

[NOTE] **Efficacité des programmes sur les compétences psychosociales** : au-delà des programmes probants, l'intérêt de s'appuyer sur les données probantes



Résumé

Développer les compétences psychosociales est considéré comme un enjeu majeur de santé publique. Dans un contexte de fortes contraintes pour les décideurs et les acteurs de terrain, l'efficacité des actions menées en la matière est primordiale. Cette note apporte un éclairage sur :

- les programmes probants et leurs limites,
- les données probantes, au croisement de la recherche scientifique, des expertises collectives et des expériences des professionnels et des populations,
- les critères de qualité reconnus comme leviers d'efficacité et de pertinence en promotion de la santé.

La note recommande de s'appuyer sur les données probantes disponibles pour guider les projets de développement des compétences psychosociales, plutôt que de recourir systématiquement à des programmes dits « clés en main ». De manière générale, elle souligne l'importance d'adapter les interventions aux contextes et dynamiques d'acteurs locales, de financer la méthodologie de projet, de renforcer l'accompagnement des acteurs, de valoriser les savoirs de terrain et de soutenir la recherche adaptée aux interventions complexes.

Avec la contribution de : Emilie Ferial, Julie Primerano, Marie Persiani, Alissia Gouju, Christine Ferron et Emilie Christophe.
Promotion Santé Grand Est autorise l'utilisation et la reproduction du contenu de ce document, sous réserve de la mention de la source.

Citation proposée : Promotion Santé Grand Est. Note Efficacité des programmes sur les compétences psychosociales : au-delà des programmes probants, l'intérêt de s'appuyer sur les données probantes. Laxou : Promotion Santé Grand Est ; 2025. 15 p.

Sommaire

Contexte et enjeux	2
Analyse	2
Recommandations	10
Valeur ajoutée pour le territoire ...	13
Bibliographie	14



Contexte et enjeux

- **Développer les compétences psychosociales (CPS) est considéré comme un enjeu majeur par les politiques publiques** afin de réduire les inégalités sociales de santé et améliorer la santé des populations.
- Sur le terrain, **les initiatives se multiplient, mais restent souvent isolées, inégalement structurées, et fragilisées par un manque d'outillage méthodologique et de formation spécifique.**
- La pression autour des programmes probants pousse les porteurs à **s'aligner sur des modèles validés scientifiquement, parfois au détriment de l'adaptation aux contextes locaux**, pourtant essentielle à leur réussite.
- Acteurs et financeurs partagent des contraintes fortes : **urgence de résultats, financements précaires, manque de temps pour construire des projets solides...** autant de défis qui freinent le déploiement cohérent et pérenne des CPS.



Analyse

1) Les définitions en usage

- **Données probantes** : « conclusions tirées de recherches et autres connaissances, qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé » (Banta, 2003). Les « autres connaissances » sont constituées des savoirs de terrain des acteurs et des populations.
- **Efficacité** : Ce critère apprécie l'atteinte des objectifs d'une intervention (activités réalisées, changements observés) en comparant les effets obtenus aux effets attendus, ces effets étant imputables à cette intervention. En promotion de la santé, la mesure de l'efficacité d'une intervention devra intégrer les éléments de contexte ayant affecté sa mise en œuvre.
- **Programme probant ou « validé en situation expérimentale »** : programme ayant démontré son efficacité par des protocoles d'évaluation statistique dans un contexte expérimental, généralement fondés sur des essais contrôlés randomisés (ECR), visant à comparer des groupes « tests » et « témoins » répartis de manière aléatoire, et des méta-analyses.
- **Programme prometteur** : programme reposant sur des données probantes démontrant la capacité à atteindre les résultats escomptés (par exemple des leviers d'intervention étayés par la littérature), bénéficiant d'une évaluation de résultats, mais qui ne repose pas sur des essais contrôlés randomisés.

- **Programme émergent** : programme s'appuyant sur des observations, des commentaires récurrents, des évaluations de processus ou des données probantes pour formuler des hypothèses de résultats positifs. Bien qu'ils ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour conduire des évaluations de résultats, ces programmes peuvent néanmoins s'avérer intéressants.

