présents et concernés (RIDDE *et al.*, 2021).

ENCADRÉ 17

L'IMPLICATION DES POPULATIONS VULNÉRABLES DANS UNE RECHERCHE-ACTION

Dans l'encadré précédent, nous avons expliqué comment l'accès aux soins en Afrique était contraint par une barrière financière importante. Cette barrière est insurmontable pour les plus pauvres, ce que les politiques publiques désignent en Afrique de l'Ouest comme les indigents. Au Burkina Faso et au Mali, nous avons entrepris plusieurs recherches-actions afin de trouver des solutions opérationnelles à leur accès aux soins. Le défi principal que nous n'avons encore jamais réussi à surmonter est celui de leur implication dans l'ensemble du processus. En effet, ces personnes vivent la plupart du temps dans des conditions d'extrême dénuement matériel et social et sont totalement à la marge des sociétés locales. Les conditions de leur participation à la définition des interventions ont toujours été un sujet de débat entre les acteurs des différentes recherches-actions : enjeu éthique, défi de stigmatisation, enjeu de pouvoir, etc. (YAOGO *et al.*, 2012). Conscient de ces enjeux, les équipes de recherches-actions ont décidé de ne pas organiser de regroupement collectif de ces personnes pour disposer de leur point de vue, mais plutôt de les rencontrer individuellement pour prendre le temps d'échanger dans des conditions favorables à l'expression de leur besoin. L'analyse de ces discours, des modes de vie et des difficultés de recours aux soins est ainsi venue compléter les analyses contextuelles et la recension des écrits scientifiques pour définir le contenu des interventions à mobiliser avec les intervenants (KADIO *et al.*, 2020 ; BONNET *et al.*, 2019).

Les équipes de recherche devraient s'assurer d'être en mesure de se mobiliser dans un temps restreint et proche de celui de l'intervention. Le temps long de la recherche n'est pas celui de la Risp. La rigueur des méthodes doit être mise en concurrence avec le temps relativement court auquel s'attendent les autres collègues de la Risp et les contextes en constante évolution (voir chapitre 1). Leur rôle est de se mettre au service des questions d'évaluation à propos de l'intervention et de ne pas imposer une méthode en particulier, celle que les chercheurs préfèrent. Le principe est de collecter les données dont on a besoin pour répondre aux questions d'évaluation sans s'engager dans un processus long et coûteux d'une collecte tous azimuts dont on ne saura que faire par la suite (voir chapitre 4). Évidemment, il ne s'agit pas de passer à côté, lorsque cela devient possible et que l'intervention le permet, du développement de connaissances plus théoriques, plus académiques ou moins

évaluatives et pragmatiques. Le défi pour les équipes de recherche est de pouvoir garder un équilibre entre ces deux facettes d'un même métier spécifique à la Risp. La gestion des données, tant du point de vue de la parcimonie que de leur transparence, est un rôle central dévolu aux équipes de recherche (qui ont besoin de personnel d'appui), toutes les parties prenantes de la Risp devraient y avoir accès. Le bien-fondé de ces méthodes et de l'utilisation des données doit être explicité à tous, sans présager (et préjuger) de l'incapacité des uns et des autres à les comprendre. Il s'agit aussi de partager du pouvoir et de contribuer au cours de la Risp, dans la mesure du possible, au renforcement des capacités des intervenants dans le domaine de l'évaluation, voire des décideurs et des populations. Le défi pour ces équipes est de bien vouloir travailler en interdisciplinarité, car la Risp est fondamentalement une aventure de plusieurs disciplines qui doivent s'accorder sans complaisance et en toute complémentarité (PLUYE, 2019). Ainsi, le travail en équipe, usant

ENCADRÉ 18

DE L'IMPOSSIBLE CONCILIATION ÉPISTÉMOLOGIQUE ENTRE CHERCHEURS

En France, un programme de Risp sur les inégalités sociales de santé démarre. L'originalité du projet est notamment de réunir des chercheurs qui n'ont pas encore travaillé ensemble, mais qui possèdent des compétences très complémentaires, sur le papier, et *a priori* utiles pour comprendre ce sujet complexe que sont les interventions qui visent à réduire les inégalités. Ils se connaissent de loin, lors de rencontres, de colloques ou de lectures de leurs articles. Il y a un médecin épidémiologiste, une sociologue et trois chercheurs en santé publique et promotion de la santé. Ces derniers prônent l'utilisation d'un plan de recherche inspiré de l'évaluation réaliste (chapitre 3), encore très nouvelle en France et peu appréhendée par les autres. Les débats sont sans fin tant la distance épistémologique est grande, voire irréconciliable. Lors des réunions tendues, les étudiants présents n'en reviennent pas et s'ils n'osent en parler, ils s'envoient des SMS en direct pour exprimer leur surprise de la virulence des propos. Les débats butent notamment sur la définition du concept de « mécanisme » (LACOUTURE *et al.*, 2015) qui est au cœur de l'approche réaliste et largement débattue dans le champ de la sociologie, voire de l'anthropologie (OLIVIER DE SARDAN, 2021). Finalement, le programme se terminera sans aucune collaboration possible et chaque groupe avancera ses réflexions de son côté (BRETON *et al.*, 2017).

de méthodes mixtes complémentaires et d'approches disciplinaires différentes (PLUYE, 2019), respectueuses les unes des autres est un défi essentiel à relever dans le cadre de la Risp ainsi qu'une approche réflexive pour en faire avancer les démarches (encadré 18). Ensuite, lorsque les chercheurs agissent comme consultants rémunérés par le budget de l'intervention du même financeur que cette dernière, des liens et des conflits d'intérêts peuvent apparaître dans le processus de la Risp. Si tous les liens d'intérêts ne se transforment pas en conflits d'intérêts, les rendre publics est essentiel, comme le font maintenant (presque toutes) les équipes en recherche clinique. Enfin, les aléas liés à l'intervention elle-même, tout comme ceux liés à la mobilisation des acteurs, rendent la Risp fondamentalement dynamique. Cela présente un intérêt, mais nécessite aussi de la part des chercheurs de trouver l'équilibre entre rigueur et méthodes souvent prédéterminées, d'une part, et nécessité d'ajustement dans la production de connaissances, d'autre part (encadré 19).

ENCADRÉ 19 DES CHERCHEURS OBSESSIONNELS ET ACADÉMIQUES

Le milieu de la recherche est constellé d'une myriade de personnes très différentes. Cependant, lorsqu'il s'agit de s'engager dans une Risp, les équipes de recherche doivent être en mesure de s'adapter aux besoins, en cherchant un compromis entre leur rigueur scientifique et le partage des résultats en temps opportun. Bien qu'ils connaissent parfaitement ces enjeux, deux chercheurs n'ont jamais vraiment pu concilier cette question alors qu'ils ont été très souvent impliqués dans des Risp. Ce sont des médecins formés à l'épidémiologie ou l'économie de la santé qui ont toujours été obnubilés par la précision de leurs analyses. Ils ont toujours poussé pour des plans de recherche expérimentaux qu'il était impossible à financer et lors de leurs analyses statistiques des effets des interventions, ils ont toujours cherché à les valider durant des mois, voire des années. Dix ans après, certaines des analyses ne sont toujours pas publiées, une thèse de doctorat en épidémiologie n'a jamais été terminée. Ils ont souvent refusé de publier des résultats préliminaires pour les intervenants tant qu'ils n'étaient pas publiés dans une revue scientifique dont on sait que cela nécessite souvent plusieurs années. Ce n'est pas l'apanage des quantitativistes, puisqu'un médecin anthropologue vient de refuser d'écrire une note de politique de ses résultats tant que son article ne serait pas publié par une revue savante, ce qui a été le cas un an après, même en choisissant une revue dont le taux d'acceptation est de 40 %.

Ainsi, les questions de recherche comme les méthodes d'investigation peuvent être amenées à évoluer au cours du projet de Risp (encadré 20), à l'image d'un plan de recherche flexible (ROBSON, 2011).

ENCADRÉ 20 DE L'EFFICACITÉ À L'ACCEPTABILITÉ

En Nouvelle-Aquitaine, une Risp vise à évaluer lors d'une étude pilote la transférabilité (l'efficacité dans un autre contexte) d'une stratégie de réduction des risques (RDR) liés à la consommation d'alcool dans différents contextes de soins et d'accompagnement des patients (centres de soins en addictologie, foyers, associations, etc.).

Un protocole mixte d'évaluation a été conçu pour évaluer à la fois l'effet de la stratégie sur la consommation d'alcool, l'addiction et des indicateurs de qualité de vie et de rétablissement (étude quantitative), mais aussi les adaptations réalisées à la stratégie RDR dans chaque contexte de soin et d'accompagnement (enquête qualitative). Au fur et à mesure de l'organisation de la stratégie de RDR, elle s'est avérée finalement peu proposée aux patients par les professionnels au regard des autres stratégies. Elle a aussi été peu acceptée par les patients alors même qu'elle rencontrait un franc succès dans le contexte initial où elle a été développée.

L'équipe a donc réorienté ses questions de recherche en ne travaillant plus sur les conditions d'efficacité dans d'autres contextes (la transférabilité), mais sur les conditions de son adoption ou non (faisabilité, acceptabilité, etc.).

Les décideurs et les financeurs devraient être en mesure de suivre de manière régulière la mise en œuvre de l'intervention et de participer aux prises de décision de l'évolution du contenu de la Risp au cours du temps. Des espaces de discussion à cet égard devraient être organisés (voir *infra*). Selon les contextes, ils pourront aussi faciliter l'accès aux terrains, surtout pour les équipes de recherche et s'assurer que des moyens suffisants sont déployés. Les défis sont ici liés au risque de vouloir orienter les interventions vers des problématiques moins pertinentes pour les populations que pour des enjeux politiques ou organisationnels. Les décideurs devraient aussi être attentifs aux normes éthiques de la Risp qui ne peuvent copier celles de la recherche en santé, souvent biomédicale, et s'adapter aux besoins des personnes concernées par les

interventions, surtout en contexte de vulnérabilité (RIDDE *et al.*, 2016). De ce point de vue, le défi est que la plupart des comités d'éthique et leurs membres sont très souvent des cliniciens ou des éthiciens avec peu de connaissances des enjeux spécifiques de l'éthique de la Risp (YAOGO *et al.*, 2012 ; HAMELIN *et al.*, 2018 ; 2020). Ainsi, leurs conseils ou recommandations peuvent parfois introduire des biais importants dans l'acceptabilité des interventions par les personnes concernées.

LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET LA RISP

La Risp est fondamentalement préoccupée par l'utilisation de ses résultats, sa fonction sociale décrite au chapitre 1, au-delà de l'unique diffusion des connaissances dans des revues savantes (voir *supra*). Ainsi, la question du transfert de connaissances, terme consacré et qui ne préjuge en rien du caractère interactif et multidirectionnel des savoirs et des stratégies (DAGENAIS *et al.*, 2013), est au cœur de la Risp. Il sera abordé en détail dans le chapitre 6.

Tableau 9 | Rôles et défis des acteurs de la Risp lors du transfert de connaissances (TC).

	Rôles	Défis
Intervenants	Utiliser la science pour l'intervention Expliciter leurs besoins en TC Participation active et facilitation des activités de TC Identifier les décideurs et les espaces de décision pertinents	Disponibilité Financement du TC Méfiance de la recherche et du TC Distance avec les décideurs
Populations	Être impliqué dès le début Participer à l'interprétation des résultats Influencer les décideurs	Disponibilité Littératie scientifique Corporatisme/communautarisme Sélection des résultats
Équipe de recherche	Accorder de l'importance au TC Produire des connaissances dans un temps raisonnable Rendre les connaissances accessibles Participation au processus de TC	Comprendre les processus de prise de décision Vouloir s'impliquer au-delà des aspects scientifiques Reconnaissance académique
Décideurs et financeurs	S'intéresser au TC et être disponible Participer à l'interprétation des résultats Financer le TC Réfléchir à l'utilisation possible des résultats Informar les autres des enjeux de la prise de décision Ouvrir des espaces de décision Interagir avec les responsables du TC	Volonté politique d'utiliser les résultats Distorsion et sélection des résultats Littératie scientifique Temporalité de la prise de décision Politisation des résultats

Les intervenants doivent être en mesure, non seulement de tenir compte de l'état des connaissances pour développer leur intervention (voir *supra*), mais aussi d'explicitier leurs besoins à cet égard afin d'obtenir le soutien des équipes de recherche ou des courtiers en connaissances (RIDDE *et al.*, 2013) qui auront un rôle d'intermédiation (voir chapitre 6). Leur participation devrait être active lors de toutes les stratégies de transfert de connaissances issues de leur intervention car, si les décideurs sont souvent les principaux destinataires de ces processus, les intervenants ont aussi tout à gagner au renforcement de leurs actions. Ils doivent pouvoir faciliter ces processus, repérer les besoins et les enjeux des décideurs et des personnes devant en bénéficier afin de soutenir leur adaptation pour qu'ils soient les plus efficaces possibles. Les défis sont liés au besoin de disponibilité et de financement pour ces activités de transfert de connaissances que les intervenants oublient souvent de planifier dans leurs budgets d'interventions. Ils ont souvent tendance à se méfier des équipes de recherche, surtout lorsqu'elles ont des comportements de supériorité laissant peu de place aux échanges de savoirs. Il faut être en mesure de surmonter ce défi pour que la collaboration soit fructueuse. Les intervenants ont parfois aussi tendance à penser qu'ils n'ont pas de rôle à jouer dans les activités de recherche ou d'influence des décideurs, alors que leur participation est pourtant essentielle et que leur investissement à cet égard peut être très utile. Certains souhaitent être très distants des décideurs et des financeurs par peur d'une récupération politique et d'une instrumentalisation de leurs interventions dans les contextes locaux.

Les populations sont rarement associées aux activités de transfert de connaissances et souvent cantonnées à être les récipiendaires de séances de vulgarisation scientifique ou de restitution de résultats. Pourtant, les patients-experts et autres personnes mobilisées dans leurs communautés peuvent être des personnes clés de la réussite de ces stratégies (LANGER *et al.*, 2016). Il est donc important de les impliquer, dès le début, dans la planification des activités de transfert de connaissances, puis subséquentement dans l'ensemble des processus. Elles peuvent avoir un rôle important à jouer dans l'influence des décideurs dans des contextes locaux, car les populations sont aussi celles qui votent et qui ont des relations privilégiées avec les élus. Pourtant, les défis de leur implication dans le transfert de connaissances sont nombreux : leur disponibilité, leur expertise à propos du sujet abordé, les moyens et les ressources pour s'impliquer, leur volonté d'influencer les décideurs, leur souci du plus grand nombre au-delà de leurs propres intérêts.

Les équipes de recherche doivent pouvoir comprendre, dès le début de la Risp, l'importance des activités de transfert de connaissances et le fait que leur production de connaissances est d'abord au service de l'intervention avant leur carrière académique. Leur rôle est de mettre au jour des données probantes utiles à l'intervention et accessibles à tous. Elles ne doivent pas arrêter leur implication dans la Risp une fois que la recherche est terminée, mais au contraire participer aux processus tout au long du transfert de connaissances. Leur responsabilité est aussi de partager, auprès du plus grand nombre et de la communauté scientifique, des résultats valides dans un espace temporel raisonnable pour en faciliter l'utilisation, notamment par les décideurs et dans le cadre des interventions. Le défi pour les chercheurs est d'adapter leur langage, d'éviter le jargon et de rendre accessibles leurs méthodes et leurs connaissances sans user de leur pouvoir symbolique créant une distance inutile avec les autres parties prenantes de la Risp (encadré 21). Parfois,

ENCADRÉ 21 DU JARGON DES CHERCHEURS ET DE LEURS EFFETS SUR LES INTERVENANTS

À l'occasion d'une Risp centrée sur la lutte contre le paludisme, l'équipe avait décidé d'organiser de nombreuses activités de transfert de connaissances. Pour cela, plusieurs formations avaient d'abord été offertes aux chercheurs et aux intervenants, car nous savions que les premiers ont parfois du mal à adapter leurs méthodes et leurs langages pour les seconds. Il s'agissait notamment d'améliorer la qualité et la lisibilité des diaporamas utilisés par les chercheurs lors des ateliers pour les intervenants, et de rédiger des notes sur des politiques accessibles au plus grand nombre en fournissant des recommandations opérationnelles. À cette occasion, nous avons dû constater la permanence de l'arrogance de certains universitaires, pensant tout savoir mieux que les autres et incapables de parler clairement et simplement. La socialisation de certains de ces derniers fait en sorte qu'ils internalisent l'usage d'un jargon, impossible à comprendre pour certains intervenants de terrain, mais indispensable à leur statut et aux jeux de pouvoir. Ils ont refusé d'adapter leur langage et leur forme d'écriture ou de présentation, faisant en sorte que les messages n'ont finalement que peu été compris par des intervenants tétanisés, intimidés ou simplement dubitatifs pour oser poser des questions et mieux comprendre ce qu'on leur présente sur leur intervention (Mc SWEEN-CADIEUX *et al.*, 2017).

les chercheurs passent d'un projet à l'autre sans avoir pris le temps de finaliser leurs rapports ou leurs analyses, publiant les résultats très longtemps après, ce qui est un défi majeur pour la Risp dont les résultats doivent être rapidement utilisables. Il est aussi parfois difficile pour les équipes de recherche de comprendre les espaces de prise de décision, de vouloir s'y engager et d'appréhender le fait que les décideurs font face à de multiples influences, au-delà des seules données probantes issues de l'intervention (CAIRNEY, 2016). En outre, les systèmes académiques ne valorisent pas encore suffisamment l'implication des chercheurs dans ces processus de transfert de connaissances, créant ainsi, pour certains, peu d'incitation à s'engager dans ces activités qui prennent du temps et qui ne servent pas beaucoup leur carrière (RIDDE, 2009).

Les décideurs et les financeurs doivent être en mesure d'accorder une importance particulière au transfert de connaissances, notamment dans les financements qu'ils vont octroyer à la Risp. Trop souvent, ces enjeux sont oubliés et c'est à la fin de l'intervention que l'on se demande comment faire pour que les résultats d'une Risp soient utiles, comme trop souvent on pense à la pérennité à la fin de l'action (PLUYE *et al.*, 2000). Ils doivent aussi être en mesure de s'intéresser aux résultats, de s'impliquer dans les processus de transfert de connaissances et d'être disponibles pour réfléchir à la manière dont les résultats de la Risp sont utiles à leur prise de décision. Ils doivent donc en tenir compte et informer les autres partenaires de la Risp, notamment les équipes de recherche, des moments et des espaces qu'ils jugent opportuns pour que les résultats soient présentés. Ils doivent en outre interagir avec ceux qui s'occupent de ce partage pour s'assurer que les données probantes soient compréhensibles et présentées de manière factuelle et convaincante. Leur participation à l'interprétation des résultats peut être un facteur favorable à la prise de décision ultérieure, tant que la qualité intrinsèque de l'étude (validité interne, essentiellement sous la responsabilité de l'équipe de recherche) et que la capacité à extrapoler les résultats à d'autres contextes sont sous leur responsabilité (validité externe). Les défis sont évidemment de nature politique, dans la manière et la capacité des décideurs à utiliser les résultats et à voir comment ils peuvent être pris en compte sans choisir ce qui les arrange. Leur souhait de partager la prise de décision et l'implication avec les autres parties prenantes de la Risp doit être relevé. La disponibilité des décideurs/financeurs, mais aussi leur formation (littératie) en méthode de recherche et en transfert de connaissances est un défi de leur implication et de leur compréhension de la Risp.

Les responsables des sociétés et des revues savantes sont par ailleurs moins concernés par la conception et la mise en œuvre des interventions que par le transfert de connaissances. Ils ont en effet un rôle important à jouer en accordant plus de place à la Risp. En effet, notamment dans le domaine de la santé, les défis d'une Risp interdisciplinaire et appliquée sont nombreux pour pouvoir exister et être pris en compte. La santé, et notamment la santé des populations francophones (RIDDE *et al.*, 2021), est encore peu ouverte à ces enjeux, car elle est dominée par une approche biomédicale et pasteurienne à laquelle les logiques et les approches de la complexité de la Risp sont confrontées, comme la crise de la pandémie de Covid-19 vient parfaitement de le montrer à nouveau (PAUL *et al.*, 2020). Les sociétés savantes doivent donner plus de place aux débats et aux formations à la Risp dont les compétences essentielles sont de plus en plus normalisées (RILEY *et al.*, 2015). Les revues scientifiques doivent accorder plus de valeurs et de place aux Risp tant pour partager les résultats que pour proposer des analyses réflexives sur ces processus (ALEXANDER *et al.*, 2020) et sur les défis qui conduisent à créer un partenariat efficace d'une myriade d'acteurs autour d'une intervention. Un groupe de chercheurs a notamment demandé que plus de place soit laissée à la présentation des contextes dans les revues scientifiques tant ces éléments sont essentiels pour comprendre les données probantes issues des Risp (CRAIG *et al.*, 2018). Enfin, comme nous l'avons abordé plus haut, les liens et conflits d'intérêts devraient être une préoccupation constante des revues savantes afin de permettre aux lecteurs des articles scientifiques de Risp de comprendre les circonstances, notamment financières, de la collaboration entre les chercheurs et les intervenants.

