



HAL
open science

Du développement d'une intervention complexe en santé des populations à sa mise à l'échelle : aspects conceptuels et méthodologiques des études de viabilité, applications dans le champ de la petite enfance

Charlotte Decroix

► To cite this version:

Charlotte Decroix. Du développement d'une intervention complexe en santé des populations à sa mise à l'échelle : aspects conceptuels et méthodologiques des études de viabilité, applications dans le champ de la petite enfance. Médecine humaine et pathologie. Université de Bordeaux, 2024. Français. NNT : 2024BORD0007 . tel-04905589

HAL Id: tel-04905589

<https://theses.hal.science/tel-04905589v1>

Submitted on 22 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE

L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE

SPÉCIALITÉ SANTÉ PUBLIQUE, option Intervention et Economie de la santé

Par Charlotte DECROIX

**Du développement d'une intervention complexe en santé
des populations à sa mise à l'échelle : aspects conceptuels
et méthodologiques des études de viabilité, applications
dans le champ de la petite enfance**

Sous la direction de : François ALLA
Co-directeur : Valéry RIDDE

Soutenue le 17/01/2024

Membres du jury :

Mme REVILLARD Anne	PU	Sciences Po Paris	Présidente
Mme AUJOULAT Isabelle	PU	Université Catholique de Louvain	Rapporteuse
M. CASTEL Patrick	DR	Sciences Po Paris	Rapporteur
M. DELPIERRE Cyrille	DR	Inserm, Université de Toulouse	Examineur
Mme GUEVEL Marie-Renée	MCU	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	Examinatrice
M. ALLA François	PU-PH	Inserm, Université de Bordeaux	Directeur
M. RIDDE Valéry	DR	IRD, Université de Paris	Co-directeur

Liste des abréviations

AM	Accompagne-moi... !
ARS	Agence Régionale de Santé
CLAES	Centre de Loisirs Associés à l'École
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
ECR	Essai Contrôlé Randomisé
EPE	Ensemble pour la Petite Enfance
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
IY	Incredible Years
MRC	Medical Research Council
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PERL	Petite Enfance Recherche-action en Lorraine
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPE	Professionnel de la Petite Enfance
RISP	Recherche Interventionnelle en Santé des Populations
VAD	Visite A Domicile
VAPS	Viability Assessment of population health interventions within Pilot Studies
WHO	World Health Organization

Liste des figures et tableaux

Liste des figures (hors chapitre d'ouvrage et articles)

- Figure 1 : la recherche en santé, d'après (Potvin, 2014)
- Figure 2 : modèle multidimensionnel des méthodes et paradigmes de recherche de (Niglas, 2010), cité par (Delahais et al., 2021)
- Figure 3 : méthode utilisée pour chaque étude de cas (résumé générique, adapté à chaque cas)
- Figure 4 : PERL une intervention, une recherche, une évaluation
- Figure 5 : démarche d'amélioration continue de la qualité, appliquée à la démarche "Accompagne-moi...!", association EPE
- Figure 6 : étude pilote de la démarche « Accompagne-moi... ! », genèse et perspectives (calendrier de la figure adapté suite à la crise sanitaire COVID 19)
- Figure 7 : représentation des différents temps de la méthodologie de l'étude de viabilité
- Figure 8 : pyramide du programme Incredible Years
- Figure 9 : objectif, questions et phases de l'étude de viabilité Incredible Years
- Figure 10 : résumé de l'échantillon de l'étude de viabilité Incredible Years
- Figure 11 : des résultats de l'étude de viabilité du programme Incredible Years différenciés selon les « profils » de facilitateurs
- Figure 12 : pôles de critères de viabilité et dimensions
- Figure 13 : les différents niveaux interdépendants de l'approche socio-écologique (Absil et al., 2012)
- Figure 14 : les composantes du changement organisationnel comme déterminants de la viabilité
- Figure 15 : articulation entre étude d'évaluabilité et étude de la viabilité d'une intervention
- Figure 16 : la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations (RISP) : interventions étudiées, complexité et implications méthodologiques (Cambon & Decroix, 2023)
- Figure 17 : définition, critères et dimensions de la viabilité
- Figure 18 : typologie des travaux sur la conduite du changement de Autissier et al. (Autissier et al., 2018)
- Figure 19 : leviers et freins au partenariat acteurs chercheurs pour la conduite d'étude de viabilité, implications pour la pratique
- Figure 20 : articulation de la recherche doctorale et de la recherche VAPS
- Figure 21 : étapes pour l'élaboration des préconisations, étude de viabilité de la démarche « Accompagne-moi... ! »

Liste des tableaux (hors chapitre d'ouvrage et articles)

- Tableau 1 : paradigmes et philosophie des sciences [adapté de Guba & Lincoln (1994)] », (Robert & Ridde, 2013)
- Tableau 2 : présentation des niveaux d'analyse au regard des objectifs de recherche
- Tableau 3 : présentation des trois cas de la thèse
- Tableau 4 : questions évaluatives, principaux résultats, valorisation et présentation du plan du cas 1
- Tableau 5 : utilité perçue de la démarche Accompagne-moi...! dans les différents contextes
- Tableau 6 : les composantes du changement organisationnel comme des déterminants de la viabilité, illustration des études de cas 2 et 3
- Tableau 7 : synthèse de publication, article "Interfacing theories of program with theories of evaluation for advancing evaluation practice: Reductionism, systems thinking, and pragmatic synthesis" (Chen, 2016)
- Tableau 8 : questions éthiques en recherche qualitative (Muchielli, 2009)
- Tableau 9 : présentation des 7 sessions de réflexion collective, processus de restitution des résultats de l'étude de viabilité « Accompagne moi... ! »

Sommaire

Présentation du manuscrit	7
Productions scientifiques	10
Partie 1 - Introduction	16
1. Besoin d'interventions probantes en santé des populations.....	16
2. La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP).....	19
3. Appréhender la complexité des interventions	21
Partie 2 – Etat de l'art	24
1. Introduction	24
2. Modèle de la validité intégrative et concept de viabilité (chapitre de livre)	25
Partie 3 - Problématique et objectifs de recherche	41
Partie 4 – Stratégie d'études de cas et méthode	43
Partie 5 - Etude de viabilité PERL	48
1. Présentation du cas n°1	48
2. Etude de viabilité.....	51
2.1 Co-construction de la logique d'intervention PERL (article 1)	53
2.2 Analyse de l'appropriation de PERL par les puéricultrices de PMI (article 2)	68
Partie 6 – Etude de viabilité de la démarche « Accompagne-moi... ! »	91
1. Présentation du cas n°2	91
2. Etude de viabilité (article 3)	96
Partie 7 - Etude de viabilité du programme Incredible Years	119
1. Présentation du cas n°3	119
2. Etude de viabilité.....	121
Partie 8 – Synthèse transversale des études de cas	134
1. Résumé par étude de cas	134
2. L'approche ascendante de la recherche	135
3. Définition et critères de viabilité	137
3.1 Définition de la viabilité.....	137
3.2 Critères de viabilité.....	137
4. Les déterminants de la viabilité.....	152
4.1 Caractère situé de la viabilité	152
4.2 Approche socio-écologique	152
4.3 Composantes du changement organisationnel.....	153
Partie 9 - Discussion	155
1. Introduction de la discussion.....	155
1.1 La Maturité conceptuelle : de quoi parle-t-on ? Comment l'explorer ?	155

1.2	Mobilisation et évolution du concept de viabilité depuis 2010	155
2.	Maturité conceptuelle de la viabilité	159
2.1	Le concept de viabilité est-il bien défini ?	159
2.2	Les caractéristiques et attributs de la viabilité sont-ils bien identifiés ?	162
2.3	Existe-t-il des conditions préalables et des résultats démontrés ?	165
2.4	Les limites du concept de viabilité sont-elles clairement identifiées ?	169
3.	Retour sur la problématique de la thèse	173
4.	Viabilité et intervention dans le champ de la petite enfance	175
5.	Réflexivité et éthique de la recherche	178
5.1	Démarche éthique et réflexivité.....	178
5.2	Questions issues de la recherche doctorale	180
6.	Forces et limites	187
6.1	Généralités	187
6.2	Développement, évaluation des interventions complexes et viabilité	188
6.3	Petite enfance	191
Partie 10 - Perspectives.....		195
1.	Implications pour la pratique	195
1.1	Petite enfance	195
1.2	Interventions probantes et étude de viabilité.....	195
2.	Projets de recherches en cours et à venir.....	203
2.1	Analyse des Politiques Publiques à Impact sur l’Enfant – Accueil du Jeune Enfant.....	203
2.2	Évaluation de la viabilité des interventions en santé des populations (VAPS)	204
Conclusion.....		206
Bibliographie		208
Annexes.....		221
Annexe 1 : contributions aux travaux et CV de la doctorante		221
Annexe 2 : guide de mise en œuvre PERL.....		224
Annexe 3 : extrait de rapport de recherche, étude pilote « <i>Accompagne-moi... !</i> ».....		260
Résumé		270

Présentation du manuscrit

Afin de proposer un modèle de recherche intégré au monde réel et adapté au niveau de complexité des interventions en santé des populations, Chen a développé en 2010 le modèle de la validité intégrative (Chen, 2010). Ce modèle s'intéresse à deux préoccupations majeures des parties prenantes sur les interventions : leur efficacité et leur intégration dans le système dans lequel elles visent à être déployées. La viabilité correspond dans ce cadre au point de vue des parties prenantes sur l'intégration d'une intervention dans le système. Cette thèse vise à interroger la pertinence du modèle de la validité intégrative à travers quatre questions de recherche : quelle est la place de la viabilité dans le développement et l'évaluation d'interventions complexes en santé des populations ? En quoi l'étude de la viabilité est un préalable pour envisager la pérennisation, le transfert et la mise à l'échelle de l'intervention ? Quels sont les critères (et dimensions de chaque critère) à considérer pour analyser la viabilité des interventions en santé des populations ? Quels sont les déterminants de la viabilité des interventions en santé des populations ?

La thèse s'articule en 10 parties.

- ***Partie 1 – De la nécessité d'un changement de paradigme pour le développement et l'évaluation d'interventions complexes***

La partie 1 de la thèse mettra en avant en quoi les problématiques de santé publique contemporaines incitent au développement d'interventions innovantes en santé des populations. Elle explicitera en quoi la complexité de ces interventions représente un défi méthodologique important en recherche, impliquant un changement de paradigme par rapport aux méthodes expérimentales issues de la recherche clinique qui ont pendant longtemps été la référence en santé publique.

- ***Partie 2 – Changement de paradigme proposé par Chen : le modèle de la validité intégrative tel que défini en 2010***

Après avoir explicité les principaux arguments exposés par Chen pour justifier un changement de paradigme, cette partie aura pour objectif de présenter le modèle de la validité intégrative. Une focale sera mise sur le concept de « validité viable » ou « viabilité ». Parmi les étapes du développement et de l'évaluation d'interventions complexes proposées par le Medical Research Council (MRC), la place de l'étude pilote pour analyser la viabilité sera mise en avant.

- **Partie 3 et 4 - Problématique, objectifs de la recherche et méthode**

La troisième partie présentera la problématique de recherche. Afin de répondre aux questions de recherche suscitées, l'objectif principal de cette thèse est d'analyser la viabilité d'interventions innovantes en santé des populations à partir du vécu de l'intervention par les parties prenantes (acteurs, décideurs, bénéficiaires et chercheurs impliqués). Pour cela, une stratégie par étude de cas multiples mobilisant des méthodes qualitatives a été choisie. La partie 4 du manuscrit présente la méthode de recherche.

- **Partie 5 à 7 – Les trois études de cas**

Les parties 5, 6, 7 seront consacrées aux trois études cas. L'étude de cas 1 (partie 5) porte sur l'étude de la viabilité d'un dispositif d'accompagnement à la parentalité en Protection Maternelle et Infantile (PMI) faisant l'objet de la recherche PERL (Petite Enfance Recherche-action en Lorraine). Après une présentation du cas, cette partie s'articule autour de deux articles : un article sur la co-construction de la logique d'intervention PERL publié dans la revue Santé Publique, un article portant sur l'appropriation de PERL par les puéricultrices de PMI soumis dans une revue à comité de lecture.

L'étude de cas 2 (partie 6) correspond à l'étude de la viabilité de la démarche « *Accompagne-moi... !* » (AM). AM est un dispositif d'amélioration continue de la qualité des pratiques éducatives proposées dans les crèches. Après une présentation du cas, cette partie comprend un article sur les résultats de l'étude de viabilité de la démarche AM en contexte français.

L'étude de cas 3 (partie 7) est l'étude de la viabilité du programme Incredible Years (IY) en contexte français. Développé aux Etats-Unis, IY est un programme d'éducation parentale fondé sur la théorie de l'apprentissage social. Après une présentation du cas et de la méthode de l'étude de viabilité, les principaux résultats de cette étude sont présentés.

- **Partie 8 – Synthèse transversale des études de cas**

La partie 8 commencera par un résumé des résultats par étude de cas, permettant de souligner l'apport de chaque cas pour la thèse. Les trois études de cas se sont appuyées sur le modèle de la validité intégrative et le concept de viabilité tel que défini en 2010. Néanmoins, des évolutions du modèle ont eu lieu, avec notamment une modification de la définition de la viabilité en 2023 qu'il convient de prendre en compte. Ensuite, la présentation des résultats de la synthèse transversale des études de cas se structurera en trois parties, en réponse aux questions de recherche : (i) une partie relative à la pertinence de l'approche ascendante pour le développement et l'évaluation des interventions complexes, (ii) une partie relative à la définition de la viabilité et aux critères de viabilité (quelle est la définition de la viabilité ? Au regard de l'évolution de cette définition entre

2010 et 2023, quels sont les critères de viabilité ? Quels sont les dimensions de ces critères ? Comment s'articulent-ils entre eux ? Le terme viabilité est-il approprié au concept ?), (iii) une partie relative aux déterminants de la viabilité des interventions en santé des populations.

- **Partie 9 – Discussion**

La partie 9 permettra de s'interroger sur la maturité conceptuelle de la viabilité. En partant de l'évolution du concept de viabilité dans les travaux de Chen entre 2010 et 2023, de nos études de cas ainsi que de la littérature, cette sous-partie s'articulera autour de quatre questions : le concept de viabilité est-il bien défini ? Les caractéristiques et attributs de la viabilité sont-ils bien identifiés ? Existe-t-il des conditions préalables et des résultats démontrés ? Les limites du concept de viabilité sont-elles clairement identifiées ?

Ensuite, nous présenterons la démarche réflexive et éthique, sous-jacente à toute recherche interventionnelle en santé des populations. Six questions issues de la thèse seront abordées. Elles s'articuleront autour de 4 liens : le lien entre le chercheur et sa recherche, le lien entre le chercheur et les participants à l'étude, le lien entre le chercheur et ses partenaires, le lien entre le chercheur et les potentielles retombées de sa recherche.

Cette partie se terminera par la présentation des forces et limites de cette recherche doctorale : d'une part pour l'étude du modèle de la validité intégrative et du concept de viabilité, d'autre part dans le champ de la petite enfance.

- **Partie 10 – Perspectives**

La dernière partie du manuscrit sera consacrée aux perspectives. D'une part, les implications de la recherche pour la pratique seront exposées : (i) dans le champ de la petite enfance, (ii) concernant la définition des interventions probantes sous le prisme de la viabilité, (iii) concernant la conduite d'étude de viabilité en pratique. D'autre part, deux projets de recherche en cours et à venir seront présentés : le premier relatif aux lieux d'accueils formels du jeune enfant, le second relatif au concept de viabilité.

Afin de situer la recherche doctorale, les contributions de la doctorante aux études de cas, aux travaux collectifs connexes ainsi qu'un CV résumé sont présentés en annexe 1.

Productions scientifiques

Article publié dans des revues à comité de lecture

Decroix, C., Buchheit, S., Colombo, M.-C., Ligier, F., Kabuth, B., & Kivits, J. (2022). Accompagnement à la parentalité en Protection Maternelle et Infantile : co-construction de la logique d'intervention PERL. *Santé Publique*, 34(3), 391-404. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-391.htm>

Articles en cours de soumission dans des revues à comité de lecture

Decroix, C., Buchheit, S., Colombo, M.-C., Kabuth B., Ligier, F., Alla F & Kivits J. From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals.

Decroix, C., Essilini, A., Côté, SM., Alla, F. and « Accompagne-moi » group. Improving quality in Childcare Facilities: results of the viability study of the "Accompagne-moi...!" approach in France.

Chapitre d'ouvrage

Decroix, C., Kervran, C., Cambon, L., Alla, F. (2022). Fitting Health Promotion Research with Real-Life Conditions: Viability Evaluation. In: Potvin, L., Jourdan, D. (eds) *Global Handbook of Health Promotion Research*, Vol. 1. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97212-7_41

Chapitres d'ouvrages et articles suite à des colloques

Decroix, C., Martin-Fernandez, J., Cambon, L., Ridde, V., & Alla, F. (2023). Les défis de l'interdisciplinarité pour la recherche interventionnelle en santé des populations : le cas de la recherche VAPS. *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, (27), 190-208.

Cambon, L. & Decroix, C. (2023). Ce que nous apprend la recherche interventionnelle pour améliorer la santé des enfants. Dans : M. Bonnefoy, C. Garrigues & P. Suesser (Dir), *Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile : comment en prendre la mesure ?* (pp. 85-110). Toulouse: Érès.

Decroix, C. & Remillieux, S. (2022). Le pari des visites à domicile en population générale : recherche PERL, évaluation des mécanismes et processus. Dans : Maryse Bonnefoy éd., *Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité ?* (pp. 67-92). Toulouse: Érès.

Conférences et séminaires invitée

Buchheit S. et Decroix C. (2023, 27-29 septembre). *Workshop programmes probants* [table ronde]. Explore, pensons ensemble la prévention, Bordeaux.

Buccheit S. et Decroix C. (2023, 29-30 juin). *PERL : un dispositif de prévention primaire en périnatalité en population générale. Atelier 1 soutien à la parentalité précoce : comment investir utilement ?* [communication orale]. 16^{ème} Assises Nationales de la Protection de l'Enfance 2023 : « les 1 000 premiers jours, mieux prévenir, mieux protéger », Nantes.

Decroix C. (2022, 25-26 novembre). *En quoi et comment le concept de « viabilité » est-il central en Recherche Interventionnelle en Santé des Populations ?* [communication orale]. 47^{ème} Colloque du

Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI) : « Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile passe-t-il par la preuve ? », Paris.

Decroix C. (2022, 29 septembre). *Table ronde n°1*. Congrès sur l'influence des neurosciences sur le développement et l'éducation des jeunes enfants en préparation de la Conférence Mondiale sur l'Education et la Protection de la Petite Enfance (OCDE – fondation Babilou), Marseille.

Decroix C. et Remillieux S. (2021, 18-19 juin). *Le pari des visites à domicile en population générale : recherche PERL, évaluation des mécanismes et processus* [communication orale]. 46ème Colloque du Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI) : « Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité ? », Paris.

Buchheit S, Cheminot M et Decroix C. (2019, 3 juin). *Les enseignements du programme PERL « Petite enfance : Recherche action dans le Lunévillois »* [communication orale]. Rencontres de Santé Publique France, Paris.

Communications lors de congrès

Decroix C., Essilini A., Duboys Ml., Casso-Vicarini N., Côté S. and Alla F. (2023, 9-11 novembre). *Quality Improvement Process in Childcare Facilities: Results of a Qualitative Study* [poster walk]. 16th European Public Health Conference, Dublin, Ireland.

Merad S., Wallerich L., Decroix C., Fournet L., Latour V., Calmette S., Capdeboscq O., Baron L., Auriacombe M., et Alla F. (2021, 19-21 octobre). *Evaluation d'un pôle visant à renforcer l'empowerment d'usagers de substances addictives : théorie de moyenne portée issue de deux études de cas qualitatives* [communication affichée]. Colloque Addictions, Toxicomanies, Hépatites et Sida, Biarritz.

Decroix C., Martin-Fernandez J., Cambon L., Ridde V. et Alla F. (2021, 10-11 juin). *Etude de la viabilité par et pour les disciplines et traditions de recherche concourantes à la santé publique : protocole de recherche* [communication orale]. Colloque Réseau International Francophone de Recherche Qualitative (RIFReQ), Montpellier.

Martin-Fernandez J., Decroix C., Aromatario O., Alla F., et Cambon L. (2021, 6 mai). *Evaluations réalistes et méthodes mixtes* [communication affichée]. Colloque théories et pratiques en méthodes mixtes, en ligne.

Decroix, C., Kervran C., Hervouet, L., Latour V, Ratel R, Auriacombe A et Alla F. (2019, 1-4 octobre). *Protocole d'évaluation d'un Pôle visant à renforcer l'empowerment des usagers de drogues : application à l'addictologie d'une méthodologie d'évaluation d'interventions complexes*. [communication orale]. Colloque Addictions, Toxicomanies, Hépatites et Sida, Biarritz.

Remerciements

Tout d'abord merci à Isabelle Aujoulat et Patrick Castel pour l'honneur que vous me faites en ayant accepté d'être rapporteurs de cette thèse. A Cyrille Delpierre, Marie-Rennée Guével et Anne Revillard, je suis honorée de vous compter parmi les membres de mon jury.

Mes remerciements vont ensuite à mes deux directeurs de thèse pour leur accompagnement, leur disponibilité et leur complémentarité.

Un grand merci à François Alla pour m'avoir permis de prendre confiance en moi, d'évoluer au rythme de mes questions. Je te suis très reconnaissante des diverses opportunités dans lesquelles tu m'as accompagnée. Merci pour ton optimisme et ta confiance.

A Valéry Ridde, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de co-diriger ce travail. Un merci particulier pour tes conseils, tes incitations à me recentrer et tes encouragements pour aller plus loin dans la réflexion.

Merci à Joëlle Kivits de m'avoir orientée vers la recherche. Je suis ravie de l'opportunité de pouvoir continuer à apprendre et bénéficier de tes conseils encore aujourd'hui.

Merci à Linda Cambon, pour ta confiance et ton accueil dans l'équipe. Merci de me donner les opportunités de développer ensemble les projets en cours et à venir.

Je tiens également à remercier les membres de mon comité de suivi, Marie-Renée Guével et Jérôme Wittwer, pour votre regard extérieur et vos précieux conseils.

To Professor Chen, thank you for your insights and for the honor of meeting you at the viability seminar in Bordeaux.

Remerciements

A tous ceux ayant contribué aux trois études de cas...

PERL

Je tiens à remercier l'ensemble des partenaires, du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, du Centre Psychothérapique de Nancy, de l'Agence Régionale de Santé Grand Est et de la Caisse d'Allocations Familiales pour leur collaboration. Merci à l'ensemble des puéricultrices, professionnels de santé, acteurs de santé publique, chercheurs, décideurs et élus impliqués, en particulier Sophie Buchheit, Bernard Kabuth, Fabienne Ligier et Elise Fidry. Merci à Marie-Christine Colombo pour votre soutien ainsi qu'au SNMPMI pour la richesse de votre travail.

Accompagne-moi... !

Merci à Sylvana Côté pour le co-encadrement de cette étude. Merci à l'association EPE pour votre implication en particulier Nathalie Casso-Vicarini, Marie-Iris Duboys Fresney, Caroline Vattaire et Christine Maillard ainsi qu'aux partenaires de l'AQCPE et du CPEQ. Je tiens à remercier la Fondation Porticus, en particulier Lucie Corman pour nos échanges. Merci à tous les partenaires des collectivités territoriales, réseaux de crèches et associatifs ainsi qu'à l'ensemble des professionnelles des crèches.

Incredible Years

Merci à Chloé Farrer-Pujol, Nicolas Adam et Nawel Mezrai du Centre de Recherche Cerveau et Cognition de l'université de Toulouse. Merci aux professionnels de l'association du Prado, de Synergie Family et de la fondation Léo Lagrange. Et un grand merci à Ivonne Merle pour ton implication.

Egalement...

Merci à l'ensemble des enfants et parents ayant contribué à cette recherche ainsi qu'à l'ensemble des professionnelles de la petite enfance pour la richesse de votre engagement.

Je tiens également à remercier l'ensemble du consortium scientifique de la recherche VAPS. Merci aux membres du réseau de recherche So-RISP pour la contribution au séminaire viabilité ainsi qu'à tous ceux ayant conduit des études viabilité dans l'équipe ou parmi nos partenaires.

Merci à Valérie, Lucile et Aïcha pour le soutien administratif et financier, essentiel à la conduite de nos projets. Merci à Isabelle pour tes encouragements de « 19h ».

Un merci particulier à mes binômes sur les cas de cette thèse. Depuis 2018, vous êtes devenues bien plus que des collègues. Nos différences de vision liées à nos disciplines ont été très instructives... A Anaïs, pour avoir répondu toujours présente, pour ton écoute, pour avoir été « l'extension de mon cerveau », en particulier lors du rush de décembre 2022. C'est toujours un plaisir de passer des heures à gagner au Terra ou à débattre en étant par principe pas d'accord. Merci à Charlotte « K » cela a été un plaisir de passer du temps et de travailler avec toi. Nos complémentarités m'ont beaucoup apporté.

Remerciements

Sophie, des apéros post-COPIL aux traversés de 900 bornes... De la « théorie » de l'attachement à l'universalisme proportionné, on a fini par se comprendre !

Je tiens à remercier la fine équipe viabilité... Judith, ma première acolyte dans un bureau perdu de l'ISPED, merci pour la vocation que tu n'as pas encore externalisé d'être « psychologue pour doctorants ». Ton amitié comme ton regard sur les différents projets m'ont énormément apporté. Merci Cézarine de t'être autant intéressée à la viabilité et pour ta sérénité. Et bien sûr merci Sabrina.

A l'ensemble des collègues de l'équipe, en particulier...

Acolytes de bureau, de verres, de sport, de groupe de travail, c'est une chance de faire une thèse dans une équipe avec toujours un collègue pour rire souvent, râler d'autres fois et échanger sur ses projets. Un merci particulier à Estelle d'avoir été une co-doctorante d'aussi bonne humeur, Rébecca pour nos heures à rêvasser autour d'un verre, Louise pour ton optimisme et de croire autant en ton entourage, je suis ravie de continuer à travailler avec toi, Adrianna pour nos heures de discussion, on aura notre objectif « rouge » et bien sûr Margaux pour nos « talents » de voileuses ! ... Mais aussi Coline, Marielle, Thomas, Océane, Amandine, Jordan, Fanny, Annabelle, Léo, Olivier, Manon, Jessica, Anne-Laure et tous les membres de cette équipe, haute en couleur...

Remerciements

Enfin...

A Bernard Decroix et toute l'équipe de l'AOI pour les bases de promotion de la santé que vous m'avez transmises ainsi que vos réflexions de fonds sur le positionnement.

Merci papa d'avoir toujours cru en moi et au « déclic », de m'avoir écoutée, encouragée que ce soit dans la finalisation de cette thèse ou en partant en rando.

Une thèse ne s'envisage pas sans un soutien psychologique indéfectible, un entourage de bonne humeur, à l'écoute et acceptant les indisponibilités régulières. Alors merci ... A Nath, Marie et Véro, c'est génial d'avoir des sœurs comme vous. Merci pour vos encouragements, votre présence et notre complicité ! Merci Cécile et Alice pour votre amitié depuis toujours, votre écoute, votre soutien incroyable pendant cette thèse...Merci à toute la team, écumons en particulier Gabriel, Sarah, Flore, Steph, Claire, Matthieu ! A Florence et Peter pour votre porte toujours ouverte et votre intérêt pour cette thèse. A Chloé, Emeline et Sandra ! A tous les potes et familles de Lille, Rennes, Meudon et d'ailleurs. Votre thèse de mes 30 ans était plus fun que celle-ci ! A Romain, dans cette dernière ligne droite. A Karina, pour notre tournée des bibliothèques parisiennes. Je tiens également à remercier Marie et Xavier pour votre super accueil pour tous nièces et neveux débarquant sur Bordeaux.

A maman, j'ai été amusée de mettre mes pas dans les tiens.

A Martha, Ella, Augustin, Chloé, Filomenn, Mathilde, Xavier, Ael et Anna, pour avoir rendu bien plus concret la petite enfance !

Et enfin merci pour les relectures de cette thèse...En particulier Baboune, Nath, Hortense et Louise !

« On se dit que l'bon temps passe finalement comme une étoile filante... »

Les Cowboys Fringants

Partie 1 - Introduction

1. Besoin d'interventions probantes en santé des populations¹

Les problématiques auxquelles sont confrontées nos systèmes de santé et éducatif sont nombreuses. En France, le dernier rapport sur l'état de santé de la population met en avant d'importantes inégalités sociales et territoriales de santé (Bagein et al., 2022). La littérature scientifique, comme les stratégies d'actions nationales et internationales, témoignent qu'il est possible d'agir sur différents déterminants de l'état de santé des populations influant sur ces problématiques (WHO, 2008). Les enjeux de société contemporains impliquent donc des transformations des systèmes de santé et éducatif, passant notamment par l'élaboration d'interventions en santé des populations (Alla & Cambon, 2017). Les interventions en santé des populations sont définies comme des actions, programmes, organisations, politiques, qui « visent à modifier la distribution des risques pour la santé en ciblant les conditions sociales, économiques et environnementales qui façonnent la distribution des risques » (Hawe & Potvin, 2009). Dans le cadre de cette thèse, nous incluons les interventions en promotion de la santé parmi les interventions en santé des populations. En effet, la promotion de la santé « englobe non seulement des actions visant à renforcer les compétences et les capacités des individus, mais aussi des actions visant à modifier les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé afin d'optimiser leur impact positif sur la santé collective et individuelle » (WHO, 2021).

Le besoin d'interventions en santé des populations au niveau des enjeux contemporains de promotion de la santé concerne aussi la santé des enfants. L'OMS définit l'enfance comme la période comprise entre 0 et 8 ans, et l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) comme allant jusqu'à 17 ans. Cette période est riche en expériences positives et négatives qui peuvent générer des facteurs de protection ou de vulnérabilité pour la qualité de vie du futur adulte. En raison de sa vulnérabilité et de sa dépendance, l'enfant n'a pas une capacité suffisante pour agir sur son environnement. La manière dont il y est exposé influence donc en partie son parcours de vie et sa santé. Ainsi, les conditions de vie dans l'enfance influencent l'état de santé à l'âge adulte (Maggi et al.,

¹ Remarque un chapitre de livre suite à une communication orale dans un colloque a été rédigé pendant l'écriture de cette thèse. Certains paragraphes du chapitre d'ouvrage et de la thèse sont communs.

La référence du chapitre est : Cambon, L. & Decroix, C. (2023). Ce que nous apprend la recherche interventionnelle pour améliorer la santé des enfants. Dans : M. Bonnefoy, C. Garrigues & P. Suesser (Dir), Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile : Comment en prendre la mesure ? (pp. 85-110). Toulouse: Érès.

2010). L'évolution de l'environnement de l'enfant au fil des générations ajoute de nouveaux déterminants et de nouvelles interactions entre ces déterminants. Pour éclairer ces influences, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS a développé le cadre conceptuel "*Early Childhood Development Measurement Instrument*" (ECDI), (Irwin et al., 2007). Fondé sur un modèle écologique de la santé, l'ECDI place le bien-être des enfants au centre de quatre sphères d'influence interdépendantes :

- le foyer / la famille (Andrews et al., 2021),
- le quartier et les conditions de logement (Christian et al., 2015),
- les programmes et services pour le développement de l'enfant (Campbell et al., 2014; Minh et al., 2017),
- les environnements régionaux, nationaux et mondiaux (Irwin et al., 2007).

Le modèle ECDI met en évidence les effets multiples que toutes les interventions, mesures, expériences et environnements conçus par les adultes peuvent avoir sur le développement et la santé des enfants. A titre d'exemple, les effets des caractéristiques des quartiers sur la santé mentale et le développement de l'enfant ont été mis en avant (Alderton et al., 2019).

S'il est possible d'agir, toutes les interventions en santé des populations ne sont pas efficaces. C'est tout l'enjeu de baser les interventions sur des données probantes. Ces dernières ont été définies en par l'OMS comme « *les conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé* » (Banta, 2003). Prenons l'exemple de la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN). La MIN correspond au décès inattendu d'un enfant bien portant jusque-là entre ses 1 mois et ses 1 an, alors qu'aucun antécédent connu du nourrisson ne pouvait le laisser prévoir (Blair et al., 2012). Un des facteurs de risques de la MIN est de coucher l'enfant en décubitus ventral. Si des données étaient disponibles depuis le début des années 1970 quant au caractère probablement nocif de coucher les enfants sur le ventre, le conseil de coucher l'enfant en décubitus ventral était promulgué en routine dans de nombreux pays jusque dans les années 1990. Selon une revue systématique de la littérature conduite en 2005, un examen des facteurs de risques de MIN² à partir de 1970 aurait permis d'éviter plus de 50 000 décès de nourrisson en Europe, aux Etats-Unis et en Australie (Gilbert et al., 2005).

La préoccupation de baser les interventions sur des données probantes n'est pas nouvelle. C'est dans cette perspective que Cochrane a développé, dans les années 1970, des revues systématiques

² Certains articles parlent de Mort Subite du Nourrisson (MSN) et non de Mort Inattendue du Nourrisson (MIN), dont les définitions ont évolué. Les MSN correspondant aujourd'hui aux MIN pour lesquelles aucune explication n'aura été trouvée, qu'elle soit d'origine médicale, malformative, génétique, infectieuse, accidentelle ou traumatique (Levieux et al., 2020).

regroupant les résultats des études expérimentales et quasi expérimentales basées sur la littérature scientifique (O'Neill, 2003). Initialement dans le champ de la médecine, la préoccupation d'agir sur les données probantes s'est progressivement étendue à d'autres disciplines et champs, incluant la promotion de la santé (Sackett et al., 1996; Satterfield et al., 2009). Le besoin de montrer l'efficacité des interventions en promotion de la santé dans un contexte budgétaire contraint a été un moteur expliquant l'intérêt croissant pour les données probantes dans ce champ. Différentes questions ont accompagné ce développement : qu'est-ce qu'une donnée probante en promotion de la santé ? La hiérarchie des preuves issue de la recherche clinique est-elle adaptée pour la promotion de la santé ? Comment la complexité des interventions est-elle prise en compte ? (McQueen & Anderson, 1999).

En effet, la recherche en santé est vaste allant de l'étude du fonctionnement cellulaire à l'analyse des politiques de santé publique. L'objet de recherche aura une influence sur les méthodes qui devront s'adapter à l'objet analysé (gène organe, individu, population...) et son degré de complexité (Chen, 2016). En santé des populations, différentes preuves complémentaires pour agir sur la santé des populations existent. D'une part, la recherche peut s'intéresser à l'étude des problèmes sur lesquels agir et les causes de ces problèmes (bas du schéma, figure 1). Il s'agit de comprendre la situation, de chercher les liens de causalité entre les déterminants de l'état de santé et la santé de la population, de mesurer l'importance et la sévérité des problèmes ainsi que d'étudier la possibilité de prévenir ces problèmes.

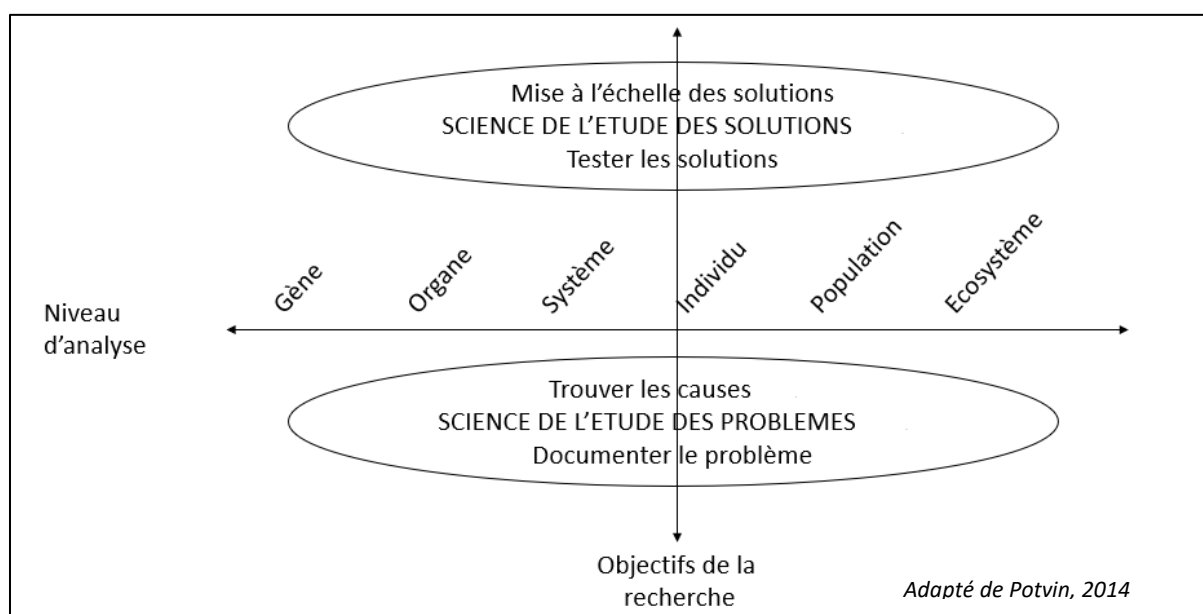


Figure 1 : la recherche en santé, d'après (Potvin, 2014)

D'autre part, la recherche peut étudier les solutions à ces problèmes en développant et/ou évaluant des interventions en santé des populations (haut du schéma, figure 1). Dans ce cadre, il s'agit

notamment de mettre en évidence les leviers ou modalités d'interventions ainsi que leurs conditions d'efficacité (Potvin et al., 2014; Potvin et al., 2013). Il peut s'agir d'interventions déjà déployées en routine, de nouvelles interventions construites par des acteurs et/ou des chercheurs, d'adaptation d'interventions existantes ou déployées dans un autre contexte. Dans certains cas, elles peuvent être caractérisées d'innovantes. En économie, l'innovation correspond soit à l'introduction de quelque chose de nouveau sur le marché qui améliore la gamme et la qualité des produits déjà existant, soit à l'introduction d'un nouveau procédé de fabrication ou de fourniture de biens et de services (incluant des changements organisationnels), (Greenhalgh & Rogers, 2010). En prévention l'innovation peut être appréhendée comme « *l'amélioration d'un bien, d'un service ou d'une méthode préexistants ou l'introduction d'un bien, d'une méthode ou d'un service nouveaux, qui répondent à un problème lié à la santé ou au système de santé, sans en créer d'autres, en intégrant les données de la science, au service de la population ou de la société* » (Stevens et al., 2021).

La RISP, à laquelle nous nous intéresserons dans cette thèse correspond au deuxième type de recherche.

2. La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP)

La RISP a été définie comme « *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* » (Hawe & Potvin, 2009). Cette recherche « *cherche à améliorer la santé et l'équité en matière de santé en modifiant les conditions sociales, culturelles, économiques ou environnementales sous-jacentes ou en agissant directement sur les comportements en matière de santé* » (Craig et al., 2018).