À noter : il n'existe pas de définitions consensuelles de ces catégories, issues de référentiels hétérogènes. Les définitions proposées ici s'appuient sur un travail antérieur réalisé par Promotion Santé Grand Est (Hérasse, 2019).

D'après Santé publique France, dans la mise en œuvre d'une intervention CPS, deux grandes approches co-existent (Lamboy, 2021) :

1. **L'implantation d'un programme CPS probant dit "clé en main" et déjà validé sur la base de certaines méthodes scientifiques et statistiques ;**
2. **La construction d'une nouvelle intervention CPS fondée sur des données probantes, adaptée au contexte d'implantation, et utilisant trois sources de connaissances (scientifiques, expérientielles des professionnels et expérientielles du public).**

2) Les limites des programmes probants

Une efficacité non garantie

Selon certains auteurs, les programmes dits « validés » présentent des limites méthodologiques importantes, car ils s'appuient majoritairement sur des méthodes quantitatives issues du champ biomédical (evidence based medicine-EBM). Reposant sur des contextes expérimentaux strictement contrôlés, comme dans le cadre de l'évaluation de traitements médicamenteux, ces méthodes – déjà discutées dans leur domaine d'origine – sont peu adaptées aux **interventions du champ social et de la santé publique**.

En particulier, les programmes probants visant le développement des compétences psychosociales sont appliqués dans des contextes locaux et sociaux très différents, qui influencent fortement leurs résultats. Or, ces facteurs sont souvent peu pris en compte dans les évaluations des programmes, ce qui peut conduire à **surestimer leur efficacité réelle**.

Par exemple : Une même action peut donner des résultats positifs dans une école bénéficiant d'une équipe pédagogique stable et impliquée ou dans laquelle les élèves appartiennent majoritairement à des groupes sociaux favorisés, mais échouer dans un établissement où il existe des difficultés organisationnelles ou un contexte social moins favorable.

Par ailleurs, les évaluations de ces programmes mesurent souvent des « effets moyens », sans appréhender le fait que certains publics (par exemple les élèves en grande difficulté sociale) en tirent moins de bénéfices, et parfois même se sentent stigmatisés par

l'intervention. Ces différences inter-individuelles, pourtant susceptibles de renforcer les inégalités sociales, sont ainsi rarement visibles dans les résultats globaux.

C'est pourquoi des chercheurs soulignent qu'**une efficacité démontrée sur le plan statistique ne garantit pas nécessairement un effet social réel** (Briffault, 2016). Il est donc important d'élargir les critères d'évaluation de l'efficacité (par exemple, en termes de réduction des inégalités sociales de santé) en recueillant des données reflétant les **savoirs expérientiels des professionnels et des publics bénéficiaires**.

Des effets délétères non intentionnels

Les évaluations portent souvent sur les résultats obtenus sur le plan sanitaire, sans s'intéresser **à la manière dont les interventions fonctionnent** – c'est-à-dire aux méthodes utilisées et au contenu même des programmes. Or, les moyens employés peuvent avoir des effets, parfois délétères ou contre-productifs (notamment en termes psychologiques ou sociaux), qui ne sont pas évalués par les indicateurs statistiques standards, et qui sont alors invisibilisés.

Par exemple

- Un programme peut être jugé « efficace » s'il parvient à réduire la consommation de tabac chez la majorité de ses participants. Pour autant, il peut aussi avoir des effets négatifs en termes de santé globale. Par exemple, s'il utilise des messages normatifs, il risque de susciter ou d'accentuer un phénomène de stigmatisation, en particulier auprès de publics susceptibles d'être déjà stigmatisés en raison de leur situation précaire et/ou de leur tabagisme marqué. Or, être stigmatisé peut générer de la culpabilité, une perte d'estime de soi ou un isolement social – autant de facteurs qui dégradent le bien-être et la santé mentale. En outre, les publics en situation de précarité sont ceux qui fument le plus, tout en ayant le plus de difficultés à arrêter de fumer, du fait de moindres ressources (stress lié à leurs conditions de vie, fonction de socialisation de la cigarette...). Sans action sur les causes de ces difficultés, il est légitime de se demander vers quelle autre source de réconfort ces publics seront amenés à se tourner. Ainsi, même si le programme atteint son objectif comportemental, il peut fragiliser d'autres dimensions essentielles de la santé chez certains publics.
- Certains programmes de soutien à la parentalité utilisent des techniques de renforcement (récompenses ou punitions) pour modifier des comportements. Ces méthodes font l'objet de débats scientifiques. Selon des recherches en sciences humaines, si elles peuvent donner des résultats à court terme en modifiant le comportement visible de l'enfant, elles peuvent nuire à plus long terme au développement affectif et à la santé mentale (baisse d'estime de soi, affaiblissement du lien de confiance entre parents-enfants...).