I L'IMPORTANCE DES ACTEURS DE PREMIÈRE LIGNE

Pour les personnes habituées à la lecture des écrits sur les politiques publiques, elles ne seront pas surprises de lire l'importance, que nous souhaitons mettre en exergue, des acteurs de première ligne, ce que LIPSKY (2010) a dénommé en anglais des « *street-level workers* ». Pour lui, ce sont les véritables décideurs des interventions, au-delà des personnes qui ont des responsabilités dans la formulation ou le

financement des actions en amont. Ces personnes, à l'interface entre celles qui vont (devraient) profiter de l'intervention et celles qui ont décidé qu'elle devrait être organisée, sont au cœur de l'efficacité potentielle. Le soutien que l'on doit leur apporter et leur implication dans l'organisation sont bien souvent un gage de réussite et des facteurs de la qualité de la mise en œuvre (MEYERS *et al.*, 2012).

Pourtant, les chercheurs et les acteurs de la santé des populations accordent encore trop peu d'attention au rôle de ces personnes, contrairement aux politologues, aux sociologues ou aux anthropologues pour qui les interventions ne peuvent être comprises que par le « bas » (OLIVIER DE SARDAN, 2021), sans que ce terme soit évidemment péjoratif (ERASMUS, 2014). Les évaluateurs connaissent bien le concept de fidélité de l'intervention puisque nous savons que ce qui est formulé dans les documents de projet est très rarement réellement mis en place sur le terrain. On ne change pas une société par décret, disait Michel CROZIER (1979), pas plus que l'on organise des interventions avec des cadres logiques (GIOVALUCCHI et OLIVIER DE SARDAN, 2009). Fidélité et adaptation des interventions sont donc les deux faces de la pièce de l'efficacité de la mise en œuvre des actions (PÉREZ *et al.*, 2016). Or, ces pièces se trouvent dans le porte-monnaie des acteurs de première ligne qui décideront, *in fine*, s'ils veulent que l'intervention soit disponible et utile pour les personnes concernées. Au Burkina Faso par exemple, des recherches ont montré que si des réglementations existaient depuis très longtemps pour que les plus pauvres puissent avoir accès gratuitement aux soins de santé, les infirmiers de première ligne les connaissaient peu et les appliquaient encore moins (RIDDE *et al.*, 2018). Malgré cela, et beaucoup diront que c'est un truisme ou simplement le bon sens, on voit encore beaucoup d'interventions formulées sans aucune participation des personnes qui devront les mettre en œuvre par la suite et ne parlant pas de l'implication de celles qui devront en bénéficier ou en subir les conséquences comme on l'a vu dans la crise Covid-19. De même, on voit encore beaucoup d'équipes de recherche décider, sans les intervenants, des questions d'évaluation auxquelles elles chercheront à répondre en mobilisant leurs méthodes sophistiquées. Sans s'inscrire obligatoirement dans des processus de recherche-action (voir chapitre 1) où toutes les décisions sont prises par et pour les personnes concernées (SYLVESTRE *et al.*, 2019 ; REASON et BRADBURY, 2001), la Risp doit accorder une place prépondérante aux acteurs de première ligne, au-delà de l'importance essentielle des personnes à qui s'adresse l'intervention.

On l'aura compris, la Risp implique la mobilisation de multiples acteurs et fera donc appel à l'organisation de partenariats dont les défis sont immenses et pour lesquels les chercheurs sont rarement formés.

I CONCLUSION : LES DÉFIS DU PARTENARIAT

S'engager dans une Risp nécessite l'implication d'une large panoplie d'acteurs, comme nous l'avons vu. Il s'agit de mettre en musique des joueurs de multiples disciplines scientifiques et des expertises intersectorielles dans le domaine de l'intervention et de la mobilisation des populations. Pour les scientifiques, les défis de l'interdisciplinarité sont connus, mais rarement relevés (RESWEBER, 2011), notamment dans les formations en santé des populations (RIDDE *et al.*, 2021). Pour les interventions, les enjeux de l'intersectorialité sont appréhendés depuis longtemps, notamment dans le domaine de la promotion de la santé (CORBIN, 2017) et lorsque l'on doit travailler avec des communautés (BOUTILIER *et al.*, 2000). On ne peut évidemment faire abstraction des enjeux de pouvoir dans les processus de partenariats. En effet, le partenariat est compris comme « un espace d'interactions entre des acteurs différents et socialement inégaux qui défendent une vision de la réalité qui dépend de leur identité, de leur position sociale et de leur histoire » (BILODEAU *et al.*, 2003). Ces enjeux concernent quasiment toutes les situations de Risp. Ainsi, les différences engendrent des enjeux de pouvoir au regard des disciplines des équipes de recherche (sciences sociales *vs* sciences fondamentales), des statuts des personnes (statutaires *vs* stagiaires et contractuels précaires ; universitaires *vs* associatifs) ou des genres et des origines sociales des individus mobilisés, etc. La liste des différences qui mobilisent des enjeux de pouvoir est infinie.

Ainsi, il nous semble important de bien comprendre comment les partenariats fonctionnent pour s'assurer d'une Risp éthique, respectueuse des diversités, mais aussi efficace pour répondre aux questions posées. Les conseils d'Angèle Bilodeau à cet égard sont particulièrement utiles à partager (BILODEAU *et al.*, 2003 ; 2011). Avec son équipe, elle a proposé un outil qui permet de réaliser un diagnostic du contexte du partenariat

(en place ou à organiser) pour ensuite soutenir les efforts d'un travail en commun, autour de la Risp dans notre cas. L'outil propose une démarche en trois dimensions, pas forcément linéaire (encadré 22).

ENCADRÉ 22 DÉVELOPPER LE PARTENARIAT

Mieux comprendre les acteurs en jeu et ceux qui doivent former le partenariat :

- explorer tous les aspects importants de la situation à modifier ;
- identifier les acteurs déjà engagés et sollicités ;
- examiner tous les points de vue, toutes les perspectives ;
- mobiliser les acteurs stratégiques et névralgiques.

Chercher à résoudre les controverses :

- définir un projet de Risp commun provisoire ;
- établir un tableau des controverses pour centrer les débats sur des litiges spécifiques ;
- identifier les évolutions/déplacements possibles des acteurs pour résoudre les controverses.

Proposer de nouvelles solutions :

- Adapter et innover

Source : d'après BILODEAU *et al.* (2003 ; 2011).

Dans le contexte d'un partenariat, la qualité de la mise en œuvre d'une Risp pourrait être résumée en trois facteurs, à la suite de Bilodeau et ses collègues (BILODEAU *et al.*, 2003) : une dynamique de participation de tous suffisante, une prise en compte de l'égalisation des rapports de pouvoir, une combinaison des savoirs.

En effet, les questions de pouvoir, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, étant au cœur de ces processus, l'idée est de trouver les moyens d'établir un rapport le plus équilibré possible entre les parties prenantes associées. Il ne s'agit pas de créer des contraintes, mais de créer un environnement favorable où chacun serait en mesure de mobiliser ses atouts et ses expertises (et dont tout le monde dispose !) pour la collectivité, ici mobilisée pour la Risp. Il est essentiel donc de bien reconnaître que tout le monde dispose de forces, mais

aussi de responsabilités. L'un des défis, nous dit Angèle Bilodeau, est de maintenir constante, tout au long du projet de Risp, cette attention envers ces questions de pouvoir et de compétences. Il faut se donner les moyens de travailler ensemble même si nous avons des logiques différentes. Cette question doit être abordée le plus tôt possible dans une Risp, sans se cantonner au moment de sa formulation et tout au long des étapes de sa mise en œuvre. À ce sujet, des instances de discussion et d'échange à toutes les étapes peuvent être mobilisées pour soutenir ces réflexions (BILODEAU *et al.*, 2006). On pense notamment aux conflits permanents entre les chercheurs lorsqu'il s'agit de décider des signataires et de leur place dans les productions scientifiques issues d'une Risp (RIDDE *et al.*, 2016).

LA RISP, UNE DÉMARCHE POUR SOUTENIR LES DÉCISIONS ET LES INTERVENTIONS

| LA PERTINENCE SOCIALE AU CŒUR DE LA RISP

Dans le domaine de la recherche en général, la pertinence scientifique, avec la rigueur méthodologique, est au cœur des critères d'évaluation. Il s'agit de montrer que la recherche va permettre d'améliorer les connaissances sur un sujet en particulier. Les équipes de recherche doivent ainsi démontrer qu'elles ne vont pas déployer leurs méthodes pour décrire un phénomène dont on connaît l'existence depuis des décennies (fumer provoque-t-il le cancer ?) ou tester une hypothèse qui n'est plus originale (les interventions de cessation tabagique profitent-elles d'abord aux moins pauvres ?). La Risp est une forme de recherche (voir chapitre 1), elle doit donc nécessairement répondre aux critères de la pertinence scientifique et de la rigueur méthodologique (répondre aux questions par des méthodes appropriées et rigoureuses). Cependant, par son caractère appliqué et contextuel, elle doit aussi s'analyser au regard de sa pertinence sociale. Autrement dit, les équipes (voir chapitre 5) qui s'engagent dans une démarche de Risp doivent aussi s'interroger sur la finalité de leurs travaux pour l'amélioration des pratiques, des actions et des politiques, certains avancent même l'idée d'un changement social.

Si la pertinence sociale est au cœur de la Risp, nous savons depuis les réflexions anciennes sur la relation entre le savant et le politique (WEBER, 1963) que ces interactions ne sont ni évidentes ni linéaires et encore moins automatiques (PARKHURST *et al.*, 2018). Une idée reçue largement véhiculée serait que « la présentation de preuves scientifiques aide les décideurs à agir rationnellement » (OUMET et BÉDARD, 2015). La prise de décision pour changer les pratiques à partir des résultats d'une Risp n'est évidemment pas un long fleuve tranquille ! L'utilisation des résultats de recherche ne coule donc pas de source. Il peut arriver que des responsables politiques ou stratégiques s'approprient des résultats de Risp, mais c'est plus l'exception que la règle comme on l'a vu lors de la pandémie de Covid-19.

Il devient donc nécessaire, pour les équipes qui s'engagent dans une Risp, de prendre très tôt conscience de l'importance de réfléchir et de planifier des activités *a priori* favorables à l'utilisation des résultats. Comme nous le verrons plus bas, l'état des connaissances sur ces activités commence à être largement disponible (LANGER *et al.*, 2016 ; DAGENAI et ROBERT, 2012). Comme pour la pérennité des interventions (PLUYE *et al.*, 2005), l'utilisation des résultats de recherche doit être pensée au même moment que lors de la planification de la Risp. Les chances que les résultats soient utiles et utilisés seront d'autant plus grandes que cela aura été prévu au départ de la Risp et que des activités spécifiques et potentiellement favorables à leur usage auront été budgétisées et mises en œuvre. Le classique atelier final de dissémination des résultats d'une Risp aux décideurs n'aura que peu d'influence sur les prises de décision s'il n'est pas accompagné, au préalable, par une myriade d'activités de transfert de connaissances (Mc SWEEN-CADIEUX *et al.*, 2017). L'un des outils utiles à cette planification est la production, au moment de la planification de la Risp, d'un plan de transfert de connaissances, à l'instar d'un protocole d'évaluation ou d'un plan de passage à l'échelle que l'on doit proposer en amont. Évidemment, les formes de Risp telles que les recherches-actions (REASON et BRADBURY, 2001) ou l'évaluation développementale (PATTON, 2010) peuvent aussi largement accroître les chances de l'utilisation de leurs résultats, au-delà de la production d'un plan de transfert de connaissances puisque cet objectif est consubstantiel à leur déploiement.

Ce plan de transfert de connaissances pourra être amélioré avec l'aide d'une personne experte dans ce domaine une fois la Risp financée et

démarrée. Il peut cependant être développé lors de la rédaction du projet de Risp avec la collaboration de tous les acteurs concernés, même si vous n'avez pas toutes les habilités pour cela. Il devra notamment préciser :

- les connaissances de la Risp qu'il s'agirait de partager : choisir *a priori* les messages clés, quelles dimensions particulières de l'étude à mettre en avant ;
- les personnes et organisations à qui ces connaissances s'adresseraient pour une prise de décision ou une influence ;
- les objectifs, selon les acteurs clés, du transfert de connaissances ;
- comment et qui organiserait le processus de transfert de connaissances ;
- à quels moments s'agirait-il d'organiser ces activités.

Évidemment, il n'est jamais facile, lorsque l'on démarre une Risp, ou simplement quand on commence à en définir les contours, de savoir quelles connaissances seront les plus utiles et pour qui. Mais il faut comprendre que la production d'un plan de transfert de connaissances n'est pas une fin en soi ni un document de reddition de compte. Il doit être compris comme un processus que l'on va faire évoluer au fur et à mesure de la mise en œuvre de la Risp, des besoins, des connaissances produites, des fenêtres d'opportunités pour mettre les résultats en avant afin d'éclairer la prise de décision, du contexte local et national, etc. Mais se mettre dans la posture du transfert de connaissances, dès le démarrage et selon une démarche collective et participative, permet de mettre toutes les parties prenantes dans la même barque sur le fleuve de l'influence des prises de décision par les résultats de la Risp. Le plan de transfert de connaissances n'est pas une panacée, mais un outil qu'il faudra faire vivre pour l'adapter aux besoins et pour le rendre, lui aussi, utile. Enfin, le suivi (*monitoring*) et l'évaluation de ce plan de transfert de connaissances doivent être une démarche à entreprendre, non seulement au cours de la Risp pour s'adapter selon des indicateurs à suivre, mais aussi plus tard, pour apprendre de nos pratiques et nous améliorer. La pratique réflexive, tout comme la pertinence sociale, est une valeur fondamentale de la Risp (TREMBLAY et PARENT, 2014) et une compétence essentielle du transfert de connaissances, comme nous le verrons ci-dessous.

I DES PROCESSUS FAVORABLES À L'UTILISATION DES RÉSULTATS

Les débats sont nombreux et anciens autour du rôle des équipes d'évaluation. D'un extrême à l'autre, certains (qu'ils soient anthropologues ou épidémiologistes) pensent que ces équipes doivent limiter leur rôle à la production de données rigoureuses sur l'intervention, tandis que d'autres avancent que leur implication dans le soutien à la prise de décision pour améliorer les actions est consubstantielle à leur métier. Michael Quinn PATTON (2008) est célèbre pour avoir notamment développé un courant de pratique : l'évaluation centrée sur l'utilisation (voir chapitre 1). Il préconise que les questions essentielles à poser par les équipes d'évaluation aux commanditaires et intervenants soient : que voulez-vous faire des résultats ? À quoi cela va-t-il vous servir ? L'utilisation est une des branches de l'arbre de l'histoire de l'évaluation (LEMIRE *et al.*, 2020). Pour Patton, ce sont les échanges autour des réponses à ces questions qui vont influencer les choix évaluatifs et donc la manière dont la Risp va être organisée. Si Patton n'évoque pas le plan de transfert de connaissances, il propose un processus évaluatif qui s'en préoccupe largement. BAMBERGER et RUGH (2012) proposeront plus tard que ces choix soient effectués en fonction de quatre facteurs essentiels, qui sont autant de contraintes au processus délibératif entre les acteurs de la Risp (voir chapitre 5) : le temps (de la recherche et de l'intervention), les données (leur disponibilité, leur qualité, leur usage potentiel, conditionnant le choix des démarches et des méthodes présentées aux chapitres 3 et 4), le budget (la disponibilité et l'ampleur), et la politique (les enjeux de décision et d'utilisation des résultats).

Ce dernier élément replace donc la question de l'utilisation des résultats de la Risp dans le champ stratégique et politique pour ne pas la cantonner à un aspect purement technique et méthodologique, mais sans pour autant basculer dans le plaidoyer des associations militantes. Cela ne veut évidemment pas dire que les organisations dont le mandat est le plaidoyer ne peuvent pas s'approprier des résultats de Risp ou collaborer avec des équipes de Risp pour changer des pratiques et des politiques (encadré 23). La Risp reste une forme de recherche à propos d'interventions de santé publique (voir le chapitre 1). À ce titre, elle a évidemment des implications pratiques et politiques – de nombreuses

ENCADRÉ 23

UN EXEMPLE DE PLAIDOYER EFFICACE À PARTIR DES RÉSULTATS DE RIS-P

À Montréal (Canada), des associations ont montré pendant de très nombreuses années l'injustice vécue par les enfants de parents migrants n'ayant pas d'assurance santé. La loi québécoise était ainsi faite que ces enfants, même lorsqu'ils étaient nés au Québec, n'avaient pas droit à l'accès aux soins dans les structures publiques de santé, car leurs parents, souvent sans document administratif, n'étaient pas assurés au régime public. Pour rendre compte de ces situations avec une démarche scientifique, une équipe de recherche s'est mobilisée avec ces associations pour produire des connaissances sur les défis et les conséquences de l'accès aux soins des migrants sans assurance santé (BELAID *et al.*, 2020 ; RIDDE *et al.*, 2020b). Un partenariat a été organisé, des financements mobilisés et des articles scientifiques et de vulgarisation ont été produits. Des vidéos de partage des connaissances sur la situation ont été produites par l'équipe de recherche et un large dossier de plaidoyer a été monté par une fondation (<https://tout-petits.org/publications/dossiers/acces-soins-desante-migrants>) afin d'influencer les parlementaires. La fondation a mobilisé toutes ces ressources et une très large coalition d'acteurs pour faire évoluer la loi. C'est finalement au cours de l'année 2021 que la loi a été changée afin de permettre à ces enfants d'avoir accès aux soins même si celui pour les femmes enceintes n'est pas encore réglé et les associations se sont de nouveau mobilisées. Il reste encore beaucoup d'efforts de transfert de connaissances à organiser concernant l'accès aux soins de santé des migrants au Canada (MERRY et PELAEZ, 2021).

revues de santé publique demandent maintenant aux auteurs d'ajouter une section spécifique à ces implications –, mais la mobilisation de recherche-action participative dans une perspective de changement social – par exemple féministe ou autochtone (WEHIPEIHANA, 2019) – reste encore (trop) rare.

Mais peut-on vraiment affirmer que ces parlementaires québécois ont utilisé ces connaissances scientifiques pour prendre des décisions ? Ne serait-ce pas plus complexe que cela, comme la pandémie de Covid-19 vient de le confirmer de nouveau ? De quelles utilisations et de quelles connaissances parle-t-on ? Qu'est-ce qui conditionne leur choix ou leur ignorance (encadré 24) ?

ENCADRÉ 24

DE LA DIFFICILE APPRÉHENSION DE CE QUE « CONNAISSANCES » SIGNIFIE EN SANTÉ PUBLIQUE

Dans le cadre de la gestion de la crise Covid-19, la plupart des pays ont réuni un ou plusieurs comités scientifiques chargés de les conseiller dans les mesures à adopter (RAJAN *et al.*, 2020). Quasiment partout dans le monde, ces comités ou conseils scientifiques ont réuni des experts en infectiologie et des cliniciens, oubliant que la propagation épidémique est avant tout une question de comportements et de structures fonctionnant en système.

Les mesures ainsi mises en œuvre se sont centrées sur une focale (la saturation hospitalière à éviter) et sur des actions propres à ces milieux disciplinaires en réponse aux données mobilisées (si le virus se transmet d'une personne à une autre par la proximité et le contact, supprimons les contacts et la proximité) : limitation des interactions sociales allant jusqu'à des séries de confinements de population entière et, pour inciter les personnes à respecter ces mesures, une communication anxiogène et parfois des mesures coercitives.

