



Capitalisation
des expériences
en promotion
de la santé

La capitalisation des expériences en promotion de la santé

HISTOIRE ET FONDEMENTS DU PROJET CAPS

MARS 2022

Groupe de
travail national
Capitalisation

fnes
Fédération Nationale
d'Éducation et
de promotion de la Santé



*Ce guide a été réalisé avec le
soutien de la Direction Générale
de la Santé et de Santé publique
France.*

Avant-propos

Le déploiement de la capitalisation des expériences en promotion de la santé (CAPS) s'inscrit dans le cadre d'un projet national : InSPIRe-ID (Initiative en santé publique pour l'interaction de la recherche, de l'intervention et de la décision).

Cette initiative a pour objectifs d'identifier, de construire et de diffuser une connaissance partageable portant sur les stratégies probantes, prometteuses et émergentes en promotion de la santé. Elle vise à éclairer les acteurs de terrain, les décideurs, et les chercheurs.

Elle est articulée autour de 2 axes :

1. La construction d'un portail des données probantes - axe coordonné par Santé Publique France
2. Le développement de la recherche et plus particulièrement des recherches interventionnelles - axe coordonné par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP)

Un axe transversal est quant à lui dédié à la formation. Il est piloté par l'EHESP.

Ce guide conceptuel vise à présenter les enjeux, les apports et la place de la capitalisation des expériences dans la production et le partage de connaissances en promotion de la santé . Il décrit le cadre et le processus d'élaboration d'un portail dédié à la capitalisation de l'expérience en promotion de la santé. Il complète le guide pratique CAPS qui décline la méthode de capitalisation et donne accès aux différents outils produits.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Sommaire

P.4

LA CAPITALISATION D'EXPÉRIENCES EN
PROMOTION DE LA SANTÉ : POUR QUOI FAIRE ?

P.7

QUEL(S) CADRE(S) DE RÉFÉRENCE POUR LA
CAPITALISATION DE L'EXPÉRIENCE EN
PROMOTION DE LA SANTÉ ?

P.18

L'HISTOIRE DU PROJET CAPS OU L'ÉLABORATION
D'UN PORTAIL DÉDIÉ À LA CONNAISSANCE
EXPÉRIENTIELLE EN PROMOTION DE LA SANTÉ

P.27

BIBLIOGRAPHIE

P.31

REMERCIEMENTS

1

**La capitalisation d'expériences en
promotion de la santé : pour quoi faire ?**

Promotion de la santé et savoirs expérientiels : un champ à explorer

Depuis une vingtaine d'années, de nombreux champs (développement, solidarité internationale, environnement, via les agences de l'eau, l'Agence française de la biodiversité, etc.) développent des dispositifs de capitalisation issue de l'expérience, en lien avec les données probantes du domaine, théoriques ou techniques.

De plus en plus d'institutions portent ainsi des dispositifs visant à produire ce type de connaissances : l'OECD et la FAO sur le développement, la Commission européenne sur certains « cœurs de compétences », investissement, mobilité - dont ERASMUS via ADICE, environnement etc., et via des dispositifs de soutien, le FEDER ou les INTEREG par exemple.

En santé publique, la question des savoirs expérientiels est le plus souvent reliée aux patients^[1] et s'appuie sur des connaissances utiles qui se transforment en savoirs dès lors qu'elles font sens pour d'autres patients. Particulièrement sollicités en Education Thérapeutique du Patient (ETP), ces savoirs le sont aussi en promotion de la santé par le biais des savoirs expérientiels des habitants, usagers de structures mobilisés dans le cadre de diagnostics, et/ou de projets.^[2] Ils intègrent les expériences de vie quotidienne, sur un territoire, les modes d'usage des services, etc.

Mais il existe encore peu de processus, de méthodes, de dispositifs d'élaboration d'une connaissance de l'action en promotion de la santé, basée sur l'expérience des professionnels, porteurs de projets et susceptible d'éclairer les pratiques. Le travail amorcé dans le cadre du projet CAPS s'inscrit dans cette logique, afin de doter le champ de la promotion de la santé d'un dispositif de production de connaissances partageables.

Si la capitalisation de l'expérience c'est « transformer le savoir en connaissance partageable »^[3] ; développer une telle démarche en promotion de la santé implique quelques préalables :

01

VALEUR

La connaissance issue de l'expérience a de la valeur.

02

UTILITÉ

Le savoir des acteurs en promotion de la santé peut être utile aux autres.

03

LÉGITIMITÉ

La reconnaissance de ce savoir implique celle des acteurs de terrain comme légitimes pour contribuer à la construire.

04

FÉCONDATION MUTUELLE

La capitalisation de l'expérience ne « signifie ni une mise en équivalence ni une négation des savoirs scientifiques. Elle crée les conditions nécessaires pour une fécondation mutuelle »^[4].

La capitalisation de l'expérience a pour objectif de « comprendre »^[3] et s'appuie de fait, sur une certaine subjectivité. Elle s'intéresse au « trajet » plus qu'à la « destination finale ». Elle s'appuie sur une démarche rigoureuse de recueil et d'analyse de l'information. Elle s'inscrit dans la ligne des dispositifs « pragmatiques » d'analyse des pratiques en sciences humaines, visant à l'amélioration de celles-ci et favorisant le travail réflexif sur l'action et le pouvoir d'agir des professionnels.

LES ENJEUX DE LA CAPITALISATION DE L'EXPÉRIENCE EN PROMOTION DE LA SANTÉ

AU NIVEAU MACRO :

Rendre visible sur le plan national (dans le champ de la santé publique) et des politiques publiques (en dehors du champ de la santé), la place et les pratiques de promotion de la santé au travers des actions des porteurs de projets. L'accumulation des connaissances produites et leur analyse constitue un outil précieux d'analyse de « l'état de l'art » en promotion de la santé. Quelles sont les stratégies déployées pour quels objectifs ? Quels sont les acteurs impliqués/associés ? Comment se déclinent du point de vue opérationnel des politiques de santé ?

AU NIVEAU MÉSO :

Pour les structures et organisations : enjeu d'appropriation/de positionnement comme acteurs « réflexifs » et compétents... y compris dans le conseil et l'appui aux politiques publiques.

AU NIVEAU MICRO :

Pour les professionnels : renforcer leur niveau de compétences, favoriser les pratiques intersectorielles et l'appropriation de connaissances par l'expérience d'autrui.

Les 4 fonctions de la capitalisation d'expérience

UNE FONCTION PÉDAGOGIQUE

Elle favorise la montée en compétences des acteurs à plusieurs niveaux.

AUX CONTRIBUTEURS, elle offre un temps réflexif sur leurs pratiques. Elle constitue en ce sens, un moment d'auto-formation à travers un modèle d'apprentissage par effet miroir de mise en récit de son expérience.

AUX UTILISATEURS DU PORTAIL DE LA CAPITALISATION DES EXPÉRIENCES EN PROMOTION DE LA SANTÉ, elle donne à voir des expériences partagées qui nourrissent l'action, aident au choix d'une stratégie, facilitent l'accès à des ressources essentielles via les différentes fiches et les documents de référence mentionnés dans celles-ci.

AUX FORMATEURS EN PROMOTION DE LA SANTÉ, elle permet d'illustrer de façon concrète la déclinaison opérationnelle des axes de la Charte d'Ottawa, des modèles théoriques et/ou des stratégies d'action : démarches communautaires en santé, renforcement des compétences psychosociales, approche par les pairs, etc. Elle offre de nombreux supports d'analyse de projets permettant les échanges entre participants : analyse sous l'angle des critères de qualité d'une action, sous l'angle de la réduction des ISS, sous l'angle de la méthodologie de projet, etc.

UNE FONCTION INFORMATIVE

Elle s'inscrit bien dans une perspective de partage de connaissances sur les projets et les stratégies dont il est utile de tirer des enseignements. La lecture d'une seule fiche n'aura que peu d'intérêt. C'est bien l'accumulation des capitalisations qui constitue la valeur informative de la démarche.

UNE FONCTION STRATÉGIQUE ET POLITIQUE

De nombreuses actions faisant l'objet d'une capitalisation relèvent d'un financement public. La capitalisation offre une vision détaillée des projets financés et en permet une analyse transversale. Elle offre un observatoire de la déclinaison pratique des politiques de promotion de la santé, locales et nationales. Comment les acteurs s'emparent-ils des cadres qui leur sont proposés ? Comment certains programmes probants sont-ils adaptés en fonction du contexte ? En cela, elle permet de repérer, par une analyse en creux par exemple, les territoires peu couverts, les stratégies peu mobilisées. A l'inverse elle permet de repérer les freins partagés. Autant d'éléments susceptibles d'enrichir/orienter de futurs appels à projet, l'élaboration de cahiers des charges, d'identifier des besoins spécifiques des acteurs en promotion de la santé.

UNE FONCTION SCIENTIFIQUE

L'élaboration et la mise en œuvre d'un processus de capitalisation dans le champ de la promotion de la santé est à elle seule un objet de recherche, par l'amélioration permanente de la méthode et l'intégration d'une réflexion sur sa construction, ses usages, ses enjeux... Elle questionne tout autant la reconnaissance des savoirs expérientiels, que leur élaboration, leur contribution à l'évolution des pratiques.

Par ailleurs, comme elle s'appuie sur une méthode standardisée de recueil de données expérientielles, elle offre un corpus disponible et utile à la recherche. L'analyse transversale de ces données constitue un vivier de nouvelles questions de recherche en promotion de la santé.

LES ESSENTIELS

- La capitalisation de l'expérience vise à transformer le savoir en connaissances partageables.
- Les acteurs sont au centre de la démarche à travers la mise en récit de leurs expériences.
- Elle s'inscrit dans une démarche réflexive sur les projets en promotion de la santé.
- Elle s'appuie sur la subjectivité du discours des acteurs.
- Elle s'intéresse aux mécanismes à l'œuvre dans les projets plus qu'aux résultats produits : elle répond à la question du **comment** ?

La méthode et les finalités de la capitalisation sont décrites dans le Cahier pratique CAPS

2

Quel(s) cadre(s) de référence pour la capitalisation de l'expérience en promotion de la santé ?

Les savoirs issus de l'expérience : un élément des processus de partage de connaissances

« En santé publique, il existe un écart important entre les connaissances disponibles et leur utilisation ».^[5] Faciliter cette « utilisation » nécessite, entre autres, d'élaborer un dispositif de partage de connaissances intégrant la production, la traduction et la diffusion de celles-ci.

N. Lemire^[5] souligne que les connaissances en santé publique pouvant faire l'objet d'un transfert se répartissent en trois catégories :

1. Les connaissances issues de la recherche. Elles regroupent l'ensemble des connaissances dites explicites^[6] c'est-à-dire faisant l'objet d'une codification, d'une formalisation essentiellement sous la forme de publications/rapports.
2. Les connaissances issues de l'expérience et définies comme « tacites »^[7]. Ces connaissances nécessitent, pour les construire, les expliciter, les formaliser et les rendre accessibles, de mettre en œuvre un dispositif et des méthodes spécifiques^[8].
3. Les connaissances issues des données disponibles (sociodémographiques ...) elles aussi faisant l'objet d'une formalisation/codification sous des formes différentes.

En raison de la domination culturelle du paradigme biomédical, ces trois catégories ne s'inscrivent pas de la même manière dans les systèmes de reconnaissance institutionnelle, n'ont donc pas la même valeur et ne relèvent pas du même processus pédagogique.

Le partage de connaissances issues de la recherche est le plus souvent caractérisé par un processus « unidirectionnel ». Il s'inscrit dans un modèle descendant au sein duquel la logique de transmission prime sur celle d'apprentissage et de développement des compétences.^[9] Ce modèle tient peu compte des besoins des utilisateurs, peu intégrés comme sujets dans la démarche. « Connaître et reconnaître la diversité des formes de connaissance constitue un enjeu épistémologique essentiel. Il est vain d'opposer une forme de connaissance pure qui permettrait à elle seule de dire le vrai et donner des clés pour l'action. Cela ne signifie aucunement que la connaissance scientifique soit banalisée ni que la référence à la démarche et à la rigueur scientifique soient vide de sens »^[4]

Le projet CAPS vise la production de connaissances issues de l'expérience, correspondant à la seconde catégorie de Lemire. Il s'inscrit dans une définition du partage de connaissances comme un processus dynamique d'une part, itératif et continu d'autre part, impliquant notamment chercheurs et acteurs de terrain. Il intègre le savoir-faire professionnel comme une dimension de cette connaissance^[10] et nécessite la production d'un savoir spécifique issu de l'expérience.