Ces approches tendent donc souvent à privilégier une lecture comportementale de la santé, ce qui relègue en arrière-plan les déterminants sociaux et structurels, tels que les conditions de vie et de travail, ainsi que l'accès à l'éducation, à un revenu et à un emploi stables, qui conditionnent pourtant les « choix » possibles en matière de santé. Elles tendent également à sous-estimer l'importance de l'accès à une offre de loisirs, culturelle et sportive, qui constitue pourtant une ressource essentielle pour améliorer la gestion du stress, consolider l'estime de soi ou encore renforcer le lien social, et représente une alternative à des comportements comme la consommation de tabac.

Le défi de l'adaptation aux spécificités locales

Le succès d'un programme dans un contexte particulier ne présume pas de son efficacité ailleurs. Les interventions en promotion de la santé sont justement efficaces car elles sont construites à partir des contraintes et des ressources du contexte social et territorial dans lequel elles s'implantent.

- Les programmes dits « probants » sont majoritairement issus de contextes anglo-saxons et sont souvent **peu transposables tels quels aux réalités sociales et culturelles françaises**. Comme le souligne Santé publique France, certains des premiers programmes intégrant le développement des compétences psychosociales, importés de l'étranger et implantés en France, ont échoué en raison d'un manque d'adaptation aux contextes culturels locaux (Lamboy, 2017).
- La qualité de l'implantation des programmes dépend aussi **des dynamiques locales en place** : là où les partenariats sont déjà solides, l'intégration est facilitée, ce qui oriente parfois le choix vers des territoires disposant de ressources et de conditions d'implantation favorables, au détriment de la réduction des inégalités entre territoires.

Aujourd'hui, il est largement reconnu que les programmes probants doivent être adaptés aux contextes locaux d'implantation. Il est ainsi important de ne pas sous-estimer cette phase d'adaptation en termes de temps et de ressources. Cela remet en cause l'existence réelle de programmes « clé en main » et pose une question centrale : jusqu'à quel point peut-on adapter un programme sans en altérer l'efficacité attendue ?

Des logiques économiques opaques

Il existe également une **logique commerciale** sous-jacente à ce type de programmes. Ces derniers sont souvent développés, diffusés et évalués par des structures privées à but lucratif qui détiennent les droits de formation et de mise en œuvre. Ce modèle crée une forme de dépendance à l'importation de solutions préconçues. Il soulève ainsi des questions sur l'usage de financements publics pour des interventions dont les finalités, les contenus et l'adéquation aux besoins locaux ne sont pas toujours débattus collectivement.

Des freins à l'innovation et l'expérimentation en promotion de la santé

Se concentrer exclusivement sur les programmes validés, sans tenir compte des dynamiques locales, risque d'**entraver l'émergence d'initiatives innovantes**, notamment sur certaines thématiques ou auprès de publics/milieus peu pris en compte. Cette déconnexion avec les réalités et besoins locaux réduit la capacité des interventions à être efficaces à l'échelle populationnelle ou territoriale. L'application exclusive de programmes probants freine l'intelligence collective et empêche la co-construction (notamment intersectorielle) en cantonnant les acteurs à un rôle d'exécutants. Enfin, elle nuit à la pérennisation des dynamiques dans les structures ou les territoires, car l'aval de ces programmes n'est jamais envisagé (les suites à donner, les répercussions à gérer, etc.).