Différentes caractéristiques de la RISP peuvent être soulignées. Premièrement, toutes les interventions ne se valent pas et leur bénéfice est une question de point de vue. Par exemple, un traitement peut allonger l'espérance de vie, mais rendre les années restantes à vivre insupportables. De même, une mesure peut ralentir la propagation d'une maladie dans le cadre de la gestion d'une crise sanitaire mais avoir des conséquences sur d'autres déterminants de la santé, sociaux, psychologiques par exemple. Ces dernières années, un confinement a été mis en place dans le cadre de la gestion de la crise COVID-19, avec des conséquences en termes de santé mentale, d'apprentissage, de surexposition à la violence intrafamiliale ou encore des retards de soins (Dhaliwal et al., 2022). En outre, certaines mesures peuvent avoir un bénéfice individuel mais socialement différencié, accroissant ainsi les inégalités sociales de santé (ISS) au sein d'une population. C'est la

question de la distribution en matière de santé vers la population et la prise en compte de l'existence d'un gradient social de santé (Marmot et al., 2008; Marmot M., 2010). Deuxièmement, l'objectif recherché n'est pas la santé moyenne mais l'équité en santé (Craig et al 2017). La recherche d'équité va conditionner le façonnement des interventions et de leur évaluation. Troisièmement, le fonctionnement des interventions se caractérise par une cascade d'effets qui dépendent du contexte dans lequel elles sont déployées (Craig et al., 2008; Hawe et al., 2009; Skivington et al., 2021). Le contexte peut être défini comme « *un ensemble de caractéristiques et de circonstances qui consistent en des facteurs actifs et uniques qui entourent la mise en œuvre. En tant que tel, il ne constitue pas un simple arrière-plan pour la mise en œuvre, mais interagit, influence, modifie et facilite ou contraint l'intervention et sa mise en œuvre* » (Pfadenhauer et al., 2015). Le contexte correspond à toutes les circonstances dans lesquelles une intervention peut être mise en œuvre, telles que l'environnement physique et social, les conditions de mise en œuvre ou encore les caractéristiques individuelles des bénéficiaires et acteurs de l'intervention.

Les interventions en santé des populations sont souvent complexes. Selon Edgar Morin « *est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple* » (Morin, 1990). Au-delà de la place du contexte dans la production d'effet, le Medical Research Council (MRC) a précisé différentes propriétés des interventions expliquant leur caractère complexe : (i) le nombre de composantes impliquées, (ii) la variété des comportements ciblés, (iii) l'expertise et les compétences requises par ceux qui délivrent et recourent à l'intervention, (iv) le nombre de groupes, de paramètres ou de niveaux ciblés par l'intervention, (v) le niveau de flexibilité autorisé de l'intervention (Skivington et al., 2021). Dans cette perspective l'intervention peut être considérée comme un événement dans un système (Hawe et al., 2009), caractérisé par quatre propriétés : l'émergence, la rétro-action, l'adaptation et l'auto-organisation (le système dispose d'interactions spontanées internes qui ne sont pas contrôlées de l'extérieur), (Skivington et al., 2021). Pour d'autres auteurs, l'interaction constante entre l'intervention et le contexte amène à les considérer comme un ensemble formant un système interventionnel (Cambon et al., 2019). Comme nous le verrons dans la section suivante appréhender la complexité des interventions pose de nombreuses questions impliquant de revenir sur les paradigmes des sciences.

3. Appréhender la complexité des interventions

Défini en 1962 par Kuhn, le concept de paradigme occupe une place importante en recherche. Un paradigme peut être défini comme un ensemble de règles et de normes dans la pratique scientifique partagées par un groupe de scientifiques à un moment donné (Kuhn, 1962; Wong et al., 2013). Il peut être décrit selon quatre champs interreliés : (i) l'épistémologie (la vision du monde du chercheur, la nature de sa relation avec la connaissance), (ii) l'ontologie (la nature de la réalité et sa forme), (iii) la méthodologie (les techniques employées par le chercheur pour appréhender le monde vécu), (iv) la téléologie (l'intention et les intérêts du chercheur, la finalité de l'évaluation), (Ridde & Dagenais, 2012).

Traditionnellement, trois paradigmes se retrouvent en recherche : le positivisme, le post-positivisme, et le constructivisme. Ils sont présentés dans le tableau 1, traduit par Ridde et Robert et adapté de Guba et Lincoln (Guba & Lincoln, 2005; Robert & Ridde, 2013).

Tableau 1 : paradigmes et philosophie des sciences [adapté de Guba & Lincoln (1994)] », Tableau extrait de Robert, É. & Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. Mesure et évaluation en éducation, 36(3), 79–108. <https://doi.org/10.7202/1025741ar>

	Positivisme	Post-positivisme	Constructivisme
Ontologie	Réalisme 'naïf' <i>La réalité existe et peut être appréhendée</i>	Réalisme 'critique' <i>La réalité existe mais elle ne peut être appréhendée que de manière imparfaite</i>	Relativisme <i>La réalité est une construction locale, spécifique et sociale</i>
Épistémologie	Objectivité <i>Les découvertes sont vraies/ exactes</i>	Objectivité comprise comme un 'gardien / agent de régulation' Tradition critique <i>Les découvertes sont vraies / exactes</i>	Subjectivité <i>Les découvertes sont créées</i>
Méthode	Expérimentale / contrôlée Vérification d'hypothèses <i>Méthodes qualitatives</i>	Recherche dans des environnements naturels , avec une information situationnelle , sollicitant les points de vue émiques Falsification des hypothèses <i>Méthodes qualitatives et quantitatives</i>	Herméneutique / Dialectique <i>Méthodes qualitatives</i>

Une différence de fond dans ces trois paradigmes est leur manière d'appréhender la causalité, c'est-à-dire d'affirmer l'efficacité d'une intervention. Dans le paradigme positiviste, l'objectif est d'établir des relations de causalité « *successionniste* » entre un phénomène et un effet sous certaines conditions établies et reproductibles. Qualifiées de nomothétiques, ces recherches visent à expliquer le lien de causalité entre une intervention et un résultat, « *toute chose égale par ailleurs* » (Pourtois & Desmet, 2007). Qualifiées d'herméneutiques, les recherches conduites dans le paradigme constructiviste,

essayent de comprendre la signification profonde des événements et s'intéressent aux représentations des acteurs. Il s'agit « *d'une démarche qui privilégie la compréhension et le sens, même si elle s'effectue au détriment de la cohérence ; une démarche qui prend en compte les intentions, les motivations, les attentes, les raisons, les croyances des acteurs* » (Pourtois & Desmet, 2007). Enfin, le réalisme critique considère la causalité comme générative, ce qui, selon Pawson, induit trois postulats. Le premier reconnaît que l'intervention, elle-même, n'est pas à l'origine de l'effet produit. Ces effets sont liés à un ou plusieurs mécanismes déclenchés par l'intervention. Le deuxième postulat souligne l'importance du contexte (C) dont l'interaction avec l'intervention va conditionner le déclenchement (ou non) d'un ou plusieurs mécanismes (M) permettant la production des effets (E). Le troisième postulat considère que le but de l'évaluation n'est pas de proposer une loi immuable mais de rechercher ce que Lawson appelle des semi-régularités. Celles-ci s'expriment sous la forme de complexes Contexte-Mécanismes-Effets (C-M-E), et correspondent à la production régulière d'un effet suite à la mise en œuvre d'une intervention dans un contexte particulier déclenchant un ou plusieurs mécanismes (Pawson & Tilley, 1997). Bien que ces trois paradigmes servent de repère, différentes évolutions dans leur prise en compte sont à noter.

L'emploi du terme « *paradigme* » a été de plus en plus utilisé en recherche, de manière plus ou moins proche du sens définit en 1962. Dès 1970, Kuhn affirmait avoir perdu le contrôle sur ce terme (Hacking, 2012). Aujourd'hui, le caractère caricatural et raccourci de l'opposition entre les paradigmes positiviste et constructiviste, faisant appel respectivement aux méthodes quantitatives et qualitatives est reconnu (Sibeoni, 2017). Si l'adoption d'une réflexion épistémologique par le chercheur reste importante, la tendance actuelle est d'admettre l'existence d'un continuum entre les paradigmes, voir d'un « *capharnaüm de paradigmes* » (Delahais et al., 2021). La figure 2 illustre la complexité actuelle des méthodologies et paradigmes en recherche (Delahais et al., 2021; Niglas, 2010). Recentrer le choix des méthodes en fonction des problématiques de recherche et non selon un paradigme de recherche correspond au pragmatisme (Ridde & Haddad, 2013; Treweek & Zwarenstein, 2009). En d'autres termes, le pragmatisme permet de se concentrer sur la « *compréhension pratique* » de questions que posent le monde réel (Patton, 2005). Cette approche est particulièrement importante en RISP, au regard des croisements épistémologiques, disciplinaires et méthodologiques qui sous-tendent ce type de recherche (Cambon & Decroix, 2023; Ridde & Haddad, 2013).

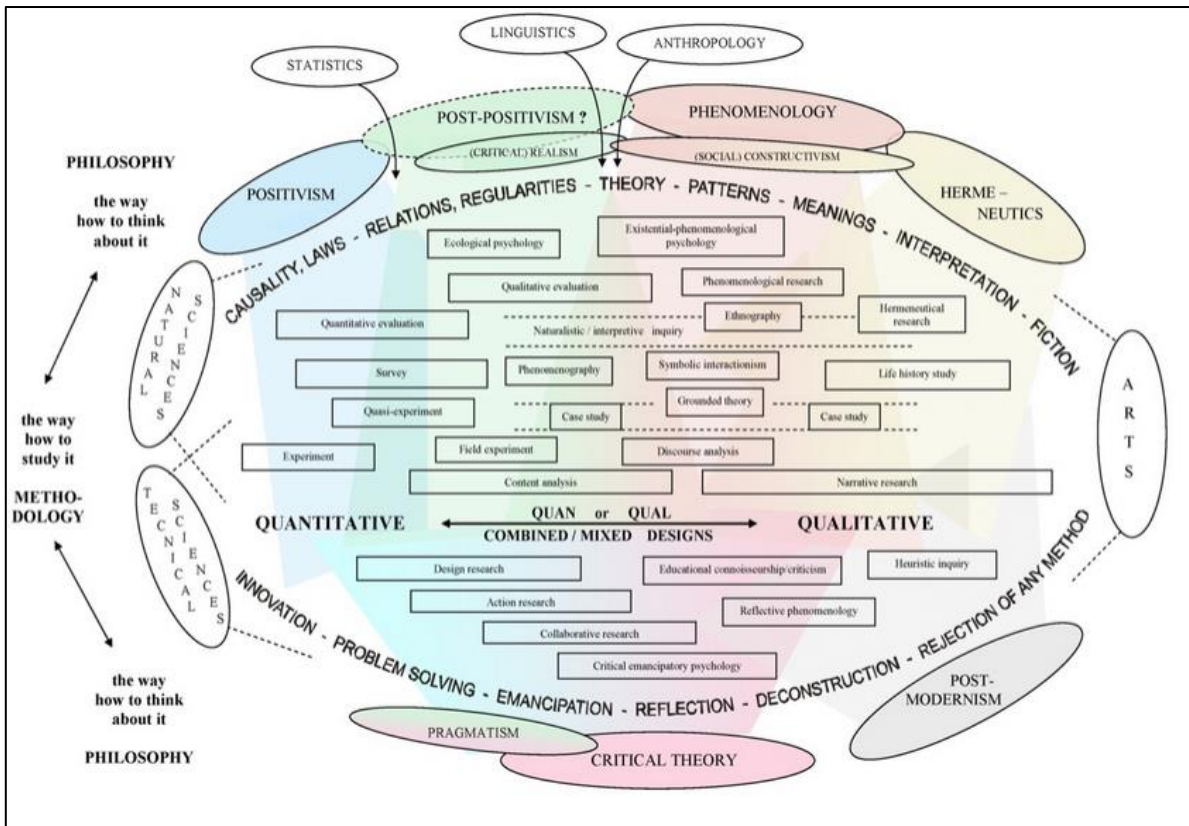


Figure 2 : modèle multidimensionnel des méthodes et paradigmes de recherche de (Niglas, 2010), cité par (Delahais et al., 2021)

Les questions de paradigmes en recherche se retrouvent largement dans la recherche en santé (les auteurs cités dans la section précédente sont nombreux à faire de la recherche en santé des populations). Pendant longtemps, la recherche étudiant les interventions en santé des populations s’est inspirée du modèle de Campbell et Stanley, ancré dans le paradigme positiviste. Selon Chen, cette approche "réduit l'utilité de l'évaluation et contribue à creuser le fossé entre les communautés académiques et pratiques en ce qui concerne les interventions" (Chen, 2010). C'est dans ce contexte que Chen a proposé un changement de paradigme par rapport au modèle campbellien en développant le modèle de la validité intégrative, qu’il positionne dans la perspective théorique de la synthèse pragmatique. Le modèle de la validité intégrative, objet de cette thèse, est présenté dans la partie 2 du manuscrit.

1. Introduction

Bien que le développement et l’évaluation d’interventions innovantes soient aujourd’hui nécessaires pour répondre aux enjeux de santé publique contemporains, de nombreux défis méthodologiques persistent. Comme nous l’avons vu dans la première partie de cette thèse, appréhender la complexité des interventions en santé des populations implique des méthodes adaptées, au-delà des celles issues de la recherche clinique.

C’est dans ce contexte que Chen a proposé un changement de paradigme en développant le modèle de la validité intégrative (Chen, 2010). L’objectif de cette deuxième partie est de décrire le modèle de la validité intégrative et le concept de « validité viable » ou « viabilité » **tel que défini par Chen en 2010**. En s’appuyant sur la littérature, il s’agira de détailler : quelle est la justification du changement proposée par Chen ? Quelle est la définition de la viabilité ? Quelle est la place de la viabilité dans le processus de développement et d’évaluation des interventions complexe ? Quels sont les critères de viabilité ? Comment conduire une étude de viabilité ?

Cette partie est composée du chapitre de livre suivant : Decroix, C., Kervran, C., Cambon, L., Alla, F. (2022). Fitting Health Promotion Research with Real-Life Conditions: Viability Evaluation. In: Potvin, L., Jourdan, D. (eds) *Global Handbook of Health Promotion Research*, Vol. 1. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97212-7_41

2. Modèle de la validité intégrative et concept de viabilité (chapitre de livre)

Chapter 41

Fitting Health Promotion Research with Real-Life Conditions: Viability Evaluation



Charlotte Decroix, Charlotte Kervran, Linda Cambon, and François Alla

41.1 Introduction

Health promotion interventions (actions, programmes, organizations, policies) are generally complex, presenting researchers with a real methodological challenge (Alla, 2018). They require research designs that facilitate understanding of the mechanisms and processes and allow the implementation and conditions of routinization, transfer and scaling up of the intervention to be analysed (Cambon et al., 2013; Chen, 2010). Consideration of principles inherent to health promotion must be added to this challenge, such as participation (which implies the production of knowledge not only “about” but also “with” the users) and incorporating the needs of a variety of stakeholders in a “health for all” perspective (World Health Organization (WHO), 1986).

These challenges require research methodologies adapted to health promotion interventions for which “classical” research designs derived from clinical research show their limitations (Tarquinio et al., 2015). In this perspective, Chen developed a model of integrative validity which recognizes three types of validity: internal

C. Decroix · C. Kervran
Bordeaux University, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center,
Bordeaux, France

L. Cambon
Bordeaux University, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center,
Bordeaux, France

Prevention Chair, ISPED, University of Bordeaux, Bordeaux, France

F. Alla (✉)
Bordeaux University, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center,
Bordeaux, France

CHU de Bordeaux, Bordeaux, France
e-mail: francois.alla@u-bordeaux.fr

© The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG 2022
L. Potvin, D. Jourdan (eds.), *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol. 1*,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-97212-7_41

625

validity, external validity and viable validity. Viable validity is defined as “*the extent to which an evaluation provides evidence that an intervention is successful in the real world*” (Chen, 2010). Questioning the viability of an intervention may be considered a prerequisite for any effectiveness study to avoid the risk of initiating interventions that are not transferable or generalizable in the real world at the end of the research process (Chen, 2010).

After reviewing the value of the integrative validity model, this chapter discusses the need for evaluative research questions related to viable validity as early as possible in the process of developing complex health promotion interventions through pilot studies. We then examine the different viability criteria. Through different examples, we attempt to propose a conceptual, methodological and operational perspective to evaluate and allow for the viability of an intervention in a pilot study.

41.2 The Notion of Viable Validity

41.2.1 The Campbellian Validity Model (Campbell and Stanley): Approach and Limitations

Health research is imbued with Campbell and Stanley’s (1963) post-positivist model of validity. This model distinguishes between two types of validity: internal and external (Campbell & Stanley, 1963). The first “*asks whether, in this specific experimental instance, the intervention made a difference*” (Chen, 2010), while the second “*asks whether an experimental effect is capable of generalization, and if so, to what populations, settings, or treatment and measurement variables*” (Chen, 2010). The decision to study interventions in a highly controlled setting or as close as possible to real-life conditions increases internal validity in the former and external validity in the latter. In this context, Campbell and Stanley recommended a stepwise approach to evaluative research, beginning with an internal validity analysis to examine the intervention’s potential efficacy under experimental conditions, followed by an external validity study to investigate how it maintains effectiveness in “everyday” conditions (Campbell & Stanley, 1963) in parallel with or in anticipation of dissemination. Drug development is based on this model, for instance. A randomized controlled trial demonstrates the efficacy of a drug (phase III trial) before it can be marketed, possibly followed by phase IV studies that evaluate its safety and efficacy in real life.

There is a tendency to opt for clinical research paradigms and methods to evaluate health promotion interventions. However, this approach has major limitations, some of which were identified by Chen, e.g. this type of internal validity-focused approach does not produce information that can be extrapolated or that is sufficiently relevant to stakeholders to influence their decisions (Cronbach, 1982), and stakeholders’ views and needs are insufficiently taken into consideration (Chen, 2010).

This is inconsistent with the principles of responsiveness to people's needs and preferences and the participation inherent in health promotion (WHO, 1986). It is in this context that Chen proposed an alternative model to that of Campbell and Stanley (Campbell & Stanley, 1963), namely, the integrative validity model (Chen, 2010).

41.2.2 The Integrative Validity Model

The integrative validity model is based on a combination of the principles set out in the Campbellian model and the need to incorporate elements that guarantee useful and relevant results for stakeholders, thus reducing the “gap between the academic and practical communities on interventions” (Chen, 2010). As noted in Table 41.1, this model adopts the concepts of internal and external validity and adds the notion of viable validity.

Referring to the views and interests of stakeholders, viability is defined as “the extent to which an evaluation provides evidence that an intervention is successful in the real world.” It thus aims to

- Question whether an intervention is deployable beyond a research context by organizations and stakeholders involved in current practice
- Analyse whether, in the experience of stakeholders, an intervention is “practical, affordable, suitable, evaluable, and helpful in the real world” (Chen, 2010)

Table 41.1 From the Campbellian model to the model of integrative validity, according to Chen (2010)

	Campbellian validity model	Main changes between models	Integrative validity model (Chen, 2010)
Internal validity	“asks whether, in this specific experimental instance, the intervention made a difference”	> Emphasis on objectivity of results	“the extent to which an evaluation provides objective evidence that an intervention causally affects specified outcomes”
External validity	“asks whether an experimental effect is capable of generalization, and if so, to what populations, settings or treatment and measurement variables”	> Clarification of the limits of the concept, with a focus on (a) the stakeholders' point of view and interest; (b) the notion of the real world > Concerns viability in addition to effectiveness	“the extent to which evaluation findings of effectiveness can be generalized from a research setting to a real-world setting or from one real-world setting to another targeted setting”
Viable validity		> Addition: (a) from the perspective and interest of stakeholders; (b) from the notion of the real world > Prerequisite for the study of other validities	“the extent to which an evaluation provides evidence that an intervention is successful in the real world”

Erratum Table 41.1, the definition of external validity in the integrative validity model should be completed : the extent to which evaluation findings of viability and effectiveness can be generalized from a research setting to a real-world setting or from one real-world setting to another targeted setting (Chen, 2010).

Chen anchors this model in an approach that he defines as bottom-up (as opposed to the Campbellian model, which he defines as top-down), considering that the study of viable validity is a prerequisite for the internal and external validity evaluation. Indeed, what is the point of mobilizing actors and employing resources to assess efficacy and effectiveness if the intervention cannot be transferred or generalized to everyday practices? (Chen, 2010).

41.2.3 Relevance of the Integrative Validity Model to Health Promotion Research

In the field of Population Health Intervention Research (PHIR), the bottom-up model predicated on the real world is all the more relevant since population health interventions (actions, programmes, organizations, policies) are generally considered to be complex (Moore et al., 2015). This complexity is characterized in particular by the multiple components that interact both with one another and with the context to produce effects (Hawe & Potvin, 2009; Moore et al., 2015). The intervention and the implementation context continually interact, leading to the consideration of an interventional system rather than a delineated intervention (Cambon et al., 2019). This raises the question of what makes an intervention effective in a specific context that will also make it effective in a variety of other conditions (Cambon et al., 2019; Minary et al., 2018). The question is related to issues of intervention transferability and scaling up. For instance, if context is a determinant of outcome, are outcomes obtained in one experimental setting transferable to another setting? In other words, what is the use of an “effective” intervention under experimental conditions that cannot be encountered in real life (Trewick & Zwarenstein, 2009)?

41.3 The Viability Study: A Key Element in Pilot Studies

The Medical Research Council (MRC) identified several non-linear phases in the development and evaluation of complex interventions (Craig, Dieppe et al., 2008):

- The development phase: identifying the evidence base, identifying or developing theory, the modelling process and outcomes
- The feasibility and pilot phase: testing procedures, estimating recruitment and retention, determining sample size
- The evaluation phase: assessing effectiveness and cost-effectiveness, understanding the change processes
- The implementation phase: dissemination, surveillance and monitoring, long-term follow-up

Consistent with a bottom-up health promotion approach and considering intervention viability as a prerequisite to any evaluation of efficacy/effectiveness means that viable validity must be studied as early as possible in the innovation process, generally right from the pilot stage.

41.3.1 What Do We Mean by ‘Pilot Study’?

Pilot studies aim to gather information in order to do something on a larger scale (Thabane et al., 2019). The term pilot study is well established in biomedical research, and so-called phase III pilot studies are routinely conducted (Thabane et al., 2010).

The situation is more ambiguous in PHIR, where a pilot study refers to different objects (Thabane et al., 2019). While clinical research pilot studies are designed to prepare for a trial, in PHIR, pilot studies may involve the preparation of an intervention and/or a trial (or an evaluation) (Thabane et al., 2019). For trial and/or evaluation preparation, pilot studies are clearly standardized (e.g. CONSORT extension specifically for pilot trials (Eldridge, Chan et al., 2016). Consensus and methods seem to be less precise about intervention preparation, which is a key issue for PHIR (Thabane et al., 2019).

41.3.2 What Knowledge Do We Need to Support the Scaling-up Process and How to Produce It?

Unlike some commonly deployed interventions where the evaluator adopts observational methods, we focus on pilot studies of new interventions, whether developed by researchers and/or stakeholders. In 2016, a consortium of twenty-five international experts in PHIR and complex interventions met at a workshop organized by the Coordinated Action for Public Health Intervention Research (ACRISP) to “*promote exchanges between researchers from different disciplines due to the complexity of the field, which requires an interdisciplinary approach*” (Moore et al., 2019; Thabane et al., 2019). It covered issues related to pilot studies, with the experts identifying several objectives for pilot studies of “new” complex interventions, in addition to piloting a trial/evaluation (Thabane et al., 2019). These included:

- Studying the viability of the intervention in the given context
- Explaining the intervention theory. Intervention theory can be defined as “*the set of beliefs and assumptions that undergird program activities [...]. They are the hypotheses on which people, consciously or unconsciously, build their program plans and actions*” (Weiss, 1997). According to the intervention-based paradigm, all interventions are based on theories which need to be made explicit to ensure the relevance of the intervention and to achieve the desired outcomes.

These goals align closely with the challenges of transferability and scaling up, since the development of intervention theory (Cambon & Alla, 2019; Moore et al., 2019) and the study of viability help to define the conditions in which an intervention is likely to work, including the influence of its implementation environment (context).

Some dimensions of viability (e.g. programme acceptability from the beneficiaries' perspective) form an integral part of the intervention system, involving context – intervention interactions that trigger (or not) (a) mechanism(s) producing (or not) certain effects. Considering the viability of an intervention as a key factor in its transfer, it seems crucial to analyse viability as early as possible in the innovation process. Moreover, when studying the transferability of complex interventions, a core concern is to distinguish between the adaptable form of the intervention according to the context and the “key function” essential to producing effects (Hawe et al., 2004). Thus, studying transferability highlights intervention components that can be adapted to various contexts and can strengthen its viability while maintaining effects.

Inset 1 illustrates how some aspects of viability are absolute conditions for implementing an intervention in the real world, and the importance of investigating it as early as possible in the intervention development process, in other words, right from the pilot phase.

Inset 1 – PERL project (Early Childhood Research-Action in Lorraine)

In a peri-urban area of north-eastern France marked by unfavourable socio-economic indicators, a primary prevention intervention in perinatal care based on tailored support for families showed positive results on child development (Fidry et al., 2014). To address the transfer or scaling up of this intervention, adaptations were required to facilitate its embedding in common practice, notably by incorporating the support available within the current health system resources (support initially provided by a psychiatric psychologist, then by a team of nurses from the Maternal and Child Protection Department).

These adaptations gave rise to the PERL project (Early Childhood Research-Action in Lorraine), designed to mesh the results of the study into a universal family health policy (Buchheit et al., 2019). In this context, nurses at the Maternal and Child Protection Department support families through home visits until a child is 4 years old. The visits are split into three stages and supervised by a psychologist.

In parallel to the effectiveness evaluation of PERL, in the first year of the intervention's rollout, an assessment was made to examine the processes and mechanisms at play. Contextual difficulties were encountered regarding the feasibility and acceptability of PERL by stakeholders adopting the intervention, temporarily jeopardizing its rollout. Taking the example of one of the issues encountered, namely, the place of recommendations made by nurses in the PERL project, the results show that unlike the trend towards standardization or an instructions-grounded process, the PERL approach considers parents as experts with respect to their own child, offering them support to develop awareness of their own capacity and skills in raising their child. This health promotion practice, designed to empower parents,

challenges individual and cultural representations in terms of child-rearing, the legitimacy of professionals considered to know what is best for a child and the standards to which these professionals refer. When such practices are part of a health promotion approach, it is essential that they are shared with professionals offering support to families within a legal framework that allows them to apply such principles.

The investigations highlight the fact that while for some professionals this approach (aimed at limiting recommendations) represents a continuity of practice, for others it is unacceptable for several reasons, e.g. professionals' belief in the importance of giving advice and their responsibility to provide it, reflecting as much their professional conscience as their legal responsibility; professionals' identification of an expertise expectation by families with respect to support; guilt with regard to the feeling of being useful in a context where care resources are limited.

This example highlights the importance of a shared vision of the relevance of the intervention, both in terms of its nature and methods if the intervention is to be adopted and deployed. Without this, even if effective, its dissemination will fail. It is therefore essential to investigate the intervention's acceptability by the actors in the field, their appropriation of the intervention, and the feasibility of its deployment and viable validity criteria, even before evaluating its effectiveness, thereby helping to avoid interventions that are not transferable or generalizable in the real world (i.e. in contexts other than the study context).

While pilot studies offer golden opportunities for studying viability, the latter can be questioned at all stages of the innovation's development. From the beginning of the intervention development, when the intervention levers are being developed, the viability analysis can be incorporated using elements from the literature and/or interviews with stakeholders in the field. This involves considering known conditions of the levers' effectiveness. For example, financial incentives have proven to be an effective lever for smoking cessation among pregnant women (Higgins & Solomon, 2016; Lumley et al., 2009). However, in some countries, many women are opposed to this intervention strategy (Lynagh et al., 2011), indicating a lack of viability in these contexts. In such instances, this lever should be removed from the intervention theory. Viability studies also have their place in the evaluation (whatever the design: realistic evaluation, randomized trials, process evaluation...) or the dissemination of the intervention by re-examining viability as it is deployed in the various contexts.

41.3.3 What Criteria for Viability?

For Chen, “*viable validity refers to stakeholders' views and experience regarding whether an intervention program is practical, affordable, suitable, evaluable and helpful in the real-world*” (Chen, 2010). One of the aims of this chapter is to define these criteria by illustrating their operationalization in the pilot studies of two projects: the “Tobacco-Free Health Support Center” (L.A.S.T) and “Accompagne-moi.”

The aim of L.A.S.T is to enhance support for smokers against their addiction to tobacco by implementing incremental pathways between the Tobacco-Free Health Support Centres (L.A.S.T, first-line care offer: <https://www.last-na.fr/>) and other resource centres (second line of care for so-called complex patients). The “Accompagne-moi” programme is designed to improve the quality of childcare centres and to promote children’s social skills from an early age. We will return to each criterion on the basis of the viability studies carried out during the pilot studies of these two programmes, with a breakdown presented in Table 41.2.

Helpful “Can the intervention program (1) recruit ordinary clients without paying them to participate, (2) does it have a clear rationale for its structure and linkages connecting an intervention to expected outcomes, and (3) do ordinary clients and other stakeholders regard the intervention as helpful in alleviating clients’ problems or in enhancing their well-being as defined by the program’s real-life situations? In this context, ‘helpful’ refers to whether stakeholders notice or experience progress in alleviating or resolving a problem.” In the context of the “Accompagne-moi” health promotion programme, ‘helpful’ includes its capacity to respond to a need and demand from the population, where an adapted response is lacking. This is addressed by studying the programme’s effects as perceived by early childhood professionals and parents. In L.A.S.T, this issue concerns whether the proposed organization can help carers to manage their patients’ smoking cessation and whether it meets the expectations and needs of smokers.

Affordable “An additional question is whether decision-makers view the intervention program as affordable?” and whether the intervention “can recruit and/or retain ordinary clients.” In “Accompagne-moi,” the issue is defined around two aspects: an impossibility to access the intervention or a refusal to participate. The aim was to study the facilitating conditions and the barriers to the participation in the programme, together with the participants’ adherence through to completion. It also involved understanding the reasons why some professionals refused to participate or dropped out of the programme. Finally, there was a focus on children’s access to the programme. While access appears universal for pre-school children, the differential involvement of professionals as a function of the children or the parents’ investment may have an impact on children’s access. In the context of L.A.S.T., this issue concerns: (a) the means implemented between 1st and 2nd referral health professionals, and (b) evaluation of the barriers and levers (financial, geographical, socio-cultural, environmental) that could influence the accessibility of health professionals and beneficiaries to the proposed organization and thus their involvement in the programme.

Practical and Suitable The first criteria asks “whether ordinary practitioners – rather than research staff – can implement an intervention program adequately,” and the second, “whether the intervention is suitable for ordinary implementing organizations to coordinate intervention-related activities.” These criteria can be perceived as an intervention’s potential to be integrated into current practice in relation to the

Table 41.2 Questions relating to each viability criterion in the framework of the “Accompagne-moi” and L.A.S.T. programme pilot studies

Criteria	Chen (2010)	Questions – viability study	
		“Accompagne-moi”	“L.A.S.T”
Helpful	“Can the intervention program (1) recruit ordinary clients without paying them to participate, (2) does it have a clear rationale for its structure and linkages connecting an intervention to expected outcomes, and (3) do ordinary clients and other stakeholders regard the intervention as helpful in alleviating clients’ problems or in enhancing their well-being as defined by the program’s real-world situations?”	What is the stakeholders’ perception of the effects of the “Accompagne-moi” programme? How does this programme respond (or not) to a need and a demand?	Does the proposed intervention help caregivers to manage their patients’ smoking cessation? Does the proposed intervention provide the support expected by patients who smoke?
Affordable	“An additional question is whether decision-makers view the intervention program as affordable” and if the intervention “can recruit and/or retain ordinary clients”	Is the programme accessible and affordable (or not) for the different stakeholders (crèches, early childhood professionals and children)?	Can first-line care professionals exchange and be sustained by a secondary care professional? How are they organized between the 1st and 2nd line of care? Does the organization setup have financial consequences on the professionals’ activity or structures? Can patients have access to 2nd line structures? Do patients encounter geographical and financial barriers in their progress within the organization?

(continued)

Table 41.2 (continued)

Criteria	Chen (2010)	Questions – viability study	
		“ <i>Accompagne-moi</i> ”	“L.A.S.T”
Practical	“Whether ordinary practitioners – rather than research staff – can implement an intervention program adequately”	How are early childhood professionals and programme providers able to implement “ <i>Accompagne-moi</i> ” on a day-to-day basis? How does the programme fit in with the everyday practices of early childhood professionals, childcare centres and the wider education system?	Is the proposed intervention method integrable into the common practice of carers? Are the tools made available to caregivers applicable in the practices of each job sector?
Suitable	“Whether the intervention is suitable for ordinary implementing organizations to coordinate intervention-related activities”		Are the patient care modalities suitable for them? Are the tools made available to them adapted to the everyday practices of caregivers? Do they feel that the support provided for this proposed organization is sufficient?
Evaluable		What is the feasibility of a future large-scale randomized cluster trial? What are the conditions for conducting such a trial, if applicable?	To what extent is the organization able to produce objective results in terms of health and its determinants?

deployment context. They can be examined from various perspectives, such as the potential to deploy the intervention at organizational level, the perception of the intervention as a continuity or a change of paradigm (as in the PERL example above), the partnership dynamic, or the acceptability of the intervention and its appropriation (stakes, contents...) by the stakeholders. In “*Accompagne-moi*,” the aim is to understand how, for early childhood professionals, the programme fits into common practice, and to study the factors that facilitate and hamper its implementation. Attention is paid to the place of research in the professionals’ perception of “*Accompagne-moi*” deployment, and their interest in taking part in it as a routine. The purpose of the study with regard to the practical criterion of L.A.S.T. is to assess whether the intervention proposed to carers (including the tools) can be integrated into their everyday practice. It examines whether the organization is adapted to the criteria considered suitable by the health system and L.A.S.T. professionals and determines whether the given organization is institutionalized and scalable between the different stakeholders beyond the pilot stage.

Evaluable In L.A.S.T., this involves analysing available data to see if outcome indicators exist in current practices. For “Accompagne moi,” evaluability is considered as the capacity of the intervention to produce objectively measurable results, looking at the feasibility of a future large-scale randomized cluster trial and the conditions for carrying out such a trial, if applicable.

41.4 How to Conduct a Viable Validity Analysis?

There is no defined standard for understanding viability since the integrative viability model, underpinned by a contingency perspective, is not described as a universal method. Rather, it emphasizes the combination of methods, in particular the use of mixed methods (Chen, 2010). On this basis, we have undertaken half a dozen viability studies that provide concrete operational experience, enabling us to illustrate this aspect.

41.4.1 *The Problematization Process*

A viability study has the advantage of being both an object of research and a pragmatic object that corresponds to the challenges common to researchers, field actors and decision-makers alike. While many terms exist (evaluation, evaluation-research, action-research, population health intervention research (PHIR), etc.), with more or less consensual boundaries and development according to the field, it is essential to understand the framework within which the viability study is conducted. The framework and the perspective guide the issues, the problematization, and the choice of methods to be adopted, consistent with the purpose of the knowledge sought. For PHIR and evaluative research, the following distinctions are explicitly made (Ferron, 2017; Potvin, 2014):

- In the first, the knowledge produced by the research is general in nature and the intervention’s transferability is explicitly studied (in our example, the pilot study of the “Accompagne-moi” programme),
- In the second, the knowledge produced is the basis for a judgement regarding the intervention (with respect to predefined criteria) on which decisions concerning the latter will be made (Ferron, 2017). In our example, this is the L.A.S.T. pilot study.

As in all research projects, the first phase of the study of viability in PHIR is that of problematization, which allows the angle from which the phenomena are studied and the way in which they are questioned to be clarified (Van Campenhout et al., 2017).

Likewise, the prospects for deploying the intervention beyond the viability study should be considered right from the problematization phase, notably: What are the

issues (scientific, political...) for the actors, decision-makers and researchers involved in the viability study? How can the results of the viability study be integrated into the transfer and/or scaling up options (potential to adapt the intervention to the context, willingness/capacity of actors to question the innovation according to the results...)? In the context of a pilot study, is it a pilot of the intervention, a trial, or both?

In the “*Accompagne-moi*” example, the programme concerns the adaptation of two interventions developed and routinely adopted in Quebec. Its deployment in France is the result of a partnership between an association that recognized a need in French childcare centres, and researchers and actors in Quebec. The two initial interventions were designed on the basis of evidence and have been the focus of several studies (e.g. a cluster-randomized trial (Larose et al., 2019)). The data found in the literature clearly show how this programme responds to a problem (e.g. the quality of the environment in which a child evolves during the first 1000 days of life is decisive for his/her future development (Heckman, 2008)). Nevertheless, many questions arise before the large-scale rollout of the programme can be considered in a new cultural and organizational context in France. Thus, a pilot study is being conducted in order to clearly examine the programme’s viability and transferability.

From another perspective, the L.A.S.T. pilot study is the focus of an evaluation of the organization’s deployment within a given catchment area, with an assessment of its organizational effectiveness (analysis of changes in target health professionals’ practices) and its viability. The study aims to identify the elements required to make improvements that will be useful to the intervention and to adapt its implementation procedures with a view to a planned rollout on a regional scale on completion of the evaluation.

41.4.2 Interest in Studying Viability in Different Research Approaches

Depending on the evaluation framework, the prospects for deploying an intervention after the pilot study (the prospect of scaling up, if applicable, in terms of routine or research, the possibility to adapt the intervention or a protocolized intervention that is not very adaptable), the researchers’ epistemological positioning, and the resulting research/evaluation question(s) will give rise to different designs and methods.

With regards to L.A.S.T., for example, viability is investigated in the light of predefined criteria within an evaluation context, including the indicators, sources and reference system for each viability criterion. The accessibility study, for instance, detailed three conditions to describe the intervention as accessible for patients (e.g. the second recourse structures are open to all, regardless of economic and social factors). The resulting data sources apply mixed methods. Qualitative

data come from semi-directive interviews with professionals registered in the L.A.S.T. system and beneficiaries, and seek to explore the five viability criteria according to partially predefined themes. Quantitative data are mainly collected from the patient files of the 2nd line structures and from a patients' progress monitoring tool. The evaluation thus allows us to cover the issues raised with respect to predefined criteria.

In “*Accompagne-moi*,” the viability and transferability study is split into two stages:

1. An exploratory stage, based on various sources: literature review, exploratory interviews with the stakeholders who helped to initiate the rollout of “*Accompagne-moi*” in the French context, a documentary study.
2. A more in-depth stage through: (1) semi-directive interviews aimed at understanding how the programme is experienced by the implementers and early childhood professionals from the various childcare centres that benefit from the programme; (2) focus groups with parents to examine their perceptions of the relevance of such a programme.

41.4.3 Study of Viability: An Objective for Stakeholder-Researcher Co-Construction

The PHIR has a cognitive goal of knowledge production, but also an operational one in terms of decision-making support. Thus, from our perspective, PHIR only makes sense if the results are conveyed in decision-making and in practice (Alla & Kivits, 2015; Cambon & Alla, 2014). To this end, alternative methods to traditional research models, such as the integrative validity model rooted in a bottom-up approach, are needed to produce usable evidence. This is the very purpose of knowledge transfer. The partnership must be the glue that holds the knowledge transfer together (Cambon & Alla, 2014). All too often seen as a downstream device or an “after-sales service” for research, knowledge transfer requires the involvement of users of the research results as soon as the research idea is formalized. This implies developing a decision-maker/researcher partnership through an interactive approach, with communication between actors and researchers that enables the removal of organizational barriers via ongoing interaction and an iterative understanding of one another's needs. Without wishing to turn field actors into researchers or vice versa, it requires the joint development of conditions to generate evidence that is not only valid but also useful and adapted to action and decision-making (Alla & Kivits, 2015, Cambon & Alla, 2014).