Ces mesures ont eu pour effet d'épuiser la population (fatigue pandémique), d'altérer la santé mentale, de réduire l'accès aux soins non liés au Covid-19 et d'augmenter les inégalités de santé. Elles ont contribué également à déplacer un fardeau Covid-19 centré sur les plus âgés, vers les plus jeunes dont l'effet des mesures s'est avéré majeur et en complet déséquilibre avec leur vulnérabilité à la maladie Covid-19 (CAMBON *et al.*, 2021). Face à ce constat, les décideurs ont argué l'usage des données scientifiques mobilisées par leurs experts, sans jamais remettre en question la manière dont ils avaient choisi et mobilisé ces derniers, pas plus que leur représentativité du problème. Ainsi, très peu de données probantes sur l'acceptabilité des mesures sur le long terme, sur leurs impacts négatifs sur la santé globale et les inégalités, sur les registres de communication les moins délétères ou encore sur les mesures environnementales de réduction des risques qui pouvaient être appliquées (par exemple les purificateurs d'air et détecteur de CO₂) ont été mobilisées au cours de la première année et peine encore à l'être, en France, lors de la seconde année.

Cet exemple montre bien comment une approche mono-disciplinaire peut être nuisible, notamment dans le choix de mobiliser certaines données (de cette discipline) au détriment d'autres et peut conduire à une politique de santé néfaste. Ainsi, le recours aux données probantes n'est pas un bienfait en soi, si la question est mal posée, si les

réponses apportées ne sont pas interdisciplinaires et si les modalités et les processus mis en œuvre pour y répondre sont mal définis. Si ces comités scientifiques avaient intégré d'autres experts de santé publique, tels que des spécialistes des stratégies de prévention, des psychologues, des sociologues, ou encore des acteurs des milieux de vie pour envisager des aménagements moins délétères aux mesures, les réponses auraient sans doute été différentes.

I DE L'UTILISATION DES RÉSULTATS À L'INFLUENCE DES CONNAISSANCES

Dans l'histoire de la réflexion concernant la question de l'utilisation de la recherche (PARKHURST *et al.*, 2018), on rappelle souvent les travaux de WEISS (1979) qui a proposé trois formes d'usages qui se sont largement diffusés par la suite. Elle suggérait ainsi que les résultats de recherche peuvent être utilisés de manière :

- instrumentale : changer des pratiques, des actions, des politiques ;
- conceptuelle : renforcer la compréhension d'un phénomène ;
- symbolique : légitimer une décision, parfois (souvent) déjà prise.

Cette trilogie a donné lieu à de multiples débats et raffinements (ALKIN et TAUT, 2002) et les travaux sur la question de l'utilisation de la recherche se sont multipliés (COUSINS et SHULHA, 2006). Certains ont ensuite proposé de ne pas limiter la question de l'utilisation à celle des résultats des recherches (*findings use*), mais aussi aux processus de recherche (*process use*), expliquant que c'est aussi durant la mise en œuvre des interventions que la recherche peut être utilisée par les parties prenantes d'une Risp (COUSINS, 2008). On s'approche ici de la démarche d'évaluation développementale proposée par PARTON (2010) dans laquelle l'équipe d'évaluation n'est pas externe, mais partie prenante de l'intervention. Elle cherche à faire en sorte que l'intervention soit guidée par les résultats de l'évaluation, et que ces derniers soient partagés au fur et à mesure, sans attendre le temps long de la production des analyses et des rapports. C'est en quelque sorte le terme à la mode d'*implementation research*, mais tout au long de la vie de l'intervention et pas uniquement lors de sa formulation (PETERS *et al.*, 2013), comme proposé par les tenants de ce concept.

Ainsi, dans un article célèbre, Karen KIRKHART (2000) a proposé d'avancer dans la réflexion sur cette question de l'utilisation de la recherche en usant plutôt du vocable d'influence, au sens de la capacité des résultats de la Risp à produire des effets sur la prise de décision par des moyens indirects et donc plus subtils que la vision parfois instrumentale et directe du terme d'utilisation. En ayant recours au terme d'influence, elle propose ainsi d'ouvrir la focale des effets de la recherche dans une perspective multidirectionnelle (des sources multiples), temporelle (selon la vie de l'intervention) ou intentionnelle (ou non). La question de l'absence d'utilisation, voire d'utilisation abusive a aussi été abordée dans les écrits sur le sujet (COUSINS, 2004).

Puisque la Risp vise aussi à faire en sorte que les connaissances soient utiles à la prise de décision, il faut s'interroger sur cette dernière notion. De quelles connaissances parle-t-on dans le contexte d'une Risp ? Évidemment, dans le secteur de la santé, le réflexe est de penser aux données probantes, aux preuves et aux résultats de recherche, autant de traductions du concept anglophone « *evidence* », intraduisible en français, sauf à user d'un anglicisme qui semble se déployer à grande échelle. Cette question des données probantes n'est pas nouvelle en Risp, car elle a été l'objet de nombreux débats, notamment par les acteurs de la promotion de la santé (O'NEILL, 2003 ; UIPES, 2004) qui ont dû, et doivent encore, lutter pour montrer que les connaissances issues de leurs approches, différentes des sciences de la santé et de l'*evidence-based medicine* (SACKETT *et al.*, 1996) (voir chapitre 1) et autres méthodes expérimentales, sont toutes aussi valides pour soutenir et influencer les prises de décision. Ces données probantes peuvent aussi être qualifiées de connaissances tacites ou explicites, provenant de la recherche, mais aussi de l'évaluation ou des bases de données de santé publique. Par exemple, les données de routine, celles collectées quotidiennement dans les formations sanitaires peuvent être de puissantes informations pour évaluer des expérimentations naturelles (PETTICREW *et al.*, 2005 ; SHADISH *et al.*, 2002) dans le contexte de la Risp à l'aide de devis quasi expérimentaux (voir chapitre 1) et de séries chronologiques. L'évaluation de l'efficacité d'une intervention de santé maternelle financée par l'Agence française de développement au Tchad a récemment montré la pertinence de ces données de routine (MANOUFI *et al.*, 2021), y compris dans un contexte difficile comme ce pays secoué par des troubles politiques réguliers. Encore faut-il que ces données soient accessibles au bon moment pour la Risp, sans compter les défis inhérents à l'éthique

(et sa bureaucratie) de leur utilisation par les demandes d'autorisation d'utilisation à l'administration et aux comités d'éthique.

Mais, il « n'existe pas de connaissance explicite en soi » (CATINAUD, 2015), elles sont toujours contextuelles et influencées par des enjeux sociaux tels que cela a bien été montré pour les politiques de santé en Afrique par exemple (FILLOL *et al.*, 2020). L'utilisation des résultats de recherche et le transfert de connaissances s'inscrivent donc nécessairement dans cette contextualisation des données probantes. Ainsi, au-delà des connaissances issues de la recherche, il est aussi essentiel de comprendre et de tenir compte des connaissances expérientielles et des savoir-faire des intervenants de santé publique, dont la mise au jour n'est pas toujours systématique alors qu'elles sont tout autant à prendre en compte.

Enfin, on ne peut faire l'économie de l'analyse politique de la production des connaissances et des injustices épistémiques et cognitives qu'elle peut engendrer (PIRON *et al.*, 2016). Les démarches de Risp, où les enjeux de pouvoirs peuvent être importants, doivent nécessairement prendre en compte cette problématique, notamment (mais pas uniquement) lorsque l'on travaille avec des populations vivant dans des situations difficiles, comme des migrants sans statut administratif, des personnes racisées² ou des populations autochtones pour ne prendre que ces exemples. La Risp doit, elle aussi, devenir plus inclusive. Rien ne doit se faire pour eux sans eux, comme le proposent Émilie Robert et ses collègues (ROBERT *et al.*, 2018).

Les résultats des Risp sont donc de multiples natures et leur utilisation lors des interventions ou à la fin des analyses pour influencer les décisions et les pratiques ne sont ni simples ni évidentes. Le besoin de formation des parties prenantes au transfert de connaissances est aussi urgent à développer qu'essentiel à institutionnaliser (encadré 25). En effet, la recherche et l'expérience ont montré que de multiples facteurs pouvaient influencer leur utilisation (DAGENAIS *et al.*, 2013), ce que nous résumons dans la section suivante.

2. Simona Tersigni explique qu'« une personne racisée est l'objet d'un processus de catégorisation et de différenciation en fonction de caractéristiques somato-psychologiques héréditaires socialement instituées comme naturelles » (CRENN et TERSIGNI, 2012).

ENCADRÉ 25

DES COURS EN LIGNE GRATUITS ET EN FRANÇAIS POUR SE FORMER AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

L'équipe Renard au Québec (<https://www.equiperenard.org>), une équipe de recherche en partenariat sur le transfert de connaissances, en collaboration avec l'Institut de recherche pour le développement (IRD) a développé trois cours en ligne gratuits et en français. Face à la demande de plus en plus grande de former les acteurs de la Risp (voir chapitre 5) au transfert de connaissances, ils ont décidé de déployer ces formations à grande échelle afin de les rendre accessibles au plus grand nombre de la planète francophone. Le contenu de ces cours en ligne a largement inspiré ce chapitre. Trois cours sont aujourd'hui accessibles pour introduire le transfert de connaissances (20 heures), produire des notes de politique (15 heures) et former les acteurs au courtage en connaissances (15 heures).

I LES FACTEURS QUI INFLUENCENT L'UTILISATION DES RÉSULTATS

Les stratégies mises en œuvre pour favoriser l'utilisation des résultats de la Risp sont un des facteurs essentiels qui influencent l'utilisation des résultats et nous allons les évoquer en détail dans la prochaine section. On peut cependant ici annoncer l'importance de choisir la stratégie la plus pertinente au regard des besoins et des fenêtres d'opportunité, un café le matin avec un ministre est parfois plus utile qu'un atelier de trois jours avec 300 personnes... mais pas toujours. Ensuite, il faut être en mesure d'établir, sur le long terme, des contacts réguliers, soutenus et directs avec les utilisateurs potentiels des résultats de la Risp. Il faut être tenace et résilient. Ensuite, il est important d'adapter les connaissances produites pour en favoriser la prise en compte, mais aussi afin d'être en mesure, ce qui n'est jamais facile, de les rendre opérationnelles pour qu'elles soient potentiellement utilisables. Enfin, et les débats sont nombreux à ce sujet, certains proposent que les équipes de recherche n'arrêtent pas leur rôle à la production des connaissances – y compris dans un processus de co-construction (DUPIN *et al.*, 2015) –, mais

continuent à soutenir les décideurs et les intervenants en les accompagnant dans les changements de pratiques ou de politiques qu'ils souhaitent organiser. Ainsi, en s'inscrivant dans cette perspective, on voit bien combien l'organisation actuelle et traditionnelle du monde de la recherche (de ses modes de recrutements, d'évaluation ou de financement par exemple) rend ces processus difficiles à mettre en œuvre (RIDDE, 2009).

L'ensemble des acteurs impliqués dans une Risp (voir chapitre 5) ne disposent pas forcément ni de l'envie ni des compétences pour s'engager dans des processus de transfert de connaissances. Ces dernières sont en effet multiples et une communauté de pratique a proposé une liste des compétences essentielles (https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/referentiel_competchances_transfert_connaissances.pdf). Ce travail permet de mettre en exergue les connaissances requises et les atouts pour la réalisation d'un transfert de connaissances, ainsi que les comportements qu'il faudrait observer à cet égard. Ces compétences sont organisées autour de cinq dimensions d'un processus de transfert de connaissances, proches des processus *a priori* efficaces selon un travail de synthèse effectué il y a quelques années concernant la science de l'utilisation de la science (LANGER *et al.*, 2016) :

- adaptation des connaissances et production d'outils de transfert de connaissances ;
- diffusion et partage de connaissances ;
- soutien à l'organisation des pratiques et à l'appropriation des connaissances ;
- soutien à l'évaluation des produits, activités ou stratégies de transfert de connaissances ;
- soutien au développement de la capacité organisationnelle en matière de transfert de connaissances.

Puis l'outil propose la présence de sept compétences essentielles qui se déclinent en autant de tâches au sein des cinq dimensions :

- établir et maintenir des liens et des collaborations entre les parties prenantes ;
- identifier les besoins en transfert de connaissances ;
- planifier et assurer la gestion des projets de transfert de connaissances ;
- développer des outils spécifiques et pertinents ;

- collecter, analyser et synthétiser les informations et les données probantes ;
- rédiger et présenter de manière accessible les connaissances ;
- adopter une approche réflexive.

Pour continuer concernant ces facteurs, il est évident que *les équipes de recherche*, tant par leurs caractéristiques propres que leurs attitudes et leurs compétences, exercent une influence sur l'utilisation des résultats. On ne compte plus les chercheurs qui ne souhaitent pas s'impliquer au-delà de la production d'articles scientifiques ou les professeurs arrogants qui ne sont pas en mesure de parler et de communiquer sans jargon (de l'usage du concept d'épistémologie à celui du *odds ratio*) et avec suffisance auprès des intervenants de terrain, pourtant souvent désireux de contribuer à la recherche (DAGENAIS et RIDDE, 2020). L'humilité est une compétence rare en recherche (THE LANCET GLOBAL HEALTH, 2021), mais fondamentale pour naviguer et construire avec les acteurs de la Risp (voir chapitre 5). Cette dernière étant par nature interdisciplinaire, l'esprit d'ouverture aux autres disciplines scientifiques et aux autres méthodes est essentiel. En effet, pour disposer de données à partager dans ce domaine, il faut être en mesure d'étudier les interventions dans leur globalité. Par exemple, les débats sont parfois sans fin entre statisticiens et sociologues sur la nature de la causalité ou de la preuve dans une Risp. S'ils ne donnent pas lieu à des compromis et des décisions pragmatiques, il devient difficile de proposer des devis pertinents (voir chapitre 3) pour évaluer l'efficacité des interventions. Dans une région française, les chercheurs d'une Risp souhaitant tester la valeur heuristique du concept de mécanisme (LACOUTURE *et al.*, 2015) de l'évaluation réaliste (voir chapitre 3) autour d'une Risp n'ont jamais réussi à s'entendre, les sociologues et les épidémiologistes ayant une autre vision du concept que les experts en santé publique et en évaluation (BRETON *et al.*, 2017). Il faut aussi que les chercheurs soient favorables à la Risp, donc des chercheurs intéressés par l'usage de méthodes rigoureuses, mais pas uniquement par cela. Ils doivent être en mesure de souhaiter s'aventurer dans des recherches pour répondre à des questions relativement opérationnelles. Les analyses théoriques, conceptuelles ou méthodologiques sont essentielles à la science, mais moins prioritaires en général dans les Risp. De ce fait, les équipes de recherche doivent vouloir, et pouvoir, maintenir des liens réguliers avec les intervenants et les décideurs et souhaiter sortir autant de leur zone de

confort scientifique que de leur tour d'ivoire (même si cette image reste un mythe). Les habilités humaines sont donc tout aussi importantes que les compétences techniques.

En ce qui concerne *les organisations*, commençons par les centres de recherche ou les universités où œuvrent les équipes dont nous venons de parler. En effet, il faut que ces équipes se sentent et soient soutenues dans ces pratiques de Risp et qu'elles soient reconnues dans la promotion des carrières. Ce type de recherche est souvent difficile à financer, le temps long de la construction des partenariats (voir chapitre 5) ne permet pas de publier autant qu'avec des bases de données disponibles et dans des revues où les facteurs d'impacts sont les plus grands. Sans s'éloigner de la rigueur propre à toute démarche scientifique, les critères classiques d'évaluation des équipes de recherche doivent en tenir compte, par exemple en privilégiant la construction de partenariat à long terme plutôt que la quantité de publications, l'écriture d'articles en collaboration avec des acteurs de terrain, la production de documents et d'outils autres que les articles dans des revues à comité de lecture, etc. De même, les organisations qui sont responsables de la mise en œuvre des interventions doivent être ouvertes à la recherche et donner du temps à leurs collaborateurs pour travailler avec les équipes de recherche. L'implication du monde de la recherche dans les organisations d'interventions de santé publique demande parfois des temporalités différentes, une rigueur plus importante, mais aussi un investissement dans les activités qui permettent de disposer ou de collecter des données pour la Risp. Il suffit de penser à la disponibilité que cela demande aux intervenants lorsque les équipes de recherche ont besoin de données pour évaluer la fidélité d'implantation d'une intervention (PÉREZ *et al.*, 2019) ou aux groupes de discussion que les chercheurs proposeront aux équipes, pour comprendre la théorie de l'intervention ou les défis de la mise en œuvre. Ce temps dédié à la recherche pourrait être perçu comme perdu pour l'intervention, mais gagné pour la Risp et donc *in fine* pour l'intervention. Ces enjeux concernent aussi les organisations qui prennent des décisions sur la base de résultats de Risp. Elles doivent aussi disposer de processus et de politiques pour valoriser les produits de la recherche et la prise de décision fondée sur des données probantes, même si personne n'est dupe sur l'influence réelle de la science. Il n'empêche que cette dernière est parfois utile et qu'il ne faut pas désespérer, ou plutôt, qu'il faut tout faire pour que cela perdure. La résilience est aussi une qualité demandée aux chercheurs – l'exemple de ceux qui travaillent sur les inégalités sociales

de santé est éloquent (RIDDE, 2019) – comme aux décideurs. Comme la crise de la pandémie de Covid-19 le montre bien, la culture scientifique reste peu ancrée dans les schèmes de pensées des personnes qui sont au cœur des décisions politiques dans de nombreux pays.

Du côté *des intervenants*, des acteurs de première ligne – les véritables faiseurs de politiques (LIPSKY, 2010) –, au contact direct avec les personnes à qui s'adressent les actions, leur attitude envers le monde de la recherche et la volonté de rompre avec les routines sont un facteur important de l'utilisation des données probantes. Comme les décideurs, ils peuvent être plus ou moins favorables à la recherche et disposer de connaissances de base sur la manière dont les données probantes sont produites dans le contexte d'évaluation d'intervention. Percevoir la recherche comme une activité de contrôle de leurs actions risque de ne pas favoriser leur implication dans des Risp, pas plus qu'un questionnement sur l'intérêt de la science en amont, lors de la formulation de leurs interventions. Il n'est évidemment jamais facile pour personne de se remettre en cause ou de vouloir innover en changeant les pratiques habituelles. En outre, nombreuses sont les personnes impliquées dans les interventions qui ont eu des expériences négatives avec des équipes de recherche qui ont, par exemple, pris ces intervenants de haut ou ne sont jamais revenues pour partager leurs analyses des données pourtant collectées en collaboration.

Les organismes qui financent la recherche ou l'intervention jouent aussi un rôle important dans l'utilisation des résultats. Ces financeurs sont, en effet, encore trop souvent cloisonnés, ceux soutenant financièrement les interventions étant réfractaires à voir des lignes budgétaires trop importantes pour la recherche (parfois la refusant même), et ceux centrés sur la recherche ne comprenant pas trop pourquoi les chercheurs sont aussi proches des actions. Ces organismes doivent donc mieux comprendre le rôle de la Risp, ceux de l'intervention, en saisissant que la science (et non pas la consultation) est utile pour formuler et évaluer des interventions et ceux de la recherche, en considérant que la Risp est tout aussi utile et rigoureuse que la recherche biomédicale ou clinique (voir chapitre 3 sur la scientificité des approches). En attendant de disposer de plus d'organisations de financements spécifiques à la Risp, les deux types de financeurs doivent accepter que les chercheurs demandent un budget pour des activités de transfert de connaissances et que les interventions planifient des dépenses pour réaliser des recherches avec leurs collaborateurs universitaires. Certains organismes de financement de la recherche commencent

à peine à accepter ces dépenses et à demander des plans de transfert de connaissances dans les protocoles proposés en réponse à leurs appels d'offres. Mais ils doivent comprendre qu'il faut innover et que les stratégies ne peuvent pas se limiter à une dizaine de lignes à la fin du protocole dans lesquelles les équipes de recherche disent planifier un atelier final de dissémination des résultats et la publication d'articles scientifiques. Ainsi, une plus grande sensibilité, voire une obligation, des financeurs à l'égard du transfert de connaissances pourrait influencer les pratiques et l'utilisation de la science dans les décisions. L'argent étant malheureusement bien souvent, mais pas uniquement, un incitatif efficace.