« Les nouvelles approches en transfert de connaissances conçoivent de plus en plus le transfert de connaissances comme un processus continu impliquant des interactions plus ou moins fréquentes entre plusieurs groupes d'acteurs œuvrant dans des contextes sociopolitiques et des environnements organisationnels spécifiques et jouant tour à tour un rôle dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances. »^[5]

Cela implique :

- De rendre explicite une connaissance implicite.
- D'octroyer de la valeur à la connaissance expérientielle et de la reconnaître comme faisant partie intégrante d'un processus de partage de connaissances.
- D'élaborer une méthode de recueil adaptée et spécifique.
- De donner une place de sujet aux acteurs impliqués dans la production de cette connaissance.

Les savoirs expérientiels : une vision pragmatique et politique

Le concept de savoirs expérientiels sur lequel nous nous appuyons s'inspire des travaux du philosophe pragmatique John Dewey^[11] pour qui l'apprentissage relève d'un processus continu au sein duquel l'expérience occupe une place centrale. Cette démarche dynamique de construction de la connaissance se réfère à des valeurs et des principes proches de ceux de la promotion de la santé : la coopération, des objectifs et des valeurs partagés. Plus largement, l'approche de Dewey lie la construction du savoir à une dimension politique. Ainsi, une pédagogie fondée sur l'expérience s'inscrit dans un processus de transformation sociale en « réaction » à une vision descendante du savoir (particulièrement en milieu scolaire) qui contribue à reproduire les inégalités sociales et favorise l'individualisme.

Ainsi, les savoirs expérientiels participent du processus démocratique dans la mesure où celui-ci s'élabore collectivement à travers nos activités et nos expériences. La connaissance élaborée à partir de ces expériences ne peut être construite que par la communauté.^[12] Shustermans souligne à son tour que la construction d'une connaissance expérientielle dans ce processus collectif participe d'une valorisation du pluralisme, dont l'application politique est la démocratie.

Dans le champ de la promotion de la santé, le mouvement d'intégration des savoirs expérientiels des patients et des habitants-usagers-citoyens relève aussi de cette nécessité d'un « rééquilibrage » des pouvoirs et de la justice sociale. La non prise en compte d'une ou de plusieurs catégories d'acteurs crée un déséquilibre dans l'élaboration des savoirs et, de fait, dans la prise de décision.

La mise en commun de ces savoirs contribue à l'empowerment et à la conscientisation^[13]. Elle engage tout autant un processus d'élaboration collective d'une connaissance partagée, que l'élaboration de stratégies de reconnaissance de la place de chacun dans une visée de transformation sociale. La reconnaissance des savoirs expérientiels est donc un principe éthique.

LES ESSENTIELS

- La production et la diffusion de savoirs expérientiels sont un moteur de l'évolution des pratiques.
- La production de savoirs expérientiels s'inscrit dans une démarche collective.
- La production et la reconnaissance des savoirs expérientiels participent de la justice sociale.
- La production et la reconnaissance des savoirs expérientiels relèvent à la fois de l'élaboration et de l'application de principes démocratiques.
- La production et la diffusion de savoirs expérientiels relèvent de principes éthiques impliquant la reconnaissance de la place de tous (citoyens, professionnels, décideurs...) dans l'action et la décision.

La connaissance expérientielle : un processus d'élaboration collectif influençant les pratiques

Le développement de la connaissance expérientielle a pris son essor dans les années 80 sous l'impulsion des sciences du management. Soumises à l'injonction d'innover au sein des entreprises, elles ont fondé une théorie de la création de la connaissance s'appuyant sur le postulat que la capacité à générer et faire circuler de la connaissance est un indicateur essentiel de la capacité des organisations à innover. « Pour qu'il y ait changement, il faut que l'ensemble du système d'action concret se transforme. Il ne s'agit pas de la transformation d'un acteur héroïque, quels que soient les moyens qu'il emploie pour ce faire, mais de la transformation du système d'action au travers de la mise en pratique de nouveaux jeux entre les acteurs. Il faut donc changer le jeu, et non les personnes. » Selon Crozier et Friedberg^[14], « Changer le jeu, c'est apprendre à jouer autrement. Dans la mesure où il est risqué de jouer seul de manière nouvelle, cela implique un apprentissage collectif ». Cet apprentissage collectif génère des connaissances qui, diffusées via des canaux crédibles et légitimes, contribueront à adapter/modifier les pratiques.

Le modèle de Nonaka et Takeuchi^[15], notamment, s'appuie sur une définition de la connaissance où le tacite et l'explicite ont leur place et où la construction permanente d'une connaissance collective s'appuyant sur la recherche et sur l'expérience des acteurs produit du changement au sein des organisations.

Dans d'autres disciplines que la santé publique, le management et les sciences de l'éducation notamment, la question du lien entre savoirs théoriques et scientifiques et savoirs expérientiels a fait l'objet de nombreuses modélisations et publications. Dans le champ de la formation professionnelle, la question de l'expérience et des savoirs qui y sont liés émerge dans les années 70^[16]. La formation expérientielle est entendue comme une forme d'acquisition de connaissances fondée sur le contact direct avec la réalité. Pour Jobert^[17] « l'expérience constitue la part la plus active et la moins substituable de la qualification professionnelle des formateurs ». L'enjeu de la formalisation de cette connaissance se situe à 3 niveaux : celui de la constitution d'un capital immatériel, celui de la formation et de la montée en compétences des formateurs et enfin de la reconnaissance sociale d'un groupe professionnel.

La notion de capital immatériel constitué par l'expérience est particulièrement développée dans les sciences du management. S'appuyant sur la théorie des savoirs tacites de Polanyi^[7], ce capital constitue une des principales richesses de l'entreprise, garante notamment du développement de l'innovation au sein de l'organisation. Les bénéfices à exploiter ces connaissances tacites et à les diffuser, outre le développement de l'innovation au sein des entreprises, résident également dans l'amélioration de la performance et la conservation d'un patrimoine permettant d'assurer la relève entre les générations^[6]. Le développement du Knowledge management dans les années 90 s'appuie sur la nécessité de faire émerger une nouvelle forme de capital, de richesse, au sein des organisations. La formalisation des connaissances tacites crée de la valeur^[18]. Ainsi, la formalisation et l'enrichissement d'un capital de connaissances peut être un facteur de différenciation. Encore faut-il mettre en place des stratégies, des modèles organisationnels et pédagogiques qui favorisent l'émergence, le recueil et l'usage de ce capital de connaissances. S'appuyant notamment sur les théories de l'organisation apprenante, le Knowledge management se développe et de nombreux outils/méthodes voient le jour : REX-retour d'expériences, MEREX-mise en règle de l'expérience, etc.^[19]

ORGANISATIONS APPRENANTES

Un des modèles de ce type d'organisation consiste à construire la connaissance à partir d'une prise de recul sur l'action visant à identifier les différences entre le prévu et le réalisé et à en identifier les causes pour en tirer un savoir partageable.

A.Grimand^[20] souligne cependant que le développement de la capitalisation des expériences au sein des entreprises a souvent débouché sur une vision gestionnaire de celle-ci. Elle n'est plus qu'un mode de diffusion d'une connaissance dont l'objectif est de rationaliser les comportements des salariés. Le sujet n'est plus considéré comme un acteur de la production de connaissances mais comme susceptible de commettre des erreurs, source d'aléas dans la production. La capitalisation et le retour sur les actions visent à corriger et éviter ces aléas.

La création des communautés de pratique vise à réintroduire la notion de socialisation, d'enrichissement collectif et de recherche de sens ; cette quête de sens est aussi présente dans le champ de la formation professionnelle évoqué plus haut. La construction d'une connaissance à partir de l'expérience participe d'une certaine vision du monde^[16]. Elle est un vecteur de démocratisation, d'autonomisation, une opportunité de donner la parole et une place au « tiers état » de la recherche^[4].

La construction d'une connaissance issue de l'expérience trouve donc tout son sens dans une démarche de création d'un dispositif de partage de connaissances en promotion de la santé. Elle mobilise la communauté, renforce les compétences individuelles et collectives, contribue au changement social et s'inscrit dans une perspective de valorisation de l'ensemble des acteurs.

P. de Zutter^[21] souligne que la capitalisation nécessite tout d'abord de s'intéresser aux acteurs porteurs de la connaissance et que la méthode/démarche fait l'objet de tâtonnements pour trouver celle qui leur correspondra le mieux. Si selon lui, l'expérience de capitalisation s'appuie sur des modèles de référence (étude - recherche - monographie - témoignage - ethnographique, etc.) la nécessité de s'en éloigner marque le début de l'expérience.

L'introduction d'un tiers, médiateur pour permettre la réflexivité de la démarche

Le point commun des expériences de capitalisation dans d'autres domaines que la santé publique consiste à proposer un processus réflexif aux acteurs, leur permettant de décrire le plus finement possible leurs actions et leurs pratiques. L'enjeu est que cette information recueillie soit partageable et utile à d'autres. Il est donc important de sortir de la simple anecdote, du simple récit linéaire pour faire émerger les points clefs utiles à la pratique d'autres acteurs de terrain.^[22] « *Il ne suffit pas de raconter son expérience pour qu'elle soit utile à quelqu'un d'autre. Trop souvent les récits sont anecdotiques* »^[23].

Afin de dépasser l'anecdote, le processus de capitalisation s'appuie sur une médiation, que celle-ci soit réalisée par les pairs (un promoteur livre un récit et deux accompagnants portent un regard distancié sur le discours pour faire émerger des informations à partager), ou par une personne extérieure qui va guider le discours et faire un travail de maïeutique, permettant ainsi un processus réflexif sur l'action et les pratiques.

Tilman^[23] souligne que pour être transférable, le discours doit faire l'objet d'une théorisation, d'une modélisation de la pratique. Celle-ci fait appel au référentiel méthodologique de la pédagogie « expérimentée » visant à construire un savoir à partir de l'expérience au sens de situations vécues.^[24] La narration de l'expérience prend une forme de récit structuré autour d'un certain nombre de points, d'éléments clefs (cf tableau 1).

Place autour du cycle du projet :

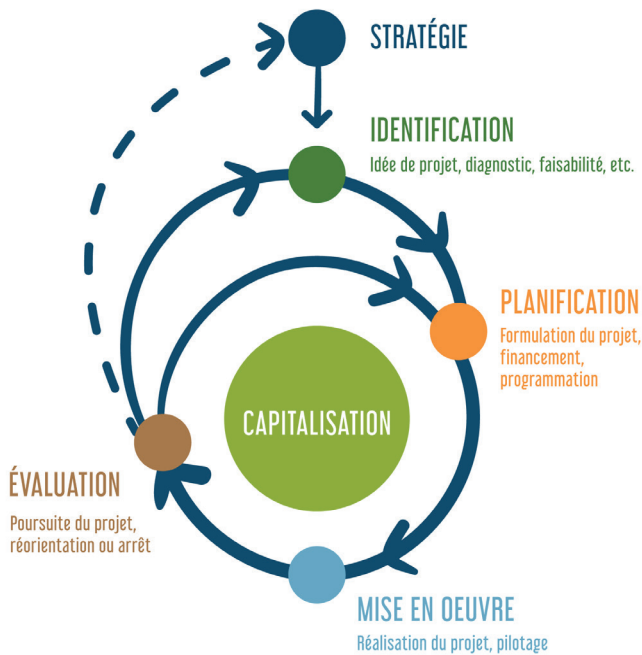


Schéma inspiré par F3E^[58]

La capitalisation de l'expérience s'inscrit dans un paradigme « du tournant pratique », réflexif, où l'on postule que l'acteur dit la vérité de sa pratique quelles que soient les formes d'expression sur cette pratique : entretiens d'auto-confrontation, entretiens collectifs ou individuels, etc.^[25] Le fait de nécessiter un médiateur, un outil/une méthode pour faire émerger le discours puis la connaissance, un processus réflexif... inscrit la capitalisation de l'expérience comme un modèle se référant aux approches et aux méthodes en sciences humaines.

