



# ASTAIRE

Outil d'AnalySe de la Transférabilité  
et d'accompagnement  
à l'Adaptation des InteRventions  
en promotion de la santé

Astaire



## Remerciement

Les auteurs d'ASTAIRE remercient les 15 experts ayant contribué au projet : Olivier Aromatario, Flore Aumaître, Marion Boucher, Christine Ferron, Jérôme Foucaud, Virginie Halley des Fontaines, Françoise Jabot, Catherine Jones, Guillaume Jouquet, Zeina Mansour, Aline Osbery, Jeanine Pommier, Omar Samb, Alfred Spira, Anne Vuillemin, ainsi que les 14 chefs de projets institutionnels et 7 professionnels qui ont participé à la validation de l'outil sur le terrain.

Cet outil a été réalisé grâce aux financements apportés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut national du cancer (INCa; grant reference : RI 2011)

Pour citer cet outil :

Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. ASTAIRE (Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des InteRventions en promotion de la santé).V2-2014. 15 Pages.

# Sommaire

**Guide d'utilisation** \_\_\_\_\_ **P. 5**

**Grille N°1** \_\_\_\_\_ **P. 9**

Grille d'aide à la conception et à la description d'une intervention  
en vue de la rendre potentiellement transférable

**Grille N°2** \_\_\_\_\_ **P. 13**

Outils d'analyse de la transférabilité d'une intervention et  
d'accompagnement au transfert



# Guide d'utilisation

## Qu'est-ce que la transférabilité ?

Les interventions en promotion de la santé intègrent de nombreuses composantes (populationnelles, environnementales, interventionnels) pouvant interagir de façon interdépendante et/ou indépendante. Par leur nature, les actions en promotion de la santé sont donc complexes. Leurs effets sont autant le fruit de l'intervention elle-même que du contexte dans lequel elles s'insèrent. Ainsi même si une intervention a montré son efficacité dans un contexte donné, les effets observés seront rarement identiques dans un autre contexte : l'intervention elle-même peut être applicable mais générer des effets autres que ceux observés dans le cadre de l'intervention primaire. En effet, de nombreuses caractéristiques peuvent influencer ces derniers : modulation de mise en œuvre de l'intervention, des caractéristiques de la population, du système de santé, de l'environnement, des conditions d'implantation, etc.

La transférabilité d'une intervention est donc comprise dans ce document comme la mesure dans laquelle **les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte**<sup>1,2</sup>. Elle est à distinguer de l'applicabilité (cf lexique).


## Quand la transférabilité doit-elle être analysée ?

Ce questionnement de la transférabilité peut intervenir dans trois cas de figure :

1. Avant de réaliser une intervention nouvelle, en particulier dans le cadre d'une recherche ou d'une innovation - nous appellerons dans ce document ce type d'action une intervention « mère » : Se poser la question de sa potentielle transférabilité à ce moment permet, dès la conception de l'intervention, de prendre en compte l'ensemble des paramètres susceptibles d'influencer les effets et de les reporter dans les documents finaux descriptifs de l'intervention (rapport, article, etc.). Il s'agit de bien décrire l'ensemble de ces paramètres pour faciliter la reprise de cette intervention par d'autres.
2. Au moment de choisir et d'implanter une intervention, expérimentée par ailleurs, dans un nouveau contexte - nous appellerons, dans ce document, ce type d'intervention une intervention « fille » : Se poser la question de la transférabilité à ce moment permet d'étudier le niveau de comparabilité des contextes et par conséquent le potentiel de l'intervention à obtenir, dans le nouveau contexte, des effets identiques à ceux obtenus dans le contexte « mère ». Cette analyse peut conduire à trois décisions : refus d'implanter l'intervention, implantation de l'intervention avec des adaptations, implantation sans modification de l'intervention.
3. Au moment d'évaluer une intervention « fille » : L'évaluation a posteriori de la présence ou non des critères de transférabilité peut contribuer à expliquer les effets de l'intervention « fille » en référence aux effets de l'intervention « mère ».

1 Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int* 2006 Mar;21(1):76-83.

2 Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2012;12(1):497.



Si le terme intervention est utilisé ici génériquement, ce vocable recoupe les réalités multiples-programme, action de proximité, modalités d'intervention (groupe de parole, ateliers, etc) - auxquelles sont confrontés les acteurs.