La pandémie de Covid-19 a rappelé combien les médias jouent un rôle dans la prise en compte des données de recherche pour prendre des décisions à titre individuel (il suffit de penser à la vaccination) ou collectif (il suffit de penser au traitement des mesures gouvernementales) (CAMBON *et al.*, 2021). La situation est très contrastée à ce sujet sur la planète, car certains pays disposent d'une presse indépendante avec quelques journalistes scientifiques, tandis que d'autres n'ont rien de tout cela, avec une presse parfois aux ordres des gouvernants (encadré 19) ou essentiellement guidée par les effets d'annonces à produire. Au Sénégal, l'essai comparatif du vaccin contre la méningite en 2007 a donné lieu à de nombreuses controverses avec la population et les chercheurs, montrant le manque de culture scientifique des journalistes et une tentative d'instrumentalisation politique (OUVRIER, 2015). Ailleurs, on a vu des formations à l'épidémiologie se multiplier en période de pandémie de Covid-19 pour outiller les journalistes dans leur traitement de l'information, tant leur rôle est central. On a également vu, en France, des médecins, sans véritables compétences en épidémiologie, se targuer de prédiction dans les médias en face de journalistes ne disposant pas des compétences nécessaires pour discuter ou remettre en cause la pertinence de leurs propos, voire des journalistes se mettant à faire leur propre calcul prédictif³. Une meilleure utilisation de la recherche passe ainsi notamment par une connaissance accrue des acteurs et des canaux médiatiques pour mieux diffuser les résultats des Risp. Il ne s'agit pas de tomber dans du plaidoyer commercial, mais de partager des connaissances avec des équipes de journalistes qui doivent pouvoir

3. Voir https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/06/18/le-lourd-cout-humain-d-un-troisieme-confinement-tardif-en-france_6084619_3244.html

informer la société de manière juste et rigoureuse. Par exemple, depuis quelques années, on insiste sur l'importance de prendre en compte dans la formulation des politiques publiques, le poids de l'influence des industries commerciales qui vont au détriment de la santé des populations (DE LACY-VAWDON et LIVINGSTONE, 2020). Depuis l'analyse des stratégies des compagnies du tabac (BRETON *et al.*, 2008) notamment, nous savons combien ces industries peuvent manipuler ou distordre les résultats de recherche à travers certains médias et journalistes. Nous savons également que les médias sociaux peuvent être de puissants vecteurs, favorisant ou non la diffusion de données probantes et de débats sur les *infix* (encadré 26). Par exemple en France, lors de la première

ENCADRÉ 26

LA SCIENCE VUE PAR LA PRESSE AU MALI

Au Mali, une analyse d'une centaine de journaux en 2017 ainsi que de 14 entretiens avec leurs journalistes donne une idée intéressante de la manière dont la science est traitée par la presse dans ce pays de l'Afrique de l'Ouest. Par exemple, seulement 101 articles sur les 2500 pages imprimées de 242 éditions trouvées en kiosque sur deux semaines ont utilisé des données de type scientifique. La santé et l'économie sont les deux secteurs qui en ont le plus usé. Dans le domaine de la santé, ce sont surtout des questions médicales qui sont abordées. En revanche, dans le domaine politique, très présent dans les tribunes de presse, la science est quasiment absente (seulement 15 articles). Dans l'ensemble, l'étude montre que la « moitié des articles utilise "mal" le matériau scientifique : données non présentées ou imprécises, faible niveau d'analyse, absence de citation des sources ». Elle permet aussi de comprendre que les journalistes qui rédigent des articles où la science est présente et bien comprise sont ceux qui ont une meilleure formation initiale et continue, au-delà de la diversité de leurs parcours. Les autres vont souvent se contenter des documents officiels ou de ceux remis par les personnes des événements ou des organisations qu'ils doivent couvrir, sans se donner la peine d'en vérifier la véracité ou d'aller chercher des données scientifiques ailleurs. Leur culture scientifique est globalement très réduite et la notion de science est souvent confondue avec les mathématiques, les chiffres et autres pourcentages. Ce qui n'est pas sans rappeler la défaillance de connaissances de chercheurs canadiens dans le domaine biomédical à l'égard de la recherche qualitative, montrant le caractère universel des besoins en formation ! (ALBERT *et al.*, 2008).

Source : ESCOT (2019).

partie de la crise de Covid-19, ce sont bien les médias sociaux qui ont relayé l'intérêt du port du masque alors même que le discours officiel était inverse et conçu probablement pour protéger l'information relative à l'absence de stock national. De nombreux projets de Risp tentent désormais d'agir avec des influenceurs présents sur les médias sociaux pour atteindre certains publics cibles, en particulier les plus jeunes, mais pas seulement.

Face à ces multiples facteurs d'influence, il ne faut pas baisser les bras et laisser faire. Le cœur de la Risp est sa pertinence sociale, avons-nous dit. Il est donc essentiel de s'engager dans des processus et des activités qui vont chercher à augmenter les chances de voir utiliser les résultats des Risp.

I DES PROCESSUS ET DES OUTILS POUR RENFORCER L'UTILISATION DES RÉSULTATS

Plutôt que de décrire des outils ou des activités, il nous semble plus judicieux d'évoquer des processus de transfert de connaissances tant ils devraient être multidirectionnels, interactifs et quasi permanents. On se rappellera la définition en exorde de ce chapitre mettant l'accent sur le fait que le mot « transfert » ne prétend pas affirmer que certains savent et d'autres non, ou que certains doivent transférer leurs savoirs vers ceux qui n'en ont pas. Au contraire, le concept de transfert évoque la notion d'échanges et du besoin d'interactions multiples. En effet, la recherche a montré que les processus unidirectionnels n'étaient pas les plus efficaces, que ce soit l'approche de la science vers la pratique (*science-push*) ou celle de la pratique vers la science (*demand-pull*). Même si l'état des connaissances mérite encore de nombreux développements à ce sujet, l'approche interactive semble un compromis prometteur entre ces deux anciennes pratiques (LANDRY *et al.*, 2006) pour mettre en exergue le besoin d'une collaboration régulière et soutenue entre les équipes de recherche, les décideurs et les intervenants (et les autres acteurs) pour une meilleure utilisation des résultats de la Risp. L'analyse d'un processus de transfert de connaissances visant à utiliser des

résultats de recherche afin de réduire les conséquences liées aux accidents de la route au Burkina Faso a permis de proposer cinq recommandations (DAGENAIS *et al.*, 2021) :

- produire des données de recherche utiles aux acteurs de terrain ;
- assurer l’acceptabilité des technologies utilisées pour la collecte des données ;
- utiliser des approches collaboratives pour la recherche et l’application des connaissances ;
- donner de la visibilité aux acteurs de terrain pour leur fournir des mécanismes d’action plus efficaces ;
- impliquer davantage les décideurs de haut niveau dans le processus afin de maximiser les impacts de la recherche.

Il n’est cependant pas facile de s’y retrouver dans ces approches interactives tant il existe une quantité phénoménale de modèles et de cadres conceptuels qui cherchent à nous expliquer comment favoriser le passage de la recherche à l’action (GRAHAM *et al.*, 2006). Par exemple, l’Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) propose que le processus de transfert de connaissances soit jalonné de sept étapes (ou sous-processus si l’on ne croit pas à la linéarité) : la (co)production des connaissances, leur adaptation, leur diffusion, leur réception, leur adoption par les utilisateurs, leur appropriation et enfin leur utilisation. Il propose de bien distinguer les stratégies de diffusion des connaissances de celles de leur appropriation et que le cœur de l’efficacité de la démarche repose sur l’interaction, tout au long du processus, entre les producteurs de la recherche et les utilisateurs (LEMIRE *et al.*, 2009). C’est ici que l’on doit évoquer la question des personnes ou des organisations à l’interface de ces deux mondes, car bien souvent, ce sont deux peuples qui vivent sur des planètes différentes. Ainsi, il peut paraître difficile d’organiser une interaction entre ces deux milieux et il peut être plus efficace de recourir à des intermédiaires.

Mais ces intermédiaires peuvent être de multiples dimensions et il n’est jamais facile de s’y retrouver. Ainsi, des auteurs ont proposé d’organiser ces fonctions selon un continuum allant du rôle informationnel à une fonction plus systémique au sein d’une organisation pour collaborer et pour renforcer les capacités des parties prenantes en passant par une fonction relationnelle afin de mettre en musique les acteurs de la Risp et renforcer la coproduction (SHAXSON *et al.*, 2012). Selon ce modèle,

quatre types d'intermédiaires – non mutuellement exclusifs (NEAL *et al.*, 2021) – pourraient être impliqués dans ces processus selon les démarches proposées :

- diffuseur d'information : facilite l'accès aux résultats de recherche (informe, compile les données) ;
- vulgarisateur des connaissances : aide les personnes à comprendre et à appliquer les résultats de recherche (partage, traduit, communique) ;
- courtier en connaissances : améliore l'utilisation des résultats de recherche pour la prise de décision, facilite la coproduction des connaissances (crée des liens, organise des rencontres et des relations soutenues, réseautage) ;
- courtier en innovation : influence le contexte plus largement pour faciliter les innovations (négocie, développe, collabore).

Le troisième type d'intermédiaire est de plus en plus discuté dans les écrits sur le transfert de connaissances (RIDDE *et al.*, 2013 ; MUNEROL *et al.*, 2013), ce qui n'est pas nouveau (MEYER, 2010). Il fait l'objet d'expériences et d'évaluations pour en évaluer l'efficacité et en expliquer les défis de mise en œuvre, tant en Amérique du Nord qu'en Afrique de l'Ouest (DOBBINS *et al.*, 2009 ; MC SWEEN-CADIEUX *et al.*, 2019). En effet, les courtiers en connaissances sont certainement un métier d'intermédiation (NEAL *et al.*, 2021) d'avenir dans le monde de la Risp, car nous savons que les deux mondes évoqués plus haut ne sont pas toujours situés dans la même galaxie et que des personnes ou des organisations à l'interface peuvent certainement apporter beaucoup. Cette personne (ou ces personnes au sein d'une organisation) peut aussi être un chercheur s'il estime en avoir le temps et les compétences. Certains estiment même qu'ils en auraient plus la légitimité que des non-chercheurs, rappelant ainsi les défis de l'humilité en recherche, mais aussi de la capacité de collaborer avec des personnes dont ce serait le métier, laissant ainsi aux équipes de recherche le temps de se concentrer sur des fonctions plus scientifiques pour lesquelles elles ont été mieux formées. Cette personne devra évaluer les besoins en connaissances des utilisateurs potentiels de la Risp ; recenser, synthétiser et rendre accessibles les connaissances pour mieux développer le contenu des interventions et promouvoir l'utilisation de la recherche ; organiser des rencontres régulières entre les acteurs de la Risp et créer des réseaux en jouant notamment un rôle d'agent de liaisons et d'échanges ; renforcer les capacités des acteurs en transfert de connaissances, mais aussi

plus spécifiquement, par exemple, en méthodes de recherche pour les décideurs et en communications scientifiques pour les chercheurs ; etc. Ces tâches seront multiples, variées et évolueront au gré des besoins et des contextes. Il est donc essentiel de trouver des personnes pour ce rôle qui disposent de connaissances scientifiques de base, mais aussi, sinon surtout, d'habiletés sociales essentielles aux fonctions d'intermédiaire. Évidemment, la crédibilité de cette personne vis-à-vis des utilisateurs potentiels est importante et il n'est jamais facile de trouver une personne qui dispose de toutes ces qualités. Ces courtiers ne peuvent évidemment prétendre travailler seuls et leur collaboration avec des chercheurs plus experts du sujet, et donc plus légitimes parfois pour en parler, devrait pouvoir être possible. Mais on sait que les équipes de recherche peinent à trouver du temps pour ces interactions, tant elles sont acceptées par leur métier (la recherche) et... l'administration.

Dans un projet pilote, on a vu le courtier en connaissances, formé et accompagné pendant deux ans par des experts du transfert de connaissances, jeter l'éponge notamment car les responsables du ministère de la Santé ne lui accordaient que peu de temps, de place et de légitimité. Ils jugeaient que son master en sociologie et sa formation à la recherche ne faisaient pas de lui une personne aussi crédible que l'aurait été un médecin, même sans doctorat scientifique, pour s'occuper de transfert de connaissances en santé publique. De fait, un ministre de la Santé a compris l'importance de ces enjeux et créé une unité de soutien à la mobilisation des connaissances. Mais il a été contraint par les dispositions réglementaires de recruter des médecins qui n'étaient, finalement, ni formés ni intéressés par ces questions de transfert de connaissances et qui ne se sont jamais impliqués dans la mise en place de cette unité. Elle a donc toujours existé, mais uniquement sur le papier, le changement de ministre ayant finalement contribué à son oubli (DAGENAIS, 2021). Les enjeux de pouvoir (symbolique ou pas) et le contexte doivent évidemment être considérés tout autant que les budgets que l'on souhaite consacrer à ces fonctions d'intermédiation. Mais à défaut de trouver la perle rare, il est possible d'imaginer de travailler en équipe.

Le courtier dont nous venons de parler n'a malheureusement pas eu le soutien du médecin de santé publique sénior qui devait l'aider dans ses fonctions et qui n'a pas souhaité s'impliquer dans ce courtage auprès des hautes autorités, certainement pour ne pas compromettre ses activités de consultant lucratives dans un contexte où la critique est délicate (OLIVIER DE SARDAN, 2011). Ainsi, la crédibilité scientifique des

ACTIVITÉS DE COURTAGE

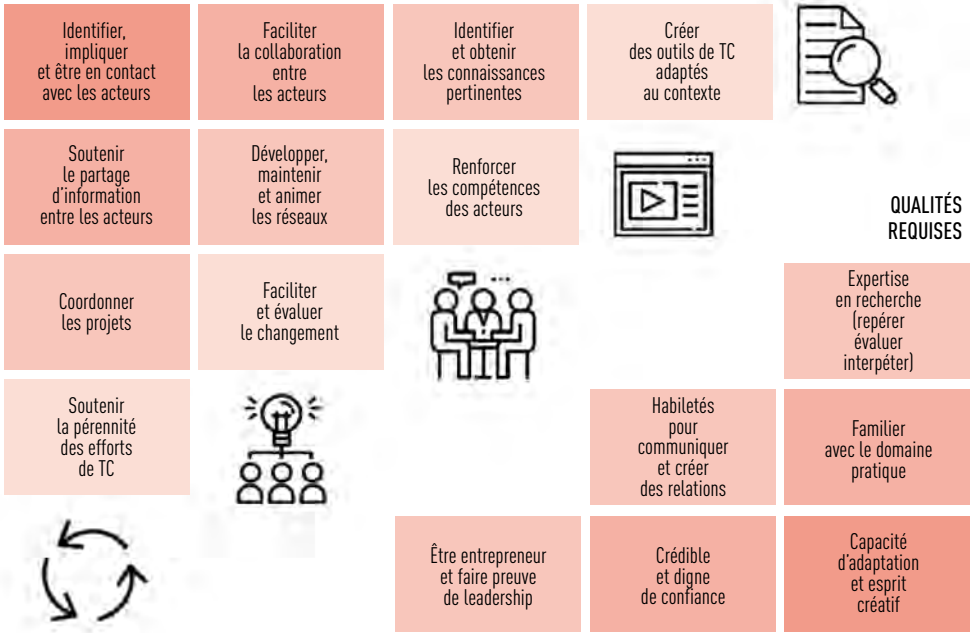


Figure 12 | Exemple d’activités de courtage et qualités attendues.

Source : E. Mc Sween-Cadieux, <https://ideas4development.org/recherche-developpement-courtage-connaissances/>

chercheurs pourrait être mobilisée de manière spécifique et ponctuelle par le courtier en connaissances lorsque son analyse du contexte et du moment en montrera la pertinence. Un exemple d’activités de courtage et de qualités requises pour cette personne est présenté dans la figure 12. Une revue systématique a proposé une liste des dix activités potentielles de courtage en connaissances autour de trois fonctions principales que sont la gestion des connaissances, la gestion des échanges et des liens, le renforcement des capacités (BORNBAUM *et al.*, 2015).

Parmi les nombreuses activités possibles pour réaliser un transfert de connaissances, qui peuvent parfois être spécifiques à certains contextes (SIRON *et al.*, 2015), une recension gigantesque a été effectuée par une équipe de recherche pour en comprendre les différents niveaux d’efficacité (LANGER *et al.*, 2016). Ainsi, elle propose une liste de six mécanismes *a priori* efficaces pour le transfert de connaissances :

- sensibiliser et favoriser des attitudes positives en faveur de l’utilisation des données probantes ;

- trouver un consensus sur des questions de Risp pertinentes pour les personnes qui prendront les décisions et adapter les connaissances à cet égard ;
- renforcer la communication et l'accès des données probantes ;
- faciliter les interactions entre les personnes qui prendront les décisions et les équipes de recherche ;
- développer des compétences pour l'accès et la compréhension des données probantes ;
- influencer les structures et les processus de prise de décisions

Dans une revue récente, une autre équipe a recensé pas moins de 38 stratégies différentes qui seraient efficaces pour l'utilisation des résultats de recherche (ZHAO *et al.*, 2020). Enfin, dans le cadre d'une Risp menée en France, une taxonomie d'activités de transfert de connaissances a été créée et évaluée comme pertinente à déployer dans les contextes locaux de mise en œuvre de politiques de prévention. Ainsi, 18 activités standardisées (un objectif et un libellé précis) de transfert de connaissances regroupées en 11 catégories d'activités ont été produites (AFFRET *et al.*, 2020).

Nous vous épargnerons ces longues listes accessibles dans les deux articles. Mais au-delà de ces processus et de ces activités, il est aussi utile de recourir à des outils spécifiques que nous ne pouvons pas tous décrire dans cet ouvrage (infographies, caricatures [encadré 27], vidéos, site internet, communauté de pratique, etc.).

Cependant, si les outils de transfert de connaissances sont nombreux, les notes de politiques et les ateliers délibératifs sont des moyens innovants dont il faut certainement multiplier les usages.

Les notes de politique sont un texte court, écrit en langage clair et présenté dans un format attrayant (DAGENAIS et RIDDE, 2018). Une note résume les résultats d'une recherche et formule des recommandations opérationnelles adressées aux décideurs et aux intervenants, à qui elle propose des solutions que la Risp a permis d'identifier afin d'améliorer les pratiques, les interventions ou les politiques. Elle se distingue des résumés de recherche et autres notes de recherche ou *research snapshot* dans le sens où il ne s'agit pas uniquement de présenter des résultats de la Risp, mais aussi, sinon surtout, de proposer des recommandations pratiques pour nourrir les prises de décisions lors d'un atelier délibératif par exemple (voir *infra*). La note peut être rédigée selon un format que l'on propose dans l'encadré 28. Elle doit servir de base pour engager un

ENCADRÉ 27

L'USAGE DE CARICATURES POUR PARTAGER DES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Au Burkina Faso, une équipe de chercheurs, avec l'aide d'un courtier en connaissances et des membres d'une association organisant l'intervention analysée dans le cadre d'une Risp sur la suppression du paiement direct des soins de santé pour les enfants, s'est associée avec un caricaturiste pour diffuser les résultats. L'usage des caricatures s'inscrivait comme un élément parmi les nombreuses autres activités de transfert de connaissances organisées par l'équipe (ateliers, notes de politique, site Internet, presse, etc.). Les caricatures ont été un objet très innovant, car l'idée était de partager des résultats de recherche sérieux et rigoureux, mais selon une démarche accessible et humoristique.

Un travail important en amont a été réalisé pour que les chercheurs expliquent les résultats de recherche afin que le dessinateur puisse s'approprier le contenu pour le caricaturer. Un chercheur et un courtier en connaissances ont ainsi longuement travaillé avec le dessinateur, notamment autour de plusieurs ébauches, afin de s'assurer de la pertinence scientifique, mais aussi contextuelle du contenu présenté. Les acteurs de l'intervention ont aussi été sollicités pour vérifier l'acceptabilité sociale des dessins tant l'humour est évidemment culturel. La collaboration avec un dessinateur très connu au Burkina Faso et en Afrique de l'Ouest a largement favorisé la pertinence des propositions puis leur diffusion. L'humour a permis, à de nombreuses reprises (mais pas toujours), d'engager un débat sur les résultats de la Risp. Par exemple, l'idée selon laquelle supprimer le paiement des soins par les usagers allait coûter trop cher à l'État qui devrait le subventionner a été illustrée par la comparaison de ce coût avec celui de l'achat de trois bières. Ces caricatures ont été utilisées dans un album imprimé et disponible sur Internet¹, présentées lors de conférences de presse, d'ateliers nationaux et de conférences internationales.