L'entretien d'explicitation constitue un exemple de méthode pour expliciter l'action^[26]. P. Vermersch souligne que cet entretien vise à lever 3 difficultés relatives à cette démarche d'explicitation : la difficulté à conscientiser son savoir, à l'explicitier et à le médiatiser. L'entretien vise notamment à s'informer sur l'action et à aider l'acteur à s'auto-informer : prendre conscience de son savoir, s'approprier son expérience. Il est ainsi centré sur l'action plutôt que sur l'émotion et sur sa dimension singulière plutôt que sur ses aspects conceptuels. Cette méthode a notamment été utilisée par Claudine Martinez dans ses travaux sur les bonnes pratiques en activité physique.^[27]

TABLEAU 1

CARACTÉRISTIQUES DES APPROCHES DE MARTINEZ ET TILMAN DANS LE CADRE D'UNE DÉMARCHE DE CAPITALISATION D'EXPÉRIENCE ET À PARTIR D'ENTRETIENS D'EXPLICITATION

C. MARTINEZ
Centré sur le déroulement procédural de l'action : comment cela s'est-il passé ?
Centré sur des moments singuliers identifiés par les acteurs
Faire émerger des informations non conscientisées, l'acteur interviewé doit retirer un bénéfice de l'interview, une plus-value
Faire émerger une singularité des propos, des informations
L'entretien est directif pour éviter les digressions

F TILMAN
Présentation succincte et concrète de l'objet de l'expérience
Contexte : caractéristiques physiques, matérielles, organisationnelles, culturelles et sociales
Théorisation de pratique : analyse des impasses, des frustrations, des culs de sac et de leur diagnostic : en quoi ces éléments ont provoqué un changement de stratégie, de posture, de manière d'être (nécessité d'innover pour franchir ces obstacles)
Description fine de l'action : choix du projet, objectifs à l'émergence de l'action : d'où vient l'idée ?
Mode d'organisation : qui fait quoi ?
Analyse des contraintes : ressources, contraintes de temps ? contraintes organisationnelles ?
Quelles sont les différentes formes du projet ? Comment et pourquoi a-t-il évolué ? A quels résultats successifs ont conduit les différentes phases ?
Evaluation : intégrant les résultats et les processus ? Quels changements ? A quoi, comment a-t-on constaté les changements ? De quelle nature sont-ils ?

LES ESSENTIELS

- La capitalisation de l'expérience s'organise autour d'un récit structuré autour de points clefs.
- La capitalisation fait intervenir un tiers pour favoriser la réflexivité de l'approche et sortir de l'anecdotique.
- La capitalisation s'inscrit dans des communautés de pratique qui donnent du sens à celle-ci.

Quelle place et quels enjeux pour les savoirs expérientiels dans un dispositif de partage de connaissances en promotion de la santé ?

La réflexion sur le partage de connaissances et les savoirs expérientiels ne peut être déconnectée de la question de l'efficacité des actions et programmes en promotion de la santé et de l'administration de la preuve. En effet, particulièrement depuis les années 2000, les acteurs du champ de la promotion de la santé doivent faire face à une demande institutionnelle forte les encourageant à construire leurs projets en s'appuyant sur des données probantes issues de la recherche et d'expériences antérieures.

Ce recours à l'Evidence Based Health Promotion s'accompagne,^[28] pour les acteurs de terrain, de la nécessité d'accéder et de s'approprier ces données. Cette évolution ne va pas sans poser un certain nombre de questions relatives à la production de connaissances en promotion de la santé, à leur accessibilité - définie comme l'accès physique et intégrant leur lisibilité/compréhensibilité - et à leur pertinence, notamment pour éclairer les pratiques et les décisions.

L'ACCÈS À LA CONNAISSANCE : DE NOMBREUX OBSTACLES POUR LES ACTEURS DE TERRAIN

Une enquête, analyse de besoins des acteurs, menée par le Société Française de Santé Publique dans le cadre d'INSPIRe ID auprès de 670 professionnels en promotion de la santé a montré que l'accès aux publications et aux ressources documentaires reste compliqué pour une part importante des professionnels de terrain.

Les freins sont multiples, à la fois organisationnels, économiques et liés aux compétences - particulièrement la pratique de l'anglais ; la mise à jour des connaissances n'est pas intégrée comme une fonction de « routine » dans les pratiques de 40% des répondants (n=408), moins de la moitié d'entre eux s'appuient sur des ressources documentaires pour construire leur projet, plus de la moitié déclarent ne pas avoir accès facilement aux bases de données scientifiques (par manque d'accompagnement pour le repérage des publications, par manque de moyens financiers et par manque de pratique de l'anglais).

La fonction de production de connaissance par les acteurs est elle aussi encore peu développée : seuls 12% des répondants ont une fiche de poste qui intègre explicitement la production de données - la rédaction d'articles dans leurs missions^[29].

Données probantes : de l'Evidence Based Medecine à l'anecdotal evidence

« Pour répondre aux besoins de santé de la population, il ne suffit pas de les identifier, il faut proposer des interventions pertinentes qui ont fait la preuve de leur efficacité »^[30] ... « L'Evidence Based Public Health serait ainsi le pendant de l'Evidence Based Medicine, et définie comme la preuve scientifique de l'efficacité et de la faisabilité d'une intervention en fonction des contraintes économiques politiques et sociales »^[30]. Elle fait appel à plusieurs disciplines et plusieurs types de données quantitatives et qualitatives et inclut 3 axes^[31] :

1. **Les processus (process) visant à comprendre et identifier les approches favorisant l'adoption d'une politique ;**
2. **Les contenus (contents) visant à identifier les éléments d'une politique susceptibles d'être efficaces ;**
3. **Les résultats (outcomes) permettant d'identifier l'impact éventuel des politiques et des interventions.**

Dans une approche centrée sur la qualité des interventions, il manque à ces trois axes des données relatives au contexte et aux moyens alloués.^[32] Dans le champ particulier de la promotion de la santé, le débat sur l'efficacité des actions s'est amorcé dans les années 90 avec l'émergence de la notion « d'Evidence-based practices » déclinant « pratique » de l'EBPH centrée sur les politiques. M O'Neill^[33] rappelle que « cette volonté de fonder les interventions des professionnels de la santé sur des bases scientifiques rigoureuses ne date pas d'hier ». La publication de A. Cochrane en 1971^[34] « effectiveness and efficiency » avait pour objectif de réduire l'incertitude des praticiens en médecine pour améliorer la santé des patients.

L'Evidence Based Medicine vise à renforcer le socle scientifique de la pratique médicale et à réduire ainsi l'incertitude dans la décision. Elle relève essentiellement d'une approche descendante et comporte des limites. Notamment le fait qu'elle s'appuie sur un modèle « bottom up » de productions de données externes, qui, si elles peuvent éclairer des choix, ne peuvent se substituer à l'expérience clinique.^[35] O'Neill^[33] rappelle par ailleurs « lorsque comme en promotion de la santé notre objet est le comportement humain, dans ses dimensions individuelles et collectives, le type de science approprié n'est plus nécessairement le positivisme : les grands débats épistémologiques qui ont cours dans les sciences humaines et sociales depuis plus de 150 ans en témoignent éloquentement. Pour plusieurs, qu'on les nomme phénoménologues, herméneutes ou, dans leur mouture plus contemporaine, constructivistes, la science à produire lorsque notre objet est l'être humain ne peut ni ne doit être de même nature que celle produite pour étudier les autres objets de l'univers et tournée vers une approche positiviste ».

En santé publique comme en promotion de la santé, la construction d'un savoir scientifique s'appuie notamment sur des revues systématiques, où l'Evidence Based poursuit un objectif similaire d'accompagnement des professionnels et décideurs à une décision et une pratique éclairée par la science. Il s'agit de produire des données faisant, entre autres, la démonstration de l'efficacité des politiques et/ou des interventions pour améliorer la santé des populations. Cependant, la question se pose de la nature des données recueillies, des méthodes mises en œuvre et de l'applicabilité des connaissances produites dans des domaines où la complexité^[36] constitue l'une des caractéristiques principales des interventions. O'Neill^[33] souligne que la plupart des revues systématiques publiées s'appuient sur des études expérimentales ou quasi expérimentales construites à partir d'essais contrôlés randomisés. Mais ce gold standard pour évaluer l'efficacité des interventions n'est pas toujours compatible avec une logique d'action.^[37]

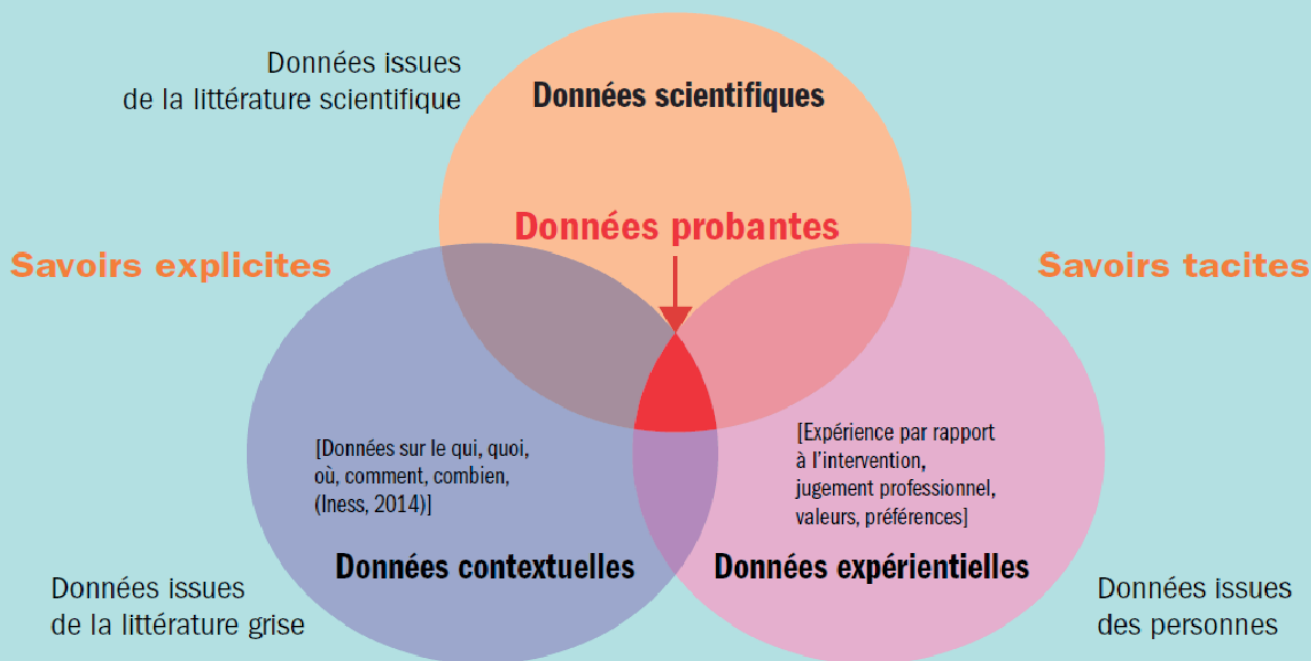
Cette conception positiviste (au sens d'Auguste Comte) de la science renvoie à l'idée que les données probantes permettraient de construire des « lois » à partir de l'expérience (au sens scientifique et non opérationnel) régissant les pratiques en promotion de la santé et que celles-ci seraient systématisables, et prévisibles. Quand bien même ces données ne concerneraient que des résultats de recherches, elles n'en restent pas moins empreintes d'une forme de subjectivité, liée au fait qu'elles sont le produit d'une activité humaine, consciente, délibérée et institutionnalisée. Cela implique qu'elles relèvent de choix éthiques et politiques empreints de valeurs, conscientes ou non, influençant le choix des questions et approches de recherche.^[38]

Au-delà de la question de l'applicabilité d'une définition « restrictive » des données probantes aux interventions en promotion de la santé, Spencer et al^[39] mentionnent le fait que de nombreux problèmes de santé n'ont pas encore fait l'objet de consensus et de travaux validés relatifs aux stratégies efficaces pour les réduire. Dans ce contexte, il s'avère nécessaire de faire émerger des bonnes pratiques pour guider les acteurs dans le choix de leurs stratégies d'intervention. Face à cette question de la frontière entre la science et l'expérience, Moore et Stilgoe^[40] proposent le terme d'« anecdotal evidence » comme un concept de gestion du lien entre experts et profanes. Il s'agit de réintroduire l'acteur-profane dans la production de connaissances et, au-delà, dans la prise de décision. Si cette connaissance s'appuie sur l'expérience individuelle, elle peut contribuer à éclairer et comprendre la complexité d'un phénomène : l'analyse des risques environnementaux par exemple nécessite d'introduire la question du contexte social, des conditions de vie, etc.