Il convient de noter que pour utiliser ASTAIRE, il faut avoir en amont identifié des interventions dans la littérature ou par ailleurs. Il nécessite par conséquent un travail de recherche des données disponibles pour soutenir la meilleure décision possible. Cela implique de la part des acteurs d'être en capacité de repérer les connaissances existantes pouvant faire l'objet de cette analyse et d'en faciliter l'appropriation par les parties prenantes incluses dans les communautés du projet (bailleurs, partenaires, usagers, etc.). Les acteurs pourront s'appuyer sur les bases de données existantes ou s'en remettre aux professionnels de la recherche documentaire.

### Comment l'outil d'analyse a-t-il été conçu ?

Cet outil d'analyse de la transférabilité et d'accompagnement à l'adaptation des interventions en promotion de la santé a été réalisé à l'aide d'une méthode structurée de consultation d'experts, chercheurs et acteurs en promotion de la santé. Puis, il a fait l'objet, en France, d'une validation progressive, à l'épreuve du terrain, auprès de chefs de projets en promotion de la santé<sup>34</sup>. Cette méthode a permis de retenir un certain nombre de critères présentés dans cet outil. Ces critères décrivent les types de facteurs susceptibles d'influencer la transférabilité. Ils sont organisés en quatre grandes catégories :

- la population : critères descriptifs de la population
- l'environnement : facteurs environnementaux susceptibles d'influencer les effets ;
- la mise en œuvre : éléments d'implantation de l'intervention, notamment en référence aux aspects de planification et aux partenariats. ;
- l'accompagnement au transfert : éléments qui permettent d'accompagner le transfert de l'intervention et contribuent notamment à l'adaptation de cette dernière au nouveau contexte.

La plupart des critères sont découpés en un ou plusieurs sous-critères permettant d'affiner l'analyse.

### Comment l'outil d'analyse doit-il être utilisé ?

Cet outil n'a pas vocation à se substituer aux démarches usuelles de planification utilisées par les acteurs mais de s'y insérer. Il s'agit d'intégrer l'utilisation de l'outil dans les modalités d'élaboration et d'évaluation de l'intervention. En conséquence, le temps nécessaire à son utilisation doit être pris en compte dans le cadre de la planification. Il apporte essentiellement des éléments d'analyse de paramètres influençant la transférabilité d'une intervention. Il convient donc de l'utiliser dans la démarche suivante :

- Une logique de projet structurée : diagnostic – définition des objectifs – programmation – évaluation.
- Une association des parties prenantes (y compris la population) dès la conception,
- L'application de principes éthiques en promotion de la santé.

3 Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. BMC Public Health. 2012;12(1):497.

4 Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. BMC Public Health 2013, 13:1184.

Cet outil a été structuré en deux grilles :

- Une grille à utiliser lors de la conception d'une intervention mère pour en reporter les éléments descriptifs (1er cas de figure évoqué ci-dessus). Dans ce cas, cette grille contribue à construire l'intervention mère pour la rendre transférable et à la décrire précisément pour les acteurs qui souhaiteraient la transférer. La transférabilité est en effet à prendre en compte dès la conception de l'intervention mère, parallèlement à l'évaluation de son efficacité. Il s'agit de la grille n°1 de ce document comprenant 26 critères.

=> Cette grille s'utilise donc dès la conception de l'intervention et lors de la réalisation de son compte rendu et de son évaluation.

- Une grille à utiliser lorsque l'on souhaite transférer une intervention mère expérimentée ailleurs dans son propre contexte d'exercice (2eme cas de figure évoqué ci-dessus) ou, évaluer a posteriori ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention mère et l'intervention fille finalement implantée (3eme cas de figure évoqué ci-dessus). Dans ce cas, la grille aide l'acteur dans sa décision d'implanter l'intervention dans le contexte fille, de l'adapter et de comprendre les effets de l'intervention fille. Il s'agit de la grille n°2 comprenant 23 critères.