¹ Voir <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2015/04/caricatures-partage-savoirs-contrer-oulipo-academique>

dialogue avec les parties prenantes intéressées ou touchées par un enjeu. Il est essentiel de prendre le temps de préparer et de rédiger cette note très en amont et d'en tester le contenu et la forme auprès d'un échantillon de personnes cibles pour s'assurer de la pertinence des recommandations et



Figure 13 | Le financement de l'accès au service de santé des enfants en Afrique de l'Ouest coûte moins de 5 \$ par enfant et par an et passe par la volonté politique des décideurs.

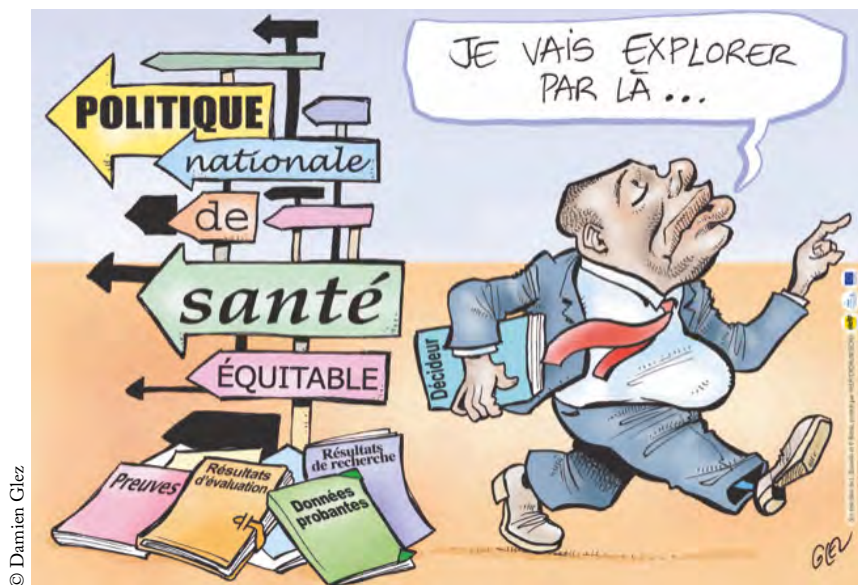


Figure 14 | L'usage des caricatures comme outil de transfert de connaissances.

ENCADRÉ 28

LE PLAN D'UNE NOTE DE POLITIQUE

Taille : maximum 4 pages imprimées recto verso, 1 000 à 1 500 mots selon l'usage d'images.

Titre : court, percutant et informatif.

Résumé : persuader le lecteur de continuer sa lecture.

Faits saillants : 3 ou 4 messages dans un encadré.

Introduction : Expliquer pourquoi ce sujet est important, pourquoi le lecteur doit s'en préoccuper ; quels étaient les objectifs de la Risp.

Approches et résultats : résumer les faits, le contexte et les données disponibles ; réduire les détails à ce que le lecteur doit savoir de la Risp ; fournir des exemples concrets pour soutenir vos affirmations et vos recommandations opérationnelles.

Conclusion : fondée sur les résultats présentés ; propose des conclusions concrètes et des affirmations soutenues.

Sources consultées ou suggérées : rapports de recherche ou articles sur lesquels est fondée la note (lien Internet).

Recommandations pour l'action : les mesures ou les actions essentielles que vous suggérez de mettre en œuvre (par qui, quand, où ?) et qui sont à la fois réalistes et faisables.

Source : DAGENAIS et RIDDE (2018).

du niveau de langage approprié. Dans le cas contraire, on prend le risque que le jour de son utilisation, par exemple lors d'un atelier délibératif, un haut responsable non impliqué en amont s'attarde sur des détails de forme (le titre est trop percutant, il remet en cause ma structure, etc.) pour en dénigrer le fond (qu'il n'aura pas lu), car les résultats de la Risp ne correspondront pas à ce qu'il ou elle voulait entendre ou faire.

Ce dialogue peut notamment s'organiser lors des ateliers délibératifs au cours desquels la distribution préalable des notes de politique, ainsi que leur analyse, est recommandée pour établir un dialogue entre les acteurs de la Risp (Mc SWEEN-CADIEUX *et al.*, 2018 ; BOYKO *et al.*, 2012). Ces ateliers sont définis comme : « un processus de dialogue délibératif, fondé sur des données probantes, entre de multiples parties prenantes, pour une prise de décision vigoureuse et globale en matière de politique et de pratique » (NABYONGA-OREM *et al.*, 2016). Nous

ENCADRÉ 29

QUELQUES LEÇONS APPRISSES DE L'ORGANISATION D'ATELIERS DÉLIBÉRATIFS

- Varier les types de données présentées à partir d'expériences pratiques et de recherches tant qualitatives que quantitatives.
- Assurer la présence d'une diversité des parties prenantes concernées par la Risp.
- Prévenir et préparer les participants à l'avance de ce qui est attendu d'eux lors de l'atelier.
- Rendre les données et les présentations visibles et accessibles (la forme et le fond).
- Donner du temps à la délibération, aux débats et aux échanges.
- Créer des petits groupes de travail pour approfondir certains sujets.
- Produire des recommandations opérationnelles solidement ancrées sur les données de recherches et d'expériences.
- Tenir compte des enjeux de pouvoir dans la préparation, l'organisation et le suivi.
- Ne pas transformer l'atelier en un plaidoyer pour un projet ou une solution en particulier.
- Préparer en avance l'atelier : les contacts préalables avec les décideurs, les présentateurs, les notes de politique, etc.
- Préparer des synthèses de données sous la forme de notes, dans un langage adapté et distribuées (et si possible testées) en avance.
- Se donner le temps à la fin de l'atelier de préciser le contenu des recommandations pour les présenter à tous avant la fin.
- Créer un comité de suivi des recommandations et lui donner les moyens de fonctionner.
- Évaluer les processus et les effets des ateliers pour s'améliorer.

Source : RIDDE et DAGENAIS (2017).

sommes au cœur d'une approche interactive regroupant toutes les personnes concernées par le problème abordé par la Risp et considérant que l'intelligence collective sera plus efficace pour trouver des solutions que l'intelligence de quelques personnes. Comme nous l'avons tenté au Niger par exemple (HAMANI SOULEY *et al.*, 2017), l'objectif est d'établir un dialogue et une délibération, et non pas un débat

et un combat comme on aime trop souvent le faire dans le monde francophone. Il faut organiser un contexte qui va permettre aux parties prenantes de collaborer, de discuter du contenu des résultats des recherches au regard de leurs propres connaissances empiriques pour comprendre et apprendre ensemble afin de faire des choix éclairés avec la Risp. C'est ici qu'il faut parfois faire appel à des personnes qui disposent de réelles compétences de gestion de groupe et d'animation professionnelle afin de tenir compte des enjeux de pouvoir inhérent à ces modes de consensus de groupe. À partir de notre expérience collective dans l'organisation de ces processus délibératifs, nous proposons dans l'encadré 29 quelques leçons apprises pour celles et ceux qui voudraient s'engager dans ces processus.

I LA QUESTION DES LIENS D'INTÉRÊTS LORS DES RISPs

Pour terminer ce chapitre, il nous faut aborder un point sensible et rarement discuté en public, celui de l'indépendance de la recherche et des liens/conflits d'intérêts dans le contexte de la Risp. En effet, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la Risp est un processus qui implique de multiples acteurs, d'horizons et de cultures différents, mais qui a pour principe d'associer la pratique de la science à celle de l'action. Les dangers sont donc grands que les intervenants cherchent à orienter la recherche – voire le concept d'enclicage par OLIVIER DE SARDAN (1995) – sur ce qui fonctionne bien au détriment des défis rencontrés lors de l'intervention, ou encore que les bailleurs de fonds incitent les équipes de recherche à montrer une efficacité là où il n'y en a pas (GORMAN, 2018). Ces questions deviennent cruciales dans des contextes à rareté de ressources ou dépendant de l'aide internationale ou des finances publiques nationales (encadré 23). Cela est d'autant plus vrai lorsque les bailleurs de fonds veulent diffuser des modèles d'interventions « prêts à porter » sans toujours avancer la preuve de leur efficacité ou de leur capacité à s'adapter au contexte local (OLIVIER DE SARDAN, 2021 ; GAUTIER *et al.*, 2020). De la même manière, les populations et les personnes qui bénéficient de l'intervention ou de ses avantages ne voient pas toujours d'un bon œil une

équipe de recherche qui pourrait remettre en question cette utilité ou cette efficacité présumées (voir chapitre 2). Le cartel du succès rôde (RAJKOTIA, 2018). Ainsi, des chercheurs se sont récemment ouverts dans les revues de santé publique pour demander davantage de vigilance quant à l'indépendance de la recherche (STORENG *et al.*, 2019) dans un contexte où les financements publics sont de plus en plus compétitifs et se tarissent.

Dans une Risp, les influences peuvent ainsi être multiples et les conflits d'intérêts ne peuvent se limiter à ce que l'on sait des industries pharmaceutiques, de tabac, d'alcool ou agro-alimentaires. Que penser des liens d'intérêts lorsque, par exemple, un directeur d'une association négociant puis disposant de larges financements d'une organisation internationale pour réaliser une Risp devient, quelques mois plus tard, membre du personnel de la direction de cette organisation ? Que penser d'un groupe de chercheurs en santé mondiale qui affirme vouloir influencer de manière indépendante la politique de son pays alors qu'il accepte un financement de la banque de développement de ce même pays et qu'il organise ses réunions dans les bureaux d'une agence de financement de la recherche de ce pays ? Les chercheurs et les évaluateurs dans le domaine de l'évaluation des interventions sont évidemment aussi concernés (encadré 30). Ce type de conflits d'intérêts a été abordé il y a très longtemps par SCHEIRER (1978). Elle évoquait les mécanismes cognitifs pouvant pousser les évaluateurs à mettre en avant les effets positifs des actions. Elle citait une revue des écrits des années 1970 montrant les défis des évaluations internes (qui depuis ont été largement abandonnées au profit d'évaluations externes) puisque « les évaluateurs qui étaient affiliés à l'intervention évaluée étaient beaucoup plus susceptibles de signaler la réussite du programme (58 %) que les chercheurs non affiliés (14 %) ». Il n'y a pas de recettes magiques pour contrer ces conflits ou ces liens d'intérêts, mais il est essentiel d'en parler en équipe, entre les parties prenantes de la Risp, d'en faire un objet de débat serein et apaisé afin de trouver les solutions appropriées, comme cela est aussi conseillé lorsqu'il s'agit de décider qui signe (ou pas, et dans quel ordre) les articles scientifiques issus des Risp. Mais il convient d'être transparent et honnête à l'extérieur de ces groupes afin que les lecteurs des écrits qui seront publiés à la suite de la Risp ou qui écouteront une conférence sur ces résultats, comprennent les enjeux en présence et analysent les résultats au regard de ces liens d'intérêts.

ENCADRÉ 30

DEUX EXEMPLES DE TENTATIVE D'INFLUENCE D'UN BAILLEUR DE FONDS D'UNE RISP

Une banque de développement a réalisé une évaluation d'impact d'une intervention pour plus de deux millions de dollars. Elle a financé la totalité de l'intervention, mais aussi la totalité de l'évaluation. Ses propres experts contractuels sont co-auteurs de plusieurs articles scientifiques issus de cette évaluation. Les résultats, peu concluants, n'ont pas été rendus publics plus de deux ans après la fin de l'intervention. Ils sont pourtant connus depuis longtemps. Aucun atelier officiel de restitution finale des résultats n'a eu lieu et le bailleur de fonds n'a jamais souhaité l'organiser. Un atelier de partage des résultats préliminaires a bien eu lieu, mais aucun document n'a été remis aux participants et ils n'ont jamais pu disposer des diapositives présentées. Il faut certainement comprendre cette stratégie dans le contexte où cette banque était en négociation avec le gouvernement pour le convaincre de poursuivre cette approche plus de dix-huit mois après la fin du précédent projet. Le rapport sera finalement mis en ligne plus de deux années après son écriture.

Un médecin de santé publique a soutenu comme consultant pendant de très nombreuses années une intervention. Un de ses premiers rapports d'évaluation sur l'efficacité du dispositif était plutôt positif bien que la méthode employée ne fût pas suffisamment rigoureuse pour soutenir une telle affirmation, que personne au sein de l'organisation n'a remise en cause. Plus tard, le bailleur de fonds a demandé à des chercheurs de réaliser une évaluation indépendante. Il a mandaté une de ses employés, formée aussi à la recherche, mais ne disposant pas de poste académique, pour suivre ce dossier. Plus le temps a passé et plus cette dernière s'est immiscée dans les réflexions et les méthodes proposées par les chercheurs. Elle est devenue de plus en plus intrusive, a corrigé tous les détails, a remis en cause toutes les solutions et surtout a cherché des solutions statistiques pour que les résultats de l'évaluation soient positifs. Mais rien n'y a fait, l'intervention n'était vraiment pas très efficace malgré les millions investis. Un peu plus tard, de nouvelles données ont permis, après de multiples tentatives, de montrer un résultat positif, mais relativement faible. Un atelier de planification de la suite de l'intervention a été organisé, sans proposer aux chercheurs d'y participer, mais en la présence du consultant qui a dénigré les résultats de la recherche sur « son » intervention. Localement, personne n'a osé remettre en cause la poursuite de l'intervention qui a continué, et le consultant a encore appelé à soutenir le processus. Cela n'a pas empêché, plus tard, ce bailleur de fonds d'affirmer dans un livre (coordonné justement par cette employée !) que le travail de l'équipe de recherche avait été utile et pris en compte pour changer radicalement l'intervention.

| CONCLUSION

Ce chapitre 6 visait à expliciter l'importance du transfert de connaissances dans le domaine de la Risp. L'utilisation des résultats des Risp est un critère d'efficacité important. Au-delà de la rigueur des méthodes déployées pour renforcer la crédibilité des résultats, il est essentiel de planifier et d'organiser des activités spécifiques qui vont accroître le potentiel de leur utilisation.

Évidemment, rien n'est facile et l'utilisation n'est jamais ni systématique ni directe. Il s'agit surtout de tenter d'influencer les prises de décision, car les contraintes au transfert de connaissances sont nombreuses, tout à la fois organisationnelles, institutionnelles, personnelles, contextuelles ou culturelles. En ce sens, nous avons proposé un survol des connaissances sur l'efficacité de certaines interventions et de certains outils qui devraient éclairer vos choix pour renforcer l'utilisation de vos recherches.

BIBLIOGRAPHIE

AB LATIF R., MOHAMED R., DAHLAN A., MAT NOR M. Z., 2016 – Using Delphi Technique: Making Sense of Consensus in Concept Mapping Structure and Multiple Choice Questions (MCQ). *Education in Medicine Journal*, 8 (3) : 89-98. http://eduimed.usm.my/EIMJ20160803/EIMJ20160803_08.pdf

AFFRET A., PRIGENT O., PORCHERIE M., AROMATARIO O., CAMBON L., 2020 – Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention: a participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Research Policy and Systems*, 18 (91). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00602-z>

ALBERT M., LABERGE S., HODGES B. D., REGEHR G., LINGARD L., 2008 – Biomedical scientists' perception of the social sciences in health research. *Social Science & Medicine*, 66 (12) : 2520-2531. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608000804>

ALEXANDER S. A., JONES C. M., TREMBLAY M.-C., BEAUDET N., ROD M. H., WRIGHT M. T., 2020 – Reflexivity in Health Promotion: A Typology for Training. *Health Promotion Practice*, 21 (4) : 499-509. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1524839920912407>

ALKIN M. C., TAUT S. M., 2002 – Unbundling evaluation use. *Studies in Educational Evaluation*, 29 : 1-12. https://escholarship.org/content/qt2q69w6z6/qt2q69w6z6_noSplash_e9eafe2fd6ed5c583f4d838123c0fe71.pdf

ARMSTRONG R., WATERS E., DOBBINS M., ANDERSON L., MOORE L., PETTICREW M., CLARK R., PETTMAN T. L., BURNS C., MOODIE M., CONNING R., SWINBURN B., 2013 – Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision-making in local government: intervention design and implementation plan. *Implementation Science*, 8 : 121.

AROMATARIO O., VAN HOYE A., VUILLEMIN A., FOUCAUT A.-M., POMMIER J., CAMBON L., 2019 – Using theory of change to develop an intervention theory for designing and evaluating behavior change SDApps for healthy eating and physical exercise: the OCAPREV theory. *BMC Public Health*, 19 (1435). <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7828-4>

AVISON D. E., LAU F., MYERS M. D., NIELSEN P. A., 1999 – Action research. *Communications of the ACM*, 42 (1) : 94-97.

BAKER G. R., GINSBURG L., LANGLEY A., 2004 – « An organizational science perspective on information, knowledge, evidence and organizational decision-making ». In LEMIEUX-CHARLES L., CHAMPAGNE F. (ed) : *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*. Toronto, University of Toronto Press : 86-114.

BALANE M. A., PALAFOX B., PALILEO-VILLANUEVA L. M., MCKEE M., BALABANOVA D., 2020 – Enhancing the use of stakeholder analysis for policy implementation research: towards a novel framing and operationalised measures. *BMJ Global Health*, 5 (11) : e002661. <https://gh.bmj.com/content/5/11/e002661.long>

BAMBERGER M., MARBY L., 2007 – *Real World Evaluation: Working under budget, time, data and political constraints*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

BAMBERGER M., RUGH J., 2012 – « 9. Une stratégie pour composer avec les contraintes inhérentes à la pratique ». In RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal :161-177. <https://books.openedition.org/pum/5986>

BANDURA A., 1989 – Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9) : 1175-1184.

BARKER C., PISTRANG N., ELLIOTT R., 2016 – *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*. 3^e éd., Hoboken, Wiley-Blackwell.

BAUM F., MACDOUGALL C., SMITH D., 2006 – Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (10) : 854-857.

BEAUDRY J., GAUTHIER B., 1992 – « L'évaluation de programme ». In GAUTHIER B. (dir.) : *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. 2^e éd., Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec : 425-452.

BÉDÉCARRATS F., GUÉRIN I., ROUBAUD F. (dir.), 2022 – *Expérimentations aléatoires dans le champ du développement : une perspective critique*. coll. Synthèses, Marseille, IRD Éditions. <https://www.editions.ird.fr/produit/665/9782709929486/experimentations-aleatoires-dans-le-champ-du-developpement>

BELAID L., BENOIT M., AZARI L., KAUR N., RIDDE V., 2020 – Population health intervention implementation among migrants with precarious status in Montreal: underlying theory and key challenges. *SAGE Open*, 10 (2). <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244020917957>

BÉLAND D., 2010 – The Idea of Power and the Role of Ideas. *Political Studies Review*, 8 (2) : 145-154. https://www.researchgate.net/publication/227376768_The_Idea_of_Power_and_the_Role_of_Ideas

BENMARHNI T., FULLER D., 2019 – « 9. Les méthodes quasi expérimentales : l'effet de l'âge minimum sur la consommation d'alcool chez les jeunes aux États-Unis ». In RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 241-264. <https://books.openedition.org/irdeditions/33638>

BERAN T. N., VIOLATO C., 2010 – Structural equation modeling in medical research: a primer. *BMC Research Notes*, 3 (267). <https://bmresnotes.biomed-central.com/articles/10.1186/1756-0500-3-267>

BERKMAN L. F., KAWACHI I., 2014 – « A Historical Framework for Social Epidemiology: Social Determinants of Population Health ». In BERKMAN L. F., KAWACHI I., GLYMOUR M. M. (ed) : *Social Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press : 1-16.

BIERSCHENK T., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1994 – ECRIS : Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques... In « Les sciences sociales et l'expertise en développement (I) », *Bulletin de l'APAD*, 7. <http://journals.openedition.org/apad/2173>

BILODEAU A., LAPIERRE S., MARCHAND Y., 2003 – *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal Centre. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/55159>

BILODEAU A., ALLARD D., GENDRON S., POTVIN L., 2006 – Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21 (3) : 257-282. <http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/Bilodeau-CPE2006-Bilodeau.pdf>

BILODEAU A., GALARNEAU M., FOURNIER M., POTVIN L., 2011 – L'outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation. *Canadian Journal of Public Health*, 102 (4) : 298-302. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973713/pdf/41997_2011_Article_BF03404054.pdf

BONELL C., FLETCHER A., MORTON M., LORENC T., MOORE L., 2012 – Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science & Medicine*, 75 (12) : 2299-2306. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.032>

BONNET E., KADIO K., LOUART S., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2019 – Demographics in the service of Universal Health Coverage: examples in

West Africa. *Humanitarian Alternatives*, 12 : 33-48. <https://www.alternatives-humanitaires.org/en/2019/11/14/demographics-in-the-service-of-universal-health-coverage-examples-in-west-africa/>

BOOTO EKIONEA J.-P. B., BERNARD P., PLAISENT M., 2011 – Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. In « Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages II », *Recherches qualitatives*, 29 (3) : 168-192. <https://id.erudit.org/iderudit/1085878ar>

BORNBAUM C. C., KORNAS K., PEIRSON L., ROSELLA L. C., 2015 – Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*, 10 (162). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0351-9>

BOUTILIER M., CLEVERLY S., LABONTÉ R., 2000 – « Community as a setting for health promotion ». In POLAND B. D., GREEN L. W., ROOTMAN I. (ed) : *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks, SAGE Publications : 250-270.