En résumé

Les programmes dits « probants » ou « validés en contexte expérimental » :

- 1. Reposent sur des méthodes d'évaluation de l'efficacité dont les limites doivent être prises en compte ;**
- 2. Nécessitent une vigilance éthique, notamment en ce qui concerne les modalités d'action déployées et leurs effets potentiels, y compris non intentionnels ;**
- 3. Ne sauraient se substituer aux principes fondamentaux de la promotion de la santé : réduction des inégalités sociales de santé, prise en compte des contextes et des environnements, participation active des publics et des partenaires, renforcement du pouvoir d'agir et inscription dans la durée ;**
- 4. Ne constituent pas l'unique voie d'intervention : d'autres démarches, ancrées localement et appuyées sur les savoirs expérientiels, méritent également d'être reconnues dans leur efficacité et soutenues politiquement ;**
- 5. Ne sont pas une fin en soi, mais un outil parmi d'autres au service de la promotion de la santé.**

3) Les données probantes

Le croisement de différentes sources de connaissance

En promotion de la santé, trois questions orientent l'évaluation des interventions : « **Est-ce que ça marche ?** », « **Comment ça marche ?** » et « **Comment cela peut-il fonctionner ailleurs ?** ». **Les données probantes permettant de répondre à ces questions sont issues des recherches scientifiques et expertises collectives, mais également de travaux de recueil et de consolidation des savoirs expérientiels des professionnels de terrain et des populations.**

Pour croiser ces différentes sources de connaissance, plusieurs méthodes complémentaires peuvent être mobilisées, telles que :

- La **recherche interventionnelle**, qui consiste à construire, expérimenter et analyser une intervention, en collaboration avec les professionnels et les publics concernés. Cette approche permet de lier intervention et production de connaissances scientifiques. Les chercheurs participent activement à la création et à la mise en place de l'intervention, et les intervenants sont partie prenante de la recherche, ce qui permet d'ajuster le programme en temps réel et d'en tirer des enseignements utiles pour d'autres contextes.
- La **capitalisation**, qui vise à mieux comprendre ce qui fonctionne (ou pas) dans les projets menés sur le terrain, en s'appuyant sur l'expérience de celles et ceux qui les mettent en œuvre. Il ne s'agit pas seulement de connaître les résultats d'une action, mais aussi de savoir *comment* elle a été menée, *dans quel contexte*, avec *quels moyens*, *quels obstacles* rencontrés, et *quelles solutions* trouvées. On adopte ici une approche qualitative (entretiens, observations, analyse de documents). Quand plusieurs projets sont capitalisés, des **analyses transversales** peuvent être réalisées. Elles permettent le repérage des récurrences dans les facteurs de réussite et ainsi une montée en généralité.
- L'**analyse de transférabilité**, qui étudie dans quelle mesure et à quelles conditions une intervention peut être adaptée à d'autres contextes, en identifiant à la fois les leviers d'action généraux et les éléments spécifiques aux territoires ou aux publics ciblés. Cette approche permet d'identifier à la fois des **principes d'action transférables** et des **modalités spécifiques** à adapter, en tenant compte des enjeux d'applicabilité, d'appropriation locale et de mise à l'échelle.

Pour un décideur, ces outils sont particulièrement pertinents car ils permettent d'identifier des leviers d'action efficaces et transférables, dont la mobilisation pourra prendre des formes adaptées aux contextes locaux.

Des portails existants, mais présentant des limites

Le [portail de Santé Publique France](#) présente des programmes soit déjà implantés, soit en cours d'étude, d'expérimentation ou de déploiement. Il n'est pas exhaustif. Le niveau d'efficacité de chaque intervention est ajouté ultérieurement après analyse par des experts relecteurs. Au regard de l'hétérogénéité des interventions recensées en termes de preuve d'efficacité, et des rares indications concrètes relatives à la mise en œuvre des programmes, ce registre est à ce jour peu utilisable par les acteurs.