=> Cette grille s'utilise à plusieurs étapes de la planification :

- au moment du diagnostic pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la population (catégorie 1), de l'environnement (catégorie 2), ainsi que les éléments de faisabilité de mise en œuvre (catégorie 3)
- au moment de la définition des objectifs et de la programmation pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la mise en œuvre (catégorie 3)
- en continue sur l'ensemble du cycle du projet pour les éléments relatifs aux modalités d'accompagnement au transfert (catégorie 4)
- au moment de l'évaluation pour l'ensemble des quatre catégories

Des cases permettent de cocher les critères présents. Pour autant, l'approche n'est pas quantitativement liée au nombre de cases cochées. Comme dans toute démarche de transfert, seule l'expertise des acteurs qui l'utilisent permet d'émettre le jugement de transférabilité ou non. Ceci peut se faire sur la base des principes suivants : le poids accordé à chaque catégorie de critères, voire aux critères eux-mêmes, la capacité des acteurs à adapter l'intervention sur certains aspects pour être davantage en conformité avec l'intervention mère ou à modifier le contexte pour qu'il puisse accueillir l'intervention. Dans l'idéal, ce jugement doit être réalisé de manière collective. En ce sens, il s'agit de considérer l'outil comme un outil d'aide à la décision non normatif. ASTAIRE permet ainsi de familiariser les acteurs avec la démarche basée sur les preuves tout en luttant contre le transfert « clé en main » des interventions, inadapté en promotion de la santé. Son utilisation collective permet de distinguer, parmi tous les critères, ceux qui fondent l'efficacité de l'intervention, des aspects liés à la forme des interventions qui, elle, peut être adaptée. En cela, il participe à l'analyse des « fonctions clés » d'une intervention.

Il s'agit de distinguer :

- les « fonctions clés » de l'intervention sont les caractéristiques de l'intervention<sup>5</sup> qui fondent son efficacité (par exemple un groupe de pairs qui crée une exposition et l'anime dans le cadre de débats pour faire la promotion du dépistage organisé du cancer du sein, l'efficacité vient du travail de pairs et du débat, pas du produit « exposition » qui n'est qu'un support). Ce sont ces fonctions qui doivent être transférées. Elles sont liées aux modalités d'intervention et aux facteurs contextuels qui peuvent influencer le résultat (environnements, organisation, critères caractéristiques des bénéficiaires, etc).
- des aspects de forme de l'intervention qui, eux, peuvent être adaptés (c'est l'exemple dans l'exemple précédent, le groupe peut produire autre chose qu'une exp puisque l'efficacité ne vient pas de l'exposition en elle-même).

## Lexique

**Intervention** : terme générique définissant une action de proximité, un programme multi-stratégique, une modalité d'intervention, etc.

**Intervention mère** : intervention réalisée pour la première fois dans un contexte expérimental (de recherche) ou d'innovation (réalisée pour la première fois par des acteurs avec un dispositif d'évaluation)

**Intervention fille** : intervention qui est le fruit d'un transfert, c'est-à-dire intervention qui est le fruit du transfert d'une intervention déjà expérimentée/implantée dans un autre contexte

**Applicabilité** : mesure dans laquelle le processus d'une intervention peut être implanté dans un autre contexte

**Transférabilité** : mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte





## Grille n°1

Grille d'aide à la conception et à la description d'une intervention en vue de la rendre potentiellement transférable



Astaire

# POPULATION

## JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DÉCRIS LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

1. Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population  
Exemples : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe)
2. L'état de santé de la population
3. Les caractéristiques cognitives, culturelles et éducatives de la population bénéficiaire  
Exemples : Connaissances ; modes de vie et normes sociales ; caractéristiques socio-éducatives
4. La représentation de la santé et des normes sociales de la population  
Exemples : Perception, vulnérabilité, importance
5. La motivation de la population bénéficiaire de l'intervention  
Exemples : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et/ou motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)
6. L'accessibilité à l'intervention  
Exemples : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle
7. Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires  
Exemples : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'intervention, absence de relation interférente de type relation hiérarchique, soutien de la part des intervenants, compétences perçues des intervenants par la population
8. La perception de l'intervention par les bénéficiaires  
Exemples : Utilité perçue, adéquation des modalités d'intervention aux besoins des bénéficiaires (prise en charge, contenu, stratégie...), intervention reconnue comme une priorité, intervention perçue comme efficace et/ou innovante
9. L'acceptabilité de l'intervention pour les bénéficiaires  
Exemples : Acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)
10. La demande émanant de la population  
Exemples : Recueil et prise en compte de la demande
11. La perception de ses besoins de santé par la population  
Exemples : Besoins de santé physique et mentale, qualité de vie, bien-être
12. La perception que les bénéficiaires ont du contrôle qu'ils exercent sur leur comportement