BOYKO J. A., LAVIS J. N., ABELSON J., DOBBINS M., CARTER N., 2012 – Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Social Science & Medicine*, 75 (11):1938-1945. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612005114>

BRETON E., RICHARD L., GAGNON F., JACQUES M., BERGERON P., 2008 – Health promotion research and practice require sound policy analysis models: the case of Quebec's Tobacco. *Social Science & Medicine*, 67 (11):1679-1689. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608003973>

BRETON E., RIDDE V., GUICHARD A., LACOUTURE A., 2017 – « L'évaluation réaliste des programmes en santé publique : décrypter l'ADN des interventions pour mieux en expliquer les effets ». In HASCHAR-NOÉ N., LANG T. (dir.) : *Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation*. Toulouse, Presses universitaires du Midi : 116-224.

BROUSSELLE A., CONTANDRIOPOULOS A.-P., HARTZ Z., CHAMPAGNE F. (éd.), 2018 – *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, coll. Paramètres. <http://books.openedition.org/pum/6284>

BROWNSON R. C., COLDITZ G. A., PROCTOR E. K., 2017 – *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*. Oxford, Oxford University Press.

BRUCHON-SCHWEITZER M., BOUJUT E., 2014 – *Psychologie de la santé - concepts, méthodes et modèles*. 2^e éd., Paris, Dunod.

BRUGHA R., VARVASOVSKY Z., 2000 – Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*, 15 (3) : 239-246. <https://academic.oup.com/heapol/article/15/3/239/573296>

BRYANT T., 2002 – Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17 : 89-98.

BRYSON J. M., PATTON M. Q., BOWMAN R. A., 2011 – Working with evaluation stakeholders: A rationale, step-wise approach and toolkit. *Evaluation and Program Planning*, 34 (1) : 1-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718910000637?via%3Dihub>

BUFFETT C., CILISKA D., THOMAS H., 2007 – *Can I Use This Evidence in my Program Decision? Assessing Applicability and Transferability of Evidence*. Hamilton, National Collaborating Centre for Methods and Tools.

BUJOLD M., HONG G. N., RIDDE V., BOURQUE C. J., DOGBA M. J., VEDEL I., PLUYE P., 2018 – *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*. Cahiers scientifiques de l'Acfas, 117, Montréal, ACFAS.

BURNETT S., BROOKES-ROONEY A., KEOGH W., 2002 – Brokering knowledge in organizational networks: The SPN approach. *Knowledge and Process Management*, 9 : 1-11.

BURTRAM S. G., 1996 – Why Are Some People Healthy and Others Are Not? The Determinants of Health of Populations: Robert G. Evans, Moms L. Barer, and Theodore R. Marmor (eds). *The Journal of Rural Health*, 12 (3) : 240-241.

CAIRNEY P., 2016 – *The politics of evidence-based policy making*. Londres, Palgrave Macmillan.

CAMBON L., ALLA F., 2019 – Current challenges in population health intervention research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73 (11) : 990-992.

CAMBON L., ALLA F., 2021 – Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Research Policy and Systems*, 19 (95). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-021-00743-9>

CAMBON L., MINARY L., RIDDE V., ALLA F., 2013 – A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, 13 (1184). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1184>

CAMBON L., PETIT A., RIDDE V., DAGENAIS C., PORCHERIE M., POMMIER J., FERRON C., MINARY L., ALLA F., 2017a – Evaluation of a knowledge transfer scheme to improve policy making and practices in health promotion and

disease prevention setting in French regions: a realist study protocol. *Implementation Science*, 12 (83). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0612-x>

CAMBON L., BERGMAN P., LE FAOU A., VINCENT I., LE MAITRE B., PASQUEREAU A., ARWIDSON P., THOMAS D., ALLA F., 2017b – Study protocol for a pragmatic randomised controlled trial evaluating efficacy of a smoking cessation e-‘Tabac Info Service’ : ee-TIS trial. *BMJ Open*, 7 (2) : e013604. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e013604>

CAMBON L., TERRAL P., ALLA F., 2019 – From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, 19 (339). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6663-y>

CAMBON L., BERGERON H., CASTEL P., RIDDE V., ALLA F., 2021 – Quand la réponse mondiale à la pandémie de Covid-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 28 (2) : 92-95. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/17579759211015131>

CAMPBELL D. T., STANLEY J. C., 1966 – *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, Rand McNally.

CAMPEAU L., DEGROOTE S., RIDDE V., CARABALI M., ZINSZER K., 2018 – Containment measures for emerging and re-emerging vector-borne and other infectious diseases of poverty in urban settings: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 7 (95). <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-018-0478-4>

CANDY B., KING M., JONES L., OLIVER S., 2011 – Using qualitative synthesis to explore heterogeneity of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 11 : 124. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-124>

CATINAUD R., 2015 – Sur la distinction entre les connaissances explicites et les connaissances tacites. *Philosophia Scientiae*, 19 (2) : 197-220. <https://www.cairn.info/revue-philosophia-scientiae-2015-2-page-197.htm>

CHEN H. T., 1990 – *Theory-driven evaluations*. Newbury, SAGE Publications.

CHEN H. T., 2010 – The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33 : 205-214.

CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation), 2004 – *Summary Report of Knowledge Brokering Workshop*. Ottawa, CHSRF.

CLARKE A., 1999 – *Evaluation Research: An Introduction to Principles, Methods and Practice*. Londres, SAGE Publications.

COBB R. W., COUGHLIN J. F., 1998 – Are elderly drivers a road hazard?: Problem definition and political impact. *Journal of Aging Studies*, 12 (4) : 411-427.

COCHRANE A. L., 1972 – *Effectiveness and efficiency: random reflection on health services*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

COLLINS A., JOSEPH D., BIELACZYK K., 2004 – Design Research: Theoretical and Methodological Issues. *Journal of Learning Sciences*, 13 (1) :15-42.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., REY L., BROUSSELLE A., CHAMPAGNE F., 2011 – Évaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26 (3) :1-16.

CORBIN J. H., 2017 – Health promotion, partnership and intersectoral action. *Health Promotion International*, 32 (6) : 923-929. <https://academic.oup.com/heapro/article/32/6/923/4677254>

COUSINS J. B., 2004 – Commentary: Minimizing Evaluation Misuse as Principled Practice. *American Journal of Evaluation*, 25 (3) : 391-397. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/109821400402500311>

COUSINS J. B. (ed), 2008 – *Process Use in Theory, Research and Practice*. San Francisco, Jossey Bass.

COUSINS J. B., SHULHA L. M., 2006 – « A Comparative Analysis of Evaluation Utilization and its Cognate Fields of Inquiry: Current Issues and Trends ». In SHAW I., GREENE J. C., MARK M. M. (ed) : *The SAGE Handbook of Evaluation*. Thousand Oaks, SAGE Publications : 267-291. <https://methods.sagepub.com/book/the-sage-handbook-of-evaluation>

CRAIG P., COOPER C., GUNNELL D., HAW S., LAWSON K., MACINTYRE S., OGILVIE D., PETTICREW M., REEVES B., SUTTON M., THOMPSON S., 2012a – Using natural experiments to evaluate population health interventions: new MRC guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (12) : 1182-1186.

CRAIG P., DIEPPE P., MACINTYRE S., MICHIE S., NAZARETH I., PETTICREW M., 2012b – *Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance*. Londres, Medical Research Council. https://www.unisante.ch/sites/default/files/inline-files/Complex%20Interventions%20Guidance%2029-9-08_0.pdf

CRAIG P., DIEPPE P., MACINTYRE S., MICHIE S., NAZARETH I., PETTICREW M., 2013 – Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (5) : 587-592. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912003069?via%3Dihub>

CRAIG P., DI RUGGIERO E., FROHLICH K. L., MYKHALOVSKIY E., WHITE M., CIHR, NIHR, 2018 – *Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research*. Southampton, NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498645/pdf/Bookshelf_NBK498645.pdf

CRENN C, TERSIGNI S., 2012 – Entretien avec Éric Fassin. *Corps*, 10 (1) : 21-27.

CRESWELL J. W., 2009 – *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3^e éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

CROZIER M., 1979 – *On ne change pas la société par décret*. Paris, Grasset.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977 – *L'acteur et le système*. Paris, Éditions du Seuil.

DAGENAIS C., 2021 – Research use at the Ministry of Health in Burkina Faso: the decision-makers' perspective. *Implementation Science Communications*, 2 (22). <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00126-9>

DAGENAIS C., RIDDE V., 2018 – Policy brief as a knowledge transfer tool: to “make a splash”, your policy brief must first be read. *Gaceta Sanitaria*, 32 (3) : 203-205. <https://www.gacetasanitaria.org/en-policy-brief-as-knowledge-transfer-articulo-S0213911118300360>

DAGENAIS C., RIDDE V., 2020 – Le transfert des connaissances scientifiques, « c'est bien, mais c'est pas encore arrivé... ». *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 4 (1). <https://revue-tuc.ca/index.php/accueil/article/download/16/tuc.2020.4.1.16/>

DAGENAIS C., ROBERT É. (dir.), 2012 – *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

DAGENAIS C., RIDDE V., LAURENDEAU M.-C., SOUFFEZ K., 2009 – Knowledge translation research in population health: establishing a collaborative research agenda. *Health Research Policy and Systems*, 7 : 28. <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-28>

DAGENAIS C., MALO M., ROBERT E., OUMET M., BERTHELETTE B., RIDDE V., 2013 – Knowledge Transfer on Complex Social Interventions in Public Health: A Scoping Study. *PLoS One*, 8 (12) : e80233. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0080233>

DAGENAIS C., PROULX M., Mc SWEEN-CADIEUX E., NIKIEMA A., BONNET E., RIDDE V., SOMÉ P.-A., 2021 – Collaborative research and knowledge translation on road crashes in Burkina Faso: the police perspective 18 months on. *Health Research Policy and Systems*, 19 (3). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12961-020-00654-1.pdf>

DAIGNEAULT P.-M., JACOB S., 2012 – « Conceptualiser et mesurer la participation à l'évaluation ». In RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programme*. 2^e éd., Montréal, Presses de l'Université de Montréal : 233-254. <https://books.openedition.org/pum/5997>

DE LACY-VAWDON C., LIVINGSTONE C., 2020 – Defining the commercial determinants of health: a systematic review. *BMC Public Health*, 20 (1022). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09126-1>

DELBEQ A. L., VAN DE VEN A. H., GUSTAFSON D. H., 1975 – *Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes*. Northbrook, Scott Foresman.

DE SILVA M. J., BREUER E., LEE L., ASHER L., CHOWDHARY N., LUND C., PATEL V., 2014 – Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*, 15:267. <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-15-267>

DE VOCHT F., KATIKIREDDI S. V., MCQUIRE C., TILLING K., HICKMAN M., CRAIG P., 2021 – Conceptualising natural and quasi experiments in public health. *BMC Medical Research Methodology*, 21 (32). <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-021-01224-x>

DIEZ ROUX A. V., 2016 – On the Distinction —or Lack of Distinction— Between Population Health and Public Health. *American Journal of Public Health*, 106 (4) : 619-620.

DOBBINS M., ROBESON P., CILISKA D., HANNA S., CAMERON R., O'MARA L., DECORBY K., MERCER S., 2009 – A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science*, 4 (23). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-23>

DONALDSON S. I., CHRISTIE C. A., MARK M. M. (ed), 2009 – What Counts as Credible Evidence in Applied Research and Evaluation Practice? Thousand Oaks, SAGE Publications. <http://methods.sagepub.com/book/what-counts-as-credible-evidence-in-applied-research-and-evaluation-practice>

DONALDSON S. I., CHRISTIE C. A., MARK M. M. (ed), 2015 – *Credible and Actionable Evidence: The Foundation for Rigorous and Influential Evaluations*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

DOZOIS E., LANGLOIS M., BLANCHET-COHEN N., 2010 – *A Practitioner's Guide to Developmental Evaluation*. Montréal/Victoria, The J. W. McConnell Family Foundation/International Institute for Child Rights and Development. https://www.betterevaluation.org/en/resources/guides/developmental_evaluation/prac_guide

DUPIN C. M., BRETON É., KIVITS J., MINARY L., 2015 – Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé publique*, 27 (5) : 653-657. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01573908/document>

ECKERSLEY R., 2001 – « Culture, health and well-being ». In ECKERSLEY R., DIXON J., DOUGLAS B. (ed) : *The Social Origins of Health and Well-being*. Cambridge, Cambridge University Press : 51-70.

ERASMUS E., 2014 – The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle-income countries: a meta-ethnographic synthesis. *Health Policy and Planning*, 29 (suppl. 3) : iii70-iii78. https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl_3/iii70/2912238

ESCOT F., 2019 – *Usage par la presse malienne de la documentation scientifique : résultats d'étude qualitative*. Bamako, MISELI. https://www.miselimali.org/index.php?option=com_dropfiles&task=frontfile.download&id=119&catid=11

EVANS D., 2021 – *The Role of Randomization in Development Research: A Book Review of "Randomized Control Trials in the Field of Development"*. Washington/ Londres, Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/role-randomization-development-research-book-review-randomized-control-trials-field-development>

FAGEN M. C., REDMAN S. D., STACKS J., BARRETT V., THULLEN B., ALTENOR S., NEIGER B., 2011 – Developmental Evaluation: Building Innovations in Complex Environments. *Health Promotion Practice*, 12 (5) : 645-650.

FETTERMAN D., 2000 – *Foundations of Empowerment Evaluation*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

FILLOL A., KADIO K., GAUTIER L., 2020 – L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains. *Revue française des affaires sociales*, 4 : 103-127. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-103.htm>

GAMBLE J. A. A., 2008 – *A Developmental Evaluation Primer*. Montréal, The J. W. McConnell Family Foundation. https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/A_Developmental_Evaluation_Primer_-_EN.pdf

GAUTIER L., COULIBALY A., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2019 – From Amsterdam to Bamako: a qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy and Planning*, 34 (9) : 656-666.

GAUTIER L., TOSUN J., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2020 – Comment les entrepreneurs de la diffusion propagent-ils leurs politiques ? *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 4 (1). <https://revue-tuc.ca/index.php/accueil/article/download/17/tuc.2020.4.1.02/>

GENDRON S., 2001 – *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Thèse en santé publique, Montréal, université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6803>

GERVAIS M.-J., GAGNON F., BERGERON P., 2013 – *Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques : L'apport de la littérature sur le transfert des connaissances*. Montréal : Chaire d'étude sur l'application des connaissances, UQAM. https://chairecjm.uqam.ca/upload/files/Gervais-Rapport2013-Mise_a_profit_connaissances.pdf

GILSON L. (dir.), 2012 – *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé : manuel de méthodologie. Version abrégée*. Genève, Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé/OMS. https://apo.who.int/docs/librariesprovider11/publications/supplementary-material/alliancehpsr_readers-bridgedfrench.pdf?sfvrsn=e685f8ce_5

GIOVALUCCHI F., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2009 – Planification et gestion dans l'aide au développement : le cadre logique, outil et miroir des développeurs. *Revue Tiers Monde*, 198 (2) : 383-406. <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-2-page-383.htm>

GORMAN D. M., 2018 – Can We Trust Positive Findings of Intervention Research? The Role of Conflict of Interest. *Preventive Science*, 19 : 295-305. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-016-0648-1>

GRAHAM I. D., LOGAN J., HARRISON M. B., STRAUS S. E., TETROE J., CASWELL W., ROBINSON N., 2006 – Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26 : 13-24. https://www.ktpathways.ca/system/files/resources/2019-02/Lost_in_knowledge_translation__Time_for_a_map_.3.pdf

HAGGER M. S., CAMERON L. D., HAMILTON K., HANKONEN N., LINTUNEN T. (ed), 2020 – *The Handbook of Behavior Change*. Cambridge/New York, Cambridge University Press.

HAMANI SOULEY I., Mc SWEEN-CADIEUX E., MOHA M., CALVÈS A. E., RIDDE V., 2017 – Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : bilan d'un atelier délibératif national novateur. *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 2 (2). <https://www.researchgate.net/publication/323599423>

HAMELIN A.-M., CAUX C., DÉSY M., GUICHARD A., OUÉDRAOGO S., TREMBLAY M.-C., VISSANDJÉE B., GODARD B., 2018 – Développer une culture de l'éthique en recherche interventionnelle en santé des populations. *Éthique publique*, 20 (2). <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/3687>

HAMELIN A.-M., CAUX C., DÉSY M., GUICHARD A., OUÉDRAOGO S., TREMBLAY M.-C., VISSANDJÉE B., GODARD B., 2020 – Developing the culture of ethics in population health intervention research in Canada. *Global Health Promotion*, 27 (4) : 69-77. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1757975920913547>

HART E., BOND M., 1995 – *Action Research for Health and Social Care: A Guide to Practice*. Buckingham, Open University Press.

HASSALL K., GULLICKSON A. M., BOYCE A. S., HANNUM K., 2020 – Editorial. *Evaluation Journal of Australasia*, 20 (2) : 63-67.

HAWE P., POTVIN L., 2009 – What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100 (1) : I8-I14.

HEMMING K., HAINES T. P., CHILTON P. J., GIRLING A. J., LILFORD R. J., 2015 – The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. *BMJ*, 350 : h391. <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h391>

HOFFMANN T. C., GLASZIOU P. P., BOUTRON I., MILNE R., PERERA R., MOHER D., ALTMAN D., BARBOUR V., MACDONALD H., JOHNSTON M., LAMB S., DIXON-WOODS M., MCCULLOCH P., WYATT J., CHAN A., MICHIE S., 2014 – Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348 : g1687. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24609605/>

HOSSEINI SHOKOUH S. M., ARAB M., EMAMGHOLIPOUR S., RASHIDIAN A., MONTAZERI A., ZABOLI R., 2017 – Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iran Journal of Public Health*, 46 (4) : 435-446.

HURTEAU M., HOULE S., MARCHAND M.-P., 2012 – « La sélection des parties prenantes : un enjeu important, parce que toujours problématique ». In HURTEAU M., HOULE S., GUILLEMETTE F. (dir.) : *L'évaluation de programme axée sur le jugement crédible*. Québec, Presses de l'université du Québec :132-153.

JATTEAU A., 2021 – « Chapitre 2. Le développement des expérimentations sociales aléatoires ». In JATTEAU A. : *Faire preuve par le chiffre ? : Le cas des expérimentations aléatoires en économie*. Vincennes, Institut de la gestion publique et du développement économique, coll. Gestion publique : 133-222. <http://books.openedition.org/igpde/12277>

JENICEK M., 1997 – Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, 7 : 187-197.

JOHRI M., RIDDE V., HEINMÜLLER R., HADDAD S., 2014 – Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: an impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92 (10) : 706-715. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4208477/>

KADIO K, LOUART S, DABIRÉ S, KAFANDO Y, SOMÉ P-A, RIDDE V., 2020 – L'accès aux services de santé au Burkina Faso : une revue de l'interaction entre les capacités des individus et les caractéristiques du système de santé. *Ramres (série sciences humaines)*, 14 :13-42.

KANE M., TROCHIM W. M., 2006 – *Concept mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

KAWACHI I., KENNEDY B. P., WILKINSON R. G. (ed), 1999 – *The Society and Population Health Reader. Volume 1: Income Inequality and Health*. New York, The New Press.

KINGDON J. W., 1995 – *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2^e éd., New York, Harper Collins.