Le projet CAPS s'inscrit dans une définition des données probantes qui intègre, 3 types de données :

- Des données scientifiques issues de la recherche
- Des données contextuelles
- Des données expérientielles

Les données probantes : à la croisée des données scientifiques, des données contextuelles et des données expérientielles



Sources : OMS, 2004, FCRSS, 2005. Graphique donné par Karine Souffez, Institut national de santé publique. Québec, lors du module « Actions probantes en promotion de la santé de l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon, 30 juin et 4 juillet 2014.

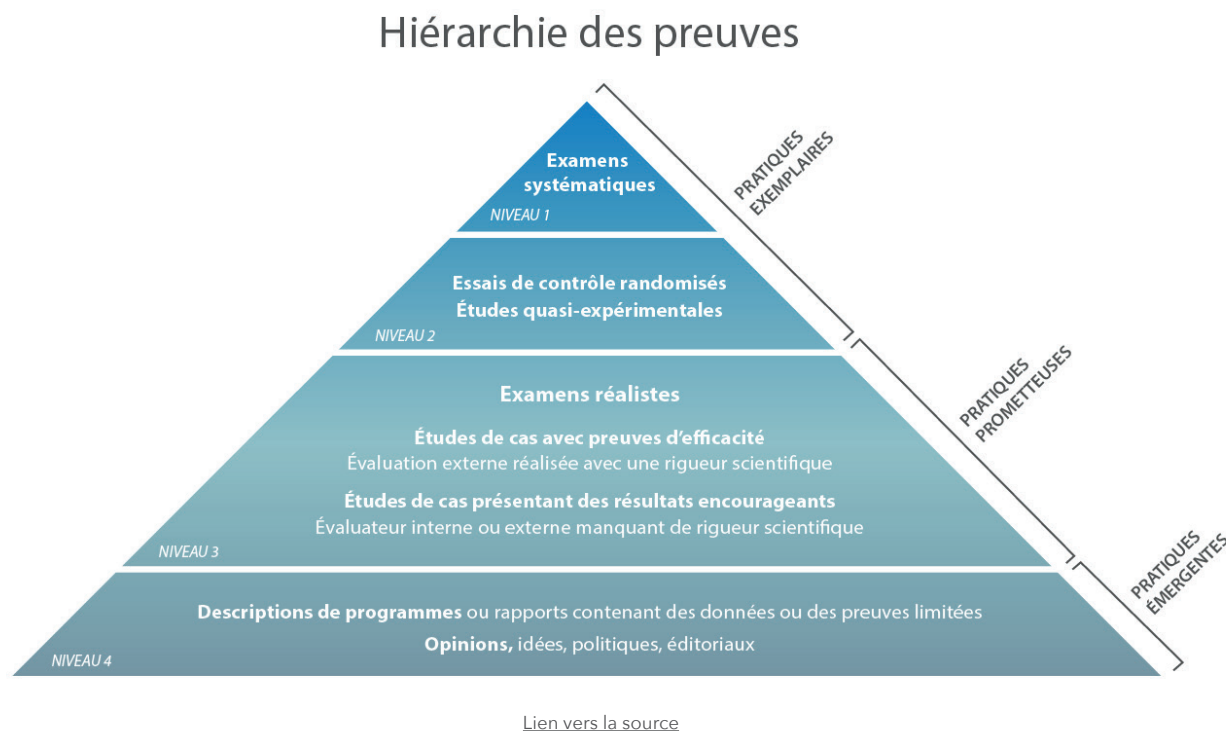
Chacune de ces données peut être produite dans le cadre de protocoles scientifiques ou par un recueil systématique standardisé^[41]. Ainsi, le projet CAPS vise une production standardisée des connaissances expérientielles en promotion de la santé. La notion de « standard » s'appliquant ici aux objectifs fixés à la démarche, à l'élaboration d'une méthode de recueil des données expérientielles et à l'élaboration d'un document partageable. Il ne s'agit pas d'opposer les différentes catégories de savoirs mais bien de reconnaître « que l'utilisation des données probantes dans la pratique remet en question le modèle unique et idéalisé construit sur une vision hiérarchique de descente naturelle des connaissances scientifiques dans la pratique. L'enrichissement des pratiques de prévention et de promotion de la santé ne pourra se faire sans le recours à diverses stratégies...et dans tous les cas une rencontre et une reconnaissance mutuelle des connaissances scientifiques et des savoirs issus de l'expérience ». ^[37]

Introduire l'expérience comme une donnée probante : la nécessité de la preuve ?

L'emploi du terme de données probantes inclut de fait l'idée de preuve. Cela peut conduire à un usage restrictif : une intervention probante ne renverrait qu'à un modèle ayant fait la preuve de son efficacité via des recherches scientifiques. Mais l'OMS propose une définition plus large d'une pratique fondée sur des données probantes. Il ne s'agit plus seulement d'éclairer sa pratique par la recherche seule mais d'y intégrer les savoirs des personnes concernées et des professionnels. Il ne s'agit donc plus de prouver l'efficacité mais de la renforcer ! Certains modèles de hiérarchisation de la preuve continuent pour autant de privilégier la recherche et les essais contrôlés randomisés comme le niveau le plus élevé d'administration de celle-ci.

Pour exemple, le groupe de travail du CDC sur les bonnes pratiques [42] définit celles-ci comme s'appuyant sur des évaluations par les pairs et ayant fait la preuve de leur efficacité par la production de résultats sur la santé des populations. Il propose un modèle de hiérarchisation des pratiques construit en croisant deux critères : l'**impact** des actions, programmes et politiques d'une part, la notion d'impact regroupant l'efficacité, la faisabilité, la transférabilité, la durabilité, le niveau d'atteinte des populations concernées, et **la qualité de la preuve** d'autre part. A partir de ce croisement, le CDC définit les pratiques en 4 catégories : émergentes - prometteuses - de premier plan et « meilleures ». L'administration de la preuve et la solidité de celle-ci s'appuient sur la qualité des données scientifiques produites : méta analyses, cohortes, publications au sein de revues à comité de lecture, etc. pour les plus robustes, à publications sans comité de lecture et descriptions de projet pour les moins solides, etc.

Au Québec, l'émergence de la notion de pratiques exemplaires fait appel à une classification du même type en trois catégories.



La construction du portail canadien des pratiques exemplaires en 2006 a cependant donné lieu à un certain nombre d'interrogations sur le niveau de preuves : les données probantes ont été définies comme pouvant provenir de plusieurs méthodes de recherche ou d'évaluation quantitatives et/ou qualitatives rigoureusement mises en œuvre et pertinentes^[43]. Mais l'expérience a montré que peu d'actions répondaient aux critères retenus et la mise à disposition de données sur les pratiques s'est ainsi élargie aux pratiques prometteuses. « Sont alors classées dans la catégorie « prometteuses », les actions ayant fait l'objet de modèles d'étude par observation ou qualitatifs, le plus souvent développés dans le champ de la promotion de la santé ». La poursuite de la réflexion a encore modifié le schéma de départ pour abandonner la distinction « prometteur - exemplaire » et proposer une nouvelle définition sous la seule dénomination d'exemplaires : « les pratiques exemplaires sont des interventions, des services, des programmes ou des politiques qui font état de changements souhaités par le biais de recherches bien documentées et pertinentes ou de méthodes d'évaluation. Elles peuvent être reproduites et possiblement adaptées et appliquées. La pratique exemplaire est une des mieux adaptées compte tenu de la disponibilité des données offertes et de la situation particulière ou du contexte ».

Ces deux modèles de classification des actions en fonction du niveau de preuve font référence à la production de données scientifiques robustes ou de processus d'évaluation structurés, ce qui implique des conditions favorables à la production de ces données ou à l'élaboration et à la réalisation de ces évaluations, tant du point de vue de la nature des actions, que des moyens et des compétences disponibles. Même si des données relatives au contexte, à la transférabilité ... sont incluses dans l'analyse des pratiques^[42], ces approches comportent un certain nombre de limites.

LIMITES DES MODÈLES DE CLASSIFICATION DES ACTIONS EN FONCTION DU NIVEAU DE PREUVE

1. La complexité¹ des actions fait que l'ensemble des résultats produits par une action ne peuvent être identifiés par la seule application du modèle EBM en promotion de la santé ;^[44]

2. Les travaux scientifiques répondent essentiellement aux questions de l'efficacité (ce qui marche) mais ne permettent pas toujours aux acteurs de terrain de comprendre comment et pourquoi cela fonctionne (Comment ça marche ?). Les résultats d'une action sont liés aux mécanismes sous-jacents et dépendants du contexte et des choix des acteurs. « Il n'y a pas de formule magique »^[45], qui, appliquée dans tous les contextes, produirait les mêmes effets. Dans le champ de la promotion de la santé, le développement de nouvelles approches s'accompagne d'un double changement : de paradigme et de référentiel épistémologique. En effet, l'introduction de nouvelles questions sur le pourquoi et le comment met l'accent, de fait, sur la variabilité de certains résultats en fonction du contexte et des choix des acteurs. Ainsi, l'objectif de « standardisation » des pratiques, dans une approche statistique des phénomènes et de la causalité, se transforme en un objectif « d'éclairage » de celles-ci.^[45] Cette évolution s'accompagne d'un enrichissement du référentiel méthodologique pour produire cette connaissance.

3. Le corpus des actions en promotion de la santé est composé d'interventions menées souvent à petite échelle, segmentées, et aux budgets relativement modestes. ; nous disposons ainsi d'une somme de connaissances inexploitées et invisibles parce que non accessibles à des démarches de recherche évaluative. Pour autant, ces actions rendent « opérationnelles » des stratégies et des principes identifiés dans la littérature comme des critères de qualité des actions en promotion de la santé : participation, intersectorialité, actions sur les déterminants, etc. L'absence d'évaluation et de cadre de référence explicite peut-être en partie compensée par une analyse bibliographique complémentaire faisant apparaître le référentiel sous-jacent d'une part et le recours, le cas échéant, à des stratégies décrites comme probantes dans la littérature. Pour exemple, la synthèse d'interventions probantes relatives à la contraception et la vie affective et sexuelle chez les jeunes éditée par la Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa/EHESP^[51] mentionne un certain nombre de caractéristiques des programmes éducatifs efficaces en matière de santé sexuelle : implication de personnes ayant des compétences et expériences variées en théorie, recherche en éducation sexuelle, évaluation des besoins et des ressources du public cible, inclusion de plusieurs activités... La capitalisation vient illustrer ces différents éléments.

¹ la complexité est définie par Pawson par 7 caractéristiques : sont une théorie ou composées de plusieurs théories, impliquent de nombreuses parties prenantes, consistent en une chaîne de processus décisionnels, ne sont pas linéaires, sont enchâssées dans plusieurs contextes et systèmes sociaux, sont perméables à d'autres interventions, sont des systèmes ouverts apprenants^[20]

Ces dernières années, de nouvelles approches se sont développées telles que par exemple l'évaluation réaliste et la recherche interventionnelle. Le point commun de ces deux approches réside dans le fait qu'elles intègrent la complexité, qu'elles posent, entre autres la question du « comment ? », qu'elles mixent les méthodes et les disciplines (en faisant appel aux SHS et aux méthodes qualitatives notamment), et qu'elles modifient la place et le rôle des professionnels de terrain dans la construction de la connaissance sur les actions.

Les évaluations « réaliste »^{[46][47][48]} s'appuient sur le réalisme-critique^[49] où l'interprétation des acteurs concernant les mécanismes à l'œuvre a toute sa place.^[45] Elles introduisent le lien entre les structures existantes et la manière dont les choix individuels des acteurs agissent sur tout ou partie de ces structures. Elles visent à identifier la nature de ce lien entre un contexte, des mécanismes à l'œuvre et des effets produits (CME). Quoiqu'en soit, balbutiante, cette approche introduit une dimension réflexive sur les actions et cherche à identifier des éléments récurrents dans des projets de

même nature et des éléments soumis à la variabilité du contexte et des choix des acteurs.