---

13. L'expérience et l'histoire personnelle des bénéficiaires

---

14. L'expérience, le climat de confiance et l'histoire collective du groupe de bénéficiaires

Exemples : Partage d'expérience, d'une même problématique

---

15. Le niveau de participation des bénéficiaires

Exemples : Proportion de participation

---

16. Le degré d'implication des bénéficiaires

Exemples : Mobilisation, implication des bénéficiaires

---

## ENVIRONNEMENT

### JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

---

17. L'environnement institutionnel influant directement sur l'intervention

Exemples : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalentes

---

18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre

Exemples : Existence d'antécédents agonistes ( présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention), conditions de mise en œuvre

---

19. Les partenariats sollicités pour l'intervention

Exemples : Type de partenaires (groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), implication des partenaires

---

## MISE EN ŒUVRE

### JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DECRIS

---

20. Les modalités d'intervention

Exemples : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (entre les acteurs...), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

---

21. Les ressources mobilisées pour l'intervention

Exemples : Matérielles, financières, humaines

---

## 22. Les capacités des intervenants et chef de projet

Exemples : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique / pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences à mettre en œuvre l'action mère acquise par une formation dédiée

---

## 23. Les modalités de mobilisation des intervenants

Exemples : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

---

## 24. La stabilité des équipes durant la mise en œuvre de l'intervention

---

## 25. L'intégration des parties prenantes lors de l'élaboration du protocole

---

# ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

## JE PRENDS EN COMPTE DANS LA CONCEPTION DE MON INTERVENTION ET DÉCRIS

---

## 26. Je fournis dans la communication de mon action les éléments nécessaires au transfert

Exemples : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de l'intervention mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires)

---



## Grille n°2

Outil d'analyse de la transférabilité d'une  
intervention et d'accompagnement  
au transfert

Astaire

# POPULATION

---

1. Les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille  
Exemples : Caractéristiques socioéconomiques (taux de chômage), caractéristiques démographiques (âge, sexe)

---

  2. L'état de santé de la population.

---

  3. Les caractéristiques cognitives, culturelles, socio-éducatives de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille  
Exemples : Connaissances ; modes de vie et normes sociales ; caractéristiques socio-éducatives

---

  4. La représentation de la santé et des normes sociales de la population bénéficiaire sont semblables dans les interventions mère et fille  
Exemples : Perception, vulnérabilité, importance

---

  5. La motivation de la population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille  
Exemples : Motivation induite (incitation financière, intéressements, convivialité) et motivation initiale (intérêt, enthousiasme, plaisir)

---

  6. L'accessibilité à l'intervention est semblable dans les interventions mère et fille  
Exemples : Accessibilité financière, accessibilité géographique, accessibilité socioculturelle

---

  7. Le climat de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille  
Exemples : Connaissance mutuelle préalable, antécédent d'intervention, absence de relation interférente de type relation hiérarchique, soutien de la part des intervenants, compétences perçues des intervenants par la population

---

  8. La perception de l'intervention par la population bénéficiaire est semblable dans les interventions mère et fille  
Exemples : Utilité perçue, adéquation des modalités d'intervention aux besoins des bénéficiaires (prise en charge, contenu, stratégie...), intervention reconnue comme une priorité, intervention perçue comme efficace et/ou innovante

---

  9. L'intervention mère est autant acceptable pour les populations bénéficiaires mère et fille  
Exemples : Acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

---

  10. La population bénéficiaire fille est autant en demande de l'intervention que la population bénéficiaire de l'intervention mère  
Exemples : Recueil et prise en compte de la demande
-

11. Les populations mère et fille ont une perception semblable de leurs besoins  
Exemples : Besoins de santé physique et mentale, qualité de vie, bien-être
- 
12. La perception que les bénéficiaires ont du contrôle qu'ils exercent sur leur comportement est semblable dans les interventions mère et fille
- 
13. L'expérience et l'histoire personnelle des bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille
- 
14. L'expérience, le climat de confiance et l'histoire collective du groupe de bénéficiaires est semblable dans les interventions mère et fille  
Exemples : Partage d'expérience, d'une même problématique
- 
15. Le niveau de participation des bénéficiaires est identique dans les populations mère et fille<sup>6</sup>  
Exemples : Taux de participation
- 
16. Le degré d'implication des bénéficiaires est identique dans les populations mère et fille<sup>7</sup>  
Exemples : Mobilisation, implication des bénéficiaires
- 