By integrating the stakeholders' viewpoint and constraints regarding whether the intervention is “practical, affordable, suitable, evaluable and helpful in the real world” (Chen, 2010), the viability study is fully anchored (a) in the social utility perspective of the research, (b) from the perspective of taking stakeholders' needs into account in the “health for all” objective of health promotion. In our viability

study examples of the L.A.S.T. and “*Accompagne-moi*” programmes, different levels of collaboration are present, from consulting with stakeholders through interviews to stronger anchoring in co-construction, such as the organization of seminars that draw stakeholders together around various issues. These approaches accompany the challenge of participation, aiming to produce knowledge not only “on” but “with” people. While the role of partnership co-construction is central to PHIR, its operationalization is manifold and raises crucial questions as to the nature and balance of the “actor/researcher/decision-maker” partnership. The latter thus becomes a major factor in the success of a PHIR project (Alla & Kivits, 2015).

41.5 Conclusions

PHIR has been described as the “science of solutions,” which is complementary to the “science of problems” (Potvin et al., 2014). The expression “science of solutions” underscores the operational nature of research, since one of the goals of the latter is for field practitioners and policymakers to apply its results. Viable validity is perfectly anchored in this perspective since it is “*the extent to which an evaluation provides evidence that an intervention is successful under real-world conditions*” (Chen, 2010). The study of viability should be considered at the earliest possible stage in research issues linked to the development of health promotion interventions. Indeed, as stated earlier, what is the point of developing or demonstrating the effectiveness or generalizing interventions “off the field” if they are not transferable to the “real world?”

Thus, viability is a core issue in health promotion research. This evaluation helps to structure and strengthen the innovation process, adding an essential step in the process, from the development of the intervention to its scaling up. Given its purpose, viability is also a useful communication tool between researchers and stakeholders, helping to operationalize the partnership ambition of health promotion research.

Inset 2: Chapter’s contribution to structuring the field of health promotion research

- Health promotion interventions are generally considered as complex, requiring adapted research approaches.
- The integrative validity model recognizes internal and external validities as well as viable validity.
- Viable validity aims to produce evidence that “an intervention is successful in the real world.”
- The study of viability should be considered as early as possible in the research process aimed at developing new interventions.
- This approach anchors the PHIR in a bottom-up, partnership-based approach.

Acknowledgments The authors would like to thank the research team implementers and stakeholders in the “L.A.S. T” programme: Rébecca Ratel, Margaux Fontan, Nolwenn Stevens, Estelle Clet, the MERISP team and the Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine; in the “Accompagne-moi” programme: Sylvana Côté and the Association Ensemble pour l’Éducation de la Petite Enfance; in “PERL”: Sophie Buchheit, Bernard Kabuth, Fabienne Ligier, Joëlle Kivits, and the conseil départemental de Meurthe-et-Moselle.

References

- Alla, F. (2018). Challenges for prevention research. *European Journal of Public Health*, *28*(1), 1.
- Alla, F., & Kivits, J. (2015). Public health international research: Research scientist-field worker partnership, interdisciplinarity and social role. *Santé Publique*, *27*(3), 303–304.
- Buchheit, S., Colombo, M.-C., Fidry, E., Ligier, F., & Decroix, C. (2019). Lunévillois : Développement de l’enfant et accompagnement à domicile. *La santé en action*, *447*.
- Cambon, L., & F. Alla (2014). Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs. *Questions de Santé Publique*. EDK. Montrouge, France, Recherche en Santé Publique.
- Cambon, L., & Alla, F. (2019). Current challenges in population health intervention research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *73*(11), 990–992.
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2013). A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, *13*, 1184.
- Cambon, L., Terral, P., & Alla, F. (2019). From intervention to interventional system: Towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, *19*(1), 339.
- Campbell, M. J., & Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally & Company.
- Chen, H. T. (2010). The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, *33*(3), 205–214.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & G. Medical Research Council. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, *337*, a1655.
- Cronbach, L. J. (1982). *Designing evaluations of educational and social programs*. Jossey-Bass.
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., Lancaster, G. A., & P. c. group. (2016). CONSORT 2010 statement: Extension to randomised pilot and feasibility trials. *Pilot and Feasibility Studies*, *2*, 64.
- Ferron, C. (2017). *Recherche interventionnelle en promotion de la santé. La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone* (P. d. l’EHESP. ed., pp. 443–455).
- Fidry, E., Claudon, P., Saint-Gilles, S. S., & Sibertin-Blanc, D. (2014). Prendre soin du bébé et de sa famille : Une expérience de recherche–action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, *62*, 154–162.
- Hawe, P., & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, *100*(1), Suppl I8–Suppl 14.
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2004). Complex interventions: How “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ*, *328*(7455), 1561–1563.
- Heckman, J. J. (2008). Role of income and family influence on child outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1136*, 307–323.
- Higgins, S. T., & Solomon, L. J. (2016). Some recent developments on financial incentives for smoking cessation among pregnant and newly postpartum women. *Current Addiction Reports*, *3*(1), 9–18.

- Larose, M. P., Ouellet-Morin, I., Vitaro, F., Geoffroy, M. C., Ahun, M., Tremblay, R. E., & Cote, S. M. (2019). Impact of a social skills program on children's stress: A cluster randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*, **104**, 115–121.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L., & Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD001055.
- Lynagh, M., Bonevski, B., Symonds, I., & Sanson-Fisher, R. W. (2011). Paying women to quit smoking during pregnancy? Acceptability among pregnant women. *Nicotine & Tobacco Research*, **13**(11), 1029–1036.
- Minary, L., Alla, F., Cambon, L., Kivits, J., & Potvin, L. (2018). Addressing complexity in population health intervention research: The context/intervention interface. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **72**(4), 319–323.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, **350**, h1258.
- Moore, G. F., Cambon, L., Michie, S., Arwidson, P., Ninot, G., Ferron, C., Potvin, L., Kellou, N., Charlesworth, J., Alla, F., & Discussion, P. (2019). Population health intervention research: The place of theories. *Trials*, **20**(1), 285.
- MRC. (2012). *Developing and evaluating complex interventions: New guidance*. Medical Research Council.
- Potvin, L. (2014). Définir la recherche interventionnelle en santé des populations Recherche interventionnelle contre le cancer Paris.
- Potvin, L., Petticrew, M., & Cohen, E. R. (2014). Population health intervention research: Developing a much needed science of solutions. *Preventive Medicine*, **61**, 114–115.
- Tarquinio, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., & Alla, F. (2015). Evaluating complex interventions: Perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology & Health*, **30**(1), 35–51.
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, M., Giangregorio, L., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: The what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, **10**, 1.
- Thabane, L., Cambon, L., Potvin, L., Pommier, J., Kivits, J., Minary, L., Nour, K., Blaise, P., Charlesworth, J., Alla, F., & Discussion, P. (2019). Population health intervention research: What is the place for pilot studies? *Trials*, **20**(1), 309.
- Treweek, S., & Zwarenstein, M. (2009). Making trials matter: Pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. *Trials*, **10**, 37.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Malakoff.
- Weiss, C. H. (1997). How can theory-based evaluation make greater headway? *Evaluation Review*, **21**(4), 501–524.
- World Health Organization (WHO). (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. WHO.

Partie 3 - Problématique et objectifs de recherche

Problématique

Nos systèmes de santé et éducatifs sont confrontés à différents enjeux tels que l'accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé, l'inadaptation des réponses aux besoins et demandes des populations, ainsi que les contraintes économiques pesant sur ces systèmes (Alla & Cambon, 2017; Cambon, 2022). La réponse à ces enjeux nécessite des transformations des systèmes et modes d'action qui passent notamment par le développement d'interventions en santé des populations innovantes. Les interventions en santé des populations sont des actions, programmes, organisations, politiques « *qui visent à modifier la distribution des risques à la santé en ciblant les conditions sociales, économiques et environnementales qui façonnent la distribution des risques* » (Hawe & Potvin, 2009). Si le besoin de telles interventions est reconnu, leur développement et leur évaluation posent différentes questions conceptuelles et méthodologiques.

Les interventions en santé des populations sont généralement considérées comme complexes, telles que définies par le Medical Research Council (Skivington et al., 2021). La complexité représente un réel défi en RISP pour les chercheurs, acteurs de terrains et décideurs (Alla, 2018). La complexité d'une intervention se caractérise en particulier par ses multiples composantes en interactions et la place du contexte dans la production d'effets (Pawson & Tilley, 1997; Skivington et al., 2021). Pour appréhender cette question, l'approche de recherche doit au-delà des résultats, interroger les processus et mécanismes qui conduisent à l'efficacité, qu'ils soient liés à l'intervention, au contexte ou à l'interaction des deux (Pawson & Tilley, 1997; Weiss, 1970).

Si les devis expérimentaux sont les références pour la recherche clinique, leur contrôle des facteurs contextuels pour renforcer la validité interne des études, limite la prise en compte de la complexité et obère la validité externe de ces recherches (Tarquinio et al., 2015). En effet, si le contexte est un déterminant du résultat, les résultats obtenus dans un cadre expérimental, sont-ils transférables dans un autre contexte ? Quel est l'intérêt d'une intervention « efficace » dans des conditions expérimentales jamais rencontrées dans la réalité (Trewick & Zwarenstein, 2009) ? Ainsi, il est nécessaire d'aller au-delà des designs de recherche centrés sur l'efficacité, afin de comprendre les mécanismes et processus de l'intervention, et d'en appréhender la transférabilité (Pawson & Tilley, 1997). Cette approche doit permettre d'examiner la mise en œuvre et les conditions de routinisation,

de transfert et de mise à l'échelle de l'intervention, hors d'un contexte de recherche (Cambon et al., 2013; Chen, 2010).

C'est dans cette perspective que Chen a proposé un changement de paradigme par rapport au modèle de la validité de Campbell et Stanley, en développant le modèle de la validité intégrative. Celui-ci reconnaît 3 types de validité : la validité interne, la validité externe et la validité viable. La validité viable s'intéresse à l'intégration des interventions dans le système dans lequel elles visent à être déployées, hors d'un contexte de recherche (H. Chen & P. Garbe, 2011). La validité viable a été définie comme la « *perception et l'expérience des parties prenantes quant à savoir si une intervention est pratique, abordable, adaptée, évaluable et utile dans le monde réel* » (traduction libre), (Chen, 2010). Face à ce changement de paradigme, cette thèse vise à questionner la pertinence du modèle de la validité intégrative pour les interventions en santé des populations et plus particulièrement le concept de « validité viable » ou de « viabilité ». Elle s'articule autour de quatre questions de recherche.

Questions de recherche

Les questions de recherche suivantes ont été formulées : quelle est la place de la viabilité dans le développement et l'évaluation d'interventions complexes en santé des populations ? En quoi l'étude de la viabilité est un préalable pour envisager la pérennisation, le transfert et la mise à l'échelle de l'intervention ? Quels sont les critères (et dimensions de chaque critère) à considérer pour analyser la viabilité des interventions en santé des populations ? Quels sont les déterminants de la viabilité des interventions en santé des populations ?

Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette recherche était d'analyser la viabilité d'interventions innovantes en santé des populations à partir du vécu de l'intervention par les parties prenantes (acteurs, décideurs, bénéficiaires et chercheurs impliqués). Les objectifs spécifiques étaient :

- (O1) analyser la place de la viabilité dans le processus de développement et d'évaluation des interventions complexes en santé des populations,
- (O2) interroger empiriquement la pertinence des critères de viabilité, leur articulation et décrire les dimensions de chaque critère de viabilité,
- (O3) identifier les déterminants de la viabilité des interventions innovantes en santé des populations,
- (O4) expliciter les enjeux, apports et limites des études de viabilité d'interventions innovantes.

Cette recherche avait à la fois une finalité conceptuelle et pragmatique, afin de rendre plus opérant le concept de viabilité.

Partie 4 – Stratégie d'études de cas et méthode

Justification des études de cas

L'état de l'art a décrit le modèle de la validité intégrative tel que défini par Chen en 2010. Il a permis sur le plan théorique de mettre en avant la pertinence d'adopter une approche de recherche « ascendante » en RISP et d'étudier la viabilité dans le cadre d'une étude pilote. En complément et en réponse aux objectifs suscités, il était nécessaire de partir de cas empiriques pour éprouver le concept de viabilité. Dans cette perspective une étude de cas multiples a été conduite.

L'enjeu était de comprendre le contexte d'émergence de chaque intervention innovante étudiée, d'appréhender le rôle des parties prenantes (acteurs – décideurs – chercheurs – bénéficiaires) dans l'initiation et le déploiement de l'intervention, de comprendre leur perception de l'intervention. En outre, une compréhension de l'organisation dans laquelle l'intervention s'intégrait et de la dynamique en place était nécessaire. Dans cette perspective, une stratégie par étude de cas mobilisant des méthodes qualitatives a été choisie au vu de sa pertinence pour appréhender la richesse de l'objet étudié (Yin, 2018; Yin, 2012). Préconisées pour comprendre des phénomènes complexes dans un contexte réel, les études de cas sont particulièrement adaptées à un objet d'étude tel que la viabilité (Ridde et al., 2023). Une stratégie d'étude de cas multiples suivant plusieurs niveaux d'analyse imbriqués a été choisie (Ridde et al., 2023; Yin, 2012).

Sélection des cas

La sélection des études de cas a été réalisée de manière heuristique, permettant de répondre aux objectifs de recherche posés. Des arguments pragmatiques ont été considérés puisque nous nous sommes appuyés sur les trois projets de recherche de la doctorante, ces mêmes études ayant amené à élaborer la problématique de recherche. En effet, une organisation parallèle de la recherche a été adoptée³ (Lejeune, 2019).

Ces trois cas présentaient l'intérêt d'être des interventions innovantes dans le champ de la petite enfance déployées pour la première fois en contexte français avec des similitudes et contrastes entre les cas. Nécessaires à la comparaison entre les cas, les points de similitudes étaient : le stade dans le processus de développement et d'évaluation de l'intervention (premier déploiement en contexte

³ La recherche scientifique implique quatre activités (la problématisation, le recueil de données, l'analyse des données et la rédaction des résultats de l'analyse). Lorsque ces activités se succèdent l'organisation de la recherche est séquentielle. Lorsque ces activités ne sont pas successives mais qu'elles s'enrichissent et s'influencent mutuellement, l'organisation de la recherche est parallèle (Lejeune, 2019).

français), le champ d'intervention (petite enfance, s'intégrant dans les politiques familiales), les perspectives de déploiement explicitées par les parties prenantes (perspectives de transfert et mise à l'échelle en fonction des résultats de la recherche).

Deux points de contraste centraux ont été considérés. Le premier était le caractère standardisé ou non de l'intervention (intervention standardisée avec une fidélité stricte à un protocole lors du déploiement *versus* intervention visant à s'adapter aux contextes). En effet, cette thèse s'intéresse à la prise en compte de la complexité des interventions en santé des populations dans leur développement et leur évaluation. Dans le paradigme du réalisme critique, ce n'est pas l'intervention qui est à l'origine des effets observés. C'est l'intervention, en interaction avec le contexte, qui permet d'activer (ou non) des mécanismes à l'origine des effets escomptés (Pawson & Tilley, 1997). Dans cette perspective, une réplique stricte d'une intervention, sans l'adapter au contexte, ne fait pas de sens. Elle est incohérente avec le concept même de viabilité qui s'intéresse à l'intégration de l'intervention dans le système (H. Chen & P. Garbe, 2011). Le deuxième point de contraste était l'adoption d'une approche de recherche ascendante ou non. Le modèle de la validité intégrative étudié s'appuie sur une approche ascendante de la recherche (Chen, 2010). Bénéficier d'une étude de cas n'ayant pas intégré une étude de viabilité en amont de l'étude de l'efficacité permettait de se questionner sur l'intérêt même d'analyser la viabilité.

Les points de contrastes secondaires étaient les objectifs et stratégies d'interventions, les parties prenantes à l'origine du déploiement (acteurs et/ou chercheurs) et les perspectives de diffusion (programme commercialisé *versus* libre de droit). La viabilité faisant appel aux perceptions des parties prenantes, il nous semblait intéressant de bénéficier d'interventions dans un même champ mobilisant des stratégies et des publics cibles différents (ex : population générale et population ciblée par des critères de vulnérabilité).

Etude de cas multiples : méthode par cas

Pour chacune des études de cas, l'analyse de la viabilité a été réalisée à partir des résultats d'une étude qualitative visant à analyser le vécu/et ou l'appropriation de l'intervention par les parties prenantes. Chaque cas s'est articulé autour d'une étude exploratoire et d'une phase d'approfondissement, selon une méthode relativement comparable, présentée dans la figure 3. En complément, les détails des objectifs, les méthodes de collecte et d'analyse des données de chaque étude de cas sont présentés dans les différents articles (ou dans la partie 7, section 2 pour l'étude de cas 3 où l'article est en cours de rédaction).

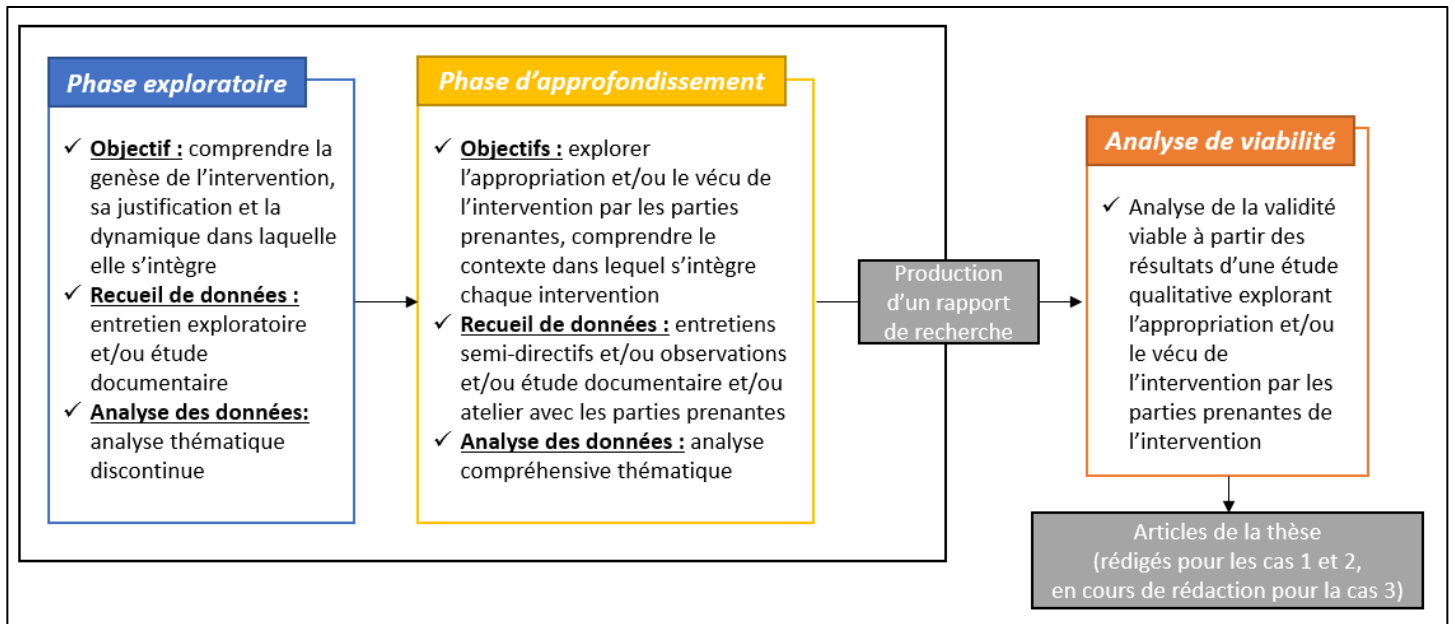


Figure 3 : méthode utilisée pour chaque étude de cas (résumé générique, adapté à chaque cas)

Synthèse transversale

La synthèse transversale a été réalisée à partir de l'analyse de la validité viable présentée dans les articles de la thèse (ou dans la synthèse de l'analyse de la validité viable, à partir du rapport de recherche : pour l'étude de cas 3 l'article est en cours de rédaction). Les niveaux d'analyse pris en compte pour la synthèse transversale ont été au regard des objectifs de recherche : la définition de la viabilité, les critères de viabilité, les enjeux liés à l'adoption d'une approche de recherche ascendante et les déterminants de la viabilité d'une intervention innovante en santé des populations (tableau 2).

Tableau 2 : présentation des niveaux d'analyse au regard des objectifs de recherche

Niveau d'analyse	Objectif de recherche
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les enjeux liés à l'adoption d'une approche de recherche ascendante 	(O1) Analyser la place de la viabilité dans le processus de développement et d'évaluation des interventions complexes en santé des populations, (O4) Expliciter les enjeux, apports et limites des études de viabilité d'interventions innovantes
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Définition de la viabilité ✓ Critères de viabilité 	(O2) Interroger empiriquement la pertinence des critères de viabilité, leur articulation et décrire les dimensions de chaque critère de viabilité
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les déterminants de la viabilité 	(O3) Identifier les déterminants de la viabilité des interventions innovantes en santé des populations, (O4) Expliciter les enjeux, apports et limites des études de viabilité d'interventions innovantes

Pour cela, il s'agissait de comparer les données empiriques (résultats issus de l'analyse qualitative de chaque étude de cas) et théorique, en s'appuyant sur le modèle de la validité intégrative et le concept de viabilité issus des travaux de Chen. Nous avons considéré :

- le modèle de la validité intégrative tel que défini dans l'article initial de 2010 qui a servi de base au cadrage de l'analyse de viabilité dans les trois études de cas (Chen, 2010),
- l'opérationnalisation de l'étude de viabilité réalisée par Chen. Il s'agissait de l'évaluation d'une intervention visant à prévenir les intoxications au monoxyde de carbone (CO) par l'adoption et l'application d'une législation imposant l'installation de détecteurs de CO dans les bâtiments résidentiels (Chen et al., 2014a),
- l'actualisation de la définition de la viabilité proposé par Chen en 2023. Les évolutions du modèle de la validité intégrative et du concept de viabilité entre 2010 et 2023 sont présentées partie 9 - 1.2.

Description des cas intégrés dans la recherche

Trois études de cas ont été conduites avec un recueil de données de septembre 2018 à novembre 2021. Le tableau 3, synthétise la présentation des trois cas inclus dans la thèse. Ils sont présentés plus en détail dans les différentes sous-parties du manuscrit introduisant chacun des cas :

- étude de cas 1 : Petite Enfance Recherche-action en Lorraine (PERL), évaluation des processus et mécanismes (partie 5 du manuscrit),
- étude de cas 2 : étude de la viabilité de la démarche « Accompagne-moi... ! » (partie 6),
- étude de cas 3 : étude de la viabilité du programme "Incredible Years" (partie 7).

Tableau 3 : présentation des trois cas de la thèse

	Cas 1	Cas 2	Cas 3
	Petite Enfance Recherche-action en Lorraine (PERL)	Etude Pilote de la démarche <i>Accompagne-moi... !</i> (EPAm)	Etude pilote de la viabilité du programme « Incredible Years »
Composante de la politique familiale concernée	Soutien à la parentalité	Accueil formel du jeune enfant	Soutien à la parentalité
Organisation dans laquelle l'intervention s'intègre	Association communautaire à l'origine de la démarche et crèches dans lesquels la démarche est déployée	Service de Protection Maternelle et Infantile (intervention) et pédopsychiatrie (dispositifs de supervision)	Association et fondation coordonnant le déploiement du programme, centres de loisirs et Centres de Loisirs Associés à l'École (CLAE)
Origine de l'intervention	1. Identification d'éléments diagnostics	1. Identification d'éléments diagnostics	1. Identification d'éléments diagnostics

Partie 4 - Stratégie d'études de cas et méthode

	2. Développement d'une 1 ^{ère} intervention basée sur la théorie et évaluation de l'intervention dans le cadre d'une recherche en réponse aux besoins sur le territoire (conditions de recherche), (Fidry et al., 2014)	2. Développement d'une intervention basée sur les données probantes par une association communautaire, en adaptant deux interventions développées et évaluées au Québec (Larose et al., 2019).	2. Identification d'une intervention probante développée aux Etats-Unis, évaluée et déployée à l'international (Webster-Stratton, 2012)
Premier déploiement de l'intervention en contexte français	3. Intégration du modèle de la première intervention à l'offre du système de santé, dans le monde réel : 1 ^{er} déploiement lors de la recherche PERL (Essai Contrôlé Randomisé)	3. Premier déploiement dans deux crèches sans recherche, 4. Deuxième déploiement dans le cadre de l'étude pilote	3. Premier déploiement dans le cadre de deux études pilotes d'un essai contrôlé randomisé (deux études pilotes ont été successivement réalisées en raison de la crise sanitaire)
Analyse de viabilité	✓ En parallèle de la première année d'un ECR visant à évaluer l'efficacité	✓ Dans le cadre d'une étude pilote dédiée à l'étude de la viabilité et de la transférabilité de l'intervention	✓ En parallèle des deux études pilotes de l'ECR
Condition de déploiement (proximité avec le monde réel)	✓ Prise de contact avec les familles par l'équipe de recherche évaluant l'efficacité de l'intervention, ✓ Accompagnements réalisés et coordonnés par la PMI (monde réel).	✓ Déploiement intégralement piloté et réalisé par les acteurs du monde réel, ✓ Ressources financières spécifiques à l'intervention levées par les acteurs du monde réel (sans intervention de l'équipe de recherche).	✓ Déploiement du 1 ^{er} pilote, coordonné par l'équipe de recherche (évaluant l'efficacité de l'intervention) en partenariat avec les acteurs de terrain. Déploiement du 2 ^{ème} pilote coordonné par les acteurs de terrain sous la supervision de la recherche ✓ Ressources financières levées par la recherche et appui organisationnel (ex : contrat de travail).
Tendance quant à la fidélité versus adaptation de l'intervention	Adaptation de l'intervention aux contextes	Adaptation de l'intervention aux contextes	Fidélité au protocole d'intervention
Perspective de déploiement	En fonction des résultats de la recherche transfert et ou généralisation		A définir en fonction des résultats de la recherche et des dynamiques partenarial, programme commercialisé
	Elaboration d'un guide de mise en œuvre permettant à chaque PMI de se saisir de l'intervention, du contenu de l'intervention et résultats en libre accès	Perspective de déploiement à large échelle, avec un pilotage du déploiement par l'association communautaire porteuse du déploiement	

Partie 5 - Etude de viabilité PERL

1. Présentation du cas n°1

PERL⁴ est une recherche interventionnelle en santé des populations conduite par les services de pédopsychiatrie et de Protection Maternelle et Infantile (PMI, conseil départemental de Meurthe-et-Moselle) en Lorraine (France). Cette recherche a pour objectif principal d'évaluer les effets de l'accompagnement préventif à domicile par un ou une professionnelle de la petite enfance sur la prévalence des retards de développement et de langage des enfants, par rapport à la prise en charge habituelle (Buchheit et al., 2021). Cette recherche comprend :

- une intervention structurée (un accompagnement préventif à domicile proposé pendant les premières années de l'enfant par des puéricultrices de PMI aux familles incluses dans la recherche, des supervisions et une formation des puéricultrices réalisant cet accompagnement),
- une recherche sur les effets de l'accompagnement (figure 4, page suivante).

La recherche PERL s'est accompagnée d'une évaluation des processus et mécanismes en 2018-2019, dont les résultats font l'objet de la présente étude de cas. Cette évaluation a été réalisée par le Centre d'Expertise en Santé Publique (CESP) de l'Ecole de Santé publique de Nancy (Faculté de Médecine, Université de Lorraine)⁵.

Evaluation qualitative

Dans une perspective de transfert et de généralisation de PERL, les objectifs de cette évaluation étaient : (i) de comprendre les mécanismes d'efficacité de l'intervention, (ii) d'expliquer les possibles différences d'implantation et d'effet en fonction des caractéristiques des familles, (iii) d'analyser les facteurs favorisant et les contraintes à la mise en œuvre d'une telle intervention en PMI. Les conditions de mise en œuvre de PERL n'ont pas permis une appropriation optimale du projet par les puéricultrices, certains acteurs du territoire ayant remis en cause de manière temporaire le déploiement du projet ainsi que sa faisabilité et/ou son acceptabilité. Une évolution de cette situation vers une issue plus favorable a été constatée permettant la poursuite du déploiement de l'intervention

⁴ Bien que l'acronyme PERL signifie Petite-Enfance Recherche-action en Lorraine, il est utilisé par les parties prenantes et dans cette thèse pour désigner à la fois : (i) la recherche PERL, (ii) la démarche qui est évaluée par la recherche.

⁵ Cette étude de cas concerne le volet 1 de l'évaluation des processus et mécanismes (réalisée par Charlotte Decroix chargée d'étude au CESP en 2018-2019, sous la direction de Joëlle Kivits). Dans la continuité de ces travaux, un volet 2 de cette évaluation par le CESP est en cours de préparation, il ne sera pas présenté ici.

dans la première moitié de l'année 2019. Dans ce contexte, la question de l'appropriation de la démarche PERL et l'intégration dans les pratiques habituelles des puéricultrices de PMI a été rajoutée aux questions initiales. Les questions évaluatives révisées étaient : comment le projet PERL est-t-il supposé atteindre les résultats escomptés selon les acteurs ayant développé l'intervention ? Comment les acteurs se sont appropriés le projet PERL ? Quels freins et leviers, y compris contextuels, ont influencé le démarrage de PERL ? A partir du projet PERL, en vue du déploiement de l'intervention dans un autre contexte (territoire, porteur...) ou de la réalisation d'un autre projet de recherche interventionnelle, quels points de vigilance et leviers peut-on identifier ?

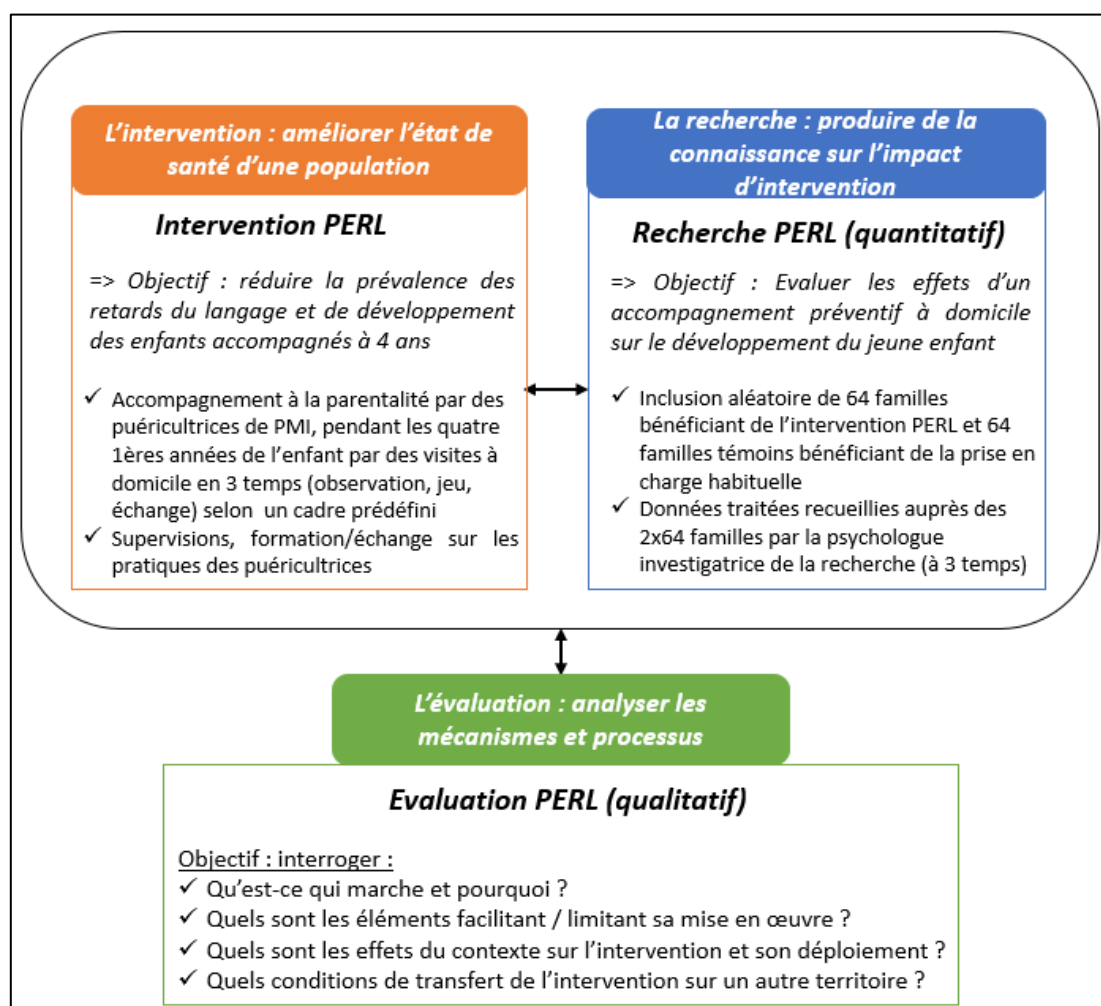


Figure 4 : PERL, une intervention, une recherche, une évaluation

Pour répondre à ces questions évaluatives, la méthodologie s'articulait autour d'entretiens semi-directifs (18 entretiens avec des acteurs ayant joué un rôle clé dans le développement de PERL depuis sa conception jusqu'à son démarrage), d'une étude documentaire, d'observations des temps de coordination et de supervisions ainsi que d'un processus de concertation auprès des acteurs –

chercheurs – décideurs impliqués (ateliers avec les puéricultrices de PMI, séminaire avec les parties prenantes, concertation électronique). Le recueil de données a eu lieu de juin 2018 à septembre 2019.

Etude de « viabilité »

Le choix des guillemets pour parler de l'étude de viabilité PERL est lié au fait que cette dénomination a été donnée *a posteriori* de l'évaluation des mécanismes et processus (lors de la rédaction du manuscrit de thèse et des articles présentés ici). Résumés dans le tableau 4, les résultats se découpent en deux parties.

Tableau 4 : questions évaluatives, principaux résultats, valorisation et présentation du plan du cas 1

Question évaluative et critères de viabilité	Principaux résultats	Valorisation et partie du manuscrit de thèse
<ul style="list-style-type: none"> • Comment le projet PERL est-t-il supposé atteindre les résultats escomptés selon les acteurs ayant développé l'intervention ? • Critère de viabilité exploré : évaluabilité 	<p><i>Résultats :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs et présentation de PERL • Composantes de l'accompagnement PERL • Les 5 fonctions clés centrales de PERL <p><i>Annexes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèle logique de PERL, version détaillée • « PERL, un programme d'accompagnement à la parentalité en PMI : guide de mise en œuvre » (annexe 3 du manuscrit) 	<p>Decroix, C., Buchheit, S., Colombo, M.-C., Ligier, F., Kabuth, B., & Kivits, J. (2022). Accompagnement à la parentalité en Protection maternelle et infantile : co-construction de la logique d'intervention PERL. <i>Santé Publique</i>, 34(3), 391-404. https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-391.htm</p> <p>Partie 2.1</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Comment les puéricultrices se sont appropriées PERL ? • Critères de viabilité explorés : utilité, adéquation / appropriée, abordable et pratique 	<p><i>Résultats :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La viabilité au cœur de l'appropriation de PERL <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilité, perception du potentiel de l'intervention à : i) être efficace, ii) à être juste socialement ○ Faisabilité (adéquate/appropriée, abordable et pratique) • Les composantes du changement organisationnel : des déterminants de la viabilité de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> ○ Contexte du changement ○ Processus du changement ○ Contenu du changement 	<p>Decroix, C., Buchheit, S., Colombo, M.-C., Kabuth, B., Ligier, F., Alla, F. & Kivits J. De la recherche à la routinisation, appropriation d'une intervention innovante de soutien à la parentalité par les professionnelles</p> <p>Partie 2.2</p>

2. Etude de viabilité

Article 1 : publié dans la revue de santé publique, cet article porte sur la co-construction de la logique d'intervention PERL. Il s'intéresse à un des critères de viabilité : le critère d'évaluabilité tel qu'il a été défini par Chen. Il s'agit de « *la clarté et la possibilité de mesurer les résultats escomptés d'une intervention et l'existence d'une logique cohérente concernant la capacité d'une intervention à influencer les résultats escomptés* » (traduction libre), (Chen et al., 2014). La mesurabilité n'a pas été analysée dans cette étude de cas. Notre étude étant réalisée pendant le lancement de l'essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité de l'intervention, la mesurabilité était déjà traitée par ailleurs (Buchheit et al., 2021).

L'intervention PERL est basée sur des preuves scientifiques. Elle a été construite à partir de théories issues de la psychologie (Buchheit, 2021; Fidry et al., 2014). Notre évaluation qualitative visait à expliciter la logique d'intervention (au sens théorie d'action et théorie de changement) afin d'intégrer ces théories issues de la littérature à des éléments de contexte, de mise en œuvre, et de mobiliser les différents types de savoirs interdisciplinaires des parties prenantes. En cohérence avec la définition de données probantes, il s'agissait d'opérer un croisement entre : (i) les preuves scientifiques sur lesquelles étaient fondées PERL ; (ii) les connaissances théoriques et savoirs expérimentiels des parties prenantes de l'intervention, les préférences des populations et les caractéristiques des contextes dans lequel l'intervention s'intègre (R. C. Brownson et al., 2009). Les deux articles soulignent la nécessité que les parties prenantes du monde réel considèrent la logique d'intervention cohérente pour qu'elles puissent se l'approprier.

Article 2 : cet article avait pour objectif d'analyser l'appropriation de l'intervention PERL par les puéricultrices de PMI à partir des résultats de l'évaluation qualitative. Cette analyse s'est appuyée sur deux modèles théoriques explicatifs des résultats observés : le modèle de la validité intégrative (en particulier le concept de viabilité) et le modèle théorique de l'approche contextualiste du changement (Chen, 2010; Pettigrew, 1987). Concernant la recherche doctorale, cet article explore les dimensions de quatre critères de viabilité : pratique, abordable, adapté, utile. Il permet de réinterroger les critères tels que définis par Chen au regard des résultats obtenus dans l'analyse qualitative. Dans PERL, l'approche ascendante proposée par Chen n'a pas été adoptée.

Deux déterminants de la perception et l'expérience des parties prenantes, quant à savoir si l'intervention est pratique, abordable, adapté, utile, ont été identifiés dans les résultats de cet article :

- les composantes du changement organisationnel,

Partie 5 - étude de viabilité PERL (étude de cas n°1)

- les différents niveaux imbriqués d'influence de l'environnement dans lequel les parties prenantes évoluent dans une approche écologique.

Cette hypothèse sur les déterminants de la viabilité de l'intervention sera mise en perspective des deux autres cas de la thèse dans la partie 8 (synthèse transversale).