La recherche interventionnelle quant à elle propose de construire une connaissance scientifique et pratique qui se distingue de l'évaluation pour s'intéresser aux stratégies, aux modalités de réponses possibles à une problématique de santé publique. « Science des solutions », elle associe, elle aussi, les acteurs de terrain comme partie prenante de la construction des connaissances. « Elle comporte l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions sous forme de politiques et de programmes qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations »^[50] Elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'une démarche évaluative et vise avant tout la production de connaissances sur les changements obtenus ou non, les mécanismes à l'œuvre, et les facteurs contextuels qui influencent ces mécanismes. Elle travaille sur le réel en même temps qu'elle le modifie puisque chercheurs et acteurs sont impliqués dans la démarche.

01

PAR LEUR NIVEAU DE PREUVE

Le déploiement de programmes nationaux (ICAPS, Moi(s) sans tabac...) s'appuyant sur des données probantes côtoie une multitude de projets de terrain à petite échelle (un quartier, un établissement...), au budget restreint, ne faisant pas l'objet d'une évaluation scientifique (voire d'aucune évaluation) et dont l'explicitation des théories sous-jacentes est peu présente. Et la déclinaison, l'adaptation éventuelle de ces programmes n'est que très peu documentée.

02

PAR LEUR VISIBILITÉ

Certains projets font l'objet de publications ou d'interventions dans le cadre de séminaires, congrès, d'une diffusion via les plateformes existantes (OscarS...) ... et peuvent de ce fait être repérés relativement facilement, d'autres sont confidentiels, invisibles

03

PAR LEURS OPÉRATEURS

Les acteurs impliqués ne sont pas tous des professionnels de promotion de la santé mais sont issus de nombreux champs professionnels : éducation, social, culture, développement local ... Les référentiels professionnels ne sont donc pas les mêmes et l'identification d'un savoir partageable d'autant plus complexe.

04

PAR LEUR NIVEAU DE COMPLEXITÉ

Le niveau de complexité des projets est lui aussi hétérogène, allant de la séance d'éducation pour la santé auprès d'un petit groupe, à des projets complexes mixant les stratégies, les publics, les objectifs, les partenaires...

L'efficacité en promotion de la santé : une définition multidimensionnelle

L'efficacité est entendue ici dans une acception large qui ne se réduit pas à l'amélioration de l'état de santé d'une population (mesurable par l'évolution des données épidémiologiques) ou à la modification de comportements individuels. Elle intègre tout autant les changements des caractéristiques et aptitudes personnelles, des normes et actions sociales ou des pratiques organisationnelles et politiques. (Glossaire de la promotion de la santé).

LES ESSENTIELS

- CAPS s'inscrit dans une définition des données probantes intégrant les données issues de l'expérience.
- Il s'agit bien de considérer que le savoir scientifique et le savoir issu de l'expérience sont complémentaires.
- Les savoirs expérientiels constituent un élément de renforcement de l'efficacité des actions en promotion de la santé.
- Le modèle « evidence based » trouve de nombreuses limites en promotion de la santé et nécessite d'élaborer des processus rigoureux de production de connaissances expérientielles. Il s'appuie sur une définition de la preuve limitée à l'impact des actions alors que d'autres modèles proposent une définition plus ouverte prenant en compte la complexité du processus de décision et le cercle itératif dans lequel ils s'inscrivent. Pour Armstrong [52], ce processus inclut 3 types de preuves, descriptives (qui posent le problème), liées à l'impact (ce qui est efficace) et à la mise en œuvre (comment implanter, et pourquoi ?).
- Les projets en promotion de la santé s'inscrivent dans des contextes variés. L'influence de ceux-ci est particulièrement forte et influence tant le déroulement des projets que leurs résultats.

Mais comment s'organise cette élaboration d'une connaissance expérientielle ? Comment, en promotion de la santé, construire un ou des dispositifs dont un des objectifs serait l'élaboration de cette connaissance, avec pour corollaires la reconnaissance de celle-ci et sa diffusion ?

3

L'histoire du projet CAPS ou l'élaboration d'un portail dédié à la connaissance expérientielle en promotion de la santé

InSPIRe-ID une initiative centrée sur le partage de connaissances

Le projet CAPS est le fruit de plusieurs années d'une réflexion collective initiée en 2013 dans le cadre de l'initiative en santé publique pour l'interaction entre recherche, intervention et décision - InSPIRe-ID, portée par l'EHESP. Cette initiative avait pour objectif la création, en France, d'un dispositif national de partage de connaissances en santé publique, s'inspirant, entre autres, du modèle de l'INSPO^[5]. Cette initiative comprenait alors, 3 axes :

1. La mise à disposition et le partage de connaissances à travers un portail : accès à une base d'interventions prometteuses et à une interface de données probantes ; élaboration de dossiers de connaissances.
2. Une proposition d'accompagnements méthodologiques pour permettre et faciliter l'usage des connaissances : mise à disposition d'outils méthodologiques (démarche projet, transférabilité...), de formations...
3. Le développement de recherches interventionnelles en collaboration avec l'action coordonnée de l'IreSP.

Elle était coordonnée par un comité de pilotage national et s'appuyait sur un groupe d'experts composé d'au moins une trentaine de structures appartenant à différents secteurs du champ de la santé publique (recherche, formation, promotion de la santé, etc.).

Au gré des fluctuations liées aux organisations, aux soutiens politique et financier du projet, celui-ci a évolué. L'initiative, pilotée par la Direction Générale de la Santé est aujourd'hui structurée en 2 axes :

01

UN AXE DÉDIÉ AU PARTAGE DE CONNAISSANCES EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ INTÉGRANT :

- La construction d'un portail national sur les interventions en santé publique porté par Santé Publique France sous la forme d'un registre dédié aux interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé.
- Un portail dédié à l'expertise expérientielle en promotion de la santé et à la capitalisation des expériences en promotion de la santé : CAPS, porté par la Société Française de Santé Publique (SFSP) et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes).

UN AXE TRANSVERSAL EST QUANT À LUI CONSACRÉ À LA FORMATION ET PORTÉ PAR L'ÉCOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP).

02

UN AXE DÉDIÉ AU DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE (RI) PORTÉ PAR L'IRESP

« La RI est définie comme l'utilisation des méthodes de la recherche pour produire des connaissances concernant des interventions, qu'elles soient menées ou non dans le champ du système de santé^[1]. Elle a pour objectifs de démontrer l'efficacité des interventions, d'analyser les leviers à mobiliser, les mécanismes des interventions, leurs conditions et modalités de mise en œuvre, leur reproductibilité et durabilité. Elle repose sur l'expérimentation et sur la capitalisation des innovations de terrain et pour cela fait appel à un large éventail de disciplines, de méthodes et d'outils scientifiques. À visée opérationnelle, la RI tend à produire des connaissances utiles à l'action et à la décision. Elle est la « science des solutions » pour reprendre l'expression de Louise Potvin^[2], qu'elle considère à juste titre en retard par rapport à la science des problèmes »^[53]

Comité de pilotage National

Pilotage : DGS



Axe 1

Partage de connaissances en prévention et promotion de la santé



Catalogue des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé

Portail dédié à l'expertise expérientielle en promotion de la santé et à la capitalisation des expériences en promotion de la santé

Pilotage : Santé publique France
Groupe d'experts

Pilotage : SFSP et Fnes
Groupe de travail national CAPS

Axe 2

Développement de la recherche interventionnelle

Pilotage : IReSP



Axe transversal : Formation

Pilotage : EHESP



Le projet CAPS : l'axe expérientiel du projet InSPIRe-ID

La capitalisation de l'expérience : un domaine à explorer en santé publique et en promotion de la santé

Si la capitalisation de l'expérience a donné lieu à de nombreuses publications, elle reste un domaine peu exploré en santé publique et en promotion de la santé. Pour exemple, alors que les domaines de l'environnement, du développement durable, du management, de l'économie, du développement local, de l'éducation et de la formation, de l'aide humanitaire... ont produit ces dernières années des guides, supports de formation, articles de référence et documents de cadrage sur la capitalisation^[54]^[55]^[56]^[57]^[58]^[59] aucun référentiel méthodologique ou guide n'existait en santé publique au moment de l'élaboration de la réflexion dans le cadre du groupe CAPS. Une recherche bibliographique en 2019 s'est ainsi avérée infructueuse. Les bases de données Google scholar, Medline et Pubmed ont été consultées en croisant les mots clefs : experiential knowledge-health promotion ou capitalization of experience/health promotion ou experiential knowledge/ public health/methodology ; capitalisation de l'expérience/santé publique /méthode ou promotion de la santé/méthode.

Alors que les travaux du GtN CAPS démarraient, l'intérêt de la santé publique pour l'expérience et les pratiques en promotion de la santé s'inscrivaient essentiellement dans :

- Le repérage et la diffusion d'actions/programmes probants/prometteurs/ exemplaires ;
- Le développement et la valorisation de méthodes de recherche incluant une dimension pratique (recherche interventionnelle) et associant les acteurs de terrain ;
- La capitalisation de l'expérience des patients [59] dans une perspective de développement de l'empowerment et d'amélioration du système de santé.
- La reconnaissance des savoirs expérientiels des habitants-usagers-citoyens dans le cadre de démarches participatives et communautaires.

La diffusion de connaissances centrées sur l'expérience : l'émergence en France de portails/sites de diffusion d'expériences inspirantes, innovantes/probantes prometteuses en santé publique et promotion de la santé

Dans le cadre des travaux préparatoires à InSPIRe- ID un rapport publié en 2016^[60] par l'EHESP a identifié 180 sites internet à partir d'une entrée thématique et des mots clefs « santé publique », « prévention », « promotion de la santé », « éducation pour la santé », « partage de connaissances en santé publique ». Aucun de ces sites ou plateformes ne proposait à la fois la mise à disposition de données probantes, de données prometteuses et un accompagnement méthodologique de terrain.

Quelques sites nationaux consacrent tout ou partie de leur contenu à la diffusion de connaissances sur les actions (nous n'avons pas réalisé d'étude exhaustive de l'ensemble des sites ni recensé les sites régionaux). Ces quelques exemples ont une valeur d'illustration.

[La base de données cartographique Oscars](#)



Recense plus de 40 000¹ projets contribuant à l'atteinte des objectifs régionaux de santé publique. Elle permet de dresser une cartographie des actions et d'en identifier le contenu, les partenaires, les financeurs. La base s'appuie sur une fiche descriptive des actions intégrant des éléments sur la thématique, le territoire, le public, les objectifs, les financeurs, les indicateurs d'évaluation, la catégorisation des résultats, etc.

¹ Consultation/ Février 2022

[Le site de l'Institut Renaudot rubrique sante-ensemble](#)



Recense des actions de santé communautaire. Les promoteurs de projet sont invités à remplir une fiche projet indiquant le contexte de mise en œuvre, les acteurs du projet, les points forts et points faibles, les leviers freins et surprises, la dimension communautaire de l'action... Un comité de sélection retient les projets soumis. Les promoteurs peuvent-être accompagnés dans le remplissage de la fiche projet.



[Le site de la Fabrique territoires santé](#)

Propose une rubrique actions inspirantes « Inspir'actions ». Les promoteurs de projets réalisés dans le cadre d'Ateliers Santé Ville, de contrats locaux de santé ou d'une autre approche territoriale sont invités à remplir un formulaire en ligne décrivant leur action. La fiche intègre la carte d'identité de l'action : territoire, échelle, public, partenaires, etc. les objectifs de l'action, la description, les résultats, les conseils pour la reproduire et quelques éléments bibliographiques pour aller plus loin.



[L'observatoire de l'innovation en santé](#)

Les promoteurs d'actions innovantes sont invités à remplir un formulaire pour déposer leur projet en vue d'une sélection. Les critères retenus sont l'existence (action achevée), la pertinence, la cohérence, la perception de la dimension innovante. La fiche intègre aussi l'existence d'une évaluation et la nature de celle-ci, les effets produits, la transférabilité et la reproductibilité. Les actions sont ensuite classées en 4 catégories : action de pointe, prometteuse, émergente, singulière.



[Le répertoire de France Assos Santé](#)

Le portail recense les actions des associations membres de France Assos santé. Il rassemble environ 300 actions. Les recherches peuvent se faire par type de pathologie, type d'action, nom de l'association porteuse, région et thématique. Les fiches actions sont remplies en ligne par les porteurs.