KIRKHART K. E., 2000 – Reconceptualizing evaluation use: An integrated theory of influence. *New Directions for Evaluation*, 88 : 5-23. <https://www.upeval.org/wp-content/uploads/2021/02/Kirkhart-2000-NDE-on-Reconceptualizing-Evaluation-Use-An-Integrated-Theory-of-Influence-2.pdf>

LACOUTURE A., BRETON E., GUICHARD A., RIDDE V., 2015 – The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science*, 10 : 153. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0345-7>

LANDRY R., AMARA N., PABLOS-MENDEZ A., SHADEMANI R., GOLD I., 2006 – The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 : 597-602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627427/>

LANGER L., TRIPNEY J., GOUGH D., 2016 – *The science of using science: researching the use of research evidence in decision-making*. Rapport final, Londres, EPPI-Centre/University College of London. <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/Science%20Technical%20report%202016%20Langer.pdf?ver=2016-04-18-142648-770>

LANGLOIS E. V., NHAN T. T., GHAFAR A., REVEIZ L., BECERRA-POSADA F., 2017 – Embedding research in health policy and systems in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 41 : e68. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34037/v41a682017-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

LAPERRIÈRE A., 1997 – « Les critères de scientificité des méthodes qualitatives ». In POUPART J., DESLAURIERS J.-P., GROULX L.-H., LAPERRIÈRE A., MAYER R., PIRES A. P. (dir.) : *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaëtan Morin éditeur : 376-389.

LEMIEUX V., 2002 – *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. 2^e éd., Québec, Les Presses de l'Université Laval.

LEMIRE N., SOUFFEZ K., LAURENDEAU M.-C., 2009 – *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/institut/transfert-des-connaissances/animer-processus-de-transfert-des-connaissances>

LEMIRE S., PECK L. R., POROWSKI A., 2020 – The Growth of the Evaluation Tree in the Policy Analysis Forest: Recent Developments in Evaluation. *Policy Studies Journal*, 48 (S1) : S47-S70. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/psj.12387>

LEON D., WALT G. (ed), 2000 – *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford, Oxford University Press.

LE PEN C, LEVY P., 2018 – *L'évaluation médico-économique : concepts et méthodes*. Rouen, Éditions Le Grand Métier.

LEWIS S. J., RUSSELL A. J., 2011 – Being embedded: A way forward for ethnographic research. *Ethnography*, 12 (3) : 398-416. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/14661381110393786>

LIPSKY M., 2010 – *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, Russell Sage Foundation.

MACHAMER P., DARDEN L., CRAVER C. F., 2000 – Thinking about Mechanisms. *Philosophy of Science*, 67 (1) : 1-25. <http://mechanism.ucsd.edu/teaching/w10/machamer.darden.craver.pdf>

MADDUX J. E., ROGERS R. W., 1983 – Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19 : 469-479.

MALTERUD K., 2001 – Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358 (9280) : 483-488. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601056276?via%3Dihub>

MANOUFI D., KABORE W. C., YAHANNON C. N., DUMONT A., RIDDE V., 2021 – Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi expérimentale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 69 (4) : 193-203. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762021002157/>

MARCHAL B., VAN BELLE S., VAN OLMEN J., HOERÉE T., KEGELS G., 2012 – Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation*, 18 (2) : 192-212. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1356389012442444>

MARCHAL B., WESTHROP G., WONG G., VAN BELLE S., GREENHALGH T., KEGELS G., PAWSON R., 2013 – Realist RCTs of complex interventions - an oxymoron. *Social Science & Medicine*, 94 : 124-128.

MARMOT M., WILKINSON R. (ed), 2005 – *Social Determinants of Health*. 2^e éd, Oxford/New York, Oxford University Press.

MARSHALL M., PAGEL C., FRENCH C., UTLEY M., ALLWOOD D., FULOP N., POPE C., BANKS V., GOLDMANN A., 2014 – Moving improvement research closer to practice: the Researcher-in-Residence model. *BMJ Quality & Safety*, 23 (10) : 801-805.

MASON P., 2005 – Visual data in applied qualitative research: lessons from experience. *Qualitative Research*, 5 (3) : 325-346. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794105054458>

MAYNE J., 2001 – Addressing Attribution through Contribution Analysis: Using Performance Measures Sensibly. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 16 (1) : 1-24. <https://www.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/cjpe.016.001>

MAYNE J., 2010 – « Contribution analysis: addressing cause and effect ». In FORSS K., MARRA M., SCHWARTZ R. (eds) : *Evaluating the Complex: Attribution, Contribution and Beyond*. Piscataway, Transaction Publishers : 53-96.

McGINITY R., SALOKANGAS M., 2014 – Introduction: 'embedded research' as an approach into academia for emerging researchers. *Management in Education*, 28 (1) : 3-5. https://www.researchgate.net/publication/273611281_Introduction_'Embedded_research'_as_an_approach_into_academia_for_emerging_researchers

Mc SWEEN-CADIEUX E., DAGENAIS C., SOMÉ P.-A., RIDDE V., 2017 – Research dissemination workshops : observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy & Systems*, 15 (43). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-017-0205-9>

MC SWEEN-CADIEUX E., DAGENAIS C., RIDDE V., 2018 – A deliberative dialogue as a knowledge translation strategy on road traffic injuries in Burkina Faso: a mixed-method evaluation. *Health Research Policy and Systems*, 16 (113). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0388-8>

MC SWEEN-CADIEUX E., DAGENAIS C., SOMÉ D. T., RIDDE V., 2019 – A health knowledge brokering intervention in a district of Burkina Faso: a qualitative retrospective implementation analysis. *PLoS One*, 14 (7) : e0220105. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220105>

MERRY L., PELAEZ S., 2021 – La transmission des connaissances et l'amélioration de la santé et des soins pour les migrants au Canada : quelle est la responsabilité des bailleurs de fonds et des chercheurs en santé ? *Canadian Family Physician*, 67 : 411-413. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8202737/pdf/0670411.pdf>

MERTON R. K., 1968 – « On social theories of the middle range ». In R. K. MERTON : *Social Theory and Social Structure*. New-York, The Free Press : 39-72.

MEYER B. D., 1995 – Natural and Quasi-Experiments in Economics. *Journal of Business & Economic Statistics*, 13 (2) : 151-161. <https://www.jstor.org/stable/1392369>

MEYER M., 2010 – Les courtiers du savoir, nouveaux intermédiaires de la science. *Hermès*, 57 (2) : 165-171. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2010-2-page-165.htm>

MEYERS D. C., DURLAK J. A., WANDERSMAN A., 2012 – The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50 (3-4) : 462-480. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1007/s10464-012-9522-x>

MICHIE S., RICHARDSON M., JOHNSTON M., ABRAHAM C., FRANCIS J., HARDEMAN W., ECCLES M., CANE J., WOOD C. E., 2013 – The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46 (1) : 81-95.

MINARY L., TROMPETTE J., KIVITS J., CAMBON L., TARQUINIO C., ALLA F., 2019 – Which design to evaluate complex interventions? Toward a methodological framework through a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 19 (92). <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-019-0736-6>

MONNIER E., SPENLEHAUER V., 1992 – L'évaluation dans le triangle de la décision - Opinions singulières et processus pluraliste. *Politique et Management Public*, 10 (3) : 61-82. https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1992_num_10_3_3064

MOORE G. F., AUDREY S., BARKER M., BOND L., BONELL C., HARDEMAN W., MOORE L., O'CATHAIN A., TINATI T., WIGHT D., BAIRD J., 2015 – Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350 : h1258. <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>

MOORE G., EVANS R. E., HAWKINS J., LITTLECOTT H. J., TURLEY R., 2017 – All interventions are complex, but some are more complex than others: using iCAT_SR to assess complexity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 : ED000122. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000122/full>

MOORE G., CAMBON L., MICHIE S., ARWIDSON P., NINOT G., FERRON C., POTVIN L., KELLOU N., CHARLESWORTH J., ALLA F., 2019 – Population health intervention research: the place of theories. *Trials*, 20 (285).

MUNEROL L., CAMBON L., ALLA F., 2013 – Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. *Santé publique*, 25 (5) : 587-597. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-587.htm>

NABYONGA-OREM J., DOVLO D., KWAMIE A., NADEGE A., GUANGYA W., KIRIGIA J. M., 2016 – Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries: what are the issues and way forward? *BMC Health Services Research*, 16 (217). <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1450-2>

NEAL J. W., NEAL Z. P., BRUTZMAN B., 2021 – Defining brokers, intermediaries, and boundary spanners: a systematic review. *Evidence & Policy : A Journal of Research, Debate and Practice*, 18 (1) : 7-24. <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/evp/18/1/article-p7.xml>

NGUYEN H. T., ZOMBRÉ D., RIDDE V., DE ALLEGRI M., 2018– The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: a controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 33 (8): 948-956. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy077>

NIEDERBERGER M., SPRANGER J., 2020 – Delphi Technique in Health Sciences: A Map. *Frontiers in Public Health*, 8 (457). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00457/full>

NILSEN P., 2015 – Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10 (53). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

OKLEY A., STRANGE V., BONELL C., ALLEN E., STEPHENSON J., RIPPLE Study Team, 2006 – Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ Clinical Research*, 332 (7538) : 413-416.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995 – La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, 1 : 71-109. <https://journals.openedition.org/enquete/263>

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008 – *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve, Academia Bruylant.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2011 – Promouvoir la recherche face à la consultance. Autour de l'expérience du Lasdel (Niger-Bénin). *Cahiers d'études africaines*, 202-203 (2-3) : 511-528. <https://journals.openedition.org/etudesafriques/16759>

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2021 – *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Paris, Karthala.

O'NEILL M., 2003 – Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? *Sozial und Präventivmedizin*, 48 (5) : 317-326. <https://www.utep-besancon.fr/content/uploads/2021/12/Pourquoi-se-preoccupe-t-on-tant-des-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante-89.pdf>

OMS (Organisation mondiale de la santé), 2023 – International Classification of Health Interventions (ICHI). Genève, OMS. <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

OUÉDRAOGO S., BENMARHNI T., BONNET E., SOMÉ P.-A., BARRO A. S., KAFANDO Y., SOMA D. D., DABIRÉ R. K., SARÉ D., FOURNET F., RIDDE V., 2018 – Evaluation of Effectiveness of a Community-Based Intervention for Control of Dengue Virus Vector, Ouagadougou, Burkina Faso. *Emerging Infectious Diseases*, 24 (10) : 1859-1867. http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/24/10/18-0069_article.htm

OUÉDRAOGO S., DEGROOTE S., BARRO S. A., SOMÉ P.-A., BONNET E., RIDDE V., 2019 – Épidémies récurrentes de la dengue au Burkina Faso : préférences communautaires pour une intervention de prévention de la maladie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 67 (6) : 375-382. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762019304778>

OUMET M., BÉDARD P.-O., 2015 – « 46. La présentation de preuves scientifiques aide les décideurs à agir rationnellement ». In RIDDE V., OUATTARA F. (dir.) : *Des idées reçues en santé mondiale*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal : 230-234. Disponible sur : <https://books.openedition.org/pum/3718>

OUVRIER M.-A., 2015 – *Faire de la recherche médicale en Afrique : ethnographie d'un village-laboratoire sénégalais*. Marseille/Paris, IRD Éditions/Karthala.

PARKHURST J., ETTTELT S., HAWKINS B. (ed), 2018 – *Evidence Use in Health Policy Making: An International Public Policy Perspective*. Cham, Springer International Publishing. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-93467-9>

PATSOPOULOS N. A., 2011 – A pragmatic view on pragmatic trials. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13 (2) : 217-224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181997/>

PATTON M. Q., 1990 – *Qualitative evaluation and research methods*. 2^e éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

PATTON M. Q., 2008 – *Utilization-Focused Evaluation*. 4^e éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

PATTON M. Q., 2010 – *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York, Guilford Press.

PATTON M. Q., 2021 – *Utilization-Focused Evaluation*. 5^e éd., Thousand Oaks, SAGE Publications.

PATTON M. Q., LABOSSIERE F., 2012 – « 8. L'évaluation axée sur l'utilisation ». In RIDDE V., DAGENAIS C., (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. 2^e éd., Montréal : Presses de l'Université de Montréal, coll. Paramètres : 145-160. <http://books.openedition.org/pum/5983>

PAUL E., BROWN G. W., RIDDE V., 2020 – Covid-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health. *BMJ Global Health*, 5 (4) : e002622. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/4/e002622.full.pdf>

PAWSON R., 2013 – *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

PAWSON R., TILLEY N., 1997 – *Realistic Evaluation*. Londres, SAGE Publications.

PÉLADÉAU N., DAGENAIS C., RIDDE V., 2017 – Concept mapping internal validity: A case of misconceived mapping? *Evaluation and Program Planning*, 62 : 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.02.005>

PÉREZ D., VAN DER STUYFT P., ZABALA M. C., CASTRO M., LEFÈVRE P., 2016 – A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science*, 11 (91). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0457-8>

PÉREZ M. C., MINOYAN N., RIDDE V., SYLVESTRE M.-P., JOHRI M., 2018 – Comparison of registered and published intervention fidelity assessment in

cluster randomised trials of public health interventions in low- and middle-income countries: systematic review. *Trials*, 19 (410). <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-018-2796-z>

PÉREZ D., CASTRO M., LEFÈVRE P., 2019 – « 16. L'évaluation de la fidélité et de l'adaptation ». In RIDDE V., DAGENAI C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 403-432. <https://books.openedition.org/irdeditions/33738>

PÉREZ D., ROBERT E., PÉREZ E. J., VANLERBERGHE V., LEFÈVRE P., RIDDE V., 2021 – A Realist Synthesis of Community-Based Interventions in Vector-Borne Diseases. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104 (4) : 1202-1210. <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/aop/article-10.4269-ajtmh.20-0944/article-10.4269-ajtmh.20-0944.xml>

PETERS D. H., ADAM T., ALONGE O., AGYEPONG I. A., TRAN N., 2013 – Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ*, 347 : f6753. <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6753.long>

PETTICREW M., CUMMINS S., FERRELL C., FINDLAY A., HIGGINS C., HOY C., KEARNS A., SPARKS L., 2005 – Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health*, 119 (9) : 751-757. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350605000296>

PIRON F., REGULUS S., DIBOUNJE MADIBA M. S. (dir.), 2016 – *Justice cognitive, libre accès et savoirs locaux. Pour une science ouverte juste, au service du développement local durable*. Québec, Éditions science et bien commun. <https://scienceet-biencommun.pressbooks.pub/justicecognitive1/>

PLANTE J., 1994 – *Évaluation de programme (français, anglais, espagnol)*. Québec, Presses de l'Université Laval.

PLUYE P., 2019 – « L'intégration en méthodes mixtes. Cadre conceptuel pour l'intégration des phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs ». In RIDDE V., DAGENAI C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 187-212. <https://books.openedition.org/irdeditions/33608>

PLUYE P., POTVIN L., DENIS J.-L., 2000 – La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures : revue transdisciplinaire en Santé*, 7 (1) : 99-113. <https://escholarship.mcgill.ca/downloads/q237hw577?locale=en>

PLUYE P., POTVIN L., DENIS J.-L., PELLETIER J., MANNONI C., 2005 – Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 28 : 123-137. <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2015/07/4.-Pluye-et-al-2005-EPP-Sustainability-first-events.pdf>

PORTA M., 2008 – *A dictionary of epidemiology*. Oxford, Oxford University Press.

POTVIN L., BILODEAU A., GENDRON S., 2008 – Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promotion & Education*, 15 (1) : 17-21.

POTVIN L., PETTICREW M., COHEN E. R. M., 2014 – Population health intervention research: developing a much needed science of solutions. *Preventive Medicine*, 61 : 114-115.

PROCTOR E., SILMERE H., RAGHAVAN R., HOVMAND P., AARONS G., BUNGER A., 2011 – Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38 (2) : 65-76.

RAJAN D., KOCH K., ROHRER K., BAJNOCZKI C., SOCHA A., VOSS M., NICOD M., RIDDE V., KOONIN J., 2020 – Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*, 5 (5) : e002655. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/5/e002655.full.pdf>

RAJKOTIA Y., 2018 – Beware of the success cartel: a plea for rational progress in global health. *BMJ Global Health*, 3 : e001197. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/6/e001197.full.pdf>

REASON P., BRADBURY H. (ed), 2001 – *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. Londres/Thousand Oaks/New Delhi, SAGE Publications.

REASON P., BRADBURY H. (ed), 2008 – *The SAGE handbook of action research: participative inquiry and practice*. 2^e éd., Londres/Thousand Oaks, SAGE Publications.

REGRAGUI S., LECLERC A.-M., ROCH G., 2018 – « Défis pratiques et méthodologiques de trois expériences doctorales avec devis mixte ». In BUJOLD M., HONG Q. N., RIDDE V., BOURQUE C. J., DOGBA M. J., VEDEL I., PLUYE P. (dir.) : *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*. Montréal, ACFAS, coll. Cahiers scientifiques de l'Acfas, 117 : 100-119. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-05/010072876.pdf

REICH M. R., CAMPOS P. A., 2020 – *A Guide to Applied Political Analysis for Health Reform*. India Health Systems Project, working paper n° 1. Cambridge, Harvard T.H. Chan School of Public Health. <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2216/2020/08/Guide-Applied-Political-Analysis-final-2020.08.29-FINAL.pdf>

RESWEBER J.-P., 2011 – Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*, 19 : 171-200. <https://journals.openedition.org/questionsdecommunication/2661>

RIDDE V., 2006 – Segment thématique : Programmes communautaires et innovations méthodologiques : participation, accompagnement, et *empowerment*/ Thematic Segment: Community programs and methodological innovations: Participation, coaching, and empowerment. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21 (3) : 133-136.

RIDDE V., 2007 – Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Éducation* : XIV (2) : 111-114.

RIDDE V., 2009 – Le transfert de connaissances et les règles de fonctionnement du système universitaire : besoin de changements. *Global Health Promotion*, 16 (3) : 70-72. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975909339769>

RIDDE V., 2019 – « Les inégalités : de la (dé)mesure aux théories de la justice sociale en passant par la résilience... des chercheurs ». In GÉRARD E., HENAFF N. (dir.) : *Inégalités en perspectives*. Paris, Éditions des archives contemporaines : 3-9. <https://doi.org/10.17184/eac.1616>

RIDDE V., GUICHARD A., 2008 – « 4 – Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis ». In NIEWIADOMSKI C., AÏACH P. (dir.) : *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, coll. Recherche, santé, social : 57-80. <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante--9782859529840-p-57.htm>

RIDDE V., HADDAD S., 2013 – Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 (2) : S95-S106. http://equitesante.org/documents/articles/Ridde-Haddad_2013_Pragmatisme_et_realisme.pdf

RIDDE V., DAGENAIS C., 2017 – What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ Global Health*, 2 : e000432. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/4/e000432.full.pdf>

RIDDE V., YAMÉOGO P., 2018 – How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*, 4 (119). <http://www.nature.com/articles/s41599-018-0173-x>

RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.), 2019 – Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions. <https://books.openedition.org/irdeditions/33393>

RIDDE V., TURCOTTE-TREMBLAY A.-M., 2019 – « 14. L'analyse des processus de mise en œuvre. Une intervention complexe au Burkina Faso : le financement basé sur les résultats ». In RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions

science et bien commun/IRD Éditions : 355-381. <https://books.openedition.org/irdeditions/33703>

RIDDE V., ROBERT E., GUICHARD A., BLAISE P., VAN OLME J., 2012 – L'approche réaliste à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26 (3) : 37-59. <https://www.erudit.org/fr/revues/mee/2013-v36-n3-mee01461/1025741ar/>

RIDDE V., DAGENAIS C., BOILEAU M., 2013 – Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique. *Santé publique*, 25 (2) : 137-145. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-2-page-137.htm>

RIDDE V., HUNT M., DAGENAIS C., AGIER I., NIKIEMA A., CHIOCCHIO F., BONNET E., SOMÉ P.-A., 2016 – Une politique concernant les données issues d'un programme de recherches interventionnelles en santé mondiale. *Bioéthique Online*, 5. <http://id.erudit.org/iderudit/1044267ar>

RIDDE V., LEPPERT G., HIEN H., ROBYN P. J., DE ALLEGRI M., 2018 – Street-level workers' inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: evidence from a cross-sectional survey. *International Journal for Equity in Health*, 17 (5). <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0717-5>

RIDDE V., PÉREZ D., ROBERT E., 2020a – Using implementation science theories and frameworks in global health. *BMJ Global Health*, 5 (4). <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/4/e002269.full.pdf>

RIDDE V., AHO J., NDAO E. M., BENOIT M., HANLEY J., LAGRANGE S., FILLOL A., RAYNAULT M.-F., CLOOS P., 2020b – Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Global Public Health*, 15 (11) : 1603-1616. <https://www.researchgate.net/publication/341687635>

RIDDE V., OUEDRAOGO S., YAYA S., 2021 – Closing the diversity and inclusion gaps in francophone public health: a wake-up call. *BMJ Global Health*, 6 (2) : e005231. <https://gh.bmj.com/content/6/2/e005231>

RILEY B., HARVEY J., DI RUGGIERO E., POTVIN L., 2015 – Building the field of population health intervention research: The development and use of an initial set of competencies. *Preventive Medicine Reports*, 2 : 854-857. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4721454/>

ROBERT E., RIDDE V., 2014 – L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en Éducation*, 36 (3) : 79-108. <https://id.erudit.org/iderudit/1025741ar>

ROBERT E., MERRY L., BENOÎT M., GUIMARAES D. B., RUIZ-CASARES M., 2018 – Rien ne doit se faire pour eux sans eux : renforcer la participation des

demandeurs d'asile, réfugiés et migrants sans statut et des organismes communautaires dans la recherche en santé. *Canadian Journal of Public Health*, 109 (3) : 312-315. <http://link.springer.com/10.17269/s41997-018-0042-9>

ROBSON C., 2011 – *Real world research: a resource for users of social research methods in applied settings*. 3^e éd., Chichester, Wiley.