2.1 Co-construction de la logique d'intervention PERL (article 1)

Référence de l'article publié

Decroix, C., Buchheit, S., Colombo, M.-C., Ligier, F., Kabuth, B., & Kivits, J. (2022). Accompagnement à la parentalité en Protection maternelle et infantile : co-construction de la logique d'intervention PERL. *Santé Publique*, 34(3), 391-404. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-391.htm>



ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ EN PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE : CO-CONSTRUCTION DE LA LOGIQUE D'INTERVENTION PERL

[Charlotte Decroix](#), [Sophie Buchheit](#), [Marie-Christine Colombo](#), [Fabienne Ligier](#), [Bernard Kabuth](#), [Joëlle Kivits](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2022/3 Vol. 34 | pages 391 à 404

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.223.0391

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-391.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Accompagnement à la parentalité en Protection maternelle et infantile : co-construction de la logique d'intervention PERL

Parenting support in Maternal and child protection services: co-construction of the PERL intervention logic

Charlotte Decroix¹, Sophie Buchheit^{2,3}, Marie-Christine Colombo⁴, Fabienne Ligier^{2,5}, Bernard Kabuth^{2,3}, Joëlle Kivits^{6,5}

↳ Résumé

Introduction : En région Grand Est (France), une intervention de prévention primaire en périnatalité a montré des résultats encourageants sur le développement de l'enfant. Afin de rendre cette intervention transférable et pérenne hors d'un contexte de recherche, elle a été adaptée dans une politique de santé familiale universelle et évaluée par la recherche « Petite enfance, recherche-action en Lorraine » (PERL).

Méthode : L'objectif de l'article est d'exposer la logique d'intervention de PERL, explicitée par l'évaluation des processus et mécanismes (2018-2019). Ancrée dans une démarche de co-construction, la méthode s'est structurée autour de 18 entretiens suivis d'un processus de concertation auprès des acteurs-chercheurs-décideurs impliqués.

Résultats : Porté par les services de protections maternelle et infantile (PMI), PERL s'articule autour de visites au domicile de puéricultrices, d'analyses des pratiques et de supervisions. À l'inverse d'une tendance à la normalisation, l'approche reconnaît le parent comme expert de son enfant et propose un accompagnement le soutenant dans son rôle. L'importance des supervisions, pour soutenir les puéricultrices confrontées à des situations complexes, constitue une des pierres angulaires du dispositif.

Discussion : PERL est un programme structuré et non standardisé d'accompagnement à la parentalité, impliquant des concepts forts de « promotion de la santé ». Cette évaluation met en avant l'importance de bénéficier d'une vision partagée de la logique d'une intervention ainsi que les défis sous-jacents. Dans la perspective du déploiement et du transfert de PERL il sera nécessaire d'adapter le dispositif aux contextes et aux territoires. Pour cela, un guide de mise en œuvre a été réalisé.

Mots-clés : Services de santé primaire; Prévention primaire; Petite enfance; Évaluation de programme; Accompagnement à la parentalité.

↳ Abstract

Introduction: In the Greater Eastern region of France, a primary prevention intervention in perinatal care has shown promising results on child development. In order to make this intervention transferable and sustainable outside a research context, it was adapted into a universal family health program. The PERL (Petite Enfance Recherche-action en Lorraine: early childhood research-action in Lorraine) research-action aimed to evaluate the effects of this new intervention

Method: The objective of the article was to present the intervention logic of the PERL program, based on the evaluation of processes and mechanisms (2018-2019). The method was based on 18 semi-structured interviews with actors involved in the construction and implementation of PERL, and a consultation process.

Results: Supported by the Maternal and Child Protection services (PMI), PERL is a program based on home visits by nurses, analysis of practices and supervision. In contrast to a standardized or an injunctive perspective, the approach recognizes and supports the parent as an expert of his or her own child. The importance of supervision in facilitating the adoption of an unconditional benevolent posture and the professional development of nurses confronted with complex situations is one of the cornerstones of the system.

Conclusions: PERL is a structured and non-standardized parenting support program, based on strong health promotion concepts. This evaluation underlines the importance and challenges of having a shared vision of the intervention logic. In the perspective of the deployment and transfer of PERL, it will be necessary to adapt the system to the contexts and territories. In this perspective, an implementation guide has been produced.

Keywords: Maternal and child protection services; Primary prevention; Early childhood; Program evaluation; Parenting support.

¹ Centre de recherche Bordeaux Population Health – Inserm U1219 – Université de Bordeaux – France.

² PUPEA – Centre Psychothérapique de Nancy – Laxou – France.

³ EA 4432 – Interpsy – Université de Lorraine – Nancy – France.

⁴ PMI – Direction des Solidarités – Conseil départemental – Nancy – France.

⁵ Université de Lorraine – APEMAC – F-54000 Nancy – France.

⁶ École de santé publique de Nancy – Vandœuvre-lès-Nancy – France.

Introduction

Longtemps méconnue, la prévention primaire en matière de développement de l'enfant connaît un regain d'intérêt et d'actualité [1]. Depuis plus de cinquante ans, de nombreux projets de recherche ont été développés à l'international, ciblant différents publics tels que *Early Head Start* aux États-Unis, *FLUPPY* au Québec ou encore *Triple P* (Pratiques Parentales Positives) en Australie [1]. Ces programmes, avec leurs propres objectifs, approches et modalités d'intervention, visent à lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS) [1]. Malgré ces évolutions récentes, les ISS persistent et leur diminution reste un réel enjeu en matière de prévention primaire en périnatalité.

Les ISS apparaissent dès le plus jeune âge : dès les deux ans de l'enfant, il existe un important gradient socioéconomique dans le développement du langage [2]. Au vu du potentiel de l'accompagnement à la parentalité dans la lutte contre les ISS, différentes recherches-actions sont en cours. À l'échelle nationale, la recherche-action « Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de protection maternelle et infantile (PMI) » (PANJO) a été initiée en 2014 [3]. À l'échelle locale, sur le territoire du Lunévillois (Grand Est), le constat répété d'une prévalence élevée de retards de langage chez les enfants de 4 ans a été à l'origine d'une 1^{re} recherche-action, « Interreg »¹ (2010-2014). Cette recherche-action évaluait les effets d'une intervention proposant un accompagnement à domicile régulier par une psychologue les premières années de vie de l'enfant. Les résultats ont été prometteurs pour le développement global de l'enfant à deux ans et du langage à quatre ans [4-5]. Suite à ces résultats, s'est posée la question de la viabilité de l'intervention, c'est-à-dire sa capacité à être intégrée dans le système de santé en pratique courante, hors d'un contexte de recherche [6].

En vue de dépasser le stade expérimental de la recherche Interreg et de rendre l'intervention transférable et pérenne en pratique courante, des adaptations ont été réalisées [7]. L'enjeu était de s'appuyer sur l'offre du système de santé existante, à savoir la protection maternelle et infantile (PMI), déjà partie prenante du projet Interreg [7]. L'évaluation de cette intervention adaptée a fait l'objet de

¹ Cette recherche-action, coordonnée par le Dr Laurence Fond-Harmant (Centre de recherche en prévention-santé, Luxembourg) a été financée par le Centre psychothérapeutique de Nancy et par l'Union européenne dans le cadre du programme « Interrégional IV-A-Programme transfrontalier de prévention et de promotion de la santé mentale ».

la recherche-action « Petite enfance, recherche-action en Lorraine » (PERL) [8].

L'intervention déployée dans PERL relève du champ des interventions complexes, dont l'évaluation nécessite de ne pas se limiter à un modèle évaluatif centré sur les effets [9-11]. Il est nécessaire de s'interroger sur les mécanismes à l'origine des effets et de considérer la place du contexte dans l'atteinte des objectifs [12, 13]. Dans cette perspective, une évaluation des processus et mécanismes a été conduite (2018-2019), en parallèle de la recherche-action PERL (2018-2023). Il s'agissait d'élaborer le modèle logique de l'intervention, c'est-à-dire de construire « un outil permettant de formaliser la logique d'une intervention, à savoir les relations entre les différentes composantes de cette intervention (buts, objectifs, activités, effets attendus), de visualiser les différentes voies possibles pour atteindre les résultats (les chaînes de causalité) et d'identifier les facteurs externes susceptibles d'influencer cette intervention » [14]. Plus précisément, la démarche visait à expliciter la théorie sous-jacente à l'intervention. Nous entendons par théorie « un ensemble de croyances ou d'hypothèses qui sous-tendent les activités du programme » [13].

La démarche d'explicitation de la logique d'intervention est cruciale en promotion de la santé : il existe un manque, voire une absence, de description des interventions publiées dans la littérature, ces dernières se centrant davantage sur la méthodologie d'évaluation [15]. Ce manque « rend difficile l'appréciation de l'applicabilité et de la transférabilité de l'intervention, ainsi que les choix sur ce qui peut être reproduit et adapté lors de sa reproduction dans un nouveau contexte » [16, 17]. Dans cette perspective, et en complément de la publication du protocole de la recherche-action PERL, l'objectif du présent article est d'exposer la logique d'intervention du programme² PERL.

Matériels et méthodes

Présentation de la méthode

Notre approche méthodologique s'est inspirée des démarches participatives [18] et plus spécifiquement de la

² L'emploi du terme « programme » ne signifie pas une standardisation de l'intervention. Il fait référence à un ensemble d'actions coordonnées dans le temps et l'espace pour répondre de façon structurée à un objectif. Suivant les territoires dans lesquels la démarche PERL pourra être déployée, l'intervention doit s'adapter au contexte et à l'existant, selon les éléments diagnostics locaux (annexe 2).

recherche-action collaborative [19]. Ces perspectives favorisent l'expression de différents types de savoirs et disciplines ainsi que l'échange entre ces savoirs et disciplines. Dans cette perspective, différentes sources ont été mobilisées pour expliciter la logique d'intervention PERL : documents, personnes, recherches antérieures et raisonnement logique. Dans une démarche de co-construction, l'évaluation s'est articulée en deux étapes (figure 1) :

- 1) Explication de la logique d'intervention sous-jacente au développement de PERL. Des entretiens ont été conduits auprès de l'ensemble des parties prenantes à l'origine de PERL ou impliquées dans son élaboration (1.1) et une analyse documentaire a été réalisée (1.2).
- 2) Processus de concertation pour élaborer une vision partagée de la logique d'intervention PERL par les parties prenantes impliquées, réalisé en trois temps : un atelier avec les puéricultrices de PMI (2.1), un séminaire avec l'ensemble des parties prenantes (2.2) et une concertation électronique (2.3).

Étape 1 : Explication de la logique des parties prenantes par une approche qualitative

1.1 Entretiens semi-directifs

Objectifs : (a) établir la généalogie de l'intervention, (b) identifier les hypothèses implicites/explicites justifiant l'intervention et son fonctionnement, (c) identifier les adaptations, leurs justifications et la manière dont elles se traduisent dans le projet.

Échantillon : élaboration par effet « boule de neige » à partir des acteurs cités dans les documents du projet et du comité de pilotage de PERL; inclusion de l'ensemble des acteurs ayant joué un rôle clé dans le développement de PERL depuis sa conception jusqu'à son démarrage; recrutement en présentiel et/ou par courriel.

Recueil des données : réalisation d'entretiens semi-directifs conduits avec support d'un guide d'entretien comprenant des questions ouvertes; enregistrement des entretiens après obtention de l'accord oral des participants.

Analyse des données : retranscription intégrale des entretiens; réalisation d'une analyse thématique continue [20]; utilisation du logiciel NVivo® comme support à l'analyse.

1.2 Analyse documentaire

Objectifs : (a) affiner la compréhension de l'intervention, (b) mettre en avant des données sur le contexte d'implantation et des faits utiles à la compréhension de l'évolution de son déploiement.

Recueil des données : constitution du corpus documentaire à partir de tous les documents mis à disposition par les acteurs rencontrés en entretien.

Analyse des données : analyse thématique sur la base de la grille issue de l'analyse des entretiens.

Étape 2 : Processus de concertation pour une vision partagée de la logique d'intervention

Objectif : co-construire le modèle logique de l'intervention PERL en concertation avec les acteurs impliqués depuis son origine jusqu'à sa mise en œuvre en 2018.

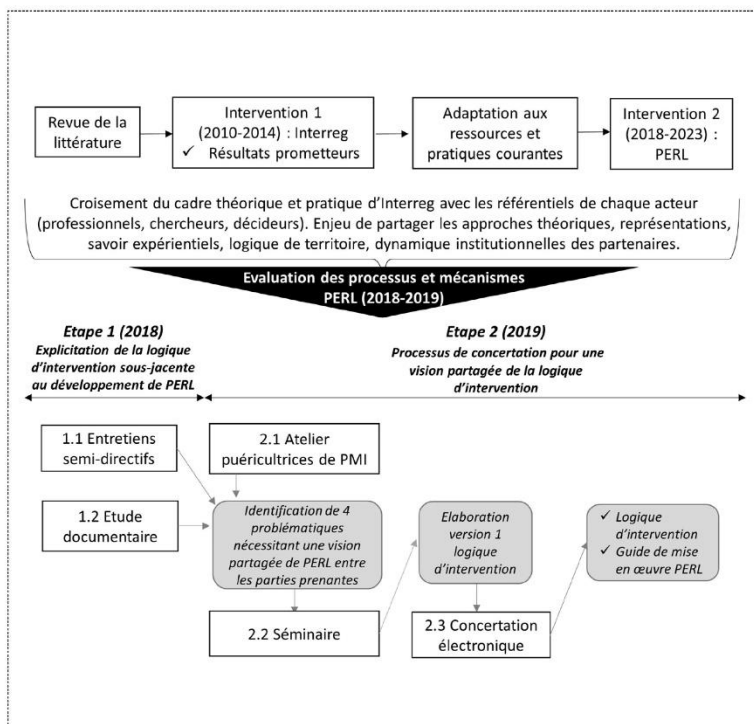


Figure 1 : Présentation des étapes de la méthodologie employée

La fiabilité des données a été renforcée par une triangulation des sources de données (étape 1) et par le processus de concertation (étape 2).

Échantillon : ensemble des acteurs sollicités à l'étape 1 ainsi que les puéricultrices déployant l'intervention, afin de considérer leur savoir expérientiel.

Recueil et analyse des données en trois temps :

- 2.1 *Atelier avec les puéricultrices de PMI* : un atelier d'une demi-journée avec les puéricultrices de PMI impliquées dans le déploiement de PERL a été réalisé, visant à (a) identifier leur perception des composantes prioritaires et les mécanismes à l'œuvre; (b) mener une réflexion collective concernant les enjeux sous-jacents au projet PERL et les intérêts pour chaque acteur impliqué dans ce projet (en lien avec le contexte); (c) avoir une perception générale des représentations des puéricultrices sur ces enjeux.
- 2.2 *Séminaire* : un séminaire d'une demi-journée dans lequel était inclus l'ensemble des parties prenantes. L'objectif était de trouver une vision commune sur ce qu'est l'accompagnement PERL tant en théorie qu'en pratique. L'analyse des résultats des données recueillies en amont de cette étape ont permis de dégager quatre problématiques pour lesquelles il manquait une vision partagée. Les participants ont été répartis en quatre tables rondes et ont débattu de l'ensemble des problématiques dont ils avaient pris connaissance en amont du séminaire. Afin de croiser les regards, la composition des tables rondes était prévue selon les critères suivants : acteurs agissant aux différentes étapes du projet, rôle dans PERL (chercheur, puéricultrice, professionnel de santé du territoire, élu, acteur institutionnel...), implication dans la 1^{re} recherche-action et/ou PERL, proximité territoriale (départemental/local).
- 2.3 *Concertation électronique* : l'analyse des entretiens complétés des comptes-rendus du séminaire a permis l'élaboration d'une 1^{re} version de la logique d'intervention. Celle-ci a été envoyée par courriel à l'ensemble des parties prenantes pour interroger (a) le degré de consensus sur chaque composante de PERL, (b) la correspondance entre le modèle logique proposé et la perception des acteurs de PERL. Les résultats issus de la concertation ont été présentés à l'ensemble des acteurs impliqués.

Résultats

Caractéristiques des participants et des étapes

Les caractéristiques des participants à chacune des deux étapes sont résumées dans le tableau I. Pour l'étape 1, les

entretiens ont été conduits, de septembre à décembre 2018, auprès de 18 des 19 acteurs sollicités. Ils ont eu lieu en présentiel, à l'exception de deux qui se sont déroulés par téléphone. Concernant le corpus documentaire, 26 documents ont été inclus. Pour l'étape 2, l'atelier avec les puéricultrices, du 15 janvier 2019, a rassemblé 7 des 10 puéricultrices. Le séminaire du 25 janvier 2019 a rassemblé 25 des 34 acteurs conviés (4 partenaires ont été inclus en plus, sur sollicitation du comité de pilotage). La volonté de faire débattre, autour des problématiques rencontrées, des acteurs aux formations, fonctions, institutions et échelons territoriaux différents, afin de croiser leurs regards a été atteinte, comme le montre la diversité des participants (tableau I). Les résultats de l'analyse qualitative conduite à l'étape 1 ainsi que l'atelier avec les puéricultrices ont permis d'identifier quatre problématiques abordées par les quatre tables rondes :

- Quelle est la place des conseils donnés par les puéricultrices dans l'accompagnement PERL? Quelle perception de la prévention correspondante? Quelles pistes pour trouver un consensus?
- La définition précise du cadre spatio-temporel en amont de l'accompagnement fait-elle ou non partie des composantes importantes de PERL? Quelle est l'importance de ce cadre et des composantes?
- Comment articuler PERL aux pratiques courantes?
- Dans quelle mesure l'accompagnement PERL permet-il d'agir sur les ISS?

L'analyse des données a permis d'élaborer une première version d'un modèle logique et d'un document détaillant la démarche et la logique d'intervention de PERL. Sept acteurs ont répondu à la concertation menée du 25 juillet au 31 août 2019, avant que les présents résultats soient soumis lors d'une restitution orale réunissant 23 acteurs.

Objectifs et présentation du programme

L'accompagnement porté dans PERL est un accompagnement précoce inscrit dans une démarche de prévention primaire, dont les objectifs sont présentés figure 2.

Les effets escomptés sont des effets à long terme, considérant qu'un développement harmonieux de l'enfant est un déterminant de sa santé, de sa participation sociale et de son bien-être tout au long de sa vie. En outre, la période de la petite enfance est un moment identifié dans la lutte contre les ISS et se retrouve dans les effets attendus à long terme, présentés dans le modèle logique (figure 3).

Pour répondre à ces objectifs, PERL se structure autour de trois composantes (visites à domicile [VAD],

Tableau I : Caractéristiques des participants à l'évaluation

Structure	Profession (ou fonction)	Territoire (Département, D/ Local, L)	Étape d'implication			
			Étape 1 Entretien (1.1)	Étape 2 - Concertation		
				Atelier (2.1)	Séminaire (2.2)	Électronique (2.3)
P1	Élue	D				
P2	Médecin	D				
P3	Médecin (Retraîtée)	L				
P4	Cadre de santé	L				
P5	Puéricultrice	L				
P6	Puéricultrice	L				
P7	Puéricultrice	L				
P8	Puéricultrice	L				
P9	Puéricultrice	L				
P10	Puéricultrice	L				
P11	Puéricultrice	L				
P12	Puéricultrice	L				
P13	Puéricultrice	L				
P14	Secrétaire	L				
P15	Psychologue/Chercheur	D				
P16	Médecin/Chercheur	D				
P17	Médecin/Chercheur	D				
P18	Coordinatrice	D				
P19	Coordinatrice (Retraîtée)	D				
P20	Psychologue/Chercheur	L				
P21	Médecin	L				
P22	Psychiatre/Chercheur (Retraité)	L				
P23	Pédopsychiatre (Retraité)	L				
P24	Coordinatrice	L				
P25	Attachée de recherche clinique	D				
P26	Directeur adjoint	D				
P27	Déléguée territoriale	L				
P28	Travailleuse sociale	L				
P29	Cheffe de service	D				
P30	Médecin	D				

* Protection maternelle et infantile (PMI), Caisse d'allocations familiales (CAF), Agence régionale de santé (ARS)

C. DECROIX, S. BUCHHEIT, M.-C. COLOMBO, ET AL.

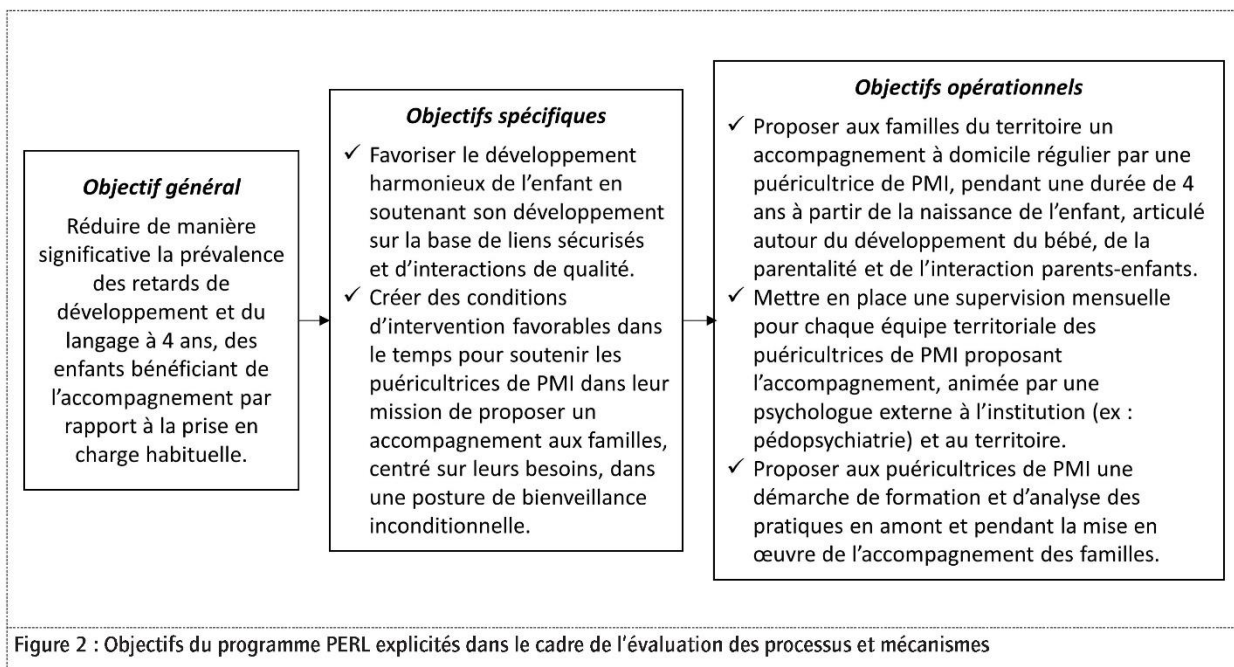


Figure 2 : Objectifs du programme PERL explicités dans le cadre de l'évaluation des processus et mécanismes

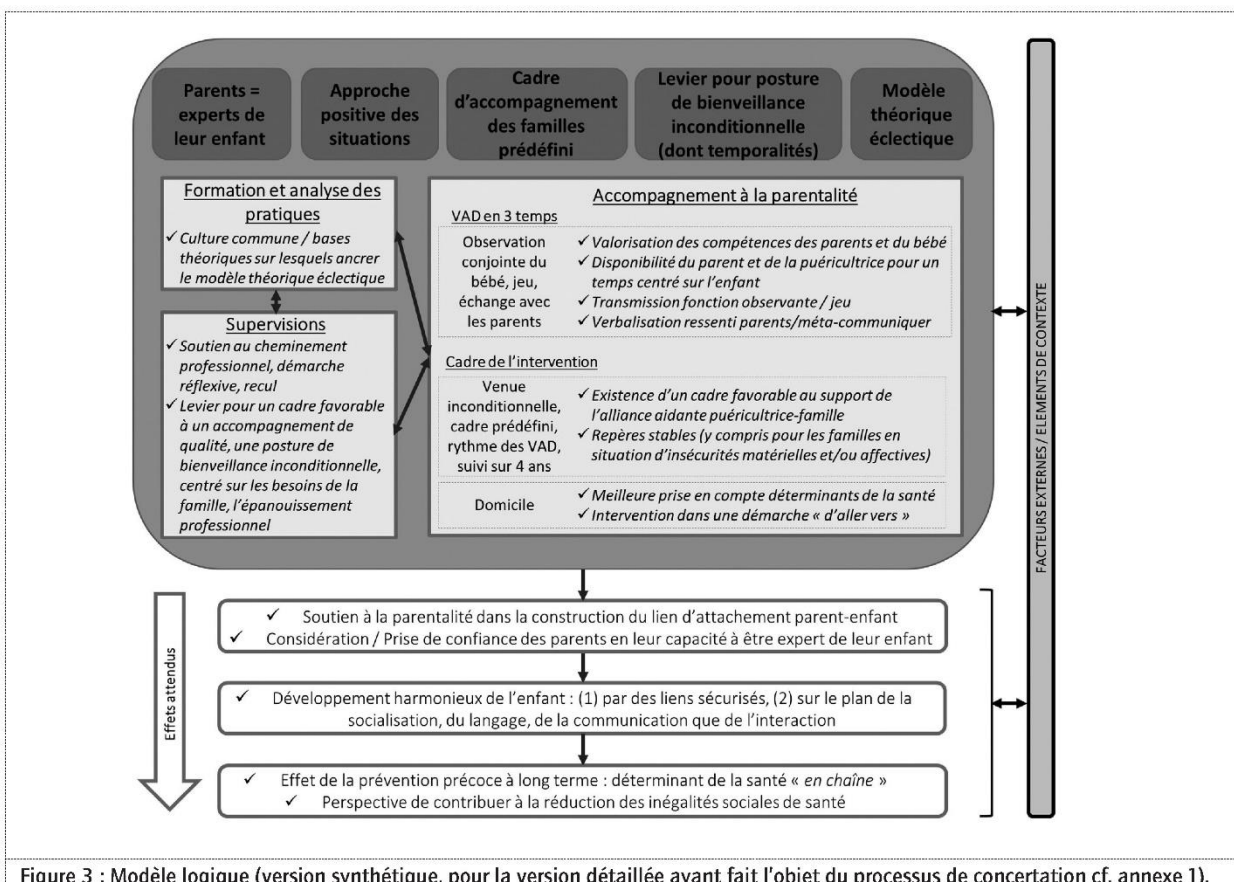


Figure 3 : Modèle logique (version synthétique, pour la version détaillée ayant fait l'objet du processus de concertation cf. annexe 1).

supervisions, analyse de pratiques) et cinq fonctions clés, supposées indispensables pour obtenir les résultats escomptés (parents comme experts, approche positive des situations, cadre d'accompagnement des familles prédéfini, levier pour tendre vers l'adoption d'une posture de bienveillance inconditionnelle, modèle théorique éclectique). Ces composantes et fonctions clés, détaillées dans la suite du présent article, sont résumées dans la figure 3.

Composantes de l'accompagnement PERL

PERL s'articule autour de trois composantes³ :

- 1) Formation et analyse des pratiques auprès des puéricultrices déployant l'accompagnement : les résultats attendus sont l'émergence d'une culture commune entre les puéricultrices de PMI portant l'intervention ainsi que de bases théoriques transversales sur lesquelles ancrer le modèle théorique éclectique.
- 2) Dispositif de supervision : les supervisions visent à être une ressource pour soutenir la posture de bienveillance inconditionnelle des professionnels et pour contribuer à pérenniser des prises en charge de qualité par des conditions de travail adaptées pour les professionnels.
- 3) VAD : les VAD s'articulent en trois temps, selon un cadre prédéfini. Les résultats attendus sont résumés en figure 3.

Les cinq fonctions clés de PERL

Les investigations menées ont mis en avant une logique d'intervention articulée autour de cinq fonctions clés centrales.

Considérer les parents comme experts de leur propre enfant pour qu'ils se considèrent comme tels

Pour répondre à cet enjeu, l'accompagnement vise à limiter les conseils donnés par les puéricultrices en incitant les parents à trouver les réponses par eux-mêmes, d'autant plus s'il s'agit d'un premier enfant. Si, pour certaines questions pratiques, des réponses concrètes peuvent exister, l'accompagnement :

- considère que, pour la grande majorité des questions abordées, il n'existe pas une réponse unique. Le facteur clé, fonctionnant dans l'accompagnement à la parentalité

pendant les premières années de vie de l'enfant, serait avant tout la présence rassurante du professionnel, la valorisation des compétences des parents et de l'enfant ainsi que l'existence d'un espace de parole :

« Après des conseils, les parents nous mettent toujours dans cette position de conseil, vraiment c'est d'essayer de ne pas donner notre façon de faire, mais d'essayer de faire émerger au parent sa façon de faire [...] : comment pourriez-vous faire ? » (P3) ;

- s'inscrit dans une démarche de réflexion éthique comme pour l'ensemble des professionnels de santé et de santé publique. Il invite les professionnels à s'interroger sur les normes auxquelles ils se réfèrent pour fonder leur propre jugement (expériences personnelles, expériences professionnelles, recommandations de bonnes pratiques...) et à s'inscrire dans une démarche réflexive vis-à-vis de ces normes et de leur légitimité, à savoir ce qui est bon pour l'enfant :

« S'il y a un bébé, il pleure et que le parent a décidé de le laisser pleurer, et que pour toi, qui vas en VAD, c'est inacceptable. Pourquoi c'est inacceptable [...] ? Est-ce que ça te renvoie à quelque chose par rapport à toi ? » (P15).

Enfin, le besoin pour l'enfant d'une reconnaissance inconditionnelle de ses parents, qui ne soit pas disqualifiante, y compris lors de mise en place de mesures de protection de l'enfance a été souligné. Ainsi, l'aspect responsabilisant de considérer le parent comme expert de son propre enfant a été mis en avant, y compris dans les situations les plus difficiles.

Proposer un accompagnement prônant une approche « positive » des situations familiales

Il s'agit d'une approche non jugeante considérant une vision positive et globale de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa.

Cela se traduit par la volonté de centrer l'accompagnement sur la valorisation des compétences de l'enfant et des compétences parentales. L'objet premier de la démarche est de soutenir les parents dans la construction de leur lien avec leur enfant. Pour ce faire, les trois temps de la VAD (observation conjointe du bébé, temps de jeu et temps d'échange avec les parents) sont mobilisés comme leviers d'intervention. Une des hypothèses est que tout *a priori* positif ou négatif sur la famille aura des conséquences positives ou négatives. Cela suppose que tout ce qui sera dit peut avoir un impact sur les parents et demande une vigilance sur l'ensemble des formes de langages. Il est attendu que la prise de conscience, par les acteurs de l'intervention, de leur

³ Les détails de mise en œuvre et des possibilités d'adaptations aux contextes sont développés dans le modèle logique complet et dans le guide de mise en œuvre de l'intervention (annexes 1 et 2).

positionnement favorise l'adoption d'une approche positive. Si cette approche positive est préconisée, elle ne doit pas empêcher d'orienter la famille vers des professionnels relais pour la prise en charge d'éventuelles difficultés liées au développement ou à toute autre problématique détectée.

« C'est vrai que ça manque d'avoir juste quelqu'un qui vient [...] juste regarder ton bébé et de te dire combien il est merveilleux. » (P11)

« Pendant très longtemps, on a raisonné en PMI [...] vous pourrez nous parler de tout ce qui est difficile, de tout ce qui vous pose problème. [...] Donc, ça fait un peu peur rien que d'avoir un enfant, ça pouvait être un problème. » (P3)

Prédéfinir le cadre d'accompagnement des familles en amont de l'accompagnement

Le cadre est défini et explicité aux familles en amont de l'accompagnement. Ainsi, les VAD réalisées par les puéricultrices de PMI sont caractérisées, dès le début, par : le lieu ; le rythme, la durée et le contenu des VAD ; le début et la fin de l'accompagnement. L'intérêt d'un cadre clairement établi est recherché, en comparaison avec les accompagnements parfois « flottants » qui peuvent caractériser certaines prises en charge de pédopsychiatrie et/ou de PMI. La définition du cadre de l'accompagnement positionne la venue inconditionnelle du professionnel comme une clé de voûte pour soutenir le lien d'attachement. Cette permanence du lien est supposée être un levier pour instaurer un lien de confiance. La continuité de l'accompagnement proposé est supposée faire évoluer la relation avec les familles :

« Je pense aussi chez ces familles fragiles, c'est dans l'insistance aussi du lien, la permanence du lien qu'on arrive à instaurer peut-être une confiance. » (P21)

« Beaucoup de familles ont testé le lien en fait, en disant : « mais elle s'est engagée pour ça ». C'était pas du coup conscient comme démarche, « mais elle s'est engagée pour ça, est-ce que ça va vraiment se réaliser ? Est-ce que je peux me rassurer et être sécurisée dans cette relation-là ? » (P20)

Donner un cadre aux professionnels permettant de tendre vers l'adoption d'une posture de bienveillance inconditionnelle (bienveillance en toute condition)

À l'opposé d'un contexte d'exercice en PMI, décrit comme de plus en plus contraignant, avec des ressources en baisse, l'accompagnement prôné dans PERL insiste sur la nécessité de prendre du temps. Il s'agit, avec les familles, de prendre le temps de poser le cadre (permettre une intériorisation

progressive par les familles de la démarche, de son cadre, ainsi qu'une appropriation du contenu des VAD, construire une alliance aidante), de prendre le temps lors de chaque VAD (avec une certaine durée) et de prendre le temps de revenir à domicile (avec un rythme établi de VAD). Il s'agit aussi, pour les professionnels, de pouvoir s'arrêter sur leurs pratiques, d'exprimer leur vécu, de se décharger des situations vécues, d'échanger avec les autres professionnels :

« Des familles où il y a des troubles psychiques, où il y a de la violence, [...] que le soir, vous [les puéricultrices] rentrez avec tout ça [...] Ce qui manque aussi beaucoup dans leur rythme infernal, c'est de se voir, de se parler et de parler des situations. » (P16)

« Pour solidifier la relation, il faut [...] du temps et de la bienveillance. Alors, le temps, les professionnels se l'autorisent pas. Et la bienveillance [...], c'est pas naturel si on n'est pas un peu supervisé. » (P7)

Alimenter le modèle d'accompagnement par un modèle théorique éclectique

En d'autres termes, cela revient à enrichir le modèle proposé par des apports émanant de théories complémentaires en fonction des dynamiques locales.

Le modèle d'accompagnement PERL se caractérise par des composantes comme les trois temps de la VAD, s'appuyant sur des bases conceptuelles (exemples : théorie systémique, attachement) [21, 22]. Malgré ces éléments clés de l'intervention, PERL cherche à se baser sur un modèle théorique ouvert. Dans cette optique, les puéricultrices peuvent apporter des concepts ou méthodes complémentaires pour enrichir l'accompagnement et l'ancrer dans un processus dynamique. Suivant les dynamiques d'équipe, les modèles auxquels les professionnels ont été formés ou souhaitent être formés vont pouvoir enrichir l'accompagnement proposé.

« Il y a le cadre et la façon dont on entre dans le cadre en tant que professionnel. » (P20)

« Quand j'ai fait référence au cadre théorique éclectique [...], elles [les puéricultrices] auront l'appétence de pouvoir aller regarder ce qui les intéresse. » (P15)

Discussion

PERL : un programme de promotion de la santé...

PERL est un programme structuré d'accompagnement à la parentalité, impliquant des concepts forts de la

promotion de la santé : la définition positive de la santé comme une ressource et non un but en soi, la finalité du programme de contribuer à l'équité en santé par une action au plus tôt dans la vie de l'enfant, ou encore l'ancrage de la stratégie d'intervention dans plusieurs axes de la Charte d'Ottawa [23]. En cohérence avec la démarche d'intervention en promotion de la santé, le déploiement de PERL en pratiques courantes vise à s'adapter aux contextes locaux, en considérant les demandes, besoins et réponses existants sur les territoires (annexe 2).

À l'inverse d'une tendance à la normalisation ou d'une démarche injonctive, l'approche prônée considère le parent comme expert de son propre enfant et lui propose un accompagnement pour en prendre conscience. Cette démarche vise donc à agir sur la prise de confiance des parents, jalon essentiel au pouvoir d'agir. Elle demande un travail réflexif sur les normes de référence en puériculture et la légitimité des professionnels/institutions à savoir ce qui est bon pour l'enfant : démarche éthique inhérente à toute intervention en promotion de la santé [22]. En outre, le cadre d'intervention proposé semble cohérent avec la notion de réorientation des services de santé [23]. Ce cadre se caractérise au niveau : (i) de l'accompagnement des familles (temps de VAD articulés autour du jeu, de l'observation, d'un temps d'échange, cadre posé avec les familles en amont de l'accompagnement), (ii) du cadre de travail des professionnels. L'objectif est de permettre aux puéricultrices de prendre le temps de s'arrêter sur leur pratique, d'exprimer leur vécu, pour tendre vers l'adoption d'une posture de bienveillance inconditionnelle et favoriser leur épanouissement professionnel face à des situations complexes.

Concernant les déterminants fondamentaux de la santé et du bien-être des enfants, PERL cherche à promouvoir, valoriser, développer et renforcer le premier besoin affectif des enfants. Un consensus scientifique suggère le besoin de grandir dans un environnement sécurisé permettant d'établir des liens affectifs stables, rassurants et sécurisants, comme un métabesoin [24]. Ce besoin est primaire, vital et inné [25].

Comme défini dans le cadre de Harvard [26], les déterminants fondamentaux de la santé et du bien-être des enfants doivent être considérés dans une approche écosystémique. Inscrit dans une politique publique départementale, PERL cherche à renforcer la capacité d'action des adultes (ressources parentales, puéricultrices) pour promouvoir un « environnement relationnel stable et réceptif assurant la sécurité affective et relationnelle de l'enfant » [26]. L'analyse d'un dispositif tel que PERL devra interroger, en plus de sa logique d'intervention décrite dans

le présent article, son articulation avec les autres composantes de la politique publique. L'enjeu est d'appréhender en quoi les différentes composantes d'une politique publique forment un tout cohérent permettant d'agir sur les différents déterminants de l'état de santé, dans une perspective de réduire les ISS (y compris les déterminants distaux de la santé).

... S'inscrivant dans un contexte de mise à l'agenda politique de la petite enfance

En France, ces dernières années, la petite enfance a été inscrite à l'agenda politique dans un contexte complexe caractérisé par des moyens limités et inégaux pour les services de PMI [27, 28]. Le Gouvernement a positionné la petite enfance comme une priorité de l'action publique. Cette politique s'illustre par la Stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance, les travaux sur les 1 000 premiers jours, ou plus récemment la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants [27-29].

Alors que la place des données probantes est de plus en plus centrale, il convient de favoriser le courtage de connaissances et de capitaliser sur les résultats d'évaluation de programmes de prévention primaire. Ces démarches permettront d'aller vers une compréhension fine de ce type de programmes. Elle mettra à disposition des acteurs et décideurs des données probantes sur lesquelles appuyer la construction de politiques publiques en faveur de l'accompagnement à la parentalité, dans une perspective de lutte contre les ISS.

Vision partagée de l'intervention PERL et de sa logique : intérêts et défis

Une perception différenciée de PERL, de son périmètre et de son contenu a été observée au cours de la première année de déploiement de l'intervention, comme l'illustrent les questions traitées lors du séminaire. Un consensus sur ce qu'est l'intervention (tant en théorie qu'en pratique) semble indispensable au plus tôt possible dans son développement. L'intérêt du consensus est double : (i) pour savoir ce qui est évalué dans une recherche sur l'efficacité ou la fidélité ; (ii) pour l'acceptabilité de l'intervention. Ce constat rejoint la littérature sur le déploiement des interventions complexes et l'intérêt des études pilotes en recherche interventionnelle en santé des populations (RISP). Contrairement à la recherche biomédicale où l'étude pilote se centre sur la préparation d'un essai, les études

pilotes en RISP ont un double objet : la préparation de l'essai et de l'intervention [30]. L'expérience de PERL illustre l'importance d'une phase pilote sur une période courte avec une dynamique partenariale forte, permettant d'identifier les éléments clés de l'intervention, de l'ajuster au contexte d'implantation, et, ainsi, d'en minimiser les risques d'échec [31].