Les points communs de ces différents sites résident notamment dans les outils et la méthode développés : grilles, questionnaires remplis en ligne par les acteurs avec un éventuel accompagnement. Ils s'appuient sur une démarche volontaire. La démarche ne fait pas l'objet d'un accompagnement structuré et systématique pour l'identification des informations pertinentes et ne s'inscrit pas explicitement dans un cadre méthodologique précis de capitalisation de l'expérience. Si quelques éléments d'analyse sont intégrés, les données sont descriptives. Elles proposent aux acteurs de terrain des ressources pour les « inspirer » dans l'élaboration de leurs actions. Elles permettent aux institutions notamment de réaliser des cartographies, de repérer le type d'actions sur un territoire, une thématique et elles constituent un vivier pour repérer des actions à capitaliser.

Elaborer une méthode et un dispositif de capitalisation de l'expérience en promotion de la santé : accompagner les acteurs dans une démarche réflexive

Le groupe de travail national capitalisation de l'expérience en promotion de la santé (GtN CAPS) a initié son travail dans le cadre d'inspire ID en 2016. Composé d'acteurs aussi différents que des chargés de projet au sein d'associations de promotion de la santé, de chercheurs, de représentants d'ARS, d'agences sanitaires ... il s'est caractérisé par sa diversité et sa stabilité dans le temps. L'élaboration d'un dispositif de capitalisation en promotion de la santé s'est organisée en 7 grandes étapes jusqu'à la création du portail.

La composition du groupe de travail national CAPS

Aides, ARS Normandie, Collège de Médecine Générale, EHESP, Fabrique Territoires Santé, France Assos Santé, FNES, Institut Renaudot, IREPS Auvergne Rhône Alpes, IREPS Bourgogne Franche

Comté, Le Réverbère, Promotion Santé Normandie, PromoSanté Ile de France, Santé Publique France, Société Française de Santé Publique, Université de Lorraine et Université Côte d'Azur.

Les étapes d'élaboration de la démarche

01

DÉFINIR LES OBJECTIFS DE LA CAPITALISATION DE L'EXPÉRIENCE EN PROMOTION DE LA SANTÉ

1. Recherche bibliographique
2. Partage d'expériences de capitalisation
3. Benchmarking des méthodes de capitalisation

02

PERMETTRE AU GROUPE DE MONTER EN COMPÉTENCES SUR LA CAPITALISATION DE L'EXPÉRIENCE

03

CONSTRUIRE UNE MÉTHODE ET DES OUTILS

04

EXPÉRIMENTER LA MÉTHODE ET PROCÉDER AUX RÉAJUSTEMENTS NÉCESSAIRES

05

CONSTRUIRE ET DIFFUSER DES SUPPORTS THÉORIQUES ET PRATIQUES

06

ORGANISER LA MONTÉE EN COMPÉTENCES DES ACTEURS : CRÉATION/EXPÉRIMENTATION ET DÉPLOIEMENT D'UN DISPOSITIF DE FORMATION

07

CRÉER UN PORTAIL DÉDIÉ À LA CAPITALISATION DES EXPÉRIENCES EN PROMOTION DE LA SANTÉ

1. Définir les objectifs de la capitalisation de l'expérience en promotion de la santé : lever des ambiguïtés

Un des enjeux et aussi une des difficultés de la définition des objectifs d'un processus de capitalisation de l'expérience en promotion de la santé est d'en fixer les contours et les limites. Les chapitres précédents ont situé le cadre théorique. Pour le GTN CAPS, et dans un contexte de valorisation de données probantes le plus souvent réduites aux données issues de la science, la principale ambiguïté à lever résidait dans la finalité et dans l'élaboration du cadre théorique. Il a ainsi été confronté à de nombreuses questions :

- En quoi la capitalisation apporte-t-elle la preuve de l'efficacité de la promotion de la santé ?
- En quoi se distingue-t-elle d'une évaluation ?
- En quoi la capitalisation peut-elle renseigner sur la transférabilité des actions ?
- Quelle utilité du dispositif pour les financeurs ?
- En quoi la méthode est-elle robuste et garantit-elle la qualité des données recueillies ?

La réflexion du GtN CAPS s'est aussi enrichie de l'expérience de plusieurs de ses membres relative au repérage et la diffusion d'actions en promotion de la santé. La SFSP, la Fabrique des territoires santé et Promo santé IDF... avaient déjà mis en place un dispositif de recueil d'informations sur des actions en promotion de la santé à partir de grilles de recueil en ligne. Elles avaient également expérimenté l'accompagnement téléphonique des promoteurs pour compléter les différents éléments des grilles proposées. Logiquement, ces accompagnements ont permis d'établir des fiches plus détaillées. L'analyse de ces expériences a aussi enrichi la réflexion du GtN CAPS à travers de nouvelles questions.

1. Quel périmètre de repérage / « sélection » des actions et quelles modalités pour ce repérage ?
2. Comment prendre en compte les questions éthiques ?
3. L'apport pour les porteurs de projet est formalisé dans le cadre de la démarche (intérêt de prendre un temps sur son action avec un regard extérieur, valorisation ...) mais quel usage les autres acteurs feront-ils des éléments mis à disposition ?
4. Quelle place donner à la littérature scientifique dans les démarches de capitalisation ? La question se pose aussi bien au moment du recueil (faut-il mettre en évidence les modèles ou référentiels sous-jacents ?) qu'au moment de la capitalisation et de la diffusion (faut-il introduire des références bibliographiques ? Confronter les éléments recueillis aux données probantes ?). Les usagers auront-ils une place dans le dispositif ?

4 Dispositifs de capitalisation inspirants

Pour compléter les échanges sur les expériences des membres du groupe de travail et l'analyse bibliographique, une analyse de 4 dispositifs de capitalisation a été réalisée. Cette analyse prend en compte la nature des informations recueillies et les méthodes déployées (tableau 2).

TABLEAU 2

ANALYSE DE 4 PROCESSUS DE CAPITALISATION D'EXPÉRIENCES

ORGANISME	MÉTHODE	INFORMATIONS RECUEILLIES
IED Afrique ^[61]	<p>Des principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La participation, • La diversité des points de vue et des positionnements • Pas de consensus recherché • Un coordinateur du processus <p>Méthode :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une analyse documentaire des sources disponibles : compte-rendu, rapports, évaluations ... 2. Lister les informations manquantes 3. Définition des bénéficiaires 4. Grille remplie par les acteurs 5. Analyse SEPO (succès, faiblesses opportunités et contraintes) 6. Choix du support de communication : écrit, vidéo ... 	<p>Contexte ++ Structure de l'organisation Relations avec les autres acteurs du territoire</p> <p>Contexte global</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspective historique dans laquelle s'inscrit l'action • Problèmes à résoudre • Identification de l'expérience : zone/lieu/ dates et durée/ objectifs/acteurs et rôles/ Stratégie/approche (mettre l'accent sur les approches méthodologiques) <p>Composantes de l'action</p> <ul style="list-style-type: none"> • Description des procédés techniques et organisationnels • Résultats/réalisations - exploration des résultats qualitatifs. • Difficultés et effets imprévus • Analyse SEPO • Analyse de l'action : se centrer sur la participation/la répliquabilité/la durabilité • Analyse des problèmes, contraintes et stratégies de contournement
Ciedel Formation à la capitalisation ^[62]	Entretien ou groupe de pairs	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des différentes chronologies des acteurs, comparer les récits • Identifier les points d'inflexion de l'action et les faits internes ou externes qui les ont influencés • Analyse des blocages et stratégies de contournement • Compétences développées à partir des points d'inflexion identifiés et qui sont intéressantes à partager ? • Identification de ce qui est spécifique (dépendant d'une personne) et de ce qui est transposable • Analyse des éléments (exogènes) et endogène (ce qui est lié au projet) • Logique de processus plus que logique de résultats • Etape de la modélisation et de la théorisation

Suite du tableau page suivante

ORGANISME	MÉTHODE	INFORMATIONS RECUEILLIES
Handicap International ^[63]	<p>Capitalisation menée par l'équipe avec ou sans accompagnement</p> <p>Pas de capitalisation de tout le projet systématique</p> <p>Critère de choix de l'action à capitaliser</p> <ul style="list-style-type: none"> • reproductibilité • impact démontré • projet pérenne • difficultés particulières • innovation- expérimentation efficace • usage particulièrement intéressant des ressources <p>Plusieurs types de capitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etude de cas pratique • Partage d'expérience • Partage d'innovation • Analyse d'échec • Fiche de bonnes pratiques • Processus complexe de capitalisation qui inclut l'ensemble des dimensions <p>Enrichissement de la capitalisation par une bibliographie</p> <p>Entretiens semi-directifs- focus groupes</p> <p>Processus complexe : ateliers avec les principales partie prenantes et interviews parallèles avec des partenaires impliqués/bénéficiaires</p>	<p>Capitalisation centrée sur un sujet spécifique défini par l'équipe en amont</p> <p>Les dimensions explorées diffèrent en fonction de la méthode et de l'outil</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 réussites importantes • 3 difficultés • changements inattendus et argumentaire • budget suffisant- pourquoi • outils utiles à d'autres • que feriez-vous différemment • public cible • contexte • obstacles/difficultés • effet/impact tangible • reproductibilité/adaptabilité • efficacité • analyse des processus de changement • ... (liste non exhaustive)
DAC ^[64]	<p>Méthode des 5 I</p> <p>Entretien, analyse documentaire, groupe de réflexion</p>	<p>Intelligence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations relatives aux données de contexte, • Etat des lieux, données biblio <p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs • Principes de l'intervention • Méthodes d'intervention <p>Implementation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traduction de l'intervention théorique en modèle pratique : • Ressources financières et humaines • Planification des tâches, management • Actions réalisées • Eléments relatifs à l'éthique <p>Involvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariat et mobilisation des institutions • Rôle de chacun • Comment la coopération s'est développée et comment les tensions/conflits se sont résolus ? <p>Impact</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nature et méthode de l'évaluation • Résultats produits • Adaptabilité • Réplicabilité : rôles clefs, contexte

L'analyse des méthodes et de quelques exemples montre une certaine similarité entre les approches quel que soit le domaine concerné :

- Toutes les expériences privilégient le récit chronologique des actions ou programmes.
- Les processus de recueil d'informations sont relativement longs et complexes.
- Les méthodes développées sont plus ou moins participatives et associatives, pour certaines, des temps de construction collective avec l'ensemble des parties prenantes du projet à des entretiens individuels.
- L'approche qualitative et compréhensive est privilégiée.
- Les variables retenues pour orienter le récit incluent des éléments descriptifs de l'action et mettent particulièrement l'accent sur les moments clefs ou événements critiques nécessitant des réajustements, les facteurs de réussite, la gestion de conflits et/ou les moments où l'action progresse significativement ; les changements produits attendus ou non ; le contexte et la reproductibilité sont aussi inclus dans les diverses expériences, tout comme des informations concernant les formations et compétences des acteurs.
- Certaines des expériences incluent une mise en perspective a posteriori avec les données scientifiques disponibles (ce sont soit les intervieweurs soit des chercheurs qui ont en charge cette partie du travail), d'autres recueillent auprès des promoteurs/acteurs les éléments de références sur lesquels la démarche s'est construite pour décrire ensuite les ajustements opérationnels réalisés.

L'analyse de la littérature, les échanges autour des expériences de capitalisation partagées par les partenaires du groupe, la comparaison de dispositifs existants, ont permis d'identifier quelques principes/caractéristiques sur lesquels s'appuyer pour construire une méthode de capitalisation en promotion de la santé.

1. La capitalisation fera l'objet d'un processus accompagné.
2. La capitalisation s'appuie sur des approches méthodologiques inspirées des méthodes en sciences humaines notamment des approches compréhensives et des entretiens d'explicitation.
3. Les données recueillies sont centrées sur les moments clefs, les changements perçus, les difficultés et réajustements, la perception des conditions de reproductibilité, d'ajustement des actions.
4. La pluralité des points de vue constitue une plus-value.
5. Un lien sera établi avec les données scientifiques.
6. Le contexte est une donnée essentielle.

Former les membres du groupe de travail à la capitalisation d'expérience

Aucun référentiel n'existant en promotion de la santé, les membres du groupe de travail ont souhaité se former à la démarche de capitalisation. Le centre international d'études pour le développement local a animé une formation de 2 journées sur la capitalisation pour les membres du groupe. <https://www.ciedel.org/>

Les différents travaux du groupe ont abouti à l'élaboration d'une méthode, un cadre de travail présentés dans ce document et dans le cahier pratique. Le groupe s'est organisé en plusieurs sous-groupes de façon à déployer l'ensemble des activités relatives au développement de la capitalisation de l'expérience en promotion de la santé.