## ENVIRONNEMENT

---

17. L'environnement institutionnel fille influant directement sur l'intervention est favorable à la mise en place et au succès de l'intervention  
Exemples : Volonté politique préexistante et durable, soutien institutionnel affirmé et affiché des décideurs, perception positive des décideurs sur l'intervention, statut et marges de manœuvre équivalents
- 
18. D'autres éléments du contexte de mise en œuvre fille sont favorables à la mise en place et au succès de l'intervention  
Exemples : Existence d'antécédents agonistes (par exemple, présensibilisation de la population) ou antagonistes, existence d'interventions agonistes ou antagonistes (par exemple autre intervention qui poursuit un objectif inverse de celui de l'intervention), conditions de mise en œuvre
- 
19. Les partenariats sont comparables entre les contextes mère et fille  
Exemples : Même type de partenaires (ex: groupes communautaires, associations, décideurs locaux, bailleurs de fond, agences publiques), même implication des partenaire.
- 

<sup>6</sup> Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation a posteriori, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action.  
<sup>7</sup> Cette question est adaptée au cas de figure d'évaluation a posteriori, les données nécessaires n'étant disponible qu'en fin d'action

## MISE EN ŒUVRE

---

20. Les modalités d'intervention de la mère et de la fille sont semblables

Exemples : Principes stratégiques (action éducative, formation professionnelle, modification de l'environnement), plan d'action, processus de mise en œuvre, participation des bénéficiaires à la planification (processus participatif), modalités de communication dans l'intervention (ex : entre les acteurs), outils utilisés, durée et échelle de réalisation de l'intervention

---

21. Les ressources sont à la hauteur de celles disponibles pour l'intervention mère

Exemples : Matérielles, financières, humaines

---

22. Les intervenants et le chef de projet filles ont des capacités semblables à ceux de l'intervention mère

Exemples : Compétences adaptées à l'intervention (scientifique/pratique-expérientielle / savoir-être), expertise appropriée à l'intervention, connaissance des caractéristiques de la population, capacité à travailler en équipe, compétences à mettre en œuvre de l'action mère acquise par une formation dédiée

---

23. Les intervenants filles croient en l'utilité de l'intervention mère

Exemples : Intervention reconnue comme une priorité, efficace, bien-fondée, acceptation des valeurs et des modalités d'intervention sur laquelle l'intervention est fondée

---

24. L'action mère est acceptable pour les intervenants filles

Exemples : acceptabilité sociale, culturelle, philosophique (ou par conviction – par exemple : l'intervention est un vaccin et on est opposé à la vaccination)

---

25. Les intervenants filles sont mobilisés de manière semblable dans les actions mère et fille

Exemples : Implication, motivation, intérêt financier, scientifique, et/ou professionnel

---

26. La stabilité des équipes durant la mise en œuvre de l'intervention est semblable dans les actions mère et fille

---

27. L'intégration des parties prenantes lors de l'élaboration du protocole est semblable dans les actions mère et fille

---

## ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

---

28. Des adaptations de l'intervention mère peuvent être (ont pu être) réalisées dans le contexte fille sans la dénaturer

Exemples : Le contexte le permet, le processus le prévoit dans l'intervention fille (diagnostic, programmation prenant en compte les enseignements de la mère, démarche de projet, pilotage, résultats analysés en continu pour ajuster l'intervention)

---



29. L'intervention mère a prévu et fournit tous les éléments pour être transférée ?

Exemples : Conception en vue d'être transférée : s'appuie sur les moyens et structures ordinaires (ex : professionnels de proximité) ; évaluation des résultats et processus (éléments qui ont contribué aux résultats) ; disponibilité des documents et outils d'intervention de la mère (processus, outils pédagogiques, questionnaires).

---

30. Un processus de transfert de connaissances existe dans le contexte fille

Exemples : Le transfert de l'action est accompagné (appui scientifique, aide méthodologique), formation et accompagnement des acteurs filles à l'intervention mère, création de liens avec les promoteurs ou acteurs et/ou évaluateurs de l'intervention mère, prise en compte des enseignements tirés de l'intervention mère