Une vision partagée de la logique d'intervention diffère d'un accord sur tous les points ou une acceptabilité complète de l'intervention par toutes les parties prenantes. Dans PERL, des points de divergence persistent, tel que la population à cibler en cas de transfert en pratique courante. Le choix de la population cible dépendra des territoires. De plus, le programme peut impliquer une évolution des pratiques, comme le fait de poser le cadre de l'accompagnement des familles en amont du début de l'accompagnement. Malgré un consensus sur ce point, la mise en œuvre de PERL ne gomme pas les pratiques établies, résultant en une négociation entre pratiques professionnelles nouvelles et anciennes.

Dans une perspective pluripartenariale, la démarche de concertation a créé un espace de discussion associant des acteurs aux regards et enjeux qui leur sont propres. Elle visait à limiter l'asymétrie dans la relation chercheurs/évaluateurs-acteurs-décideurs. L'enjeu était de considérer l'apport de chacun, quel que soit son type de savoir (expérientiel, académique...). La complémentarité des acteurs ayant participé et la forte participation à la démarche globale (entretiens, atelier, séminaire et restitution) est à souligner. À l'inverse, la moindre participation à la concertation écrite peut en interroger la forme et/ou la période de réalisation (août, période de vacances scolaires).

Enfin, la première année de déploiement de PERL s'est inscrite dans un contexte complexe, mettant en cause temporairement son déploiement. De nombreuses problématiques ont émergé, notamment celle du changement des pratiques professionnelles, des relations partenariales, des contraintes de temps et des ressources humaines. Ces questions soulignent l'importance de considérer le contexte dans l'étude des interventions complexes [32]. Si cet article s'attache peu au contexte avec des résultats focalisés sur les « chaînes de causalité », il a toute sa place dans le guide de mise en œuvre de l'intervention (annexe 2). La réflexion qui y est proposée vise à interroger le contexte en évolution et en interaction permanente avec l'intervention dont il ne peut être complètement isolé [32].

Transférabilité de PERL : chemin parcouru, chemin restant

L'objectif de la RISP est double. Elle inclut : (i) un objectif cognitif de « production de connaissances », (ii) un objectif opérationnel dans une perspective d'aide à la décision et de « modification du réel » [33]. Pour ce faire, il est nécessaire d'adopter une démarche intégrant au plus tôt la question du transfert des connaissances dans le processus de recherche. Celui-ci ne peut se résumer à un « service après-vente » de la recherche [33]. C'est dans cette perspective que s'ancre l'évaluation des mécanismes et processus de PERL par la description fine de l'intervention et le questionnement de sa transférabilité. La transférabilité est « la mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte » [34, 35]. L'appréhension du transfert de PERL se fait au regard de trois étapes.

- 1) Premièrement, l'évaluation des mécanismes et processus de l'intervention (2018-2019) a permis d'explicitier la logique d'intervention ainsi que d'interroger son acceptabilité.
- 2) Deuxièmement, à partir des résultats de cette évaluation, un guide de mise en œuvre de l'intervention (annexe 2) a été construit, dans la perspective de son déploiement en pratique courante. Ce guide, conçu dans une démarche partenariale forte, constitue un outil de courtage des connaissances [36] qui vise à :
 - permettre aux acteurs de PMI envisageant de déployer PERL sur leur territoire de se poser les questions préalables à la mise en œuvre de l'intervention. La démarche cherche à s'assurer que le contexte soit favorable à la réussite de l'intervention ;
 - présenter le modèle logique de l'intervention ;
 - distinguer ce qui relève des fonctions clés ou des éléments adaptables aux contextes.

La question de la transférabilité des interventions en promotion de la santé et de leur fondement sur des données probantes est centrale. Cependant, il convient d'être vigilant à ce qu'elle ne vienne pas standardiser les pratiques et actions de terrains [16]. Si des fonctions clés sous-tendent PERL, le choix a été fait de ne pas protocoliser ou standardiser davantage le contenu du guide de mise en œuvre afin d'adapter PERL aux contextes (aux territoires, aux politiques publiques départementales, aux institutions, aux équipes, aux pratiques des professionnelles, à leurs intérêts, aux situations rencontrées à domicile).

- 3) Troisièmement, le transfert de l'intervention doit dépendre des résultats de la recherche évaluant l'efficacité de PERL [8]. De plus, un deuxième volet de l'étude qualitative est envisagé afin d'interroger le vécu de

PERL par les puéricultrices et les familles. Inscrit dans le courant des évaluations basées sur la théorie [37], il s'appuiera sur le présent travail. Ce type d'évaluation s'inscrit ainsi dans une démarche itérative entre théorie et terrain : « La théorie, qu'elle soit profane ou emprunte à des théories académiques, apporte une conceptualisation rendant intelligibles des situations complexes ou compliquées et, en retour, les données du terrain questionnent systématiquement la validité de la théorie » [37].

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Nous souhaitons remercier les partenaires du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, du centre psychothérapeutique de Nancy (CPN), de l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est et de la caisse d'allocations familiales pour leur collaboration. En particulier, merci aux membres du comité de pilotage PERL, aux puéricultrices de PMI impliquées dans PERL ainsi qu'à Élise Fidry et Clotilde Garnier. Enfin, merci à l'ARS Grand Est pour le soutien financier de cette évaluation ainsi que le CPN.

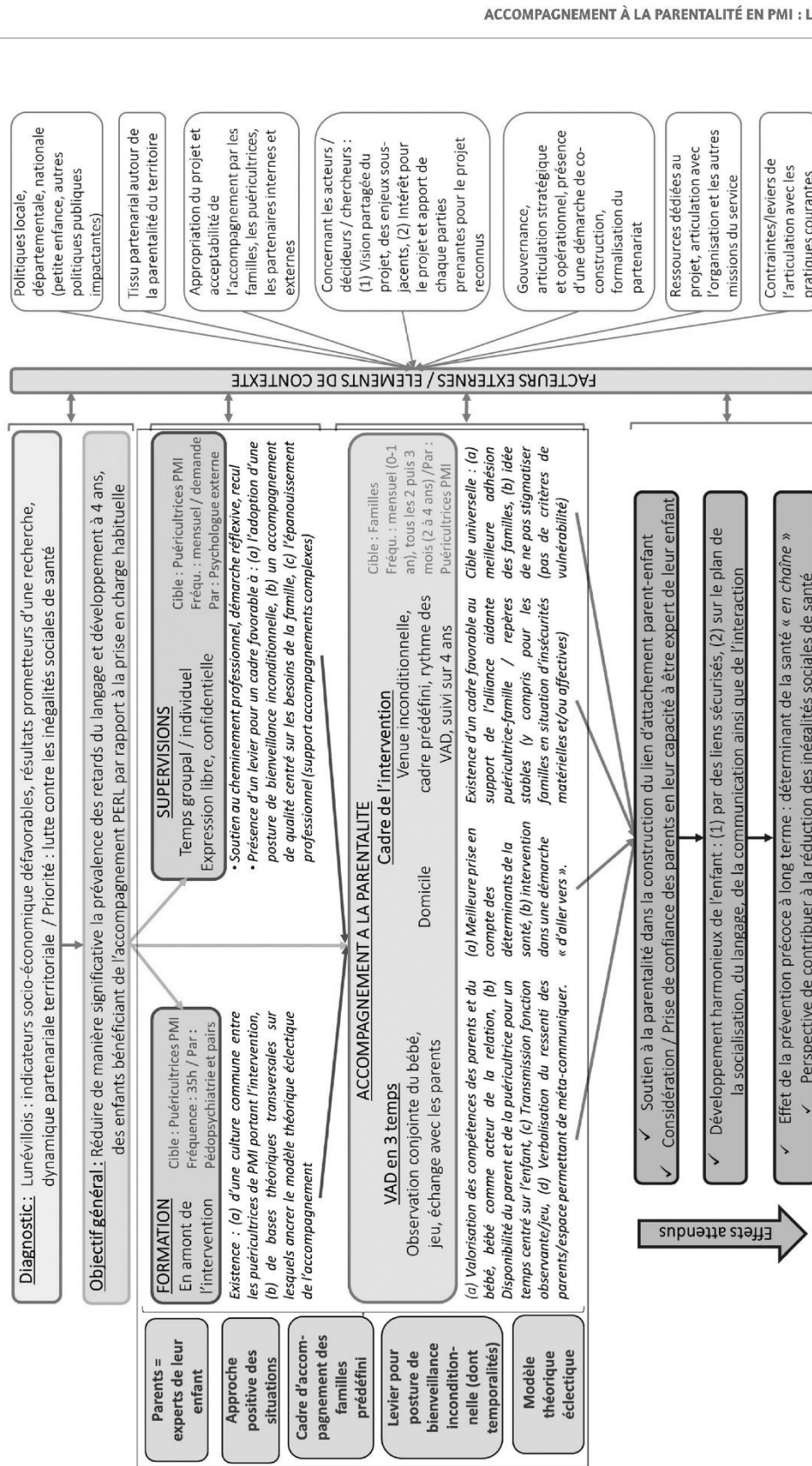
Références

1. Tarabulsky G, Poissant J, Saïas T, Delawarde C. Programmes de prévention et développement de l'enfant: 50 ans d'expérimentation. Québec (Québec) : Presses de l'Université du Québec ; 2019.
2. Grobon S, Panicola L, Solaz A. Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019(1):2-9.
3. Saïas T, Kargakos S, Bodard J, Dugravier R, Bonnard A, Rolland du Roscoat E, *et al.* Soutenir les compétences des intervenantes de prévention précoce en France : usages et effets du dispositif Panjo. *Rev Francoph Int Rech Inf.* 2019;5(3).
4. Fidry E, Claudon P, Saad Saint-Gilles S, Sibertin-Blanc D. Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiat Enfance Adolesc.* 2014;62(3):154-62.
5. Fidry E. Des premiers regards aux premiers mots : une expérience de prévention en périnatalité [Thèse de doctorat de psychologie]. Nancy : Université de Lorraine; 2015.
6. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann.* 2010;33(3):205-14.
7. Buchheit S, Colombo MC, Fidry E, Ligier F, Decroix C. Lunévillois : développement de l'enfant et accompagnement à domicile. *Santé en Action* 2019;447:46-7.
8. Buchheit S, Kabuth B, Colombo M-C, Ligier F. Child development and early interaction: PERL research protocol, a preventive home visiting program, randomized controlled trial in France. *Front Psychiatry.* 2021;12(821):641468.
9. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008;337:a1655.
10. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol.* 2009;43(3-4):267-76.
11. Cambon L, Alla F. Current challenges in population health intervention research. *J Epidemiol Community Health.* 2019;73(11):990-2.
12. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be? *BMJ.* 2004;328(7455):1561-3.
13. Weiss CH. How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway? *Evaluation Review.* 1997;21(4):501-24.
14. Jabot F, Bauchet M. *Glossaire. Approches et pratiques en évaluation des programmes* (2nd ed.). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 2012.
15. Michie S, Fixsen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implement Sci.* 2009;4(1):40.
16. Villeval M. Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé. *Ireps Auvergne Rhône-Alpes*; 2018.
17. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(2):119-27.
18. Millot G, Neubauer C, Sorup B. La recherche participative comme mode de production de savoirs : un état des lieux des pratiques en France. Paris : Fondation Sciences citoyennes ; 2012.
19. Les chercheurs ignorants. Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2015.
20. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Paris : Armand Colin ; 2016. p. 235-312.
21. Guédény N, Fonagy P. L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2016.
22. Pagani V, Alla F, Cambon L, Claudot F. Élaboration des normes de prévention : une réflexion éthique nécessaire. *Santé Publique.* 2018;30(3):321-31.
23. World Health Organization (WHO). *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Ottawa, Canada; 1986.
24. Bolter F, Keravel E, Oui A, Schom AC, Séraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant : Une revue bibliographique internationale. *Rev Pol Soc Familial.* 2017:105-12.
25. Bowlby J. *Attachment and loss.* New York: Basic; 1969.
26. Center on the Developing Child at Harvard University. The foundations of lifelong health are built in early childhood [Internet]. 2010 [Visité le 10/07/2022]. En ligne : www.developingchild.harvard.edu.
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1 000 premiers jours : Là où tout commence. 2020.
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017.
29. République française. Loi no 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.
30. Thabane L, Cambon L, Potvin L, Pommier J, Kivits J, Minary L, *et al.* Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials.* 2019;20(1):309.
31. Decroix C, Kervran C, Cambon L, Alla F. Fitting Health Promotion Research with Real-Life Conditions: Viability Evaluation. In: Potvin L, Jourdan D, editors. *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol 1: Mapping Health Promotion Research.* Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 625-40.

C. DECROIX, S. BUCHHEIT, M.-C. COLOMBO, ET AL.

32. Minary L, Alla F, Cambon L, Kivits J, Potvin L. Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(4):319-23.
33. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé publique*. 2015;27(3):303-4.
34. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé publique*. 2014;26(6):783-6.
35. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int*. 2006;21(1):76-83.
36. Bornbaum CC, Kornas K, Peirson L, Rosella LC. Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implement Sci*. 2015;10:162.
37. Devaux-Spatarakis A. L'évaluation basée sur la théorie, entre rigueur scientifique et contexte politique. *Politiques et Management public*. 2014;31(1):51-68.

Annexe 1 : Modèle logique de PERL, version détaillée



Annexe 2 : PERL, un programme d'accompagnement à la parentalité en PMI : Guide de mise en œuvre

Disponible sur le site de la SFSP :

<https://sfsp.fr/content-page/item/63310-perl-un-programme-d-accompagnement-a-la-parentalite-en-pmi-guide-de-mise-en-oeuvre>

Le guide de mise en œuvre est disponible en annexe 2 de cette thèse.

2.2 Analyse de l'appropriation de PERL par les puéricultrices de PMI (article 2)

Title page

Title: From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

Author names affiliations and full names and institutional addresses for all authors:

Decroix Charlotte,

University of Bordeaux, INSERM, Bordeaux Population Health, U1219, PHARES, Equipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France
1 rue Jean Burguet 33 000 Bordeaux, France, charlotte.decroix@u-bordeaux.fr

Buchheit Sophie,

EA 4432, Laboratoire Interpsy, axe PRISME, Université de Lorraine [Lorraine University], France.
Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent [University Department of Childhood and Adolescent Psychiatry], Centre Psychothérapique de Nancy [Nancy Psychotherapy Centre], F-54520, Laxou, France, Sophie.BUCHHEIT@cpn-laxou.com

Colombo Marie-Christine,

Service Départemental de PMI, Direction des Solidarités, Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, Nancy, France, mccolombo54@gmail.com

Kabuth Bernard,

EA 4432, Laboratoire Interpsy, axe PRISME, Université de Lorraine [Lorraine University], France.
Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent [University Department of Childhood and Adolescent Psychiatry], Centre Psychothérapique de Nancy [Nancy Psychotherapy Centre], F-54520, Laxou, France Bernard.KABUTH@cpn-laxou.com

Ligier Fabienne,

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent [University Department of Childhood and Adolescent Psychiatry], Centre Psychothérapique de Nancy [Nancy Psychotherapy Centre], F-54520, Laxou, France. fabienne.ligier@cpn-laxou.com
EA 4360 APEMAC, équipe MICS, Université de Lorraine, Laxou, France. fabienne.ligier@univ-lorraine.fr

Alla François,

Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, I-prev/PHARES, Equipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux,
CHU de Bordeaux, Service de prévention, F-33000 Bordeaux, France
1 rue Jean Burguet 33 000 Bordeaux, France, francois.alla@u-bordeaux.fr

Kivits Jöelle,

University of Paris Cité, ECEVE, UMR 1123, Inserm, F-75010 Paris, France
Faculté de Médecine, Université Paris Cité, 10 Avenue de Verdun, 75010 Paris, France,
joelle.kivits@u-paris.fr

Corresponding author: Charlotte Decroix

Declarations of interest: none.

Manuscript

Title: From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

Abstract: Parenting support is an important component of family policies. In France, a study showed the effectiveness of a perinatal health promotion intervention, evaluated in a specific research context. In order to transfer this intervention to the real world, it has been adapted for use in maternal and child welfare services (Protection Maternelle et Infantile, PMI), which are the gateway to perinatal prevention and health promotion in France. This new intervention is being evaluated as part of the PERL (Petite-Enfance Recherche-action en Lorraine) research project. In a universal approach, the programme offers families home visits during the first four years of a child's life by PMI nursery nurses. Unlike an injunctive approach, the approach recognises the parent as the child's expert. The aim of the project is to provide PMI nursery nurses with a framework that will enable them to provide such support. The aim of the study was to analyse how PMI nursery nurses had appropriated the approach. The qualitative methodology involved 18 semi-structured interviews, observations and a documentary study. The results of the evaluation show how the appropriation of the intervention was influenced by the viability of the intervention, i.e. the compatibility between: (i) the perception of the actors of the system in which they evolve, their missions, the levers of effective and socially just intervention; (ii) the perception of the nursery nurses of the PERL intervention. Viability was itself influenced by the various components of organisational change (context of change, content of change and process of change). This study highlights the important reflexivity of the professionals involved in an innovative intervention. It underlines the importance of considering all the determinants of the targeted change in a socio-ecological approach (e.g. e.g. initial/continuing training of professionals, human resources available in PMI, competitive intervention developed, collective conception of parenthood).

Keywords: parenting support, home visiting, early childhood, appropriation, viable validity, program evaluation

Funding: This work was supported by the Agence Régionale de Santé Grand Est (regional health agency).

1. Introduction

1.1 Context

The early years of a child's life are crucial for their development. Developmental factors are significant in all areas, such as communication, psychomotor development, and emotional development (Irwin et al., 2007). Parent-child interactions form the basis of this development. Moreover, becoming a parent marks the beginning of a transitional phase, both in terms of the psychological process and the social status that "being a parent" represents (Robin & Fontaine, 2013). It is a crucial time to offer parents support in their new role specially through systems that promote children's health and development from birth.

Parenting support, subject of this article, can be defined as "organised services/provisions oriented to affect how parents execute their role as parents by giving them access to a range of resources that serve to increase their competence in child-rearing" (Daly, 2013). Since the early 1990's, parenting support policies have expanded significantly in most OECD countries. Similarly, a growing body of research has focused on the effectiveness of parenting support initiatives in improving the health of parents and their newborns (Ulferts, 2020).

In France, the PERL (Petite Enfance Recherche-action en Lorraine) primary prevention intervention was designed in line with this approach. It involves nursery nurses to provide regular home-based support to parents and babies to promote children's development through secure relationships. The strategy was implemented as part of the PERL research project to assess the effectiveness of the intervention (Buchheit et al., 2021; Decroix et al., 2022). The present work is part of the PERL research project and seeks to analyse how nursery nurses have adopted the PERL approach.

1.2 PERL: an intervention adapted to new parenting challenges

In Eastern France, the observation of a high prevalence of delays in language development among four-year-olds was one of the triggers for an action-research initiative (2010-2014), (Fidry, 2015; Fidry et al., 2014). This initiative aimed to evaluate the preventive effects of structured, home-based support from a psychologist in the early years of a child's life. The model yielded promising results, both in terms of the child's psychomotor development and in the prevention of delayed language development at two years of age (Fidry, 2015; Fidry et al., 2014). However, families were given support under specific conditions, with reliance on human and financial resources dedicated to research. Adjustments were made to take the intervention beyond the experimental stage and make it transferable and sustainable in current practice. The challenge was to incorporate the fundamentals of the initial action-research intervention model into current practice, using the existing healthcare

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

system, Protection Maternelle et Infantile (PMI). PMI is present in all the départements of France and serves as the maternal and child welfare service. It is the gateway to healthcare and prevention proposed to all children up to six years of age (e. g.: infant consultations, home visits from midwives and nursery nurses, assessment in nursery school). This new intervention is the subject of the PERL research project on population health interventions.

PERL offers systematic home visits to families by PMI nursery nurses during the first four years of a child's life, and provides a system for analysing practices, supervising and training the nurses. The support is based on five key principles: i) considering parents as experts on their own child, so that they see themselves as such; ii) offering support that promotes a "positive" approach to situations. "Positive" means a non-judgmental approach with a positive and comprehensive view of health, as defined in the Ottawa Charter (World Health Organization., 1986), iii) establishing the framework for family support before it is provided and discussing it with the parents, iv) providing a framework for professionals to adopt an attitude of unconditional kindness, v) contributing to the support model with an eclectic theoretical model (Decroix et al., 2022). Several evaluations have been carried out as part of PERL: a qualitative evaluation of processes and mechanisms (2018-2019, the subject of this article) and a quantitative evaluation of effectiveness (2018-2024) (Buchheit et al., 2021).

PERL represents a change at many levels. Firstly, the initiative introduces supervision and analysis of nursery nurses' practices. In 2016, only half of French départements had systems in place to supervise or analyse practices in support of professionals carrying out home visits as part of PMI (Saïas et al., 2018). Secondly, PERL offers home visits to the general population, whereas currently most PMI services target families on the basis of vulnerability criteria (Saïas et al., 2018). Thirdly, PERL requires sufficient human and organisational resources to be able to provide a framework that allows nursery nurses to bring support to families (spending time with each family, reflecting on their practices, meeting all the families). The time required for PERL is at odds with the structural difficulties PMI services face: fewer human and financial resources, challenges in recruiting PMI doctors, greater emphasis given to child protection in PMI activities, and greater priority given to emergency activities over support (Amrous, 2022; Dupays S., 2019; Peyron, 2019). This observation is reflected in the average 4.5% drop in individual child consultations and home visits in PMI over the 2016-2019 period (Amrous, 2022). Furthermore, the substance of the home visits and the professional stance advocated in PERL can represent a change for some nursery nurses: professionals have their own approaches and in the way they support parents (Chevallier et al., 2018; Saïas et al., 2018).

Finally, we need to draw attention to the global context surrounding PERL. In response to developments in neuroscience more in particular, various evidence-based parental support

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

programmes have emerged. Many of these come from North America, and some have been transferred to the French system (Kumpfer et al., 2008; Lamboy et al., 2022; Sanders, 2008; Webster-Stratton, 2012). These programmes target parents of children in different age brackets, offering an approach that differs from PERL at two levels: they are standardised, and they convey parenting methods that parents are expected to adopt. This study therefore takes place against a backdrop of a major ideological debate that has been underway in France for many years on how to approach prevention and health promotion in early childhood (Bonnefoy et al., 2023; Briffault, 2016; Delawarde et al., 2014; Lamboy, 2018; Martin, 2014, 2015; Saïas et al., 2014).

1.3 Research question

The PERL intervention can be described as "innovative". In the field of prevention, innovation is defined as "the improvement of a pre-existing good service or method, or the introduction of a new good service or method, which responds to a problem related to health or the healthcare system, without creating new ones, by incorporating scientific data, for the benefit of the population or society" (Stevens et al., 2021). Introducing an innovative intervention to an organisation raises a number of questions: how will the stakeholders (decision-makers, staff, recipients) appropriate the intervention? Will the intervention change the balance in the context in which it is implemented? How will the intervention fit into the system in which it will be rolled out?

In this context, we needed to question how the professionals involved in the intervention's rollout would appropriate it. The hypothesis we explore is this: when rolling out an innovative intervention in an organisation, it is essential that the approach makes sense for stakeholders. To study this "making sense", we must study the perceptions of those involved: i) their tasks, ii) the factors that are effective and socially just, iii) their working environment, iv) the intervention that is the subject of the research (PERL, in this case). These perceptions are in turn influenced by the context, the content and the process of change.

The analysis of PERL's appropriation by PMI nursery nurses was based on the results of the evaluation of PERL's processes and mechanisms carried out in 2018-2019. This analysis drew on two theoretical models to explain the results observed: the integrative validity model (Chen, 2010) and the theoretical model of the contextualist approach to change (Pettigrew, 1987).

2. Theoretical framework

The theoretical models chosen to analyse appropriation of PERL are consistent with the paradigm of the complexity of interventions in public health (Pawson & Tilley, 1997; Skivington et al., 2021). Thus, the authors justified their models by pointing to a lack of consideration for the context in the methods used up to that point in their respective research traditions (Autissier et al., 2018; Chen, 2010).

Originating in the evaluation sciences, the integrative validity model was developed by Chen for the purpose of evaluating programmes. The aim was to propose an alternative to Campbell and Stanley's top-down research model, which focuses on the internal validity of interventions to the detriment of their external validity (Chen, 2010). In other words, by prioritising the study of effectiveness in research, Campbell and Stanley's model: i) limits consideration of the context as a determinant of the intervention's effectiveness, ii) does not allow us to understand the intervention's potential for incorporation in the real world (Chen, 2010, 2012). In 2010, Chen proposed a paradigm shift. The integrative validity model is anchored in a bottom-up approach that recognises three types of validity: viable validity, external validity and internal validity. Viable validity, or viability, used for the analysis in this article, refers to "stakeholders' views and experience regarding whether an intervention program is practical, affordable, suitable, evaluable and helpful in the real-world" (Chen, 2010).

Derived from management science, the contextualist model of change looks at "organised" changes (Autissier et al., 2018). Developed by Pettigrew, this model seeks to overcome the limits of previous organisational development research methods considered a-processual, a-historical and a-contextual (Autissier et al., 2018). In a holistic approach, the contextualist model of change recognises three aspects of organisational change: the context of change (internal and external context), the content of change, and the process of change. This model emphasises the importance of continuity over time (present, past, future) to analyse the change dynamic (Pettigrew, 1987).

3. Material and methods

The analysis of PERL appropriation by PMI nursery nurses was based on the results of the evaluation of the PERL processes and mechanisms. In an inductive approach, the evaluation's methodology revolved around semi-directive interviews, a documentary study, and observations.

3.1 Data collection

The aim of the **semi-directive interviews** was to: (a) establish a genealogy for the intervention, (b) identify the implicit/explicit assumptions that justify the intervention and how it operates, (c)

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

understand and explain adaptations and how these were translated in the project. Recruitment was done in-person and/or by email. An exhaustive sample was constituted by identifying the participants listed in the project documents and named by the PERL steering committee. It was intended to include all those who played a key role in PERL's development, from its conception to its launch.

The **documentary study** was done in order to: (a) improve our understanding of the intervention, (b) highlight data on the implementation context and facts useful for understanding how its rollout progressed. The corpus of documents comprised all the documents provided by the participants interviewed.

Participatory **observations** were conducted of the time spent coordinating the project with PMI nursery nurses, time spent training in and analysing the practices, as well as observations of supervision. The goal of this immersion in the field was to understand how the intervention functioned, the context into which it was incorporated, participants' practices, resources and constraints (the depth of their understanding of the context and the dynamics locally and with partners).

3.2 Data analysis

The **interviews** were recorded after obtaining the participants' verbal agreement and were transcribed in full. In an inductive approach, a comprehensive, continuous topical analysis was carried out. The Nvivo software was used for the topicalisation. An analysis grid derived from the interview analysis was used to carry out a topical analysis of the **observation notes and the corpus of documents**. As part of the PERL appropriation analysis, the results were presented according to the theoretical framework used for the analysis, which revolved around:

- The intervention's viability. The intervention's viability included PMI nursery nurses' perception of PERL's helpfulness and their perception of the intervention's affordability, suitability, and practicality. Evaluability was handled independently, and the corresponding results were the subject of a dedicated publication (Decroix et al., 2022).
- The components of organisational change (the context of change, content of change and process of change).

A triangulation of data collection methods and informants was used to increase the reliability of the data. Furthermore, the results were presented and discussed during an end-of-evaluation seminar.

3.3 Ethics

The PERL research initiative was approved by the Lille IV Comité de Protection des Personnes on 04/07/2019 (initial approval granted on 22/11/2017). Authorisation for the research was granted by

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

the Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés on 30 January 2018. The trial was registered on ClinicalTrials.gov (NCT number 03506971).

4. Results

4.1 Participants' characteristics and description of the corpus of documents

Interviews were conducted with 18 of the 19 parties contacted. They took place in person from September to December 2018, except for two interviews that were conducted by telephone. The sample was comprised of healthcare and research professionals, an elected official and institutional decision-makers (table 1).

Table 1: participants' characteristics and description of the corpus of documents

Structure	Profession or role	Region (Département, D / Local, L)	Interview	Present during observations	Documentary study
P1	Elected official	D	X	X	Minutes of seven PERL steering committees (STEERCO) from May 2017 to February 2019, Notes of the STEERCO and technical committee (TECHCO) evaluation officer from June 2018 to April 2019 (absent from two STEERCO/TECHCO), 2017 PERL activity report, 2016 paediatric nurse training programme, PERL home visit guide for paediatric nurses, PERL research protocol, Letter to partners and families, PERL project memo from the département council, Minutes of January 2019 CESP**** workshops/seminars to evaluate mechanisms and processes (Decroix et al., 2022): ➤ *Workshop with PMI paediatric nurses, ➤ Seminar with all stakeholders.
P2	Doctor	D	X	X	
P3	Doctor (retired)	L	X	X	
P4	Healthcare manager	L	X	X	
P5	Paediatric nurse	L		X	
P6	Paediatric nurse	L		X	
P7	Paediatric nurse	L		X	
P8	Paediatric nurse	L		X	
P9	Paediatric nurse	L		X	
P10	Paediatric nurse	L		X	
P11	Paediatric nurse	L		X	
P12	Paediatric nurse	L		X	
P13	Paediatric nurse	L		X	
P14	Administrative assistant	L		X	
P15	Psychologist/Researcher	D	X	X	
P16	Doctor/Researcher	D	X	X	
P17	Doctor/Researcher	D	X	X	
P18	Coordinator	D	X	X	
P19	Coordinator (Retired)	D	X	X	
P20	Psychologist/Researcher	L	X	X	
P21	Doctor	L	X	X	
P22	Psychiatrist/Researcher (Retired)	L	X	X	
P23	Child psychiatrist (Retired)	L	X		
P24	Coordinator	L	X	X	
P25	Clinical research officer	D		X	
P26	Assistant director	D	X		
P27	Local delegate	L	X	X	
P28	Social worker	L		X	
P29	Department head	D	X		
P30	Doctor	D	X	X	

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

The observations were made on a regular basis from June 2018 to March 2019 to monitor time spent on analysing practices, supervision and meetings relating to PERL. The corpus for the documentary analysis was made up of: i) all the documents provided by stakeholders over the period; ii) the minutes of a workshop held with PMI nursery nurses in January 2019 and a seminar that brought together the staff, decision-makers and researchers involved in the research (details of the method used for the workshops and seminars are available in the publication cited below), (Decroix et al., 2022).

4.2 Viability at the heart of professionals' appropriation of the intervention

PMI nurses' perception of the helpfulness, affordability, suitability, practicality and evaluability of the intervention were central to the appropriation of PERL. As shown in Figure 1, the results highlight how the intervention's viability was influenced by the alignment between:

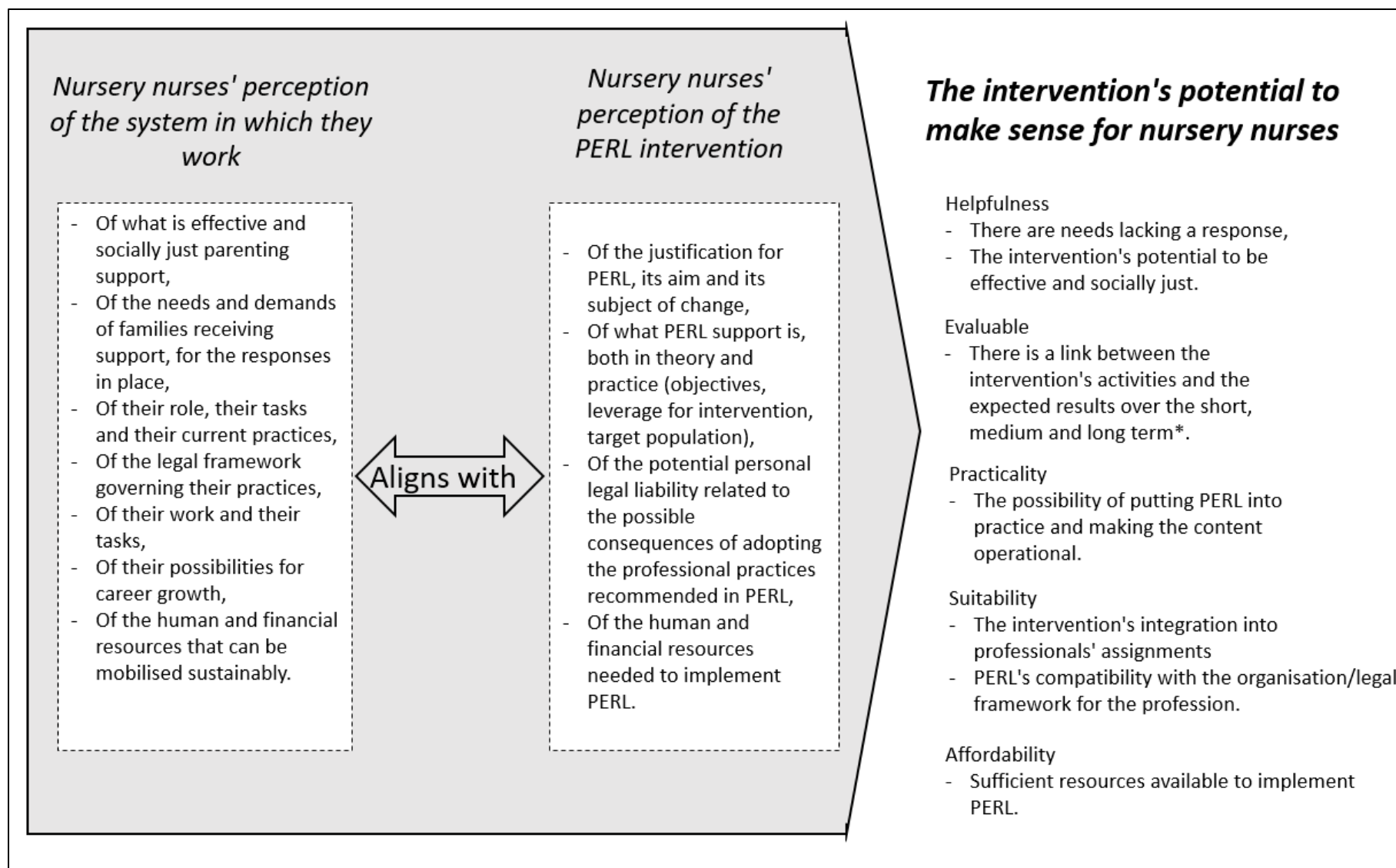
- Nursery nurses' perceptions of: i) what constitutes effective and socially just parenting support, ii) the needs and demands of the families they support, iii) their missions, roles and current practices, and iv) their working environment (e.g. their perception of their workload, opportunities for change in their working environment, the resources of the organisation in which they work),
- Nursery nurses' perception of the PERL intervention (PERL's justification and objectives; the change PERL aims to bring about; what PERL is in theory and in practice; the personal legal commitment involved in adopting PERL's professional practices; the organisation's resources).

4.2.1 Helpfulness

Differences perception of the factors and mechanisms that determine the effectiveness of early prevention have been identified between stakeholders-initiated PERL and PERL's PMI nursery nurses.

4.2.1.1 The perception of the efficacy potential of PERL

The content of home visits and the role of advice in PMI nursery nurses' support for parents were central issues in the study. Home visits in PERL are divided into three stages: a time for parents, babies and the professionals to play and interact, a time for joint observation of the baby's development, and a time for parents and the nursery nurse to talk about their experiences of parenthood. The approach sought to limit the advice given to parents and the standard behaviours to adopt. Obstacles to this principle could be seen in certain nurses: the belief in the importance of advice, the belief in their responsibility to give advice, families' expectations of support in the form of expert advice, and the feeling of being less useful with the support offered in PERL.



*PERL's evaluability has been the subject of a separate article (Decroix et al., 2022)

Figure 1: Key results of PERL's viability study for the 2018-2019 period

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

The observations and interviews showed how, for some, giving advice and discussing challenges had a concrete, satisfying and more visible impact than the three stage of PERL home visits

"What makes it satisfying for them...is to give advice, be listened to, to appear as someone who knows better than the mum. You see? [...] It's true that it's satisfying to have someone in front of you saying: "It's good to talk about it," or "Thanks for your advice", or "I know it's going to get better". I mean, it's gratifying. So I'm not saying that you shouldn't get satisfaction from your work, but you need to have the freedom, autonomy, independence and critical mindset not to... I was going to say get bogged down in a single way of working or in a single attitude towards families." (Participant interview)

4.2.2.2 The perception of the intervention's potential for social fairness

The appropriation of PERL was influenced by the choice of target population. Interviews with the stakeholders-initiated PERL identified four arguments to justify the decision to target the general population: i) PMI is a universal prevention service; ii) without denying the existence of a social gradient in health, early childhood problems can affect all families; iii) targeting everyone helps to promote acceptance of the programme (avoiding stigmatisation); iv) research in the general population offers evidence-based data on the effects of such support in the general population to guide public action in a context where PMI resources are limited.

The nursery nurses reported a difference between the families they met in the first few months of PERL (families included in the research by simple random selection from the general population) and the population they usually cared for. The population included was described as having fewer vulnerability characteristics and less need for support. This observation raised questions among some nursery nurses:

- The "*lost opportunity*" of using significant resources for families considered to be less in need, to the detriment of families experiencing difficulties or children in need of protection,
- PERL was described as offering more intensive support to a smaller number of families than other, more ad hoc schemes involving a larger number of families, such as one-off postnatal home visits and collective prevention initiatives in schools, etc.

4.2.2 Feasibility (suitability, affordability and practicality)

Questions relating to the feasibility of PERL arose as to its suitability, affordability and practicality. Firstly, PMI staff described the period as difficult in terms of human resources, with nursery nurses experiencing a heavy workload. A number of nursery nurses and local stakeholders had substantial

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

doubts about PERL's feasibility. These concerns were the subject of an official alert memo, submitted by the nursery nurse team to the département's staff representative organisations in January 2019. This led to PERL being put on hold for four months as a precautionary measure. When it resumed, the number of families cared for by each nursery nurse was reduced, and the area in which families were selected for research was extended.

Secondly, questions arose about the legal framework. Some of the nursery nurses expressed concern about their personal legal liability should an accident occur as a result of a prevention recommendation not being given to a family while it was being supported by PMI.

"The issue of liability was at the forefront... There were cases [in other regions, separate from PERL] in assize courts since PERL was implemented." (Documentary analysis, minutes).

Third, operational issues were raised as to its practicality. On the one hand, the content of the home visits had to be clarified, with different questions: is it necessary to carry out the three stages of the home visits? If the baby is sleeping, how to get about the time for play and observation? How to operationalise the playtime in the early months of a baby's life? On the other hand, there was the question of how to approach and respond to parent's questions during PERL home visits. How support parents seeking advice?

Finally, the investigations revealed local and institutional issues external to the project, even going so far as to wonder whether PERL was being used (even unconsciously) to handle other issues in the field. One example of the significance the project took on is certain local professionals' observation that there was a major difference between the mental workload related to PERL compared to the effective time spent on the project.

4.3 The components of organisational change: determinants of the intervention's viability

As shown in Figure 2, the perceptions of PERL nursery nurses and the environment in which they work were influenced by the various components of organisational change.