Ces sous-groupes ont permis d'aboutir :

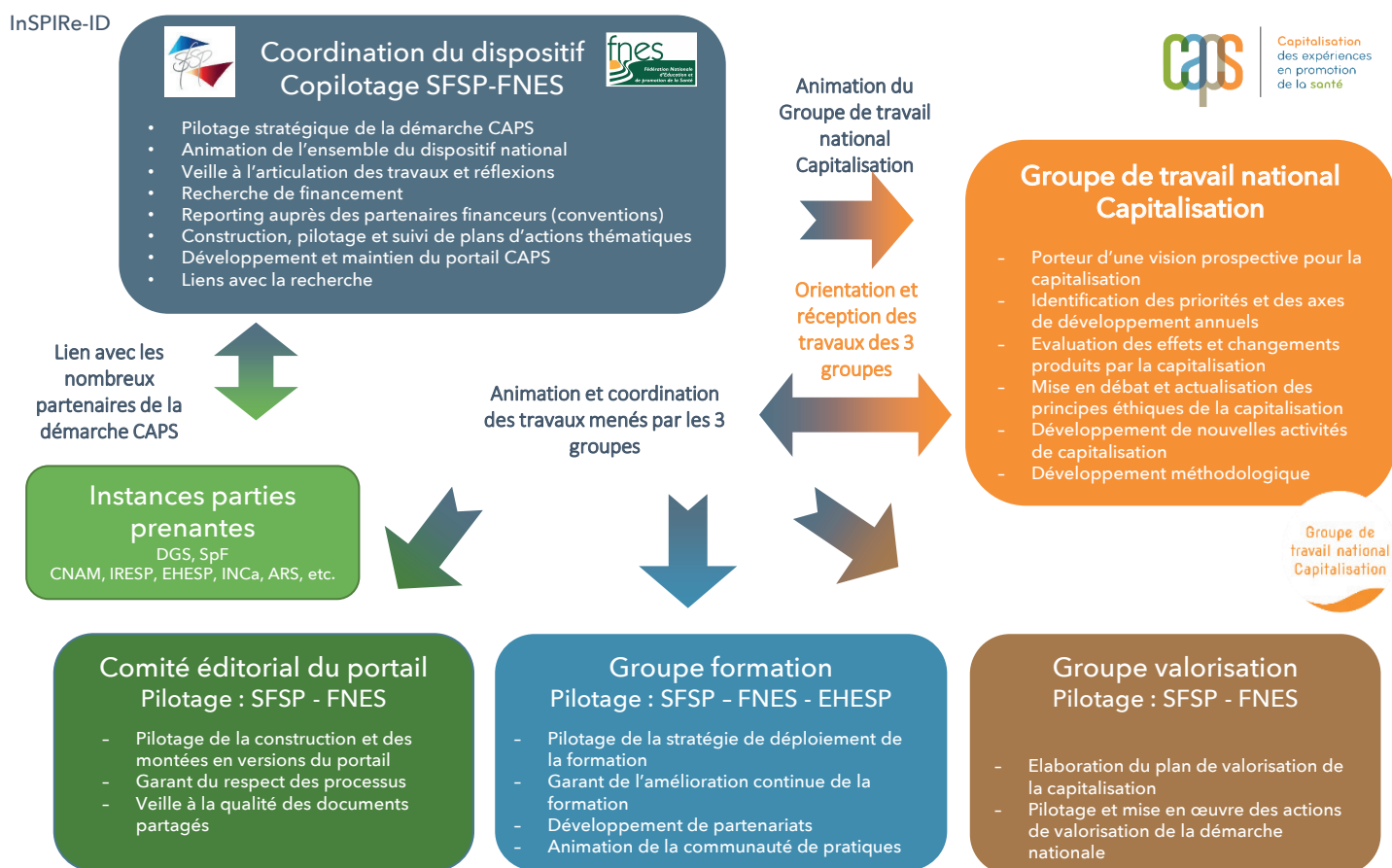
- A la construction d'un module de formation à la capitalisation, en partenariat avec l'EHESP
- A l'ouverture, au printemps 2022, du portail CAPS de diffusion des travaux de capitalisation des expériences en promotion de la santé
- Au déploiement, à partir de l'ouverture de ce portail, d'une Communauté de pratiques autour de la capitalisation permettant de :
 - > Echanger sur la méthodologie de capitalisation en vue de son amélioration continue.
 - > Organiser des temps de formation, par exemple des ateliers d'analyse et de rédaction.
 - > Partager les expériences de capitalisation et leurs enseignements.
 - > Porter en partenariat des démarches de capitalisation thématiques.
 - > Etc.

Toujours inscrit dans la dynamique InSPIRe-ID et en lien avec ses différents axes, le dispositif de coordination national, copiloté par la SFSP et la Fnes, s'appuie sur différents groupes de travail. Il vise la poursuite du déploiement de la capitalisation dans le champ de la promotion de la santé et, plus globalement, de la santé publique, l'amélioration continue des outils et de la méthode de capitalisation, la diffusion des connaissances expérientielles et leur dialogue avec les autres sources de connaissances afin de contribuer ainsi à la réflexion sur les pratiques et leur amélioration

Le dispositif national de coordination de la capitalisation des expériences en promotion de la santé

Dans le cadre d'InSPIRe-ID, la SFSP et la FNES coordonnent depuis 2016 le dispositif de la Capitalisation des expériences en promotion de la santé, grâce en particulier à la mobilisation des membres du Groupe de travail national Capitalisation et au soutien de la Direction Générale de la Santé et de Santé publique France.

Dans le cadre de ce dispositif, le Portail CAPS a pour vocation de faciliter la diffusion et le partage des récits d'expériences produits grâce à des démarches de capitalisation.



4

Bibliographie

Les URL mentionnés dans les références bibliographiques ont été consultés le 8 avril 2022.

- [1] Cartron Emmanuelle, Lefebvre Sandrine, Jovic Ljiljana. Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. *Recherche en soins infirmiers* 2021 ; 144 : 76-86. Doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.144.0076>
- [2] Gross Olivia, Gagnayre Rémi. Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale. *Revue française de pédagogie* 2017 ; 201 : 71-82. En ligne : <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-02448111/document>
- [3] Villeval Philippe, Lavigne-Delville Philippe. Capitalisation d'expériences et expériences de capitalisation : comment passer de la volonté à l'action. *Traverses* 2004 ; 15 : 49 p. En ligne : https://www.gret.org/wp-content/uploads/traverse_15.pdf
- [4] Prendre au sérieux la société de la connaissance : livre blanc. Paris : Alliss Sciences société, 2017, 78 p. En ligne : <https://www.science-ensemble.org/upload/attachment/5d5eabb2df086723280728.pdf>
- [5] Lemire Nicole, Souffez Karine, Laurendeau Marie-Claire. Animer un processus de transfert de connaissances- bilan des connaissances et outil d'animation. Québec : INSPQ - Direction de la recherche, formation et développement, 2009, 59 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- [6] Raymond Lysanne, Parent Robert, Desmarais Lise, Leclerc Louise. Coffre à outils sur le transfert de connaissances : une approche pro active. Sherbrooke : Laboratoire de recherche sur la dynamique du transfert de connaissances, Université de Sherbrooke, 2009, 48 p. En ligne : [https://grandsorganismes.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers/Rond%20Point/2009/2009-11\(2\).pdf](https://grandsorganismes.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers/Rond%20Point/2009/2009-11(2).pdf)
- [7] Grossetti Michel, Bes Marie-Pierre. Proximité spatiale et relations science-industrie : savoirs tacites ou encastrement (Polanyi ou Polanyi) ? *Revue d'économie régionale et urbaine* 2002 ; 5 : 777-87. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RERU_025_0777&download=1
- [8] Rix-Lièvre Géraldine, Lièvre Pascal. La dimension « tacite » des connaissances expérientielles individuelles : une mise en perspective théorique et méthodologique. *Management International* 2012 ; 16(hors-série) : 21-8. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/mi/2012-v16-mi0284/1012390ar.pdf>
- [9] Bourgeois Etienne. L'émergence du sujet en formation : un peu d'histoire. In : *Le désir d'apprendre*. Paris : Presses universitaires de France, 2018, pp. 13-43. (Formation et pratiques professionnelles)
- [10] Cambon Linda, Alla François. Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé Publique* 2013 ; 25(6) : 757-62. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.136.0757>
- [11] Simon Emmanuelle, Halloy Arnaud, Hejoaka Fabienne, Arborio Sophie. La fabrique des savoirs expérientiels : généalogie de la notion, jalons définitionnels et descriptions en situation. In : Simon Emmanuelle, Arborio Sophie, Halloy Arnaud, Hejoaka Fabienne (eds). *Les savoirs expérientiels en santé : fondements épistémologiques et enjeux identitaires*. Nancy : Presses universitaires de Nancy, Editions universitaires de Lorraine, 2019, pp. 11-48. (Questions de communication, série actes 40). En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02862462/document>
- [12] Rozier Emmanuelle. John Dewey, une pédagogie de l'expérience. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 2010 ; 80-81 : 23-30. Doi : <https://doi.org/10.3917/lett.080.0023>
- [13] Freire Paulo. *La pédagogie des opprimés*. Marseille : Argone-Contre Feux, 2021, 321 p.
- [14] Friedberg Erhard. Michel Crozier (1922-2013) : un passeur, mais surtout un innovateur. *Revue française de sociologie* 2013 ; 54(3) : I-III. Doi : <https://doi.org/10.3917/rfs.543.0001>
- [15] Nonaka Ikujiro, Takeuchi Hirotaka. *The knowledge creating compay: how japanese companies create the dynamics of innovation*. New-York : Oxford University Press, 1995, 298 p.
- [16] Lochard Yves. L'avènement des savoirs expérientiels. *La Revue de l'IRES* 2007 ; 55 : 79-95. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RDLI_055_0079&download=1
- [17] Jobert Guy, Revuz Christine. Écrire, l'expérience est un capital. *Études de communication* 1990 ; 11 : 1-6. Doi : <https://doi.org/10.4000/edc.2812>
- [18] Veybel Laurent, Prieur Patrick. *Le knowledge management dans tous ses états : la gestion des connaissances au service de la performance*. Paris : Editions d'organisation, 2003 ; pp 3-17
- [19] Les méthodes de capitalisation du Knowledge Management [Page internet]. Villeneuve d'Asq : KomMunication & Cie, 2012. En ligne : <https://kommunicationetcie.wordpress.com/2012/03/16/les-methodes-de-capitalisation-du-knowledge-management/>
- [20] Grimand Amaury. Quand le knowledge management redécouvre l'acteur : la dynamique d'appropriation des connaissances en organisation. *Management et avenir* 2006 ; 9 : 141-57. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=MAV_009_0141&download=1
- [21] De Zutter P. *Des histoires, des savoirs et des hommes : l'expérience est un capital*. Paris : Editions-Diffusion Charles Léopold Mayer, 1994, 137 p. En ligne : http://docs.eclm.fr/pdf_livre/60DesHistoiresDesSavoirsEtDesHommes.pdf
- [22] Graugnard Gilbert, Quiblier Véronique. Note de synthèse du module de formation « Introduction à la capitalisation d'expériences ». Lyon : Ciedel, 2006, 24 p. En ligne : https://www.ciedel.org/wp-content/uploads/2017/08/Note_de_synthese_formation_capitalisation_2006-2.pdf

[23] Tilman Francis. Comment parler de sa pratique pour la faire partager ? Courrier du CETHES 1996 ; 35 : 18-28. En ligne : <http://www.meta-educ.be/wp-content/uploads/2020/11/Parler-de-sa-pratique.pdf>

[24] John Dewey, une pédagogie de l'expérience. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. 2010.80-81 (2) : 23-30 DÉJÀ CITE, REF 12 (Rozier Emmanuelle. John Dewey, une pédagogie de l'expérience. La lettre de l'enfance et de l'adolescence 2010 ; 80-81 : 23-30. Doi : <https://doi.org/10.3917/lett.080.0023>)