Le [portail CAPS](#), coordonné par la Société Française de Santé Publique et par la Fédération Promotion Santé, valorise la capitalisation d'expériences en promotion de la santé. Il propose un éventail plus large de programmes, analysés à partir de méthodes qualitatives et des récits d'acteurs. Certains programmes probants y figurent, mais ne constituent pas le cœur du dispositif. L'organisation des contenus et la rigueur méthodologique restent inégales, ce qui peut rendre l'exploitation des ressources parfois complexe.

Les données probantes sur les compétences psychosociales

Parmi les données scientifiques à mobiliser, Santé publique France a mis en évidence plusieurs facteurs relatifs aux interventions efficaces en matière de compétences psychosociales. À partir d'un regroupement opérationnel de ces facteurs associés à l'efficacité, plusieurs critères de qualité ont pu être formulés : en lien avec les pratiques CPS, l'implantation du projet CPS et l'environnement physique et social. Ces différents critères sont notamment présentés dans le référentiel publié en mars 2025 (Santé publique France, 2025).

Les données probantes en promotion de la santé

De façon complémentaire, en promotion de la santé, les données probantes intègrent **des critères de qualité reconnus et bien documentés, issus de la méthodologie de projet et de principes fondamentaux identifiés comme leviers d'efficacité et de pertinence¹**. Ces critères sont basés sur l'expérience accumulée depuis des décennies de pratiques dans le champ de la promotion de la santé, et sur les enseignements tirés des recherches quantitatives, qualitatives et interventionnelles menées dans toutes les disciplines de la santé publique.

¹ Adéquation entre l'objectif recherché et le type d'intervention mis en œuvre.

En particulier :

- **S'appuyer sur un diagnostic local partagé**

Les programmes probants sont souvent implantés sans identification préalable et concertée des demandes et besoins locaux. Or, un diagnostic construit collectivement constitue une condition essentielle afin d'objectiver les besoins, d'ajuster les interventions aux réalités locales et d'éviter le déploiement de moyens et d'actions inutiles. Cela renforce la pertinence de l'action et son acceptabilité par les publics concernés.

Par exemple : Des acteurs déployant un programme de lutte contre les consommations de produits psychoactifs chez les jeunes, sans avoir réalisé de diagnostic partagé, risquent de proposer des actions inadaptées. Sans compréhension des causes locales de cette consommation (stress, manque d'activités, besoin de lien social...) et sans implication des jeunes, les interventions peuvent manquer leur cible et avoir des résultats limités.

- **Soutenir les dynamiques partenariales et intersectorielles**

Les programmes probants sont généralement destinés à une implantation par des acteurs appartenant à un unique secteur professionnel. Or l'efficacité des interventions est renforcée par **la mobilisation coordonnée des acteurs du territoire**. Le partenariat et les coopérations professionnelles permettent la complémentarité des missions en vue d'agir sur les différents déterminants de la santé. Ces dynamiques étayent la montée en compétences et la professionnalisation des acteurs, par le partage de leurs savoirs expérientiels et la création d'une culture commune sur les stratégies efficaces en santé. Ces deux éléments favorisent la pérennisation et l'essaimage de dynamiques produisant des résultats en termes d'amélioration de la santé des populations.

- **Renforcer les démarches participatives**

Les programmes probants supposent la mise en place d'activités préconçues, normées et calibrées. Or les démarches participatives et la co-construction renforcent l'adhésion des acteurs, une condition *sine qua non* pour que les contenus d'une information, d'une action éducative, d'une formation, etc. soient intégrés dans les pratiques. Toute démarche devrait donc être **ascendante, venir des personnes elles-mêmes, populations et acteurs de terrain, pour être efficace**. La participation favorise l'appropriation des projets et soutient le développement du pouvoir d'agir des populations, ce qui est un levier reconnu pour réduire les inégalités sociales de santé. Elle contribue à l'efficacité des projets car l'implication des populations permet une meilleure conception et planification des actions.