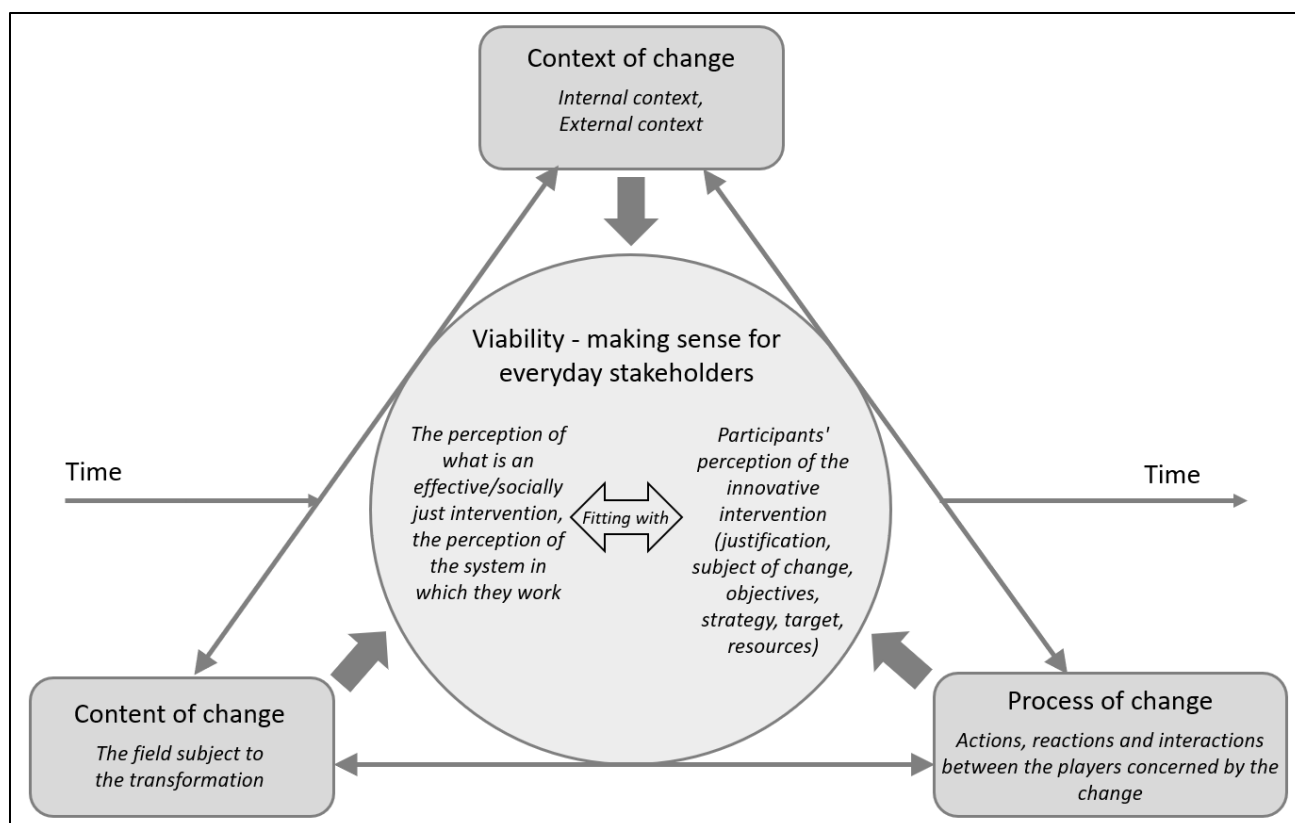


Figure 2: framework for analysing the appropriation of PERL by PMI paediatric nurses, based on the contextualist theoretical model of change (Pettigrew, 1987) and an adaptation of the concept of viability as found in the integrative validity model (Chen, 2010).

4.3.1 Context of change

Firstly, the investigations highlighted a context that was not optimal for change. There was a two-year gap between the initial launch of the PERL intervention in the region and its actual roll-out (nursery nurses first received training in 2016, PERL was fully launched in 2018 with more training for nursery nurses, the start of support for families and the introduction of the supervisory system). This delay was caused by the time it took to carry out the ethical and regulatory procedures inherent in research projects, followed by a change in the local context. The result was a local context that was not favourable to rolling out the intervention. This was due in particular to a change in human resources in the area where the intervention was rolled out over the 2016-2018 period: the local PMI doctor retired, which meant that there was no local contact person for a period of time; there was a change in the human resources policy resulting in the elimination of compensation for part-time positions; there was recent staff turnover within the team, and a number of staff from partner institutions in the area departed. PMI staff also described the period as challenging due to: i) the nursery staff's workload; ii) the difficulty of situations that have arisen in the area, such as an exceptional increase in the number of birth placements during the period. Finally, the delay between the initial training (later described

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

by most professionals as being too theoretical) and the start of the intervention did not allow for the concepts and the intervention to be properly appropriated.

"The training was dissociated from the practical implementation. But that's due to other problems than nursery nurses' lack of investment, if you will. Really anything that goes too long without action. We're a profession, we think by breaking things too. [...] Early childhood is very concrete. We think, we talk, we analyse. But with children, it all goes so fast that we have to move with them, you know?" (stakeholders interview).

4.3.2 Process of change

Beyond the duration of the project launch (2016-18), our investigations have shown the importance of the change process. We saw a paradoxical difference between:

- How some nursery nurses and local stakeholders saw the PERL project as challenging their professional skills or even their professional identity. How a majority of professionals felt that researchers and professionals' managers had only a partial understanding of their profession and did not recognise the difficulties they face and the context in which they work; this was highlighted by multiple sources.

"Ultimately, I think I didn't know enough about their [nursery nurses'] training, which is a bit silly" (Researcher interview).

- The value these same "researchers and decision-makers" place on the work of PMI nursery nurses in a difficult context, through different sources of data.

"Families where there are psychological problems, where there is violence, where there is dependency, and where in the evening you come home with all that and say, but I've left the children in there [...] it's always a gamble. Which they are doing mainly on their own. Of course, they have their referral doctor, but they are working on 40,000 units at the same time, completely swamped too [...] I admire what they do" (Researcher interview).

The consideration of PMI nursery nurses' work and its challenges by "researchers and decision-makers" did not prevent a power imbalance between the "knows and know nots" from emerging. This was demonstrated in the interviews by the PERL governance, for example.

"It's an experiment, so we think at the steering committee region level. But the action takes place at the city level. And in some way, it's symbolic" (Staff interview).

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

In addition to the perceived top-down management of the PERL project, there was a lack of space for discussions between "staff in the field, researchers and institutional/political decision-makers". This led to a lack of understanding between these three categories of participants. The investigations highlighted an incomplete understanding between the players of:

- their respective competencies,
- their respective constraints and leverage in carrying out their responsibilities,
- their respective motivations,
- what is at stake for each of them in taking part in the research.

For example, there were different views of where the research could potentially lead in the statements made by the people behind PERL and nursery nurses. For the former, the crux of the research was to obtain data to give value to the PMI's work and to influence public policy to provide more investment into these public services. For the latter, the possibility of PMI improving their working conditions or supporting families was an illusion, reflecting low confidence in the policies.

4.3.3 Content of change

The analysis showed the need to clarify the content of the changes made in PERL. Just what was PERL changing? Is PERL a paradigm shift or a continuation of PMI nursery nurses' practices? If there is a change, is it at the level of the individual nursery nurse, or is it more systemic? Thus, there were different experiences and opinions. Some nursery nurses saw the project as a challenge to their professional identity, expressing a sense of personal blame for their own practices. For other stakeholders behind PERL, the content of the change was more systemic, to give nursery nurses the means and the framework to do their job. In regard to nursery nurses' professional approaches, some saw it as a continuation whilst others saw it as a paradigm shift.

5. Discussion

This article has looked at how PMI nursery nurses have taken appropriation of PERL. PERL aims to give parents a space to share their experiences and emotions about their real and imagined parenthood. Support is given to support parents, giving them time to observe how their child is developing as individuals and in their bonds of attachment. The approach seeks to help parents build confidence in their role without giving them instructions. The framework of repeated home visits should help build an alliance of mutual aid between nursery nurses and parents. A supervisory mechanism is assumed to be essential to support professionals in their role towards families.

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

The study's results highlight how parental support is a complex process. Evaluating such systems requires additional results to understand how they work and why. Achieving the expected results implies understanding how they are implemented and how those putting them into common practice take ownership of them. In this context, our study underscores the importance of the intervention's viability and change management in PMI nursery nurses' appropriation of the approach.

This article highlights how viability corresponds to the potential for an innovative intervention to make sense for its stakeholders in the real world. This depends on matching how they perceive the innovative intervention and how they perceive the system with which they are working, including their value system. Here, the intervention's viability was influenced by the components of organisational change: the context of change, the content of change and the process of change.

5.1 Professionals' reflexivity and power issues in the appropriation of PERL

The results showed the importance of the reflexivity of the professionals involved in an innovative intervention as it is being rolled out. In line with the concept of appropriation, professionals are not mere performers who accept or reject an innovative intervention as designed by researchers, stakeholders and decision-makers. PMI nursery nurses will make the intervention their own: they can accept it or refuse it, they can implement it as the designer intended or alter it (prescribed uses and actual uses), they can incorporate it into their current practice or consider it as something "on the side" (Michaëlis, 2012). Furthermore, this appropriation is situated and can evolve over time, particularly in the context of collective appropriation, as described in the context of management tools (De Vaujany, 2006).

De Vaujany identifies three levels in the appropriation process: pre-appropriation, original appropriation and multiple re-appropriations. The appropriation studied in this article corresponds to pre-appropriation, i.e., the start of the process, even before the subject is used (in our case, the subject is the innovative intervention). For this author, the appropriation process can only be successful if there is a minimum level of acceptance of the subject, which in our case means eliminating the obstacles set out in this paper (De Vaujany, 2006). Subsequently, the collective's appropriation of an intervention that has been incorporated into an organisation is not set in stone, and this process does not stop once the intervention has been integrated into its routines: it depends on the context (De Vaujany, 2005). For complex interventions, appropriation can be called into question as the intervention and the context evolve, and which can be seen as an interventional system (Cambon et al., 2019).

5.2 Influence of the context on PERL's appropriation: the relevance of the socio-ecological approach

From a socio-ecological perspective (Richard et al., 1996), we need to consider all the determinants of a change when incorporating it into an organisation. As explained in the results, some nursery nurses saw PERL as a questioning of their individual skills, their professional approach or their professional identity. However, what determines nursery nurses' parental support for families goes beyond their individual responsibilities. The support offered is influenced by the organisational context (e.g., are there working conditions conducive to a reflexive approach for professionals, are there sufficient human and organisational resources), the national context (e.g., changes in national policy relating to PMI, initial and ongoing training for professionals) and the societal context (e.g., the collective conception of parenthood). Parents' expectations for advice, as emphasised by nursery nurses, may be seen as reflecting a contemporary individualisation of the parental role. We can see a pressure for parents to be "good parents" and provide a happy future for their children (Martin, 2014; Martin et al., 2021).

Thus, having a vision shared by all stakeholders of the desired change's determinants and content seems essential in two ways. First, to prevent the change from being seen as a criticism of the individual as to their previous professional approach. Secondly, a shared vision of the content of the change clarifies the different levels of the desired change.

5.3 What the study brings to population health intervention research

This study highlighted the benefit of analysing the intervention's viability before evaluating the effectiveness, as proposed in the bottom-up approach of the integrative validity model (Chen, 2010). In PERL, viability was central at two times. First, during the first research period (2010-2014), (Fidry, 2015; Fidry et al., 2014), where the evaluated intervention was created by and with resources from research professionals. That was an obstacle to the intervention's sustainability and transferability. Second, at the beginning of PERL's rollout, various questions were raised, temporarily calling into question the randomised controlled trial. The questions raised in this article directly refer to the viability criteria defined by Chen (figure 1), (Chen, 2010).

Thus, analysing the intervention's viability as part of a pilot study serves as a "crash test" for the intervention when going from theory and practice. This first deployment, by questioning the intervention's viability in a participatory approach, should help to: i) identify the major obstacles to the transition from theory to practice, ii) identify possibilities of overcoming them, iii) examine the intervention's relevance to the context in which it is intended to operate, where appropriate. This type of study should involve professionals as stakeholders capable of adopting a reflexive approach to

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

change. PERL's results show PMI nursery nurses' reflexive attitude about their role, about the meaning behind the support they offer, and about the environment in which they work.

Our study also converges with the framework for the development and evaluation of complex interventions developed by the Medical Research Council Guidance (Skivington et al., 2021). The results suggest going beyond the acceptability study proposed in this framework whilst studying the intervention's feasibility and taking an interest in the appropriation of interventions. Studying individual and collective appropriation can be seen as a never-ending process, requiring analysis over time (pre-appropriation, original appropriation, multiple re-appropriations), (De Vaujany, 2006).

To finish, PHIR is showing increasing benefits for international players, researchers and decision-makers (Fillol et al., 2021; Hawe & Potvin, 2009; Ifrah et al., 2021; "Ottawa Statement from the Sparking Solutions Summit on Population Health Intervention Research," 2016; Riley et al., 2015). It can be seen as a new research tradition. *"According to Kuhn, a research tradition is a series of linked studies, each building on what has gone before and taking place within a coherent paradigm"* (Wong et al., 2013). However, the development and evaluation of interventions and the sciences of both evaluation and management are much older fields. The contributions of these fields, as well as those of the disciplines involved in public health, should be incorporated as a basis for building methodological research in PHIR.

5.4 The study's strengths and limits

The results presented are based on the analysis of PMI nursery nurses' appropriation of PERL at the start of the randomised controlled trial designed to assess PERL's effectiveness (a study of PERL's pre-appropriation, according to De Vaujany's different levels of appropriation). This evaluation has the advantage of providing a forum for dialogue between the players, decision-makers and researchers involved in PERL, and of raising a number of questions as PERL moves from theory to practice. These results cannot be generalised, however. A second qualitative evaluation phase is planned for 2024 to re-examine nursery nurses' individual and collective appropriation of PERL, based on their experience of the intervention (a study of original appropriation, according to De Vaujany's different levels of appropriation).

Moreover, this second phase of the evaluation will include parents' experiences of the intervention and their appropriation of it. The choice of stakeholders included in an intervention's evaluation, their level of participation and the symmetry of the partnership are all central issues in addressing the challenge of epistemic justice in the production of knowledge (Godrie et al., 2020).

6. Conclusion

Present in every French département, the Protection Maternelle et Infantile (PMI) services were established in 1945 to provide a universal public service for parents and children. Prevention and promotion of the health of parents and newborn babies is at the heart of PMI's work, and it is a complex task. Due to a lack of time and resources, home visits can be used for other purposes, particularly where there are vulnerability or child protection issues (Amrous, 2022; Dupays S., 2019; Peyron, 2019). The PERL research project sought to evaluate the effectiveness of parenting support provided by PMI nursery nurses repeatedly over time. Home visits were offered to the general population and revolved around observations, play time and time for discussing experiences of parenthood. PMI nursery nurses' appropriation of PERL was influenced by the intervention's viability, which was itself influenced by the various components of organisational change.

This study underscored PMI nursery nurses' reflexivity and how important it is for the intervention to make sense for professionals. The analysis of PERL's pre-appropriation by PMI nurses highlighted some key questions: What is effective and socially just parenting support? What role do standards play in parenting support? What resources are needed and available for such support in PMI? What is the organisation's capability to offer universal support? Various obstacles came to light and helped PERL to be adapted to make the intervention acceptable to nurses. Nurses' and parents' original appropriation will need to be reassessed.

The PERL case highlights the importance of questioning an intervention's viability as early as possible, using a bottom-up approach (Chen, 2015). It illustrates the value of setting up a pilot phase with a strong partnership approach, during the development and evaluation of so-called "innovative" interventions by stakeholders and/or researchers (Thabane et al., 2019). This phase must allow us to examine the intervention's potential to make sense for the stakeholders and to adjust the intervention to minimise the risks of failure. Our study also invites us to consider the innovative interventions studied in PHIR as sources of organisational change. Finally, the PERL case shows the need for a genuine reflexive approach in PHIR on the part of researchers, in light of: (i) the aims of this type of research in terms of utility and social action, (ii) the power issues underlying the production of knowledge (Godrie et al., 2020; Potvin et al., 2014; Tremblay & Parent, 2014).

References

- Amrous, N. (2022). Protection maternelle et infantile (PMI): un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. *Études et résultats*, 1227. DRESS.
- Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., & Vas, A. (2018). *Conduite du changement: concepts clés. 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01>
- Bonnefoy, M., Garrigues, C., & Suesser, P. (2023). Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile. Comment en prendre la mesure ? *Érès*. <https://www.cairn.info/le-succes-de-la-prevention-en-sante-familiale-infantile-et-juvenile--9782749277738.htm>
- Briffault, X. (2016). *Santé mentale, santé publique. Un pavé dans la mare des bonnes intentions*. Presses universitaires de Grenoble. <https://doi.org/10.3917/pug.briff.2016.01>
- Buchheit, S., Kabuth, B., Colombo, M.-C., & Ligier, F. (2021). Child Development and Early Interaction: PERL Research Protocol, a Preventive Home Visiting Program, Randomized Controlled Trial in France [Study Protocol]. *Frontiers in Psychiatry*, 12(821).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.641468>
- Cambon, L., Terral, P., & Alla, F. (2019). From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, 19(1), 339.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6663-y>
- Chen, H. T. (2010). The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*, 33(3), 205-214.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>
- Chen, H. T. (2012). Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application, and advancement. In O. L. In R Strobl, & W. Heirmeyer (Ed.), *Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur [Evaluation of programs and projects for a democratic culture]* (pp. 17 - 40). Springer VS.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (Second edition. ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Chevallier, C., Collombier, M., Zeindler, E., Thomyre, C., Faivre, P., Renaudie, K., Hue, G., & Colson, S. (2018). Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité. *Santé Publique*, 30(5), 633-661. <https://doi.org/10.3917/spub.186.0633>
- Daly, M. (2013). Parenting support policies in Europe. *Families, Relationships and Societies*, 2(2), 159-174. <https://doi.org/10.1332/204674313x666886>
- De Vaujany, F.-X. (2005). De la pertinence d'une réflexion sur le management des objets et outils de gestion. *De la Conception à L'usage: Vers Un Management de L'appropriation des Outils de Gestion*, Éditions EMS, 19-34.
- De Vaujany, F. X. (2006). Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion: vers un dépassement de l'opposition conception-usage. *Management & Avenir*, 9(3), 109-126.
<https://doi.org/10.3917/mav.009.0109>
- Decroix, C., Buchheit, S., Colombo, M.-C., Ligier, F., Kabuth, B., & Kivits, J. (2022). Accompagnement à la parentalité en Protection maternelle et infantile: co-construction de la logique d'intervention PERL. *Santé Publique*, 34(3), 391-404. <https://doi.org/10.3917/spub.223.0391>

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

- Delawarde, C., Saïas, T., & Briffault, X. (2014). The public health dogma of evidence-based mental disorders prevention and mental health promotion: French professionals' beliefs in regard to parenting programs. *Health Sociology Review, 23*(3), 166-177.
<https://doi.org/10.1080/14461242.2014.11081971>
- Dupays S., L. H., Legrand-jung B., Thomas F., Bouysse V. (2019). Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. (Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Issue.
- Fidry, E. (2015). Des premiers regards aux premiers mots: une expérience de prévention en périnatalité [Thèse de doctorat Psychologie Université de Lorraine].
- Fidry, E., Claudon, P., Saad Saint-Gilles, S., & Sibertin-Blanc, D. (2014). Prendre soin du bébé et de sa famille: une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 62*(3), 154-162.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.007>
- Fillol, A., Ridde, V., Dumont, A., & Martin-Prevel, Y. (2021). Créer une communauté de pratique sur la recherche interventionnelle en santé mondiale. *Santé Publique, 33*(1), 127-136.
<https://doi.org/10.3917/spub.211.0127>
- Godrie, B., Boucher, M., Bissonnette, S., Chaput, P., Flores, J., Dupere, S., Gelineau, L., Piron, F., & Bandini, A. (2020). Epistemic injustices and participatory research: A research agenda at the crossroads of university and community. *Gateways (Sydney, N.S.W.), 13*(1), 1-15.
<https://doi.org/10.5130/ijcre.v13i1.6703>
- Hawe, P., & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Can J Public Health, 100*(1), Suppl I8-14. <https://doi.org/10.1007/bf03405503>
- Ifrah, N., Bloch, G., & Salomon, J. (2021). Faced with the challenges of prevention, French institutions mobilize for population health intervention research. *Glob Health Promot, 28*(1_suppl), 70-72. <https://doi.org/10.1177/1757975920987100>
- Irwin, L., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). Early child development: a powerful equalizer: final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. In: Vancouver: Human Early Learning Partnership.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., Teixeira de Melo, A., & Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Eval Health Prof, 31*(2), 226-239. <https://doi.org/10.1177/0163278708315926>
- Lamboy, B. (2018). Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents: enjeux et méthodes. *Devenir, 30*(4), 357-375. <https://doi.org/10.3917/dev.184.0357>
- Lamboy, B., Beck, F., Tessier, D., Williamson, M. O., Fréry, N., Turgon, R., Tassie, J. M., Barrois, J., Bessa, Z., & Shankland, R. (2022). The Key Role of Psychosocial Competencies in Evidence-Based Youth Mental Health Promotion: Academic Support in Consolidating a National Strategy in France. *Int J Environ Res Public Health, 19*(24).
<https://doi.org/10.3390/ijerph192416641>
- Martin, C. (2014). « Être un bon parent »: une injonction contemporaine. Presses de l'EHESP.
<https://doi.org/10.3917/ehesp.mart.2014.01>
- Martin, C. (2015). Parenting Support in France: Policy in an Ideological Battlefield. *Social Policy and Society, 14*(4), 609-620. <https://doi.org/10.1017/S147474641500024X>

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

- Martin, C., Diter, K., Buzaud, J., & Perron, Z. (2021). DOSSIER D'ÉTUDE: bilan des travaux de la chaire "Enfance, bien-être, parentalité". <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28623.00168>
- Michaëlis, N. (2012). Individual and collective social support appropriation: an action-research within suffering at work counseling center. *Conduites d'appropriation individuelle et collective du soutien social: une recherche-action dans le cadre d'un dispositif d'aide aux personnes en situation de souffrance au travail (Publication Number 2012TOU20075) Université Toulouse le Mirail - Toulouse II*. <https://theses.hal.science/tel-00788691>
- Ottawa Statement from the Sparking Solutions Summit on Population Health Intervention Research. (2016). *Canadian Journal of Public Health*, 107(6), e492-e496. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.6061>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage Publications, Inc.
- Pettigrew, A. M. (1987). Context and action in the transformation of the firm. *Journal of Management Studies*, 24(6), 649-670. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1987.tb00467.x>
- Peyron, M. (2019). Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! France: Ministère des affaires sociales et de la santé. Retrieved from <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
- Potvin, L., Petticrew, M., & Cohen, E. R. (2014). Population health intervention research: developing a much needed science of solutions. *Prev Med*, 61, 114-115. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.01.011>
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *Am J Health Promot*, 10(4), 318-328. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.318>
- Riley, B., Harvey, J., Di Ruggiero, E., & Potvin, L. (2015). Building the field of population health intervention research: The development and use of an initial set of competencies. *Prev Med Rep*, 2, 854-857. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.09.017>
- Robin, M., & Fontaine, A. M. (2013). Transitions familiales et construction des identités parentales. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 33(1), 11-15. <https://doi.org/10.3917/rief.033.0011>
- Saïas, T., Clavel, C., Dugravier, R., Bonnard, A., & Bodard, J. (2018). Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale [Maternal and child protection services at home. Results from a national study]. *Santé Publique*, 30(4), 477-487. <https://doi.org/10.3917/spub.185.0477>
- Saïas, T., Delawarde, C., & Briffault, X. (2014). De la réaction à la transformation sociale: une analyse discursive des publications du collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.018>
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol*, 22(4), 506-517. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *Bmj*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>

Part 5, article – From research to routinisation, the appropriation of an innovative parenting support intervention by professionals

- Stevens, N., Cambon, L., & Alla, F. (2021). [Innovative transformation of the health system through a preventive transition]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 69(4), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.04.138> (L'innovation au service de la transformation du système de santé et du « virage préventif ».)
- Thabane, L., Cambon, L., Potvin, L., Pommier, J., Kivits, J., Minary, L., Nour, K., Blaise, P., Charlesworth, J., & Alla, F. (2019). Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*, 20(1), 309. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3422-4>
- Tremblay, M. C., & Parent, A. A. (2014). Reflexivity in PHIR: let's have a reflexive talk! *Can J Public Health*, 105(3), e221-223. <https://doi.org/10.17269/cjph.105.4438>
- Ulferts, H. (2020). Why parenting matters for children in the 21st century. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1787/129a1a59-en>
- Webster-Stratton, C. (2012). Collaborating with parents to reduce children's behavior problems: a book for therapists using the Incredible Years programs / Carolyn Webster-Stratton, PhD. Incredible Years Inc.
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: meta-narrative reviews. *BMC Med*, 11, 20. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-20>
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>

Partie 6 – Etude de viabilité de la démarche « Accompagne-moi... ! »

1. Présentation du cas n°2

Etude Pilote de la démarche « Accompagne-moi... ! » (EPAm)

La deuxième étude de cas porte sur la démarche « *Accompagne-moi... !* (AM). AM a pour objectif d'améliorer la qualité d'accueil des jeunes enfants en crèche. Cette intervention a été développée par l'association Ensemble pour la Petite Enfance⁶ (EPE), à partir de deux interventions développées, évaluées et déployées en routine au Québec (Canada), (Larose et al., 2019). Au vu des différences de contexte culturel, socio-économique et de système éducatif entre la France et le Québec, le déploiement de la démarche impliquait d'en interroger la viabilité et la transférabilité en contexte français. Dans cette perspective, l'intervention AM a été déployée par l'association EPE dans le cadre d'une étude pilote conduite par notre équipe de recherche.

Présentation de la démarche « Accompagne-moi... ! » telle que décrite par l'association EPE dans le cadre de l'étude pilote en 2019-2021⁷

La démarche AM a été impulsée par l'association EPE. L'association disposait d'une équipe de professionnels, ci-après dénommée l'équipe d'intervention, pour assurer l'accompagnement des professionnels de la petite enfance (PPE). Les crèches ont bénéficié de sessions d'accompagnement régulières de l'équipe intervention pendant la durée de l'étude.

L'objectif général de la démarche est d'améliorer les pratiques professionnelles permettant aux enfants de développer leurs habiletés et leurs compétences socio-affectives. Il se décline en trois objectifs spécifiques : (i) accompagner un processus d'amélioration continue de la qualité éducative ; (ii) développer avec les crèches une vision partagée de la qualité des interactions entre PPE, enfants et parents ; (iii) soutenir la capacité des directrices des crèches à transférer et utiliser des connaissances issues de référentiel reconnu sur les pratiques de qualité.

⁶ En partenariat avec l'association québécoise des centres de la petite enfance et le Centre de Psycho-Éducation du Québec.

⁷ Démarche telle que décrite par l'association EPE (<https://eduensemble.org/professionnels-recherche-actions-education-enfance/>) et déployée dans le cadre de l'étude pilote.

L'approche vise à favoriser le développement des compétences socio-affectives, clé du développement global.

Pour ce faire l'accompagnement contient 5 phases (figure 5) :

- phase de mobilisation de la direction et des équipes : présentation de la démarche pour soutenir le développement socio-affectif des enfants,
- phase d'analyse et d'observation : travail d'observation de l'équipe sur ses propres pratiques à partir d'un référentiel de pratiques identifiées comme étant de haute qualité dans la littérature et soutenant le développement des compétences psycho-sociales des enfants. Cette auto-observation permet la construction d'un portrait des pratiques de l'équipe. Cette phase est complétée par une observation de l'accompagnatrice EPE,
- phase de planification : à partir de la phase d'analyse et d'observation, différents défis émergent et un plan d'action est élaboré (incluant l'outil Pilou-Filou, présenté dans l'encadré page suivante),
- phase de réalisation : réalisation des actions prévues dans le plan d'action, avec un accompagnement régulier par EPE, incluant une formation aux marionnettes Pilou-Filou,
- phase d'évaluation : évaluation avec les questionnaires et l'équipe éducative.

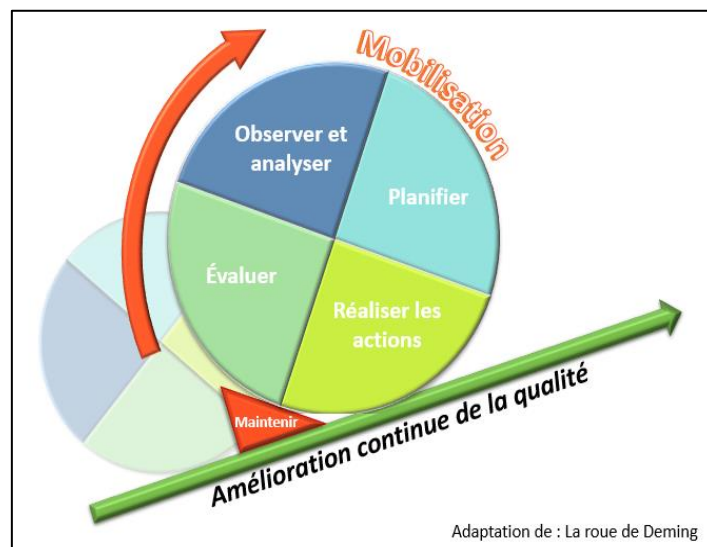


Figure 5 : démarche d'amélioration continue de la qualité, appliquée à la démarche « Accompagne-moi...! », association EPE

Présentation de la démarche Pilou-Filou présentée par EPE*

« Pilou-Filou est un outil conçu visant à soutenir le développement des compétences socio-affectives des jeunes enfants. Il vise particulièrement le développement d'habiletés telles que : apprendre à se faire confiance et à entrer en relation, connaître les émotions et celles des autres, poser des gestes en toute conscience dans le respect de chacun. Pilou s'adresse à tous les enfants d'un à cinq ans, garçons et filles, sans jamais isoler ou stigmatiser les enfants mais les accompagner ensemble et à leur hauteur. Très jeunes, les enfants sont placés dans des situations sociales qui leur demandent de nouvelles habiletés. Cela nécessite de les encourager à vivre des relations sociales satisfaisantes et à s'adapter à la vie de groupe.

L'approche Pilou-Filou propose aux professionnels de la petite enfance et de l'éducation, un ensemble de **seize ateliers** auxquels peuvent participer tous les enfants de leur groupe. Chaque atelier est structuré en trois parties : (i) un atelier destiné aux enfants, suivi d'une activité de transition entre enfants et animateurs de l'atelier ; (ii) un lien avec les parents, sous la forme d'une « lettre aux parents » ; et (iii) des pistes d'activités de réinvestissement pour le professionnel. L'activité proposée permet aux enfants d'explorer et de mettre en œuvre une habileté. Pour favoriser la continuité des apprentissages à la maison, la « lettre aux parents » leur fait connaître les habiletés qu'il est important de développer chez l'enfant et les invite à l'aider à poursuivre à la maison les activités. Les pistes pour les professionnels proposent des mises en pratique dans des situations de vie quotidienne.

Les ateliers de Pilou-Filou sont présentés selon une séquence logique qu'il est important de respecter. Les apprentissages proposés dans un atelier font toujours appel aux habiletés proposées dans les ateliers précédents. Dans l'animation de chacun des ateliers, le professionnel fera appel à Pilou. Pilou est un animal enjoué, chaleureux et accueillant, auquel les enfants peuvent s'identifier. Il sollicite la participation des enfants et favorise la dynamique de groupe. Comme les enfants, Pilou éprouve différentes émotions et il peut lui arriver d'avoir quelques difficultés dans ses contacts avec les autres. Pilou sollicite le point de vue des enfants et leur propose des pistes de réponses à leurs besoins. Pilou verbalise beaucoup : il communique aux enfants ce qu'il pense et ce qu'il fait afin de les aider à se rappeler ses gestes, paroles ou attitudes. Pilou a une attitude bienveillante ; il est attentif à chacun des enfants et les soutient dans leurs explorations. »

*Source : <https://eduensemble.org/2020/04/14/outil-pilou-et-filou/>

Encadré 1 : présentation de Pilou-Filou

Etude de viabilité

L'étude de viabilité de la démarche « Accompagne-moi...! » (AM) en contexte français visait à répondre aux questions évaluatives suivantes : quelle est la perception des parties prenantes quant aux effets de la démarche AM ? En quoi la démarche AM répond-t-elle (ou non) à un besoin et une demande ? Comment les professionnels de la petite enfance et les porteurs de la démarche sont-ils en

capacité de mettre en œuvre AM en routine ? Comment la démarche s’ancre-t-elle dans les pratiques habituelles des professionnels de la petite enfance, des crèches ?

L’étude pilote était initialement prévue en 2019-2020 en Haut-de-France et Ile-de-France. Le calendrier et les territoires de déploiement ont dû être adaptés aux conséquences de la crise sanitaire COVID-19. L’étude pilote a été conduite sur la période 2019-2021 dans les Hauts-de-France et Ile-de-France et sur la période 2020-2021 en Gironde. La genèse et les perspectives de cette étude pilote sont résumées dans la figure 6.

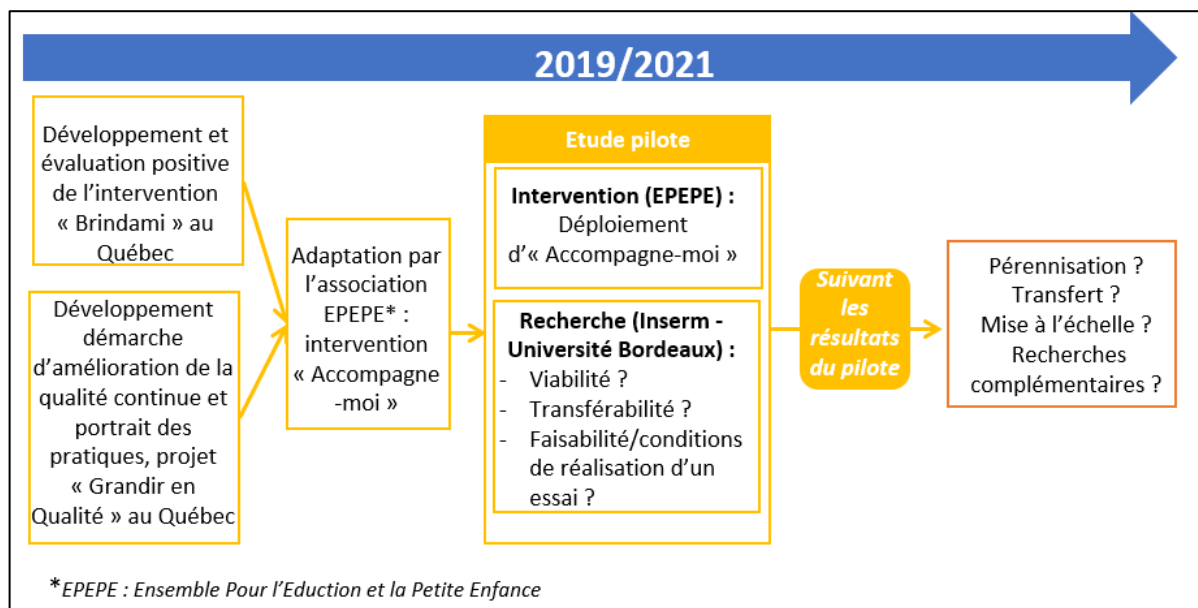


Figure 6 : étude pilote de la démarche « Accompagne-moi... ! », genèse et perspectives (calendrier de la figure adapté suite à la crise sanitaire COVID 19).

La méthode de l'étude de viabilité s'est articulée autour d'un recueil de données en deux temps (figure 7). Des entretiens exploratoires ont été conduits en 2019 auprès des acteurs à l'origine de la démarche AM afin de comprendre la genèse du projet, sa justification et les adaptations réalisées entre les interventions au Québec et la démarche AM en France. A l'issue du déploiement d'AM, une étude de cas multiples a été conduite. Chaque crèche était considérée comme un cas. Des entretiens semi-directifs ont été conduits avec les parties prenantes de l'intervention (coordinatrices, directrices et directeur de crèches, PPE du pôle de direction et de l'équipe éducative). L'objectif était de chercher à comprendre leur vécu de la démarche. L'article ci-après présente les résultats de cette étude.

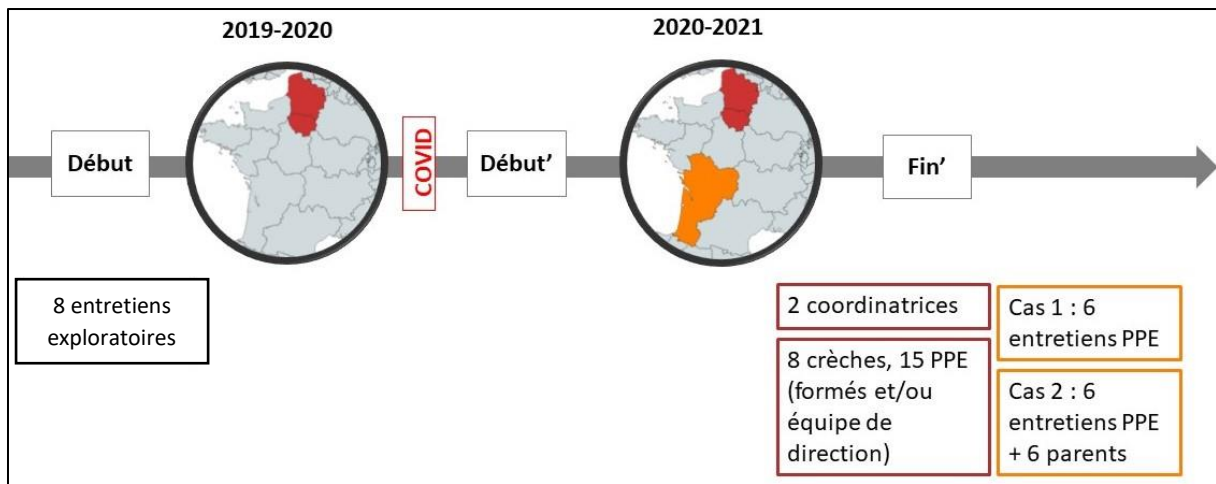


Figure 7 : représentation des différents temps de la méthodologie de l'étude de viabilité

Remarques

En cohérence avec la définition de la viabilité de Chen, une question évaluative complémentaire portait sur l'évaluabilité de la démarche d'AM. Dans cette étude de cas l'évaluabilité a été appréhendée sous le prisme de la préparation d'un essai contrôlé randomisé. L'étude a permis de calculer le score des compétences pro-sociales des enfants en âge préscolaire des crèches incluses dans l'étude pilote. Pour cela, le questionnaire SBQ a été utilisé (Social Behavior Questionnaire, questionnaire validé et largement utilisé pour permettre une évaluation complète des comportements sociaux typiques des enfants d'âge préscolaire), (Tremblay et al., 1987). Ces résultats pourront être utilisés pour le calcul du nombre de sujet nécessaire si un essai évaluant l'efficacité de la démarche AM est réalisé (ou d'autres interventions sur les compétences pro-sociales des enfants en âge préscolaire). L'étude a permis de recueillir des données pour interroger la faisabilité d'un futur essai randomisé en cluster et les conditions de réalisation d'un tel essai, le cas échéant.