ROCHER G., 2004 – *Les réformes : une perspective sociologique*. Montréal, Centre de recherche en droit public, université de Montréal.

SACKETT D. L., ROSENBERG W. M., GRAY J. A., HAYNES R. B., RICHARDSON W. S., 1996 – Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312 :71-72. <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>

SAILLANT F., 2004 – « Constructivisme, identités flexibles et communautés vulnérables ». In SAILLANT F., CLÉMENT M., GAUCHER C. (dir.) : *Identités, vulnérabilités, communautés*. Québec, Éditions Nota bene : 19-42.

SANDELOWSKI M., VOILS C. I., KNAFL G., 2009 – On Quantitizing. *Journal of Mix Methods Research*, 3 (3) : 208-222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768355/>

SCHEIRER M. A., 1978 – Program Participants' Positive Perceptions: Psychological Conflict of Interest in Social Program Evaluation. *Evaluation Quarterly*, 2 (1) : 53-70. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0193841X7800200102>

SCHLOEMER T, SCHRÖDER-BÄCK P., 2018 – Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*, 13 (88). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0751-8>

SCHWARTZ D., LELLOUCH J., 1967 – Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutic trials. *Journal of Chronic Diseases*, 20 : 637-648. <https://www.james-lindlibrary.org/schwartz-d-lellouch-j-1967/>

SCHWARZINGER M., WATSON V., ARWIDSON P., ALLA F., LUCHINI S., 2021 – Covid-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health*, 6 (4) : e210-e221. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00012-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00012-8/fulltext)

SEPPEY M., SOMÉ P.-A., RIDDE V., 2021 – Sustainability determinants of the Burkinabe performance-based financing project. *Journal of Health Organization and Management*, 35 (3) : 306-326. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0137>

SHADISH W. R., COOK T. D., CAMPBELL D. T., 2002 – *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, Houghton Mifflin.

SHAXSON L., BIELAK A. T., AHMED I., BRIEN D., CONANT B., FISHER C., GWYN E., KLERKX L., MIDDLETON A., MORTON S., PANT L., 2012 – *Expanding our understanding of K* (KT, KE, KTT, KMb, KB, KM, etc.). A concept paper emerging from the K* conference held in Hamilton, Ontario, Canada, April 12*. Hamilton, United Nations University, Institute for Water, Environment and Health (UNU-INWEH). <https://www.researchgate.net/publication/235930863>

SIRON S., DAGENAIS C., RIDDE V., 2015 – What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: a scoping review. *International Journal of Public Health*, 60 : 849-863. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-015-0716-5>

SOUFFEZ K., LAURENDEAU M. C., 2011 – *Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/outil_pour_soutenir_1_elaboration_d_un_plan_de_transfert_des_connaissances.pdf

SOURA B. D., FALLU J. S., BASTIEN R., BRIÈRE F., 2019 – « L'étude d'évaluabilité : une intervention de prévention de l'usage de drogues à l'école au Québec ». In RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 3-32. <https://books.openedition.org/irdeditions/33483>

STEVANH L., KING J. A., GHERE G., MINNEMA J., 2005 – Establishing Essential Competencies for Program Evaluators. *American Journal of Evaluation*, 26 (1) : 43-59. https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u58/2015/Establishing_Essential_Competencies.pdf

STORENG K. T., ABIMBOLA S., BALABANOVA D., MCCOY D., RIDDE V., FILIPPI V., ROALKVAM S., AKELLO G., PARKER M., PALMER J., 2019 – Action to protect the independence and integrity of global health research. *BMJ Global Health*, 4 : e001746. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6590965/pdf/bmjgh-2019-001746.pdf>

SYLVESTRE A. B. R., RIDDE V., QUEUILLE L., 2019 – « 5. L'analyse d'une recherche-action : combinaison d'approches dans le domaine de la santé au Burkina Faso ». In RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.) : *Évaluation des interventions de santé mondiale : méthodes avancées*. Québec/Marseille, Éditions science et bien commun/IRD Éditions : 125-153. <https://books.openedition.org/irdeditions/33568>

SZRETER S., 2003 – The Population Health Approach in Historical Perspective. *American Journal of Public Health*, 93 (3) : 421-431.

TARQUINIO C., KIVITS J., MINARY L., COSTE J., ALLA F., 2015 – Evaluating complex interventions : perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology & Health*, 30 : 35-51.

THABANE L., CAMBON L., POTVIN L., POMMIER J., KIVITS J., MINARY L., NOUR K., BLAISE P., CHARLESWORTH J., ALLA F. 2019 – Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*, 20 (1) : 309.

THE LANCET GLOBAL HEALTH, 2021 – Editorial: Lessons in humility. *The Lancet Global Health*, 9 (7) : e880. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2821%2900268-0>

THORPE K. E., ZWARENSTEIN M., OXMAN A. D., TREWEEK S., FURBERG C. D., ALTMAN D. G., TUNIS S., BERGEL E., HARVEY I., MAGID D. J., CHALKIDOU K., 2009 – A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62 (5) : 464-475. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435609000481?via%3Dihub>

TORGERSON D. J., KLABER-MOFFETT J., RUSSELL I. T., 1996 – Patient preferences in randomised trials: threat or opportunity? *Journal of Health Services Research and Policy*, 1 (4) : 194-197. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/135581969600100403>

TORGERSON D. J., TORGERSON C. J., 2008 – *Designing Randomised Trials in Health, Education and the Social Sciences*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.

TREMBLAY M.-C., PARENT A.-A., 2014 – Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105 (3) : e221-e223. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6972395/pdf/41997_2014_Article_105030221.pdf

TROCHIM W. M. K., 1989 – An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12 : 1-16. <http://www.billtrochim.net/research/epp89/Trochim1.pdf>

TURCOTTE-TREMBLAY A.-M., GALI-GALI I. A., DE ALLEGRI M., RIDDE V., 2017 – The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 191 : 226-236.

TURCOTTE-TREMBLAY A.-M., GALI-GALI I. A., RIDDE V., 2021 – The Unintended Consequences of Covid-19 Mitigation Measures Matter: Practical Guidance for Investigating Them. *BMC Medical Research Methodology*, 21 (28). <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01200-x>

UIPES (dir.), 2004 – *Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES*. Paris, IUHPE/UIPES.

VICTORA C. G., HABICHT J.-P., BRYCE J., 2004 – Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 94 (3) : 400-405. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448265/pdf/0940400.pdf>

VOS T., CARTER R., BARENDREGT J., MIHALOPOULOS C., VEERMAN L., MAGNUS A., COBIAC L., BERTRAM M., WALLACE A., 2010 – *Assessing cost-effectiveness in prevention: ACE-Prevention. Final report*. Brisbane/Melbourne, University of Queensland/Centre for Burden of Disease and Cost-Effectiveness/Deakin University. https://public-health.uq.edu.au/files/571/ACE-Prevention_final_report.pdf

WANG S., MOSS J. R., HILLER J. E., 2006 – Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, 21 : 76-83.

WEBER M., 1963 – *Le savant et le politique*. Paris, Plon 10/18.

WEHIPEIHANA N., 2019 – Increasing Cultural Competence in Support of Indigenous-Led Evaluation: A Necessary Step toward Indigenous-Led Evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 34 (2) : 368-384. <https://journalhosting.ualgary.ca/index.php/cjpe/article/view/68444>

WEIJER C., GRIMSHAW J. M., ECCLES M. P., McRAE A. D., WHITE A., BREHAUT J. C., TALJAARD M., 2012 – The Ottawa Statement on the Ethical Design and Conduct of Cluster Randomized Trials. *PLoS Medicine*, 9 (11) : e1001346. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001346>

WEISS C. H., 1979 – The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39 (5) :426-431. <https://doi.org/10.2307/3109916>

WEISS C. H., 1997 – Theory-based evaluation: Past, present, and future. *New Directions for Evaluation*, 76 : 41-55. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ev.1086>

WEISS C. H., 1998 – *Evaluation: methods for studying programs and policies*. 2^e éd., Upper Saddle River, Prentice Hall.

WEST S. G., 2009 – Alternatives to Randomized Experiments. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (5) : 299-304.

WHITEHEAD D., TAKET A., SMITH P., 2003 – Action research in health promotion. *Health Education Journal*, 62 (1) : 5-22. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/001789690306200102>

WHYLE E., OLIVIER J., 2020 – Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map.

Health Policy and Planning, 35 (6) : 735-751. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7294246/>

WILLIAMS P. L., WEBB C., 1994 – The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (1) : 180-186.

YAOGO M., RIDDE V., KAFANDO Y., KADIO K., 2012 – « Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action concernant l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso ». In MONDAIN N., BOLOGO A. É. (dir.) : *La recherche en contexte de vulnérabilité : engagement du chercheur et enjeux éthiques*. Paris, L'Harmattan : 65-85.

YIN R. K., RIDDE V., 2012 – « Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes ». In RIDDE V., DAGENAIS C. (dir.) : *Approches et pratiques en évaluation de programme*. 2^e éd., Montréal, Presses de l'Université de Montréal :177-193.

ZHAO N., KOCH-WESER S., LISCHKO A., CHUNG M., 2020 – Knowledge translation strategies designed for public health decision-making settings: a scoping review. *International Journal of Public Health*, 65 : 1571-1580. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00038-020-01506-z.pdf>

ZWARENSTEIN M., TREWEEK S., 2009 – What kind of randomized trials do we need? *CMAJ*, 180 (10) : 998-1000. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2679816/pdf/1800998.pdf>

LES AUTEURS

I FRANÇOIS ALLA

est professeur de santé publique à l'université de Bordeaux, et chef du service de prévention du centre hospitalier universitaire de Bordeaux. Ses travaux portent notamment sur les politiques de santé et sur la mobilisation des acteurs du système de santé pour la prévention et la promotion de la santé. Il a été le fondateur de l'action coordonnée nationale pour la recherche interventionnelle en santé des populations. Sa démarche de recherche se nourrit et nourrit en retour une pratique de l'action et de la décision en santé publique au niveau national et régional.

I LINDA CAMBON

est responsable de l'axe « Méthodes pour la recherche interventionnelle en santé des populations » (Merisp, équipe Phares) au centre Inserm/université de Bordeaux U1219, Bordeaux Population Health et dirige une chaire au sein de l'Institut d'épidémiologie de santé publique et de développement (Isped) dédiée à la prévention. Ses travaux de recherche portent sur les conditions d'efficacité, de transférabilité et de mise à l'échelle des interventions en prévention et promotion de la santé et les interventions portant sur les déterminants structuraux de la santé. Elle développe une méta-recherche sur les méthodes d'évaluation et leur hybridation à des fins de compréhension de la complexité de ces interventions. Elle co-pilote le premier réseau de recherche national du domaine (So-Risp).

I VALÉRY RIDDE

est directeur de recherche au Ceped, une unité de recherche commune à l'université Paris Cité et à l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Il a été professeur de santé mondiale à l'École de santé publique de l'université de Montréal. Il est actuellement basé à l'Institut de la santé et du développement (Ised) de l'université Cheikh-Anta-Diop de Dakar (Sénégal). Ses travaux de recherche et d'évaluation portent sur la couverture universelle en santé, le financement des services de santé, l'évaluation, les politiques de santé publique et la promotion de la santé.

GLOSSAIRE

Il existe de multiples glossaires et index dans le domaine de la recherche et de l'évaluation. Dans ce qui suit, il ne s'agit pas d'en proposer de nouveaux, mais simplement de présenter les définitions des principaux concepts que nous utilisons dans ce livre.

Catégories d'interventions

Secteurs d'interventions définis par leur nature (par exemple : intervention de communication, d'éducation, de coercition, de régulation, d'incitation, etc.) ou leur milieu de mise en œuvre (par exemple : interventions scolaires).

Composantes

Désigne les constituants d'un système. Ils peuvent être contextuels (préalables et indépendants de l'intervention) ou interventionnels (manipulés par les acteurs à des fins de réponse à l'objectif interventionnel).

Interventions de santé

Multiples activités accomplies pour, avec ou au nom d'une population, dont le but est d'évaluer, d'améliorer, de maintenir, de promouvoir ou de modifier la santé ou ses déterminants.

Mécanismes

Réactions d'un agent humain dans un contexte donné.

Méthode

Processus permettant l'analyse statistique, qualitative ou mixte.

Méthodologie

Étude des méthodes.

Niveaux interventionnels

Politiques/stratégies (programme)/interventions/activités.

Outils

Produit/objet permettant le recueil de données : questionnaires, guides d'entretien ou d'observation, questionnaire delphi, etc.

Pérennisation

Processus pour favoriser la pérennité (film).

Pérennité

État ou degré de pérennité (photo).

Processus

Dynamique de mise en œuvre d'une intervention, des acteurs et des actions.

Routinisable

Capacité d'être mis en œuvre dans les conditions réelles d'exercice, dans le respect des contraintes et avec les ressources qu'ont les acteurs au sein d'un milieu de pratiques considéré.

Stratégies

Programme d'interventions composées de multiples activités.

Système interventionnel

Ensemble d'agents contextuels humains et matériels interdépendants, présents dans un espace-temps déterminé, générant des mécanismes d'effets. L'intervention devient un arrangement situé de paramètres contextuels pré-existants influençant leur propre évolution au fil du temps.

Théorie d'intervention

Hypothèses sur lesquelles les personnes, consciemment ou inconsciemment, construisent leurs interventions.

SIGLES ET ACRONYMES

ACE : *Assessing cost effectiveness*

AFD : Agence française de développement

ANR : Agence nationale de la recherche

Astaire : Outil d'analyse de la transférabilité et d'accompagnement à l'adaptation des interventions en promotion de la santé

CE : Contexte externe

CHSRF : Canadian Health Services Research Foundation

CI : Contexte interventionnel

CME : Contexte-mécanisme-effet

Covamax : Étude visant à définir un modèle comportemental de la vaccination pandémique (CHU Bordeaux)

Covapred : Étude sur l'acceptation des nouveaux vaccins contre la Covid-19 (Inserm/CHU Bordeaux)

CSP : Catégorie socio-professionnelle

Echo : Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire de la Commission européenne

EFT : Évaluation fondée sur la théorie

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

INSPQ : Institut de la santé publique du Québec

Ised : Institut de la santé et du développement (Sénégal)

Isped : Institut d'épidémiologie, de santé publique et de développement (France)

List : *Lives saved tool*

Merisp : Méthodes pour la recherche interventionnelle en santé des populations (axe de recherche Isped)

NHMRC : National health and medical research council (Australie)

Ocaprev : Efficacité des objets connectés et des applications en matière de prévention sanitaire (projet de recherche)

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

QALY : Quality-adjusted life year

RDR : Réduction des risques

Risp : Recherche interventionnelle en santé des populations

So-Risp : Réseau de recherche international en santé des populations

TC : Transfert de connaissances

UIPES : Union internationale pour la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé

Unitaid : Agence de santé mondiale

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
--------------	---

Chapitre 1.

La recherche interventionnelle en santé des populations (Risp)	11
--	----

La notion d'intervention en santé des populations	12
Une vision populationnelle	15
Une conception intersectorielle et opérationnelle	16
Un ancrage contextuel	16
Des acteurs multiples	16
Des objectifs de contribution à une meilleure santé et équité en santé	17
Une nature plurielle	17
La recherche interventionnelle en santé des populations	18
Des effets positifs ou négatifs	18
Une utilité sociale	20
Une pluralité de méthodes	21
Un croisement pragmatique	21
Les différentes formes de recherche interventionnelle	23
Essai comparatif	24
Recherche évaluative	25
Recherche-action	26
Évaluation développementale	27
Recherche imbriquée	28
Expérimentation naturelle	29
Conclusion	30

Chapitre 2.

Les questions de recherche en Risp	35
------------------------------------	----

Concevoir l'intervention : construire, affiner, valider la théorie d'intervention	36
Évaluer la viabilité	41

Évaluer l'efficacité	42
Efficacité théorique vs en conditions réelles	42
Impacts	44
Efficiencia	45
Mise en œuvre	46
Analyser les mécanismes	47
Analyser les facteurs de diffusion d'une intervention	47
Conclusion	49

Chapitre 3.

Les approches méthodologiques en Risp	51
Des approches différentes pour répondre aux questions de la Risp	51
De la posture épistémologique	52
Du contexte de l'évaluation et de la phase du processus d'innovation	53
De la question posée	54
De la nature de l'intervention évaluée et de son degré de complexité	56
Des aspects pratiques de l'évaluation	57
Principaux plans de recherche utilisés	58
L'approche expérimentale par essai comparatif avec assignation aléatoire individuelle	59
Autres approches contrefactuelles expérimentales	64
Approches contrefactuelles quasi et non expérimentales centrées sur les résultats	68
Les approches intégrant l'analyse des processus et des mécanismes	71
Conclusion	76

Chapitre 4.

Les méthodes de production et d'analyse de données en Risp	77
Les principes	77
La problématisation	77
La rigueur	79
L'éthique	80
Quelques méthodes de recueil et d'analyse de données	81
Les méthodes quantitatives, qualitatives et mixtes	81
Les modélisations et méthodes utilisant des données existantes	82
Les méthodes favorisant la production de données à travers la genèse d'un consensus	86
La méthode Delphi	86

Le groupe nominal	87
La cartographie conceptuelle	89
Conclusion	91

Chapitre 5.

Les acteurs de la Risp	93
La catégorisation des acteurs de la Risp	94
Les acteurs de la Risp	96
Les intervenants	96
Les chercheurs	97
Les décideurs	98
La population	98
Les financeurs	98
Les responsables de sociétés, de revues savantes et les organismes d'expertise chargés de produire les recommandations	99
Les groupes d'intérêts	99
L'analyse des acteurs aux trois moments essentiels de la Risp	99
La conception de la Risp	101
La mise en œuvre de la Risp	106
Le transfert des connaissances et la Risp	112
L'importance des acteurs de première ligne	117
Conclusion :	
Les défis du partenariat	118

Chapitre 6.

La Risp, une démarche pour soutenir les décisions et les interventions	121
La pertinence sociale au cœur de la Risp	121
Des processus favorables à l'utilisation des résultats	124
De l'utilisation des résultats à l'influence des connaissances	127
Les facteurs qui influencent l'utilisation des résultats	130
Des processus et des outils pour renforcer l'utilisation des résultats	137
La question des liens d'intérêts lors des Risp	147
Conclusion	150

BIBLIOGRAPHIE	151
LES AUTEURS	179
GLOSSAIRE	181
SIGLES ET ACRONYMES	183

Imprimé en France (La Courneuve)
sur les presses d'Isiprint
Dépôt légal : décembre 2023

collection [santé globale]

Dans la recherche en santé, les approches biomédicales et épidémiologiques ne permettent pas d'appréhender la complexité des interventions en santé des populations. Il est pourtant essentiel de les étudier avec des approches adaptées à leur complexité, à la pluralité de leurs mécanismes et à la diversité des acteurs et des contextes locaux. C'est l'objet de la recherche interventionnelle en santé des populations (Risp), dont ce livre offre une première synthèse en langue française.

Par une clarification conceptuelle et méthodologique et une illustration par de nombreux exemples à travers le monde, les auteurs se proposent de répondre à un besoin de formation des chercheurs et plus largement des acteurs de la santé sur cette démarche scientifique en abordant les questions essentielles d'efficacité, d'équité, de pertinence, de mise en œuvre ou de passage à l'échelle.



université
de BORDEAUX

F3S | FÉDÉRATION
SCIENCES
SOCIALES
SUDS


Éditions

www.editions.ird.fr
ISBN : 978-2-7099-2998-1

20 €