Recommandations

Le caractère « probant » d'un programme ne garantit pas systématiquement sa supériorité en termes de qualité, d'adéquation aux besoins et de réduction des inégalités sociales de santé. Selon les contextes, des interventions n'ayant pas bénéficié d'une évaluation scientifique, mais d'une évaluation de résultats, et/ou reposant sur des données probantes, peuvent se révéler beaucoup plus intéressantes à mobiliser. **Les programmes probants constituent ainsi des outils parmi d'autres, qui ne sauraient être systématiquement substitués à une démarche de projet fondée sur des données probantes adéquates.**

S'appuyer sur des données probantes plutôt que sur des programmes « clés en main »

- Privilégier l'utilisation d'outils fondés sur des données probantes pour orienter ou choisir les projets à mettre en place.

Par exemple

Grilles ou guides d'aide à la décision/à l'action fondés sur des données probantes (grille d'instruction à destination des agents ARS, grille PROSIRIS pour les acteurs de terrain).

Notes politiques synthétisant des leviers d'intervention ou des critères qualité à partir des connaissances scientifiques et expérientielles et proposant des modalités d'application concrètes.

Critères qualité (Référentiel opérationnel à destination des professionnels experts et formateurs CPS de Santé publique France, 2025).

Analyses transversales de capitalisation pour : arbitrer des orientations de la politique régionale ; guider la nature du financement (intégration des enseignements sous forme de critères dans les appels à projets ou grilles d'instruction) ; nourrir l'animation territoriale (par exemple : projets capitalisés inspirants gagnant à être connus et pouvant, sans être appliqués de manière identique, donner des pistes pour d'autres actions ou projets).

>> Pour une mise en œuvre appropriée des programmes probants

En complément des recommandations générales, les précautions suivantes doivent être prises s'il est toutefois décidé de mettre en œuvre un programme probant :

- **Tenir compte des ressources disponibles** : afin d'atteindre les objectifs fixés, l'implantation nécessite des moyens humains, du temps, de la logistique... La mise à disposition de ces moyens doit être assurée par les institutions financeuses pour ne pas mettre en péril la qualité de la mise en œuvre et ne pas fragiliser les structures impliquées,
- **Travailler l'implantation** du programme afin que celui-ci réponde réellement à des enjeux et des besoins locaux (ce qui suppose notamment la mise en œuvre préalable d'un diagnostic partagé),
- **Anticiper la pérennisation** : pour avoir un réel impact, un programme ne peut être ponctuel. Il doit s'inscrire dans la durée afin de renforcer les compétences des professionnels et de valoriser l'expérience acquise au-delà de la mise en œuvre de l'intervention. Pour cela, un soutien politique des institutions financeuses est nécessaire, via la contractualisation de CPOM avec les structures, plutôt que via des appels à projets ponctuels,
- **Assurer une mise à jour du contenu** : les savoirs évoluent, les contextes changent. Pour garantir une efficacité durable des programmes, il est nécessaire de prévoir des moyens pour les adapter en continu et soutenir leur implantation au fil du temps : réflexion collective nationale, espaces de dialogue entre chercheurs, acteurs, population et décideurs, carnets d'implantation actualisés, communautés de pratiques...

Financer du temps dédié à la méthodologie de projet

- Prévoir des **moyens pour réaliser un diagnostic local partagé** lors de la mise en place d'interventions, préalable indispensable pour identifier les besoins réels et ajuster les interventions en conséquence.
- Soutenir **la phase d'évaluation dès l'amont du projet**, pour garantir un suivi qualitatif, objectiver les résultats produits et ajuster les actions en cours d'intervention, voire envisager la transférabilité du projet.

Renforcer les appuis méthodologiques pour améliorer la qualité des projets

- Organiser des **appuis aux porteurs de projet de façon à intégrer les critères de qualité en promotion de la santé** (diagnostic partagé, participation des acteurs, dynamiques partenariales, évaluation...)

Valoriser le recueil et l'analyse des savoirs expérientiels issus des professionnels de terrain et des publics

Par exemple

Mettre en place des **journées de partage d'expérience**, séminaires ou groupes de travail thématiques où les professionnels et publics présentent leurs expériences, discutent des enseignements et croisent leurs regards sur les interventions.

Développer, avec les acteurs de terrain, des **outils simples et adaptés** (questionnaires ouverts, grilles d'entretien, outils d'auto-évaluation) pour faciliter l'expression des savoirs expérientiels.