L'étude pilote de la démarche AM était composée d'un volet qualitatif et quantitatif avec des objectifs qui ont été réadaptés au regard de la crise sanitaire (les objectifs du volet quantitatif n'ont pu être que partiellement atteints et les questions de recherche ont été réorientées). Le volet qualitatif s'articulait autour d'une étude de viabilité et d'une évaluation réaliste dans une perspective d'analyser la transférabilité de la démarche AM. Seuls la méthodologie et les résultats de l'étude qualitative de viabilité sont présentés dans ce manuscrit.

2. Etude de viabilité (article 3)

Title page

Title: Improving quality in in Childcare Facilities: results of the viability study of the "Accompagne-moi... !" approach in France

Authors:

Decroix Charlotte, University of Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, U1219 – Mérisp/ Population Health trAnslational Research (PHAREs), Equipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France

Essilini Anaïs, University Hospital (CHU) of Bordeaux, Department of prevention, F-33000 Bordeaux, France

Côté Sylvana, School of Public Health, University of Montreal, Canada
CHU Sainte-Justine Mother and Child University Hospital Center, Montreal, Canada

François Alla, University of Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, U1219 – Mérisp/ Population Health trAnslational Research (PHAREs), Equipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France
University Hospital (CHU) of Bordeaux, Department of prevention, F-33000 Bordeaux, France

« Accompagne-moi » group

*Nathalie Casso-Vicarini, Marie-Iris Duboys Fresney, Delphine Lemoine, Christine Maillard, Aurélia Rabe et Caroline Vattaire

Corresponding author: Charlotte Decroix charlotte.decroix@u-bordeaux.fr

Unstructured abstract

If accessible and of high quality, childcare facilities have the potential to contribute to tackle social inequalities in health. To improve the quality of childcare facilities in France, the "Accompagne-moi...!" approach has been developed. It aimed at improving professional practices to help children to develop their social and emotional skills. The approach was evaluated in a pilot study. The aim of this study was to assess the stakeholders and participants' views and experience regarding whether the approach is practical, affordable, suitable, evaluable and helpful in the real-world. A qualitative study was conducted in 14 childcare facilities of four French deprived areas over the period 2019-2022.

Eight exploratory interviews, followed by 33 semi-structured interviews were conducted with professionals. The interviews revealed that the childcare facilities included were characterised by involved professionals evolving in difficult working conditions amplified in times of health crisis. "Accompagne-moi... !" had the potential to meet some needs (e.g. professional training) and to have perceived positive effects (e.g. a less stressful environment). Nevertheless, the challenges of deploying such an intervention in highly stressed environments resulted in some professionals verbalising a negative experience, such as a feeling of failure or loneliness. While it is essential to consider children's emotions, the results emphasised how the well-being of children must be considered alongside to the well-being of professionals. Finally, additional research was proposed along with adaptations for the approach before its scaling up.

Contribution to Health Promotion statement

The main contributions of this article are: (i) the well-being of children and childcare professionals are interdependent; (ii) in some childcare facilities, children's emotions must be acknowledged; (iii) structural determinants are key determinants of the quality of childcare facility processes; (iv) subject to adaptation, the "Accompagne-moi...!" approach has the potential to contribute to high-quality early childhood education establishments; (v) some structural determinants must be present in order to implement interventions such as "Accompagne-moi... !" without creating difficulties for professionals.

Background

Social inequalities in health represent a real concern for social justice worldwide (WHO, 2008). France is no exception: the 2022 report on the population's health status shows that there is a social gradient in terms of life expectancy and the various determinants of health (Bagein et al., 2022). Tackling these inequalities means considering all the social determinants of health, which are "*the circumstances in which people grow, live, work, and age, and the systems put in place to deal with illness*" (WHO, 2008). Among these determinants, the role of early childhood education stands out (Irwin et al., 2007). Formal childcare have the potential to help combat social health inequalities and could help to offset certain developmental differences seen in children as a result of the social gradient in health. For this to occur, high-quality early childhood education and care (ECEC) need to be accessible, including to families from the most disadvantaged socio-economic backgrounds (Carbuccion et al., 2020; Vandebroek, 2021). Thus, the quality of the services offered will influence the positive, neutral or even detrimental effects of formal childcare on different aspects of early children's development (Carbuccion et al., 2020; OCDE, 2018; Vandebroek, 2021).

In France, most children start pre-school at the age of 3; until then, ECEC are one of the two main forms of formal childcare for young children (ONAPE, 2021). ECEC were the first choice for 87% of parents whose children were mainly looked after in childcare facilities in 2020. For 55% of them, this choice was motivated by the expected benefits to the child's development and socialisation (Viot, 2017). ECEC represent the first and, for some children, the most important experience of group socialisation in the first 1,000 days of life. They are ideal places for children to express their social behaviour at an early age and to learn social skills with their peers. Children regularly display so-called "disruptive" behaviour, mainly because they have not yet acquired the social skills needed to communicate their needs and frustrations. Toddlers often go through a period known as the "terrible twos" (Côté et al., 2007; Côté et al., 2006; Keenan & Wakschlag, 2000; Potegal & Davidson, 2003). This is a difficult time for parents and educators, as children have not yet acquired the self-control and social skills they require to satisfy their needs by interacting with others in a socially acceptable way, such as expressing emotions, sharing and cooperating in a game (Alink et al., 2006; Côté et al., 2006; Raver et al., 2011). Behaviour such as hitting, throwing tantrums and refusing to follow rules reach their peak around the ages of 2 to 3. This immaturity is most evident in ECEC, where children have to interact with their peers and carers for several hours a day, and this behaviour is one of the main challenges facing early childhood professionals (Boivin et al., 2018; Vitaro et al., 2011). A good-quality childcare environment is one in which interactions between children and adults are relaxed and stimulating, where the environment is predictable and conflicts are rare. As a result, the quality of

childcare for young children is a major issue of growing concern to political decision-makers at both national and international levels (OCDE, 2018), (HCFEA, 2019).

In France, the association Ensemble pour la Petite Enfance (EPE) has developed the "Accompagne-moi... !" (AM) approach to continuously improve the quality of ECEC's educational practices. This is the French adaptation of two initiatives developed and evaluated in Quebec (Canada): the continuous improvement approach developed by the Association Québécoise des Centres de la Petite Enfance (AQCPÉ) and the Brindami initiative developed by the Centre de Psycho-Education du Québec (CPEQ), (Larose et al., 2019).

The French and Quebec education systems each have their own specific cultural and socio-economic context. Unlike Quebec, where the education system is integrated (children aged 0 to 5 attend the same place), the French system is "separate": formal childcare is available for children aged 0-3, followed by pre-school education (Bigras et al., 2020). In France, ECEC are governed by the Code of Public Health and can be operated by local authorities, private companies, associations or parents (ONAPE, 2021). They are structured around a multi-disciplinary team of professionals with a variety of medical, social and educational backgrounds, and have a management unit and/or an educational unit and an educational team.

Transposing an initiative from one education system to another raises a number of questions due to differences in context. Furthermore, initiatives such as AM are complex and entail a number of methodological challenges in their development and evaluation (Chen, 2010; Craig et al., 2008; Skivington et al., 2021). Before considering scaling up AM on a wider scale, we need to examine the viable validity of this intervention in the French context by conducting a pilot study on a limited number of ECEC using the AM approach (Decroix et al., 2022). Viable validity focus on the integration of an intervention into the system in which it is to be implemented. The aim of this study is to analyse the viable validity of the "Accompagne-moi... !" (AM) approach in the French context.

Methods

Presenting the "Accompagne-moi... !" (AM) approach

AM offered ECEC a continuous improvement approach to the quality of education in their facilities. The AM approach consisted of five phases: enlisting the support of management and educational teams, self-observation and analysis of the professionals' practices, developing an action plan to improve their practices, implementing the action plan and evaluating it. The ECEC received regular support sessions from the EPE team. The Pilou-Filou tool was one of the activities proposed in the action plan. Pilou-Filou tool aimed to support childcare professionals in helping children to develop

their social skills while respecting their pace. It included: (i) a series of activities for children realised by a trained professional, (ii) documents about the activities for parents, and (iii) suggestions for reinvestment activities for professionals. EPE selected the ECEC where the approach was implemented on the basis of various criteria, including social disadvantage and the motivation of the facilities.

Theoretical approach: the integrative validity model

This study is based on the integrative validity model developed in 2010 by Chen. This recognises three types of validity: (i) viable validity refers to "stakeholders' views and experience regarding whether an intervention program is practical, affordable, suitable, evaluable and helpful in the real-world" (Chen, 2010); (ii) external validity investigates how it maintains effectiveness under "everyday" conditions; (iii) internal validity examines an intervention's potential effectiveness under experimental conditions. In a bottom-up approach, studying viability is seen as a prerequisite to the study of effectiveness and efficacy (Chen, 2010).

The evaluability was considered through the prism of the preparation of a randomised controlled trial. The methodology and results of this criterion will be described in a separate article. In this article, we considered the four viability criteria, defined by Chen as follows: *"practicality refers to whether implementers and staff in a community could adequately implement an intervention. Suitability refers to whether an intervention is capable of being coordinated or organized by local agencies and community-based organizations. Affordability refers to whether an implementing organization can pay for the cost of coordinating and implementing an intervention. (...) Helpfulness refers to whether stakeholders can notice and experience progress in alleviating or resolving a problem"* (Chen et al., 2014). Two analysis levels were possible: a cross-sectional results of the viability of the AM approach in all ECEC and a case analysis to understand the differences in how the approach was implemented and its perceived effects within the ECEC.

Participants and setting

Viable validity was explored by studying how AM was perceived by the stakeholders involved in AM. This study was based on:

1. Exploratory interviews with the stakeholders in initiating the AM approach. The objective was to understand how they felt about the origins of the project, its rationale and the adjustments made between the initiatives in Quebec and the AM approach in France.
2. A multi-faceted case study was carried out after the AM approach was deployed in the ECEC. Each one of them represents a case. Interviews with those in charge of the deployment were conducted. The aim was to explore how professionals experienced the AM approach, to understand the context in which the approach was deployed, the perceived effects and an

assessment of the mechanisms responsible for producing these effects. An in-depth case study was conducted to examine more specifically the context in which the initiative was introduced and the dynamics within the ECEC.

Sampling strategy

For the exploratory interviews, the sample was drawn from participants listed by the team coordinating the initiative. For the case study, a diversity of childcare facilities and professional's profiles were selected to form an initial sample among those implementing AM as a part of the pilot study. The cases' inclusion criteria included: ECEC supported by the various EPE representative, facilities with different statuses (municipal, network, association), different geographical areas (urban, rural - Nord, Pas-de-Calais, Yvelines, Gironde), with different team dynamics (well-established, recent teams) and different sizes (number of places and sections). For each case study, semi-directive interviews were conducted with coordinators, professionals from the management team and the educational team trained in the Pilou-Filou tool. The in-depth case study was selected according the implementation process of AM. Semi-directive interviews were conducted with the management team, professionals from the educational team who had been trained in the Pilou-Filou tool, and professionals who had not been trained in the tool.

Data collection

In an inductive approach, semi-directive interviews were conducted by CD with the support of an interview guide that included open questions adapted to the exploratory or case study interviews and respondents (appendix 1). They were recorded with the participants' verbal consent.

Data analysis

The interviews were transcribed in full. CD carried out a discontinuous thematic analysis for the exploratory interviews. For the case study, CD and AE, specialists in public health trained in qualitative research, carried out a comprehensive thematic analysis. The analyses were carried out for each case individually and in a transversal way.

Ethical issues

This study is part of study ****C19-65**** conducted under the responsibility of Inserm. It was granted approval by the Evaluation Committee of Inserm, the Institutional Review Board (IRB00003888, IORG0003254, FWA00005831) on 22/11/2019. All study participants gave their oral, informed, non-opposition to participation, in line with French legal guidelines.

The recommendations of the "Standards for Reporting Qualitative Research" (SRQR) guidelines were taken as references (O'Brien et al., 2014).

Results

1. Participants' characteristics

Exploratory interviews were conducted in 2020 with eight participants, lasting from 30 minutes to 1 hour 16 minutes. The sample is detailed in table 1. Three interviews were also held in person and five through video conference, due to the geographical distance for participants in Quebec and social distancing requirements due to COVID-19 for certain participants in France.

The pilot study was initially scheduled for 2019-2020 in Haut-de-France and Ile-de-France. Because of the COVID-19 crisis, in France, ECEC were closed from march 2020 to may 2020. The timetable and territories for deployment of AM had to be adapted. Therefore, the pilot study was implemented twice in Hauts-de-France and Ile-de-France. It was initiated in 2019-2020 and in 2020-2021 in 23 and 24 ECEC respectively. During the second deployment of AM in 2020-2021, the Gironde (4 ECEC) area was added to include ECEC implementing the intervention as originally planned.

For the case study, 33 interviews were conducted from July to November 2021. They were all carried out in person at the professional's place of work. They were carried out in 14 ECEC in four French areas (Nord, Pas-de-Calais, Yvelines and Gironde). Two were run by local authorities (by two different), 10 were run by private networks (three different networks), and one was run by an association. Of the 33 professionals interviewed, 31 were women and one was a man, and two were network coordinators (see table 1). Of these 14 ECEC, two were selected for the in-depth case study.

Table 1: participants' characteristics

Exploratory interviews with the parties behind the rollout of the AM approach in France			
Interviews	Profession and/or role	Structures	Country
I1	Association director	AM-supporting association	France
I2	Training and research manager	AM-supporting association	France
I3	International resources manager	AM-supporting association	France
I4	Early children consultant	AM-supporting association	France
I5	Association director	Partner association 1	Canada
I6	Association director	Partner association 2	Canada
I7	Researcher	University	Canada
I8	Project manager	Foundation - funder	France

Part 6, article – Improving quality in Childcare Facilities: results of the viability study of the "Accompagne-moi... !" approach in France

Interviews with coordinators and professionals from daycare facilities where the AM approach was deployed							
	Childcare Facilities	Profession	Role	Urban/rural area	EPE participant (P1 to P6)	Type of centre	Pilou training
I9	-	Early childhood educator	Early childhood coordinator	-	-	Network 1	-
I10	-	Early childhood educator	Early childhood coordinator	-	-	Network 2	-
I11	C1	Childcare assistant	Educative team	Urban	P1 then P6	Network 2	Yes
I12		Nurse	Director	Urban	P1 then P6	Network 2	No
I13	C2	Childcare assistant	Educative team	Urban	P1 then P6	Network 2	Yes
I14	C3	Childcare assistant	Educative team	Urban	P1 then P6	Network 1	Yes
I15	C4	Early childhood educator	Educative team	Urban	P1 then P6	Network 1	Yes
I16	C6	Childcare assistant	Educative team	Urban	P4	Network 1	Yes
I17		Early childhood educator	Director	Urban	P4	Network 1	No
I18	C7	Nursery nurse	Director	Rural	P1 then P6	Network 1	Yes
I19		Childcare assistant	Educative team	Rural	P1 then P6	Network 1	Yes
I20	C8	Early childhood educator	Educational referent	Urban	P2 then P3	Municipal 1	Yes
I21	C9	Early childhood educator	Director	Urban	P2 then P3	Municipal 1	Yes
I22		Early childhood educator	Assistant director	Urban	P2 then P3	Municipal 1	Yes
I23	C10	Nurse	Director	Urban	P5	Municipal 2	Yes
I24		Early childhood educator	Educational referent	Urban	P5	Municipal 2	Yes
I25		Childcare assistant	Educative team	Urban	P5	Municipal 2	Yes
I26	C11	Early childhood educator	Director	Rural	P6	Network 3	Yes
I27		Childcare assistant	Educative team	Rural	P6	Network 3	Yes
I28	C12	Nursery nurse	Assistant director	Urban	P6	Association 1	Yes
I29		Childcare assistant	Educative team	Urban	P6	Association 1	Yes
I30	C13	Nursery nurse	Director	Rural	P6	Network 3	No
I31		Early childhood educator	Assistant director	Rural	P6		Yes
I32		Early childhood educator	Educative team	Rural	P6		No

Part 6, article – Improving quality in Childcare Facilities: results of the viability study of the "Accompagne-moi... !" approach in France

I33	Childcare assistant	Educative team	Rural	P6	No
I34	Childcare assistant	Educative team	Rural	P6	No
I35	Childcare assistant	Educative team	Rural	P6	No
I36	Psychomotrician	Director	Urban	P6	No
I37	Early childhood educator	Assistant director	Urban	P6	Yes
I38	Childcare assistant	Educative team	Urban	P6	Yes
I39	C14 Childcare assistant	Educative team	Urban	P6	Network 2 No
I40	Childcare assistant	Educative team	Urban	P6	No
I41	Childcare assistant	Educative team	Urban	P6	No

* Childcare facilities 1 to 9 Began AM rollout in 2019-2020 Interrupted by COVID-19, centres closed AM rollout resumed in 2020-2021 // centres 10 to 14 AM rollout 2020-2021

2. ECEC: systems under pressure, exacerbated during health crisis

A workplace with dedicated professionals working in conditions described as difficult

The interviews revealed a high level of dedication from professionals working in conditions described as difficult, with wages considered low, a limited number of staff, great needs in training, and a high turnover. In addition to the statutory number of professionals per child, the number of professionals working on a daily basis and the policy for dealing with absences varied from one facility to another. Absence due to sick leave, maternity leave or non-replacement had implications for the ECEC in both the short and long term: staff burnout, changes in staff roles, and changes in team dynamics. These consequences were exacerbated: (i) when the absences involved management staff and/or (ii) when the management team compensated for absences by no longer supporting teams' projects or were "overwhelmed" by their responsibilities.

"There should have been two of us, and my coworker joined us in September, but she left at the end of September. Then, a new coworker arrived in March, but she didn't stay. So, in reality I worked the whole year alone." (early childhood educator, trained in Pilou-Filou tool).

The challenge of incorporating projects into an organization under pressure

In certain contexts, those human resource issues were cited as obstacles, both to implementing new initiatives and to working with children on a day-to-day basis. The challenge of taking professionals

away from their work to join a team meeting, to reflect on their work or to carry out educational activities that require a great deal of preparation time was emphasized, whether for the AM approach or other projects within the facility. The interviews showed the challenge of integrating projects such as AM represent in such an organization. Two consequences were identified: (i) obstacles to the project were amplified by the slightest "grain of sand" that fell into the organisation of an already stressed facility; (ii) professionals were put in a difficult position, which calls into question the project's suitability and sustainability if the structural conditions were not met.

"I needed time, and there wasn't enough. Right now, once we leave the area, it impacts the whole group. There's barely enough of us" (childcare assistant).

Challenges exacerbated by the health crisis

The interviews showed how the health crisis required of professionals to make considerable adjustments: the closing and reopening of the ECEC, an increase in sick leave, a need of special support for children, a constant changes in the working conditions as new measures were often introduced to prevent the spread of the coronavirus (e.g. reorganization of rooms, cleaning of toys, possibility of parents entering the facility, the process to be followed if a professional came into contact with the virus). The health crisis proved how committed professionals were to their jobs, since the AM approach was implemented in spite of these difficult circumstances. Furthermore, some teams were stressed by certain professionals' individual response to the health crisis, such as views on vaccination or the use of masks. Whilst the Covid crisis exacerbated the problems, interviews revealed that the problems predated the health crisis.

"We're starting to see a true shortage of professionals. When I started I had a hundred CVs on my desk. Now I'm having to hunt candidates down. There's a real shortage (...) this profession, working with early children, is no longer attractive. [Professionals] are doing it because it is their calling; it's in their bones and so they give it their all. We ask a lot of them" (Young education coordinator).

3. Incorporating "Accompagne-moi... !" (AM) into these systems: the viability of the approach

The AM approach's potential in the French context: meeting needs

The interviews highlighted the relevance of an approach aimed at promoting children's and teachers' emotional well-being by improving the quality of the environment in ECEC. In the exploratory interviews, stakeholders explained the development of AM in France by the need for ECEC staff to be trained, supported and given tools to help them provide appropriate care for children in everyday,

Part 6, article – Improving quality in Childcare Facilities: results of the viability study of the "Accompagne-moi... !" approach in France

group situations, such as sharing, waiting their turn or following instructions. These needs were confirmed by interviews with coordinators, managers and educational teams.

" [Behind the development of "Accompagne-moi... !", there was a need] to change how we do things. With the idea of kindness, kindness from early childhood educators' toward children, from early childhood educators' toward families, from families toward their children, and kindness within support structures as well as professionals, so it looks at their attitudes" (Association director).

Professionals stressed the need to give more consideration to children's emotions in certain situations, saying that there were times when little to no consideration was given to children's feelings. Moreover, early childhood educator's considerable responsibility for initiating and driving the ECEC's educational project within the entire team was highlighted, making it all the more important to support them. Finally, the approach's benefits were underscored by: (i) early childhood educators' recognition of greater potential for supporting children in their social and emotional development; (ii) the need to re-examine the educational purpose of words and habits that have become routine.

"When I arrived in February...emotions didn't exist. Children weren't allowed to cry. It was difficult" (Young education assistant).

Perceived positive effects, calling for the approach to be incorporated as support in child care centers

The analysis showed that AM had the potential to be the foundations on which the ECEC's various projects would be embedded. Interviews highlighted the perceived effects of AM in helping children acquire the social skills they needed in their day-to-day life in the ECEC (mealtimes, playtimes). Depending on the context, other effects were described by the management team (e.g. support for the professionals' practices improvement), the professionals (e.g. reflexiveness about day-to-day support provided to children), the team dynamics (e.g. helping to adopt a shared vocabulary), and even the structure as a whole (e.g. a calmer atmosphere in the ECEC). The professionals reported that these various effects facilitated other projects within the facility.

"Today, I see 'Accompagne-moi...!' as a flower with petals, with the centre, the practices and all the projects that revolve around it, such as sign language, the layout of our space, and the Pilou and Filou tool to help the children with their psychosocial skills" (early childhood educator).

However, in some ECEC, professionals were not aware of this potential. They considered the continuous improvement approach to quality and the Pilou-Filou tool as "additional" projects that were not incorporated into the ECEC's own projects.

Experiences that question the conditions for the viability of the approach

The interviews showed that professionals were having difficulties and even a negative experience when implementing AM. Individually, professionals' difficulties were associated with a feeling of isolation and/or failure amongst those who were unable to implement AM. These challenges were related to a lack of time, questions on how to implement the Pilou-Filou tool, difficulties in mastering the approach and bringing their colleagues on board with it. Individuals' negative experiences led to animosity within certain teams. The stress and frustration stemmed from the impact of implementing Pilou-Filou on the ECEC's organisation, the impossibility of training the entire team in Pilou-Filou, and the perceived lack of their colleagues' involvement in AM by certain professionals.

"I admit that there were times when I was a bit - I'm not going to say gutted, but yes, I did feel a bit isolated and lost, and that kept me awake for a few nights (laughs)." (Early childhood educator).

Viability of the approach: substance and feasibility

As summarised in Figure 1, the perceived usefulness of AM was influenced by its perceived affordability, suitability and practicality. The results of the viability study distinguished between the approach's content and feasibility. In most ECEC, the approach responded to a need (Figure 1) with perceived positive effects. Although some early childhood educators' who had not been trained in Pilou-Filou said they were not interested in the approach, it was explained more by a lack of interest in changing their practices than by any concerns about the approach's philosophy. In terms of feasibility, the interviews highlighted the organisational difficulties involved in implementing the approach, incorporating it into the ECEC's projects and helping professionals to take ownership of the approach, both individually and as a group. In some situations, interest in the content of the approach was overshadowed by management and teams' perception of the AM's feasibility.

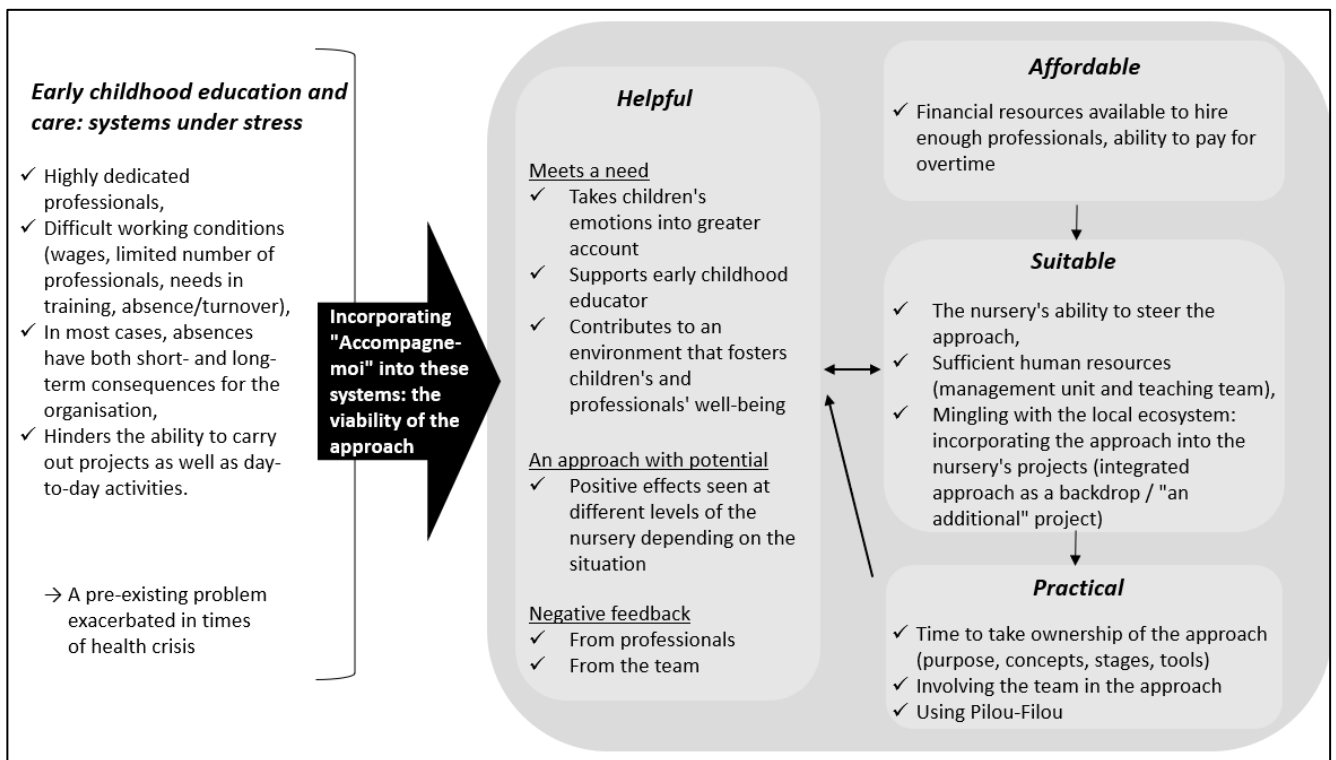


Figure 1: viability of the "Accompagne-moi...!" approach, results of the pilot study.

Discussion

The results of the pilot study were based on two opposing observations. The approach responded to a need with positive effects seen in most situations. However, the approach posed challenges for professionals, given the obstacles they encountered in leading, deploying and performing it. The results underscored the need to associate the approach with an educational project for the ECEC. In addition, this study showed how acting to improve children's well-being in facilities also meant addressing the well-being of professionals.

Needs consistent with the historical context of the development of childcare in France

From the demographic challenge of child survival at the end of the Second World War to the present day, formal childcare policy has been guided by a number of objectives: balancing work and family life, promoting gender equality, nurturing children in all aspects of their development, and tackling the intergenerational transmission of poverty (Odena, 2012; Thévenon, 2016; Vandebroek, 2021). The paradigm shift from "childminding" to "childcare facilities" in the 1980s reflected the desire to consider psychological and social issues alongside health concerns (Neyrand, 1999; Odena, 2012). Reflecting this historical context, today's educational teams are staffed by professionals with a wide range of

training and knowledge, including backgrounds in the medical sciences, social sciences and/or education sciences, managed by different ministries with varying lengths of study. ECEC are organised around three central actors: the educational team, management team, and the early childhood educator. The training and duties of early childhood educator make him or her the key players in initiating and promoting educational projects in ECEC and within teams (Odena, 2012).

This context highlights the need for training for ECE and support for early childhood educator in their important responsibilities as seen in this pilot study. This need for support was accentuated if there is a divergence between the director, responsible of team management and the early childhood educator, responsible for the educational project (Cret et al., 2017).

From evidence-based initiatives in Quebec to "Accompagne-moi... !" in France: continuity and adaptation

The AM approach was based on two initiatives that have been incorporated into routine practice and evaluated in Quebec, using a holistic approach (Larose et al., 2019). AM combined a continuous improvement approach to educational quality and an intervention to encourage the development of early children's psychosocial skills while respecting their own pace.

The results showed how the perceived quality of professionals' educational practices was influenced by numerous structural factors beyond their individual knowledge, skills and experience. Indeed, quality can be seen from different angles: structural quality and process quality. Structural quality covers the most distal quality indicators for childcare facilities, which are often subject to regulation. These refer to the human, physical and material resources available (Carbuccia et al., 2020; OCDE, 2018). Process quality "concerns the more proximal processes of children's everyday experience and involves the social, emotional, physical and instructional aspects of their interactions with staff and other children (peer interactions) while being involved in play, activities or routines" (OCDE, 2018). The AM approach sought to influence process quality (the aim of the approach) and structural quality by offering training to certain professionals.

The results highlighted the influence of perceived structural quality indicators on improving process quality, in accordance with the international literature (Carbuccia et al., 2020; OCDE, 2018; Slot, 2018). To be viable, initiatives like AM require a number of conditions to be met, such as sufficient human resources and a supportive management and organisation. For example, the management team and the early childhood educator must be able to lead AM within the facility to ensure collective ownership of the process. In the French context, the study emphasised the impact of working conditions and organisational types on the process quality of ECEC (Odena, 2019). Furthermore, various literature

reviews have shown the positive relationship between professional training and process quality (Carbuccia et al., 2020; Slot, 2018).

The results also demonstrated the interdependence of the structural characteristics of quality found in the AM pilot study. The AM pilot study illustrated the importance of having a supportive organisation and sufficient human and financial resources to offer a reflective approach and training for professionals.

The study's strengths and limits

This pilot study tested the AM approach in fourteen ECEC. Reliability of results was improved by triangulating participant and the contribution of multiple investigators to the analysis (CD and AE), (Mays & Pope, 1995). This study's results highlighted the AM approach's potential for meeting a need in French facilities. A viability study is essential to avoid scaling up an intervention that could have a negative impact on professionals or create tensions within teams. The results demonstrated the need to adjust the initiative and/or the context to improve the AM approach's viability. The question was: can we maintain the approach's potential (meeting a need, positive experience) and avoid the negative experience of the professionals involved in the approach? The results were discussed and recommendations were drawn (seven 1.5- to 3.5-hour sessions were held with 68 participants from stakeholders, study participants, deciders). These recommendations aimed to: (i) propose changes in the approach to keep the perceived positive effects while strengthening the conditions for the approach's viability; (ii) offer operational solutions without standardising the approach, so that it can be incorporated into the various environments, in accordance to the paradigm of complex interventions.

This pilot study took place in the unique context of the COVID-19 health crisis, requiring considerable efforts from all stakeholders. That the study continued despite these circumstances was a testament to the commitment of everyone involved: parents, early childhood professionals, facility managers and the EPE association. In terms of the AM approach, EPE's main adjustments were: (i) the continuation of the AM approach in 2020-2021 in the ECEC where it had been introduced in 2019-2020 and the addition of five new ECEC over the 2020-2021 period; (ii) the remote implementation of some of the phases, initially designed as face-to-face sessions. The research methodology was regularly adjusted as the health crisis unfolded. The situation meant that it was impossible to carry out regular observations in the ECEC or to conduct the interviews with the parents as planned initially.

Some of the study's conclusions need to be taken with caution, given the bias caused by the health crisis. Nevertheless, the participants' comments showed that the health crisis alone was not

responsible for the obstacles to implement the intervention observed. They demonstrated the systemic difficulties present in the early education sector. These problems, alongside early childhood professionals' great dedication, were highlighted in the 2023 report by the Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) on the quality of care and prevention of abuse in ECEC in France (Bohic, 2023). Despite recent trends, major inequalities between ECEC were highlighted. Our results shared several of these observations: professionals' needs in training, the low social esteem for early childhood professionals, challenges in hiring early childhood professionals, and professionals' feeling of not being able to give children the time that they need. Therefore, "early childhood care is a sector that tends to be idealised: we don't acknowledge the hardships or the risks in the field, to the detriment of both children and professionals. In this respect, the task force [carried out by the IGAS] considers that it is essential to change how we look at these services, to put them in their rightful place, that of caring for people who are extremely vulnerable and dependent, and to appreciate what this type of activity entails in terms of working conditions, the time needed to provide support, offering training, preventing risks, and carrying out assessments and inspections" (Bohic, 2023).

Following up from the pilot study: prospects for research

Both the findings of the pilot study and its limitations call for further researches. First of all, we need to re-examine the AM approach in order to: (i) assess whether the changes made help to preserve the perceived effects while preventing negative experiences; (ii) continue to study what mechanisms underlie the effectiveness and what are the conditions for triggering these mechanisms, including for the Pilou-Filou approach; (iii) explore parents' perceptions of this approach. Secondly, there is the issue of the conditions for the sustainability of the observed results. The results of this study and the results discussion process allowed us to put forward hypotheses about the conditions for sustaining the results over time, depending in particular on the team's collective ownership of the approach, the management team's commitment to the approach and the type of ECEC (public, private companies or association). Thirdly, the question of children's and professionals' well-being calls for research that goes beyond the AM approach. A number of questions were raised: what does it mean to have a ECEC that promotes the well-being of children and professionals? What are the conditions required for such establishment? How are these conditions accounted for in France? What are the drivers and obstacles to incorporating these conditions into the French system?

Conclusion

This study examined the conditions for the viability of a process to improve the educational quality of early childhood education in childcare facilities in France. The study highlighted the value of such

Part 6, article – Improving quality in Childcare Facilities: results of the viability study of the "Accompagne-moi... !" approach in France

approach in regards to the urgent need to consider children's emotions. It demonstrated how children's well-being cannot be considered without accounting for the well-being of the professionals who care for them every day.

The results showed that, for a professional to be able to adopt high-quality processes, their work environment needed to enable them to do so. In other words, this study demonstrated how certain structural determinants are prerequisites to introducing a continuous improvement approach to the quality of processes within childcare facilities. The results testified to the commitment of the early childhood professionals involved in the study to adopting high-quality educational practices despite difficult working conditions. The low social recognition and professionalism of professionals working in facilities was emphasised. To make sure that the commitment to the approach does not put professionals in difficulty, structural quality must be present in terms of the number of professionals, access to ongoing training, and so on.

Finally, despite high potential, the conditions for viability were not met. The professionals involved in its introduction saw positive effects when the conditions for implementation were met. The pilot study enabled the AM approach to be adapted in order to address the obstacles encountered. Additional research is needed to continue to analyse its viability.

Acknowledgements: The research team would like to thank all the partners involved in this pilot study. Many thanks to the EPE association. We would also like to thank the partners of the Association québécoise des centres de la petite enfance (AQCPÉ) and the Centre de Psycho-Éducation du Québec (CPEQ), and the Fondation Porticus for their financial support for this study. Thanks to Carole Pierrart, Charlotte Kervran, Océane Phanatzis and Valérie Enouf at the University of Bordeaux - Inserm for their support in this study.

We would also like to thank all our partners in the local authorities, childcare networks and associations who made this study possible. Thank you to all the ECEC professionals who contributed to this project, for your indispensable availability and involvement in this project despite the health crisis. Finally, thank you to all the children and parents who contributed to this research.

Declaration of Interest: None declared.

Institutional ethical approval for the study: This study is part of study **C19-65** conducted under the responsibility of Inserm. It was granted approval by the Evaluation Committee of Inserm, the Institutional Review Board (IRB00003888, IORG0003254, FWA00005831) on 22/11/2019.

Author Contributions: FA and SC were the principal investigator of the study and the work was realised under their direction. The "Accompagne-moi...!" group developed the "Accompagne-moi...!" approach and managed its deployment as part of the research. A closer partnership between the research team and the group enabled the study to be carried out successfully.

CD, FA, SC developed the research protocol, CD collected the data, CD and AE analysed the data and interpreted the results. CD realized the reporting process with AE participation.

CD and AE drafted the first version of the manuscript. The manuscript was reviewed by AE, FA and SC. All authors have read and approved the final manuscript.

References

- Alink, L. R., Mesman, J., van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Koot, H. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2006). The early childhood aggression curve: development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Dev*, 77(4), 954-966.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00912.x>
- Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., Hazo, J.-B., Naouri, D., Pesonel, E., & Vilain, A. (2022). L'état de santé de la population en France. N°102(Les dossiers de la DREES).
- Bigras, N., Dessus All My Papers Are At pdessus.fr, P., Lemay, L., Bouchard, C., & Lequette, C. (2020). Qualité de l'accueil d'enfants de 3 ans en centre de la petite enfance au Québec et en maternelle en France. *Enfances, Familles, Générations*. <https://doi.org/10.7202/1077681ar>
- Bohic, N., Frossard J-B., Itier C., Leconte T. (2023). *Qualité de l'accueil et prévention de la maltraitance dans les crèches* (Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Issue.
- Boivin, M. Vitaro, F. et Poulin, F. (2005). Peer relationships and the development of aggressive behavior in early childhood. In: R.E. Tremblay, W.W. Hartup, et J. Archer, (dir.), *Developmental origins of aggression*. (éds, p. 376-397). New York : Guilford Press.
- Carbuccia, L., Barone, C., Borst, G., Greulich, A., Panico, L., & Tô, M. (2020). *Revue de littérature sur les politiques d'accompagnement au développement des capacités des jeunes enfants*. [Rapport de recherche]. Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques.
<https://sciencespo.hal.science/hal-03455799>
- Chen, H. T. (2010). The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*, 33(3), 205-214.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>
- Chen, H. T., Yip, F., Lavonas, E. J., Iqbal, S., Turner, N., Cobb, B., & Garbe, P. (2014). Using the exhibited generalization approach to evaluate a carbon monoxide alarm ordinance. *Eval Program Plann*, 47, 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.06.003>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. In. Geneva: World Health Organization.
- Côté, S. M., Vaillancourt, T., Barker, E. D., Nagin, D., & Tremblay, R. E. (2007). The joint development of physical and indirect aggression: Predictors of continuity and change during childhood. *Dev Psychopathol*, 19(1), 37-55. <https://doi.org/10.1017/s0954579407070034>

- Côté, S. M., Vaillancourt, T., LeBlanc, J. C., Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2006). The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: a nation wide longitudinal study of Canadian children. *J Abnorm Child Psychol*, 34(1), 71-85. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9001-z>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Cret, B., Moisset, P., & Pascal, C. (2017). Management, rapports de force et coordination interprofessionnelle en établissement d'accueil du jeune enfant. *Revue française des affaires sociales*(2), 63-82. <https://doi.org/10.3917/rfas.172.0063>
- Decroix, C., Kervran, C., Cambon, L., & Alla, F. (2022). Fitting Health Promotion Research with Real-Life Conditions: Viability Evaluation. In L. Potvin & D. Jourdan (Eds.), *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol. 1: Mapping Health Promotion Research* (pp. 625-640). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97212-7_41
- HCFEA. (2019). *Pilotage de la qualité affective, éducative et sociale de l'accueil du jeune enfant*. Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Age. Retrieved from https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/mis_en_page_rapport_qualite_29-07-19_-_final.pdf
- Irwin, L., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). Early child development : a powerful equalizer: final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. . In: Vancouver : Human Early Learning Partnership.
- Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2000). More than the terrible twos: the nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *J Abnorm Child Psychol*, 28(1), 33-46. <https://doi.org/10.1023/a:1005118000977>
- Larose, M. P., Ouellet-Morin, I., Vitaro, F., Geoffroy, M. C., Ahun, M., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2019). Impact of a social skills program on children's stress: A cluster randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.02.017>
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *Bmj*, 311(6997), 109-112. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6997.109>
- Neyrand, G. (1999). Savoirs et normes sociales en matière de petite enfance. *Revue des politiques sociales et familiales*, 3-15. https://www.persee.fr/doc/caf_1149-1590_1999_num_57_1_1858
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>
- OCDE. (2018). *Engaging Young Children : Lessons from Research about Quality in Early Childhood Education and Care*. Starting Strong Editions OCDE Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264085145-en>
- Odena, S. (2012). Travailler en crèche : un choix par défaut et une hétérogénéité des professions source de tensions. *Revue des politiques sociales et familiales*, 23-33. https://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2012_num_109_1_2881
- Odena, S. (2019). Organisation du travail dans les crèches, conditions de travail, modalités d'exercice des professions. In *Accueillir la petite enfance : le vécu des professionnels* (pp. 157-174). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.moiss.2019.01.0157>
- ONAPE. (2021). L'accueil du jeune enfant en 2020. In: Observatoire Nationale de la Petite Enfance.