[25] Pudelko Béatrice. Objectiver le dire sur la pratique : quels apports de Bourdieu à l'analyse des pratiques enseignantes ? Education et socialisation, les cahiers du CERFEE 2015 ; 37. En ligne : <https://journals.openedition.org/edso/1183>

[26] Vermesch Pierre. L'entretien d'explicitation. 9ème édition. Montrouge : ESF Editeur, 2019, 208 p. (Sciences humaines)

[27] Martinez Claudine. L'entretien d'explicitation comme instrument de recueil de données [Page internet]. Paris : Groupe de recherche sur la prise de conscience et l'explicitation, sd, 9 p. En ligne : https://www.grex2.com/assets/files/ede_instrument_de_recueil_de_donnees.pdf

[28] Cambon Linda, Ridde Valéry, Alla François. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2010 ; 58(4) : 277-83. Doi : 10.1016/j.respe.2010.05.001

[29] Laurent-Beq Anne. Quels besoins des acteurs de terrain en promotion de la santé en matière de transfert de connaissances ? Laxou : Société française de santé publique, 2016, 52 p. En ligne : <http://www.sfsp.fr/content-page/51-rapports-sfsp/1627-analyse-des-besoins-des-acteurs-concernant-le-transfert-de-connaissances-en-promotion-de-la-sante>

[30] Halley des Fontaines Virginie, Alla François. Apprendre à décider : l'Evidence Based Public Health. Santé Publique 2007 ; 19 (hors-série) : 135-37. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_070_0135&download=1

[31] Brownson Ross C , Chriqui Jamie F, Stamatakis Katherine A . Understanding Evidence-Based Public Health Policy. American Journal of Public Health. 2009 ; 99 (9) : 1576-583. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724448/pdf/1576.pdf>

[32] Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988 ; 260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743

[33] O'Neill Michel. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-ce si important ? Promotion et éducation 2004 ; hors-série 1 : 6-9. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823040110010103x>

[34] Shah Hriday M, Chung Kevin C. Archie Cochrane and his vision for Evidence-based medicine. Plastic and reconstructive surgery 2009 ; 124 (3) : 982-88. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746659/pdf/nihms139759.pdf>

[35] Sackett David L, Rosenberg William M, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British medical journal 1996 ; 312(7023) : 71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71

[36] Pagni Victoria, Kivits Joëlle, Minary Laetitia, Cambon Linda, Claudot Frédérique, Alla François. La complexité, concepts et enjeux pour la santé publique. Santé Publique 2017 ; 29 (1) : 31-9. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_171_0031&download=1

[37] Lamboy Béatrice, Frattini Marie-Odile, Guével Marie-Renée, Mansour Zeina, Soudier Benjamin, Villeval Mélanie, Arwidson Pierre. Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience : Introduction du dossier. La Santé en action 2021 ; 456 : 4-5. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/sante-des-populations-conjuguer-donnees-scientifiques-et-savoirs-issus-de-l-experience-introduction-du-dossier>

[38] Weinstock Daniel. « Qu'est-ce qui constitue une donnée probante ? » une perspective philosophique. Compte-rendu de conférence atelier d'été de Centres de collaboration national en santé publique «Tout Éclaircir», Baddeck, Nouvelle-Ecosse, 20-23 août 2007. Québec : Centres nationaux de collaboration en santé publique, Institut national de santé publique Québec, 2010, 13 p. En ligne : https://www.ccnpps.ca/docs/Weinstock_Donn%C3%A9eProbante_Fr.pdf

[39] Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA et al. Seeking best practices : a conceptual framework for planning and improving Evidence Based Practices. Preventive Chronic Disease. 2013. Dec 12. 10 : 130186

[40] Moore A., Stilgoe J. (2009). Experts and Anecdotes. The Role of « Anecdotal Evidence » in Public Scientific Controversies. Science, Technology & Human Values, 34 (5), 654-677.

[41] Nutbeam Don. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, p. 6. (WHO/HRP/HEP/98.1) En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HRP_HEP_98.1_fre.pdf

[42] Spencer Lorine M, Schooley Michael W, Anderson Lynda A, Kochtitzky Chris S, DeGroff Aly S, Devlin Heather M, Mercer Shawna L. Seeking best practices : a conceptual framework for planning and improving Evidence Based Practices. Preventive Chronic Disease 2013 ; 10 : E207. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864707/pdf/PCD-10-E207.pdf>

[43] Jetha Nina, Robinson Kerry, Wilkerson Tricia, Dubois Nancy, Turgeon Vincent, MesMeules Marie. Comblent l'écart entre les données probantes et l'action : l'initiative canadienne des pratiques exemplaires pour la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques. Revue canadienne de santé publique 2008 ; 99(5) : 1-8. En ligne : <https://www.jstor.org/stable/41996074>

[44] Aro Arja J, Van den Broucke Stephan, Rätty Sanna. Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. Promotion et éducation 2004 ; supplément 1 : 10-14. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823050120010105x>

- [45] Hills Marcia D, Carroll Simon, O'Neill Michel. Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents. *Promotion et éducation* 2004 ; hors-série 1 : 17-21. En ligne : <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823040110010105>
- [46] Pawson Ray, Greenhalgh Trisha, Harvey Gill, Walshe Kieran. Realist review: a new method of systematic review for complex policy interventions. *Journal of health services research & policy* 2005 ; 10(suppl. 1) : 27-34
- [47] Wong Geoff, Greenhalgh Trisha, Westhop Gill, Pawson Ray. Realist methods in medical education research : what are they and what can they contribute? *Medical Education* 2012 ; 46(1) : 89-96. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.2011.04045.x>
- [48] Ridde Valery, Robert Emilie, Guichard Anne, Blaise Pierre, Van Olmen Josefien. L'approche realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *The Canadian journal of Program Evaluation* 2012 ; 26(3) : 37-59. En ligne : <https://evaluationcanada.ca/secure/26-3-037.pdf>
- [49] Hédoin Cyril. Le réalisme critique de Tony Lawson : apports et limites dans une perspective institutionnaliste. *Cahiers d'économie politique* 2010 ; 1(58) : 103-31. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CEP_058_0103&download=1
- [50] Hawe Penelope, Potvin Louise. What is population health intervention research ? *Canadian journal of public health* 2009 ; 100(1) : 8-14. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973897/pdf/41997_2009_Article_BF03405503.pdf. Cité par : Joanny Roselyne. *Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé*. Rennes : IREPS Bretagne, 2014, 60 p. En ligne : http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/recommandationsri_integral.pdf
- [51] Synthèse d'interventions probantes relatives à la contraception et la vie affective et sexuelle chez les jeunes. La Plaine Saint-Denis : Chaire de recherche en prévention des cancers INCa/EHESP, 2017, 50 p. (Stratégies d'interventions probantes en prévention - SIPrev). En ligne : <http://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/11/SIPRev-VAES-GLOBAL.pdf>
- [52] Armstrong R, Pettman TL, Waters E. Shifting sands-from description to solutions. *Public Health* 2014 ; 128(6) : 525-32. Doi : 10.1016/j.puhe.2014.03.013
- [53] Alla François, Kivits Joëlle. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique* 2015 ; 27(3) : 303-04. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_153_0303&download=1
- [54] Guy Mickael, De Lamarzelle Julie. *Mener une capitalisation d'expérience*. Lyon : Fédération handicap international, 2014, 82 p. En ligne : <http://www.plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2017/01/HI-MenerCapitalisationDexperience.pdf>
- [55] Van Robaey Catherine. *Capitalisation et mutualisation des expériences : recherche et proposition d'un dispositif documentaire de retour d'expériences pour les référents pédagogiques du Centre de ressources de lutte contre l'illettrisme d'Ile de France [Mémoire pour obtenir le titre professionnel «Chef de projet en ingénierie documentaire» INTD RNCP niveau 1]*. Paris : Conservatoire national des arts et métiers, Ecole management et société, Département Culture information technique et société, INTD, 2012, 88 p. En ligne : https://memsic.ccsd.cnrs.fr/mem_00803348/document
- [56] Rhomari Mostafa. *Manuel pour la capitalisation de l'expérience, genèse, évolution capitalisation et partage*. Programme Art gold du PNUD Maroc. New-York : PNUD, 2013, 236 p. En ligne : https://issuu.com/artpublications/docs/manuel_art_gold_num_riquedec
- [57] Balizet Olivier, Feuvrier Marthe-Valère, Noury Audrey. *La capitalisation d'expériences- un voyage au coeur de l'apprentissage*. Kit de formation. Paris : F3E, 2016, 130 p. En ligne : https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/kit_formation_2.pdf
- [58] *Capitalisation : fiche de présentation*. Paris : F3E, 2016, 4 P; En ligne : https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/fiche_f3e_capitalisation_2016_vf.pdf
- [59] Jouet Emmanuelle. *Le savoir expérientiel dans le champ de la santé mentale : le projet Emilia*. *Recherches en communication* 2009 ; 32 : 35-51. Doi : <https://doi.org/10.14428/rec.v32i32.51593>
- [60] Le Garjean Nathalie. *Etat des lieux des dispositifs de partage de connaissances liées aux interventions en prévention et promotion de la santé en France*. Rennes : EHESP, 2016, 24 p. En ligne : https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=11843
- [61] Chavez-Tafur Jorge, Hampson Karen, Ingevall Anita, Thijssen Rik. *Manuel pour la capitalisation d'expériences*. Dakar : IED Afrique, 2007, 52 p. En ligne : http://www.iedafrique.org/IMG/pdf/du_terrain_au_partage.pdf
- [62] *Mener une capitalisation d'expérience* [Page internet]. Wageningen : Technical centre for agricultural and rural cooperation, 2020. En ligne : <http://experience-capitalization.cta.int/lesson/mener-une-capitalisation-dexperience/index.html>
- [63] Exbolm Paul. *The 5Is framework: a practical tool for transfer and sharing of crime prevention and community safety knowledge*. Londres : Design against crime research centre, 2008, 10 p. En ligne : https://www.graffolution.eu/documents/graffolution/organization/37/document_22.pdf

Remerciements

Auteurs

Anne Laurent - SFSP avec la contribution de Christine Ferron - FNES, Béatrice Georgelin - SFSP, Pierre Lombrail - SFSP et Benjamin Soudier - SFSP

Mise en forme

Amandine Baron, Société Française de Santé Publique

Illustrations

Silver (www.silverillustrations.com)

Utilisation et reproduction

La SFSP vous encourage à reproduire et partager ce document autant que cela vous semble pertinent.

Pour le citer :

Laurent Anne, Ferron Christine, Georgelin Béatrice, Lombrail Pierre, Soudier Benjamin. La Capitalisation des expériences en promotion de la santé – Histoire et fondements du projet CAPS, Paris : Société Française de Santé publique et Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, 2022, 32p.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les membres du Groupe de travail national Capitalisation pour l'ensemble de leurs contributions, depuis de nombreuses années, qui ont nourri, entre autres, la production de ce guide :

- Emmanuel Rusch SFSP
- Anne Vuillemin SFSP / Université Côte d'Azur
- Aurélie Van Hoyer Université de Lorraine
- Fabienne Lemonnier Santé publique France
- Nathalie Viard ARS Haute-Normandie
- Carole Pernet ARS Haute-Normandie
- Laurence Roux France Assos Santé
- Marion Porcherie EHESP
- Stéphane Giganon AIDES
- Clémentine Motard Fabrique Territoires Santé
- Lilia Santana Fabrique Territoires Santé
- Andrea Sagni IREPS Auvergne Rhône Alpes
- Mélanie Villeval IREPS Auvergne Rhône Alpes
- Marie-Odile Frattini PromoSanté Ile-de-France
- Vanessa Galissi PromoSanté Ile-de-France
- Apolline Caroux PromoSanté Ile-de-France
- Anne Sizaret IREPS Bourgogne Franche-Comté
- Timothee Delescluse Promotion Santé Normandie
- Marion Boucher Promotion Santé Normandie
- David Muller Institut Renaudot

Nous remercions également François Berdougo, Délégué général de la SFSP, pour son soutien et son accompagnement, Frédéric Bouhier, Samuel Gaspard, Angèle Krache, Eric Le Grand et Thi-Mai N'Guyen, ainsi que l'ensemble des membres du Conseil d'administration de la SFSP.

Date

Mars 2022



Capitalisation
des expériences
en promotion
de la santé

HISTOIRE ET FONDEMENTS DU PROJET CAPS