Soutenir l'utilisation de méthodes de recherche adaptées aux interventions complexes en promotion de la santé, en ne se limitant pas aux modèles issus de la recherche clinique

Par exemple : Financer des recherches interventionnelles (recherches action, recherches évaluatives, études de transférabilité...) mobilisant des méthodes qualitatives.



Valeur ajoutée pour le territoire



Une action publique et des interventions qui s'appuient sur des repères éprouvés et partagés entre acteurs et décideurs.



Une diversité d'approches maintenue pour mieux répondre à la complexité des problématiques et renforcer l'efficacité des interventions.



Le développement d'initiatives locales inspirantes ayant un effet d'entraînement pour d'autres acteurs.



Des coûts réduits avec une mobilisation des ressources locales existantes, sans dépenses importantes pour adapter des programmes probants au contexte d'implantation.



Une réponse améliorée aux priorités régionales de santé autour de la réduction des inégalités sociales de santé.



Une meilleure adaptation aux réalités des territoires et aux besoins des populations dans une dynamique ascendante.



Un renforcement de l'autonomie des acteurs, permis par une montée en compétences appuyée sur les données probantes et favorisant le transfert d'expertise.



Bibliographie

- Banta, D. (2003). Considerations in defining evidence for public health: The European Advisory Committee on Health Research, World Health Organization Regional Office for Europe. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 19(3), 559–573. <https://doi.org/10.1017/S0266462303000587>
- Bel, N. (2024, décembre). *Programmes probants, programmes prometteurs : quelques pistes pour se repérer. Bibliographie commentée*. CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie.
- Bergeron, H., Castel, P., & Hauray, B. (2015). Evidence-Based Medicine. Dans E. Henry, C. Gilbert, J. Jouzel & P. Marichalar (Éds.), *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement* (pp. 140–148). Presses de Sciences Po.
- Bouffard, M. (2012). Pour une pratique fondée sur des données probantes "Evidence-Based Practice" (EBP) en activité physique adaptée : perspectives et enjeux. *La Nouvelle Revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 58, 77–88.
- Briffault, X. (2016). *Santé mentale, santé publique. Un pavé dans la mare des bonnes intentions*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Briffault, X. (2017). Usages et mésusages des données probantes en santé publique. *Le Journal des psychologues*, 345(3), 39–43.
- Constance, J. et Peretti-Watel, P. (2010). La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*. 40(3), 535–542. <https://doi.org/10.3917/ethn.103.0535>.
- Direction générale de la santé. (2008). *Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique : quelques repères pour les acteurs (Document de travail)*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.
- Hamant, C., Delescluse, T., & Ferron, C. (2022). *Les données probantes en promotion de la santé : de leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes*. Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Collection Fnes), 37 p.
- Hérasse C. (2019) ; *Données prometteuses : développement des compétences psychosociales dans le domaine de la nutrition*. Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé Grand Est.
- IREPS Grand Est. (2018). *Les données probantes en promotion de la santé*. https://www.ireps-grandest.fr/images/publications/DP_Ireps_GE_2017.pdf
- Lamboy, B. (2017). *Interventions précoces dans le développement du jeune enfant* [Vidéo]. Conférence #tpep17. Ensemble pour la Petite Enfance. <https://www.youtube.com/watch?v=HFuNWxFPOXs>
- Lamboy, B. (2018). Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes. *Devenir*, 30(4), 357–375.
- Lamboy, B. (2021). *Les compétences psychosociales*. Presses Universitaires de Grenoble, 99 p.
- Savignac, J., & Dunbar, L. (2014). *Guide sur la mise en œuvre des programmes fondés sur des données probantes : Qu'en savons-nous jusqu'à maintenant ?* Centre national de prévention du crime (Rapport de recherche).
- Santé publique France. (2025). *Les compétences psychosociales : un référentiel opérationnel à destination des professionnels experts et formateurs*. CPS. Tome I (231 p.). Saint-Maurice : Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr>
- Thibault, A. (2019). L'Evidence-Based Medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie ? *Santé mentale au Québec*, 44(2), 145–161.