- Potegal, M., & Davidson, R. J. (2003). Temper tantrums in young children: 1. Behavioral composition. *J Dev Behav Pediatr*, 24(3), 140-147. <https://doi.org/10.1097/00004703-200306000-00002>
- Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C., Zhai, F., Bub, K., & Pressler, E. (2011). CSRP's Impact on low-income preschoolers' preacademic skills: self-regulation as a mediating mechanism. *Child Dev*, 82(1), 362-378. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01561.x>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *Bmj*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Slot, P. (2018). Structural characteristics and process quality in early childhood education and care. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1787/edaf3793-en>
- Thévenon, O. (2016). L'accueil de la petite enfance en France et dans les pays de l'OCDE : une politique d'investissement social ? *Revue française des affaires sociales*(1), 163-188. <https://doi.org/10.3917/rfas.161.0163>
- Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Côté, S. M. (2018). Developmental Origins of Chronic Physical Aggression: A Bio-Psycho-Social Model for the Next Generation of Preventive Interventions. *Annu Rev Psychol*, 69, 383-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044030>
- Vandenbroeck, M. (2021). Les lieux d'accueil et d'éducation des jeunes enfants qui peuvent faire la différence. In *Espaces de socialisation extrafamiliale dans la petite enfance* (pp. 33-54). Éres. <https://doi.org/10.3917/eres.zaouc.2021.01.0033>
- Virost, P. (2017). Le choix de la crèche comme mode d'accueil, entre bénéfices pour l'enfant et adaptation aux contraintes. *Études et résultats*(1014).
- Vitaro, F., Brendgen, M., Boivin, M., Cantin, S., Dionne, G., Tremblay, R. E., Girard, A., & Pérusse, D. (2011). A monozygotic twin difference study of friends' aggression and children's adjustment problems. *Child Dev*, 82(2), 617-632. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01570.x>

Supplementary file

Appendix 1: qualitative interview guide, pilot study of the "Accompagne-moi... !" approach

Presentation of the interview guides

Two types of semi-directive interviews were conducted. In stage 1, the aim of the exploratory interviews was to:

- Understand how participants saw the origins of the "Accompagne-moi... !" scheme,
- Identify the key factors that led these participants to develop and adapt the programme, including the specific challenges of rollout in France.

In stage 2, the interviews sought to explore how professionals experienced the AM approach, to understand the context in which the approach was deployed, what effects were seen and which mechanisms were at work.

Here, a guide to a "typical" interview is presented for stage 1 and stage 2. They were adjusted for each type of participant:

- Stakeholder, researcher, funder in stage 1,
- Coordinator, member of the management unit, member of an educator team trained in Pilou-Filou or not for stage 2.

Before reading the interview guides, please bear the following points in mind. Each interview guide contains open questions. The wording of the questions and follow-ups and the order of questions are not set in stone. The goal is to adapt to each interviewee to understand their point of view, their reasoning, their background, their motivations and their constraints. Follow-up questions are used after each question to allow the other person to elaborate on their comments and point of view, for example, "could you tell me more?", or "what did you think about this?".

Note that interviewees attended a presentation of the study given by the project manager leading the interview at the start of the study, and they were handed a letter of information. They were reminded of the context when the interview appointment was made.

Typical interviews, stage 1 – Interview guide

Introduction

Thank you for taking the time to talk to me. The interview should last between 45 minutes and 1.5 hours. The aim is to get your views on the development of "Accompagne-moi". I'm going to ask you some questions about your personal experience and how you see things. There's no right or wrong answer; I'm only interested in your experience. I'll be taking notes during the interview and, if you agree, I'll be recording our discussion. I (or the research team) will be the only ones to listen to this recording so that we can add to my notes, and it will be deleted at the end of the study. It will be kept anonymous and confidential. Your answers will be included anonymously in the final report of this study.

- First of all, could you give me a brief outline of your current responsibilities and your career path?

Topic 1: The value of Brindami-continuous quality improvement-Accompagne-moi

- How did you first hear about XX [=> Accompagne-moi/ Brindami/ the continuous quality improvement approach, using the interviewee's standpoint]?⁸

Topic 2: From Brindami to Accompagne-moi

- How did the idea of developing the project in France come about?
- From your point of view, what were the driving forces behind XX's move to "Accompagne-moi"?
- Do you think there are any differences between the French and Quebec systems that have guided this development?
- Finally, if you had to identify a key issue or objective to which this approach responds, what would it be?
- Was there a time or a moment that particularly struck you during the development of "Accompagne-moi" that we haven't mentioned?
- Do you have anything to add?

Thank and inform them of the study's next steps

⁸ Some example follow-up questions: *By whom? What did you think about the project? What was your role in "Accompagne-moi"/how were you (or were you) involved in this project? At what point? Personally, what was your goal in getting involved in this project? Why did your establishment want to get involved in this project?*

Typical interviews, stage 2 – Interview guide, facility management team version

Introduction

Thank you for taking the time to talk to me. The aim is really to get your point of view on the "Accompagne-moi" approach and how it went in your facility. I'm going to ask you some questions about your personal experience and how you see things. There's no right or wrong answer; I'm only interested in your experience. I'll be taking notes during the interview and, if you agree, I'll be recording our discussion. I (or the research team) will be the only ones to listen to this recording so that I can add to my notes, and it will be deleted at the end of the study. It will be kept anonymous and confidential. Your answers will appear anonymously alongside those of the 15 facilities at the end of the study.

- First of all, could you give me a brief outline of your current responsibilities and your career path?

Topic 1: The beginnings of "Accompagne-moi... !" (AM)

- How did you hear about AM?⁹
- What do you think AM's objective is?
- How did AM's presentation to the team go?

Topic 2: Introducing "Accompagne-moi... !"

- What was your role in AM?
- Can you tell me how AM's rollout went in your facility?
- How did the professionals do in taking up AM?
- Did you find the approach accessible to all professionals?

Topic 3: Benefits and limits

- What were the benefits of participating in AM?
- What were the limits of the approach?
- What do you think helped to make it easier to implement AM?
- On the other hand, what were some obstacles to implementing AM?
- If another facility director is thinking about introducing AM in their establishment, what would you say to them?

Topic 4: Continuity and openness

- The action-research project will soon be coming to an end. What do you plan to do next in the facility?
- If the approach were to be rolled out in a new facility, would there be anything that would be essential to keep, or perhaps anything that could be left out?
- What areas do you think could be improved?
- Do you have anything to add?

Thank and tell them when the results will be delivered.

⁹ Some example follow-up questions: *What did you think when you heard about it? What was your aim in getting involved: personally / for the facility? Did you have any fears or hesitations before getting involved? What role did your network/city play in participating in Accompagne-moi, and what stance did they take? What were the underlying issues at stake?*

Partie 7 - Etude de viabilité du programme Incredible Years

Les autrices de cette partie sont Charlotte Kervran, Ivonne Merle et Charlotte Decroix, sous la direction de François Alla. La répartition des rôles dans l'étude pilote et dans la rédaction est détaillée dans l'annexe 1 du manuscrit.

1. Présentation du cas n°3

Etude Pilote du programme Incredible Years

La troisième étude de cas s'intéresse au programme Incredible Years (IY), (Webster-Stratton, 2001). Développé aux Etats-Unis et largement déployé dans le monde, ce programme d'éducation parentale est mis en œuvre pour la première fois dans le contexte périscolaire français. Ce déploiement est fait dans le cadre d'une recherche sur l'efficacité conduite par Chloë Farrer-Pujol, chercheuse au sein du Centre de Recherche Cerveau & Cognition, CNRS à Toulouse. Au regard des différences contextuelles entre les systèmes français et américain, sur le plan socio-économique, éducatif, culturel, une étude de viabilité a été associée à la recherche sur l'efficacité. Après avoir présenté le programme et le contexte de recherche dans lequel il est mis en œuvre en France, nous reviendrons sur l'étude de viabilité.

Le programme Incredible Years : un programme d'apprentissage socio-émotionnel

Le programme IY s'adresse aux parents et au personnel éducatif dans l'objectif d'améliorer la qualité des interactions entre l'enfant et les adultes qui ont la charge de cet enfant, pour les aider à développer ses compétences socio-émotionnelles. Ces dernières reposent sur un ensemble d'habiletés psychologiques et cognitives qui incluent la capacité de réguler et de comprendre ses propres émotions et celles des autres, l'empathie, la résolution de problèmes ou encore la gestion de conflit. Le programme est délivré sous forme de sessions abordant à chaque fois des thématiques différentes, avec des outils/pratiques mobilisables par les adultes bénéficiaires pour les aider à interagir avec leurs enfants et ainsi aider à leur développement. Les concepts et outils mobilisés dans ce programme sont représentés sous forme d'une pyramide explicitant son contenu (les principes), (figure 8), (Webster-Stratton, 2001).

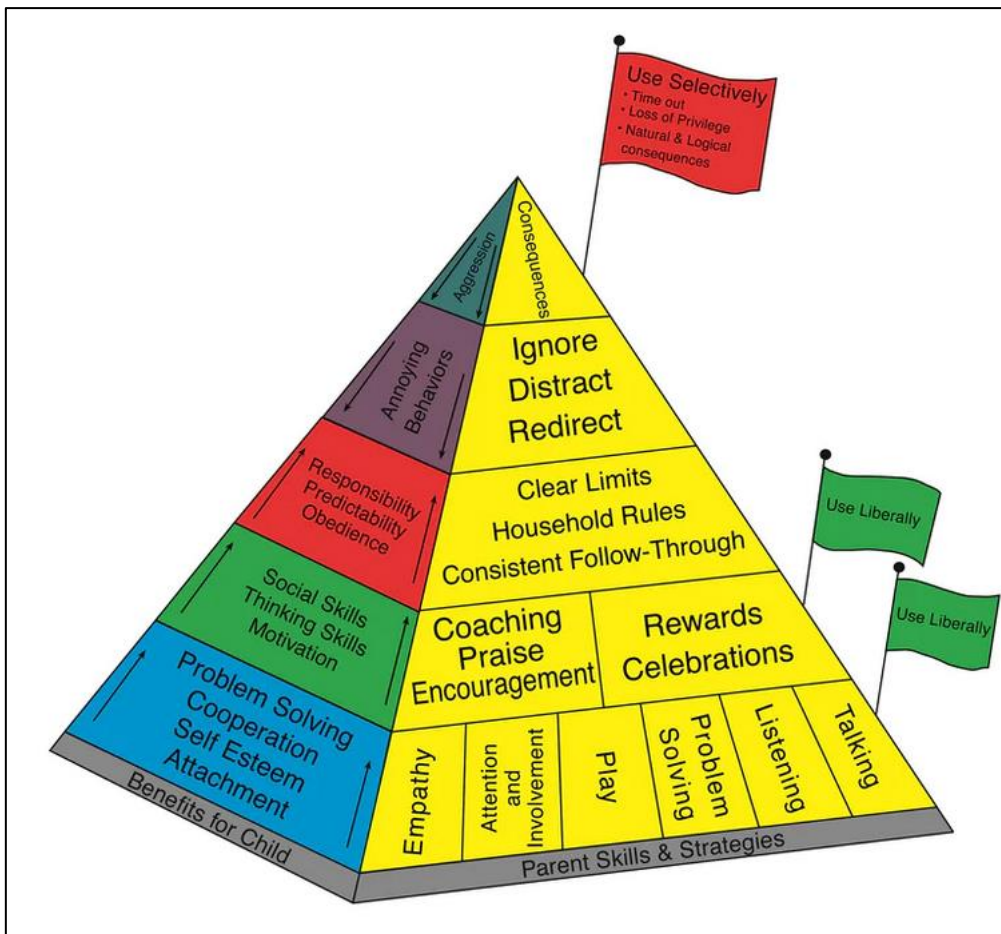


Figure 8 : pyramide du programme Incredible Years (source : <https://www.incredibleyears.com/>), (Webster-Stratton, 2001).

Pour animer ces sessions, des « *facilitateurs* » sont formés au préalable afin d’avoir les clés nécessaires à la compréhension du contenu du programme et de travailler la posture de facilitateur, permettant de délivrer fidèlement le programme aux bénéficiaires lors des sessions¹⁰. Les sessions impliquent un apprentissage collaboratif et participatif à l’aide de visionnage de vidéos illustrant les principes ou pratiques enseignées, et de mises en situation où les participants sont encouragés à reproduire des situations en lien avec l’objectif de la session. Ils sont aussi invités à réfléchir et échanger entre eux, ce qui leur permet de recadrer des perceptions cognitives sur l’enfant et/ou sur l’efficacité de leurs propres pratiques sans aucun jugement de la part du groupe. Les dimensions active et collaborative d’IY ainsi que la rigoureuse structuration et organisation des séances sont des éléments décrits comme

¹⁰ Le programme s’articulait autour de 18 sessions : session 1 et 2 – le jeu, session 3 – le commentaire descriptif, session 4 – le coaching académique et la persévérance, session 5 – le coaching émotionnel et social, session 6 – le coaching social et émotionnel, session 7 – les félicitations, session 8 – les félicitations et les récompenses, session 9 – les récompenses, session 10 – les routines et règles, session 11 et 12 – les limites claires, session 13 – aller au bout et l’ignorance, session 14 – l’ignorance, session 15 – le retrait pour se calmer, session 16 – le retrait, session 17 – les conséquences logiques et la résolution du problème, session 18 – révision, bilan, célébration.

clés pour l'efficacité du programme.

Contexte de déploiement du programme IY en France : une recherche sur l'efficacité du programme

L'expérimentation d'Incredible Years a été initiée dans les centres de loisirs et Centre de Loisirs Associés à l'École (CLAE) en France, par une équipe de recherche du CNRS de Toulouse. Elle s'articule en deux temps : un pilote (2019-2021) et une évaluation du programme IY en France par un ECR (2022-2025). L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité du programme sur le développement des compétences socio-émotionnelles d'enfants d'âge préscolaire de milieux défavorisés.

Dans ce contexte, cette recherche est menée avec les associations partenaires du projet dans les centres de loisirs et CLAES qu'ils gèrent. Le déploiement ne concerne que les parents et les animateurs. Les centres de loisirs et les CLAES sont localisés dans les réseaux d'éducation prioritaire, REP et REP+ selon les critères définis par le ministère (Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, 2023). L'équipe de recherche a choisi de cibler les publics qui n'ont pas suffisamment accès à ces formations, ni aux pratiques et outils sur l'apprentissage socio-émotionnel. Il est délivré, sur la base du volontariat auprès : (i) des animateurs travaillant dans les centres partenaires et s'occupant d'enfants d'âge préscolaire (4-6 ans), en accord avec la direction du centre ; (ii) des parents dont les enfants d'âge préscolaire fréquentent ces centres.

2. Etude de viabilité

1. Contexte

Le potentiel des programmes de prévention précoce et de développement de l'enfant fondés sur les preuves est de plus en plus reconnu dans différentes parties du monde. La promesse que représente ces programmes est ambitieuse, en cherchant à construire une société plus heureuse, moins inégalitaire, avec des individus évoluant en meilleure harmonie (Tarabulsy et al., 2019).

Dans cette perspective, la série de programmes Incredible Years (IY) a été développée, évaluée et commercialisée aux Etats-Unis. Elle se base sur des principes tels que la modélisation et le renforcement des relations familiales, ainsi que des stratégies issues des théories cognitivo-comportementales et développementales. Dans de nombreux pays et cultures différentes, des études et méta-analyses ont mis en évidence un effet positif du programme IY sur la santé des parents (amélioration de l'état psychologique et du bien-être émotionnel), sur la santé des enfants (sur les comportements inappropriés) et au niveau de la relation parents-enfant (amélioration des pratiques éducatives parentales et de la qualité de la relation affective). Il a été montré que ces effets positifs

rayonnaient sur la fratrie ou à l'école et cela jusqu'à 3 ans après la fin du programme (Furlong et al., 2012; Webster-Stratton, 1980-2011).

Si ces types de programmes ont trouvé un véritable essor au niveau international, ils restent peu développés en France. Ainsi, le contexte français est caractérisé par un débat intense et virulent dans le champ de l'accompagnement à la parentalité et de la petite enfance qui a mobilisé tant les acteurs de la société civile que les chercheurs depuis plus de vingt ans (Bonney et al., 2023; Briffault, 2016; Delawarde, Saïas, & Briffault, 2014a; Lamboy, 2018; Martin, 2014, 2015; Saïas et al., 2014). Ce débat se situe à différents niveaux : la finalité de l'accompagnement à la parentalité, la conception anthropologique du développement de l'enfant, les leviers d'interventions et la nature de la preuve produite en recherche pour justifier les interventions (Delawarde, Saïas, & Briffault, 2014b).

Le programme IY met particulièrement l'accent sur la fidélité au programme. Le déploiement de ce programme est exigeant : l'objectif pour les concepteurs est qu'il soit appliqué avec fidélité afin de donner des résultats similaires dans le "monde réel" à ceux obtenus dans les essais randomisés. Les caractéristiques standardisées du programme étant, dans un paradigme différent de celui de la complexité des interventions en santé des populations, plusieurs questions se posent : le programme est-il viable dans le monde réel ? Comment s'intègre-t-il dans le système quand il est déployé par des professionnels et des structures de terrains hors d'un contexte recherche ? Depuis 2020, des recherches sur IY sont conduites en France, avec le déploiement du programme auprès de parents et d'animateurs du périscolaire. Dans ce contexte, il était nécessaire d'intégrer à l'expérimentation d'IY en France, une étude sur la perception de ce programme par les parties prenantes : comment le programme est-il perçu par les parents et acteurs professionnels impliqués dans le déploiement d'IY ? Comment les parties prenantes se sont saisies de ce programme ? Comment le programme IY s'intègre-t-il dans le système français, dans le contexte spécifique des structures périscolaires ? C'est la question cruciale de la validité viable de l'intervention (Chen, 2010). Cette question est centrale au vu des différences des contextes sociaux, juridiques, politiques et culturels entre les Etats-Unis et la France (Delawarde et al., 2016).

L'objectif de cette partie est d'analyser la validité viable du programme IY lors de son premier déploiement dans le contexte périscolaire français. L'analyse de la validité viable a été réalisée à partir des résultats d'une étude qualitative explorant le vécu de l'intervention par les parties prenantes d'IY (parents bénéficiaires, acteurs, chercheurs).

2. Objectifs et questions évaluatives

Par une compréhension fine des points de vue des parties prenantes et de leur expérience concrète du programme, il s'agissait d'interroger la viabilité du programme IY en contexte français. Cet objectif a été décliné en plusieurs questions au regard des critères de viabilité considérés dans l'étude.

Abordable, accessible : dans quelle mesure le programme était-il accessible et abordable tant pour les bénéficiaires (parents et animateurs) que pour toutes les autres parties prenantes ? L'objectif était d'évaluer les freins et leviers (financiers, géographiques, socio-culturels, environnementaux, organisationnels) qui pourraient influencer l'accessibilité des parties prenantes, actrices de l'implémentation, ainsi que des bénéficiaires et donc leur implication dans le programme. Nous nous sommes intéressés à l'étude des moyens mis en œuvre entre les formateurs, les bénéficiaires et les structures pour rendre le programme accessible.

Utile : quelle était la perception des parties prenantes (incluant les bénéficiaires) quant à l'impact d'IY en termes de résolution d'un problème initial, de santé et de bien-être des bénéficiaires ? En quoi ce programme répondait-il à un besoin ? L'utilité a été considérée comme l'analyse du potentiel d'IY de répondre à un besoin/une demande d'aide, au développement des compétences socio-émotionnelles des enfants et au renforcement des liens entre personnes en charge des enfants.

Adapté, approprié : comment le programme IY s'inscrivait-il dans le contexte français actuel ? L'évaluation de l'adaptabilité d'IY consistait à analyser si la mise en œuvre était adaptée au contexte français du point de vue : (i) des structures (centres, associations, fondations), (ii) des professionnels impliqués dans le déploiement, (iii) des formateurs, (iv) des bénéficiaires (parents et animateurs). L'objectif était de comprendre comment le programme s'inscrivait dans le contexte des parties prenantes, au-delà du déploiement dans le cadre de recherches, et si des éléments de contexte étaient nécessaires et indispensables au déploiement du programme en centres de loisirs et CLAE en France à destination des parents et animateurs des zones REP.

Pratique : dans quelle mesure les acteurs du programme étaient-ils en capacité de le mettre en œuvre cette routine ? Comment le programme s'ancrait-il dans les pratiques habituelles des professionnels ? Il était question d'analyser comment le programme destiné à former et être animé par des animateurs dans des centres de loisirs et CLAE de zone REP en France était intégrable dans les pratiques courantes.

3. Méthode

Schéma d'étude

L'étude de la viabilité s'articulait en deux phases (figure 9). Une phase exploratoire (mai-décembre 2020) a interrogé rétrospectivement le déploiement d'IY pendant la première phase de l'étude pilote

(en présentiel) par une étude documentaire et des entretiens avec les partenaires clés du déploiement. Une phase d’approfondissement (mars- juillet 2021) s’est intéressée au déploiement d’IY lors du pilote 2 (version adaptée aux conditions sanitaires avec une version digitale et une formation en distanciel). Il s’agissait d’observer la formation des facilitateurs ainsi que la conduite des sessions de leur groupe de parents. Ces observations étaient combinées à des entretiens individuels avec les facilitateurs, bénéficiaires et autres parties prenantes du déploiement.

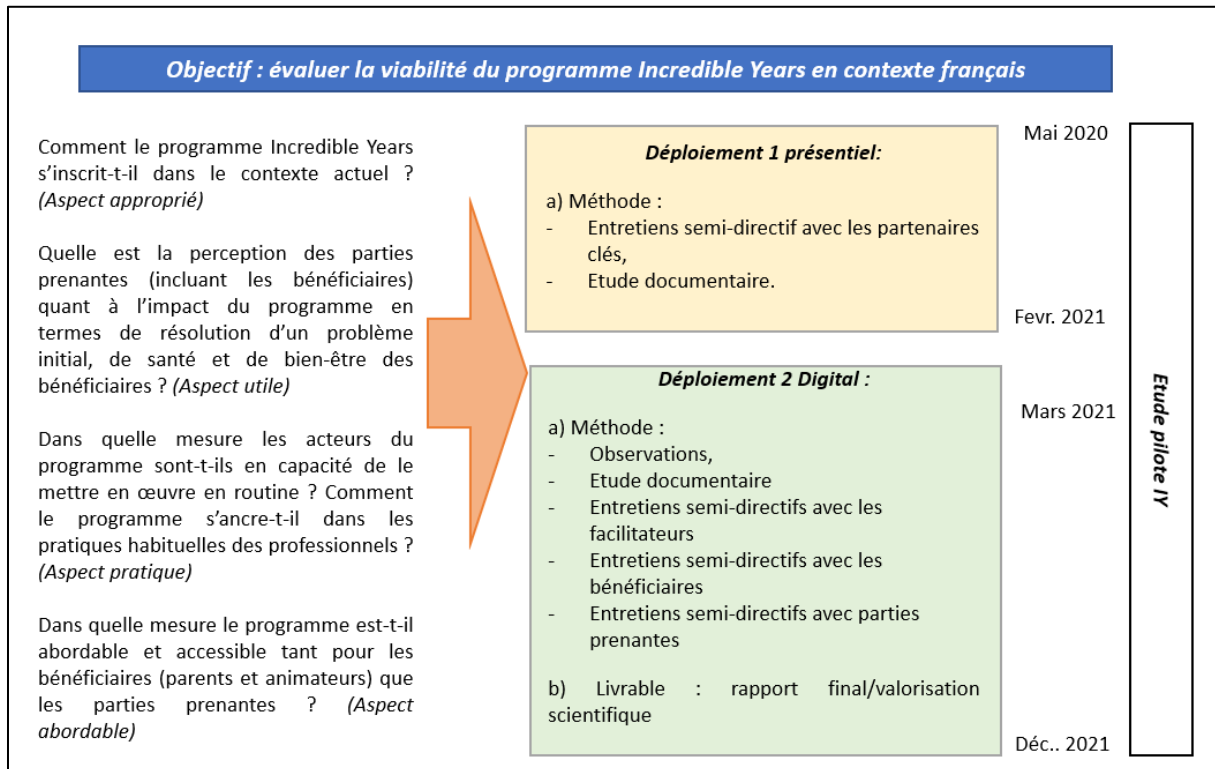


Figure 9 : objectif, questions et phases de l’étude de viabilité Incredible Years

Echantillon

Pour la phase exploratoire, un échantillon à priori a été réalisé avec les acteurs clés du déploiement d’IY lors du premier pilote (acteurs à l’initiative du projet en France, acteurs de la coordination/animation). Pour la phase d’approfondissement l’échantillon était composé de : (i) l’ensemble des facilitateurs ayant suivi la formation IY lors du second pilote, incluant les facilitateurs des groupes observés, des groupes non-observés et les personnes ayant abandonné (pas d’animation de groupe après la formation) ; (ii) les bénéficiaires de chacun des deux groupes dans lesquels se sont déroulées les observations ; (iii) les parties prenantes du pilote 2 en distanciel (coordonnateurs de la formation en France et des facilitateurs dans la structure). Les groupes observés ont été sélectionnés selon des critères de variabilité tels que la formation initiale, le lieu d’exercice, l’historique du duo.

Recueil des données

Des entretiens semi-directifs ont été conduits afin d’interroger rétrospectivement la perception et le vécu d’IY par les parties prenantes dans deux contextes (Kivits et al., 2016). Il s’agissait d’appréhender

leur vision des enjeux, freins et leviers au déploiement d'un tel programme en contexte français. Les entretiens ont été conduits avec le support d'un guide d'entretien. Après accord oral des participants, les entretiens ont été enregistrés.

Une étude documentaire a été conduite dans l'objectif de comprendre des éléments de contexte et de processus dans lequel IY a été déployé. Le corpus était composé des documents produits par l'équipe porteuse et les partenaires dans le cadre du pilote (rapports, comptes-rendus de réunions, documents de suivis...) et mis à disposition par les partenaires clés rencontrés en entretiens.

Des observations participantes exploratoires ont été réalisées lors de la phase d'approfondissement (Mays & Pope, 1995a). Le choix d'observations répétées du programme dans un nombre limité de groupes a été fait pour permettre une compréhension fine du contexte de déploiement, en particulier les interactions entre les facilitateurs et les bénéficiaires (parents), l'appropriation du contenu du programme par les différentes parties prenantes, l'organisation concrète du déploiement et la viabilité de l'intervention.

Analyse des données

Chaque entretien a été intégralement retranscrit puis analysé qualitativement dans une approche compréhensive. Après une lecture flottante et verticale de l'ensemble des entretiens, la grille d'analyse a été construite par la lecture horizontale des premiers entretiens. Une analyse thématique a été effectuée. Concernant les observations, les données visuelles et discursives recueillies ont fait l'objet de notes.

Démarches éthiques et réglementaires

Conformément à l'avis de catégorisation AP 2021-20 du Comité d'Éthique de la Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, cette recherche n'appartient pas aux recherches impliquant la personne humaine aux articles L. 1121-1 et R. 1121-1 du Code de la Santé Publique. Elle a fait l'objet d'une déclaration au délégué de la protection des données (DPO) de l'université de Bordeaux.

4. Résultats

4.1 Présentation de l'échantillon et implications de la crise sanitaire COVID-19

L'ECR mené par les chercheurs du CNRS devait commencer à la rentrée 2021 dans les deux villes, il a été reporté en raison de la crise sanitaire COVID-19. Après discussion avec IY officiel et la créatrice du programme, le déploiement d'une version adaptée en distanciel a été décidé. Dans cette perspective, un second pilote a été réalisé à Marseille. Neuf professionnels des maisons pour tous (MPT) ont participé à la formation des facilitateurs du pilote 2. Après la formation, un duo a abandonné le projet

et donc n’a pas facilité de groupe de parents. Une autre formatrice a commencé une formation en parallèle qui l’empêchait de suivre un groupe et a donc été positionnée comme troisième formatrice pour observer et accompagner un groupe quand elle le pouvait. Sur les neuf facilitateurs formés, deux n’ont pas été rencontrés en entretien, n’ayant pas répondu à nos sollicitations (un avait abandonné après la formation et était en arrêt au moment des entretiens, l’autre a animé un groupe non observé). Comme exposé dans la figure 10, parmi les six facilitateurs ayant animé des groupes parents lors du pilote 1 à Marseille et Toulouse, cinq ont été inclus dans les entretiens exploratoires. Concernant les observations, elles ont eu lieu pendant la formation des facilitateurs du pilote 2 et le déploiement d’IY dans deux groupes conduits par 2x2 des facilitateurs, du pilote 2 (deux sessions de 1h30 /semaine d’avril à juin 2021).

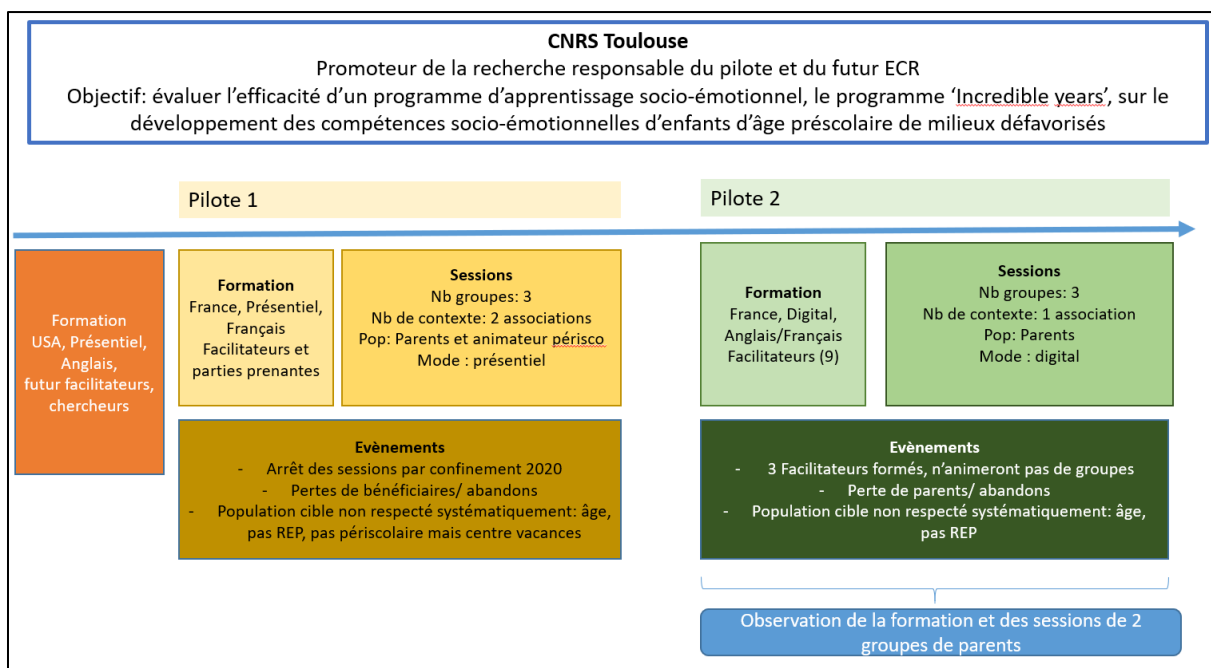


Figure 10 : résumé de l’échantillon de l’étude de viabilité Incredible Years

Les résultats de l’étude de viabilité, synthétisés ci-après, s’articulaient en trois niveaux d’analyse : les parents, les facilitateurs et les structures.

4.2 Les parents

Quel public cible pour l’intervention ? Entre utilité et accessibilité

La question du public à cibler a été centrale. Lors du lancement du projet, l’objectif était de cibler les populations (parents/enfants) en difficultés, dans une perspective de réduire les inégalités sociales et scolaires, en agissant de manière préventive et systémique sur l’environnement parental et éducatif de l’enfant. L’analyse a mis en avant deux freins concernant l’accessibilité des parents : (i) la disponibilité des parents pour s’engager dans un programme perçu comme chronophage et

contraignant pour les parents dont les emplois du temps étaient souvent très chargés (activités professionnelles, domestiques, empêchements/aléas plus ou moins évitables) ; (ii) la barrière de la langue avec une crainte d'incompréhension réciproque tant chez certains parents que facilitateurs.

Compte tenu des difficultés rencontrées dans le recrutement des parents (accessibilité, temps nécessaire au recrutement), la logique de ciblage a été abandonnée, si bien que tout parent intéressé et disponible, avec ou sans difficultés parentales ou sociales, pouvait s'il le souhaitait intégrer le programme. Cet élargissement du public s'est accompagné d'un discours consistant à affirmer que tout parent peut rencontrer, à un moment ou à un autre, des problématiques (inévitables) et que le programme est en mesure d'y apporter des solutions (universelles).

L'objectif était aussi d'inclure des animateurs aux contacts des enfants dont les parents étaient bénéficiaires du programme. La finalité était que les adultes de l'écosystème de l'enfant soient formés de manière cohérente au programme pour agir en synergie sur le développement de l'enfant. Dans le premier pilote certains facilitateurs ont été inclus comme bénéficiaires mais n'ont pas pu participer à l'ensemble du programme, étant mobilisés sur leurs autres missions premières. Dans le second pilote, le choix a été fait de ne pas les inclure pour des raisons indépendantes de l'intervention (contraintes de schéma d'étude de recherche).

Une utilité perçue pour l'ensemble des parents ayant poursuivi le déploiement jusqu'au bout, avec des effets différenciés suivant les publics

Concernant l'utilité et l'efficacité de ce programme pour ces différents types de bénéficiaires, le bilan dressé par les parents comme les facilitateurs a été extrêmement positif. Les bénéfices ont été différents suivant les publics, en fonction de la nature des problèmes rencontrés ainsi que des leviers du programme que les parents se sont le plus appropriés.

Les parents en très grandes difficultés qui sont allés jusqu'au bout du programme et les facilitateurs qui les accompagnaient, ont noté une amélioration de leurs propres comportements (en cas de problèmes de violence physique ou verbale, de délaissement...), des comportements de leurs enfants (en cas de problèmes de violence, agitation, colère, caprices...) et de leurs relations (plus de communication, de temps passé ensemble, de respect, d'écoute...). Les parents sans difficultés particulières pré-identifiées ont également noté de leur côté de nombreuses améliorations concernant la relation parents-enfants (plus de temps passé ensemble et de plaisir partagé, de jeux, d'encouragements, une meilleure gestion des comportements problématiques...).

Les parents sans difficultés sociales et parentales apparentes ont apprécié la richesse des principes et concepts éducatifs qui leur étaient présentés et des échanges qu'ils ont eu avec les facilitateurs et les

autres parents de leur groupe. Tandis que les parents en grandes difficultés, notamment dans le cas de ceux qui avaient une mauvaise maîtrise de la langue française, ont apprécié les vidéos montrées en séance pour identifier et discuter des problématiques éventuelles et des solutions pertinentes à y apporter.

4.3 Les facilitateurs

4.3.1 L'adhésion des facilitateurs

Adhésion initiale des facilitateurs : des attentes diverses

L'intérêt que les facilitateurs ont porté au programme Incredible Years était de nature tant professionnelle que personnelle. Certains ont mis en avant le fait d'être eux-mêmes parents comme une source d'intérêt et de curiosité pour le projet au départ. Leur intérêt portait sur les questions de parentalité et les méthodes d'éducation positive en tant que telles ou pouvait être suscité par d'autres préoccupations associées au projet (lutte contre les inégalités sociales ou les violences, problématiques d'éducation, de santé ou de bien-être...). Ces intérêts pouvaient être en lien avec leurs métiers, leurs fonctions et leurs activités, mais aussi leurs formations initiales ou préalables, leurs expériences passées, leurs engagements personnels ou leurs projets professionnels.

Au-delà de l'intérêt porté aux objectifs du programme Incredible Years, les facilitateurs allant s'engager dans le programme prenaient en compte leurs compétences et leurs appétences pour les méthodes d'intervention utilisées dans le programme et se demandaient ce qu'ils pourraient y apporter. Leur adhésion au projet dépendait aussi des éventuels bénéfices qu'ils pourraient en retirer sur le plan professionnel : en termes de formation, d'outillage des pratiques ou de perspectives de développement ; en termes de légitimité individuelle ou institutionnelle ; ou encore en termes de découverte et de curiosité pour un protocole qu'ils avaient envie de tester par eux-mêmes.

Une adhésion influencée par les modalités de découverte du programme

Cette adhésion initiale dépendait, enfin, des modalités de découverte du programme : de la confiance préalable accordée à la personne ou la structure porteuse du projet. Le fait de découvrir le programme par la pratique, plutôt que par la théorie, en assistant à des premières sessions avant de s'engager, était de ce point de vue un facteur extrêmement favorable.

4.3.2 Des résultats de l'étude de viabilité différenciés selon les « profils » de facilitateurs

L'analyse a mis en avant différents « profils » de facilitateurs, en fonction de leurs formations et de leurs expériences. Comme le résume la figure 11, les résultats de l'étude de viabilité variaient en fonction de ces profils.

Profil de facilitateurs ciblé initialement : des acteurs déjà formés, diplômés, professionnalisés et outillés dans le domaine

Un premier profil était celui identifié a priori par les chercheurs à l'origine du projet et les coordinateurs associatifs chargés de proposer le programme à de potentiels facilitateurs. Il s'agissait de personnes déjà formées, diplômées, professionnalisées et outillées dans le domaine de l'animation périscolaire, l'accompagnement parental et familial, la gestion de projet, le coaching psycho-socio-émotionnel.

Les analyses ont souligné que ces facilitateurs se sont souvent montrés les plus critiques, tant à l'égard de la formation au programme qu'ils ont reçue, qu'à l'égard du contenu du programme lui-même, de ses fondements et de ses méthodes. Ce sont eux qui se sont le plus souvent élevés contre un usage jugé à la fois exagéré et inadéquat de l'éducation positive (félicitations/récompenses) et contre l'usage imposé de vidéos jugées inappropriées et inappropriables (parce qu'obsolètes, mal doublées...).

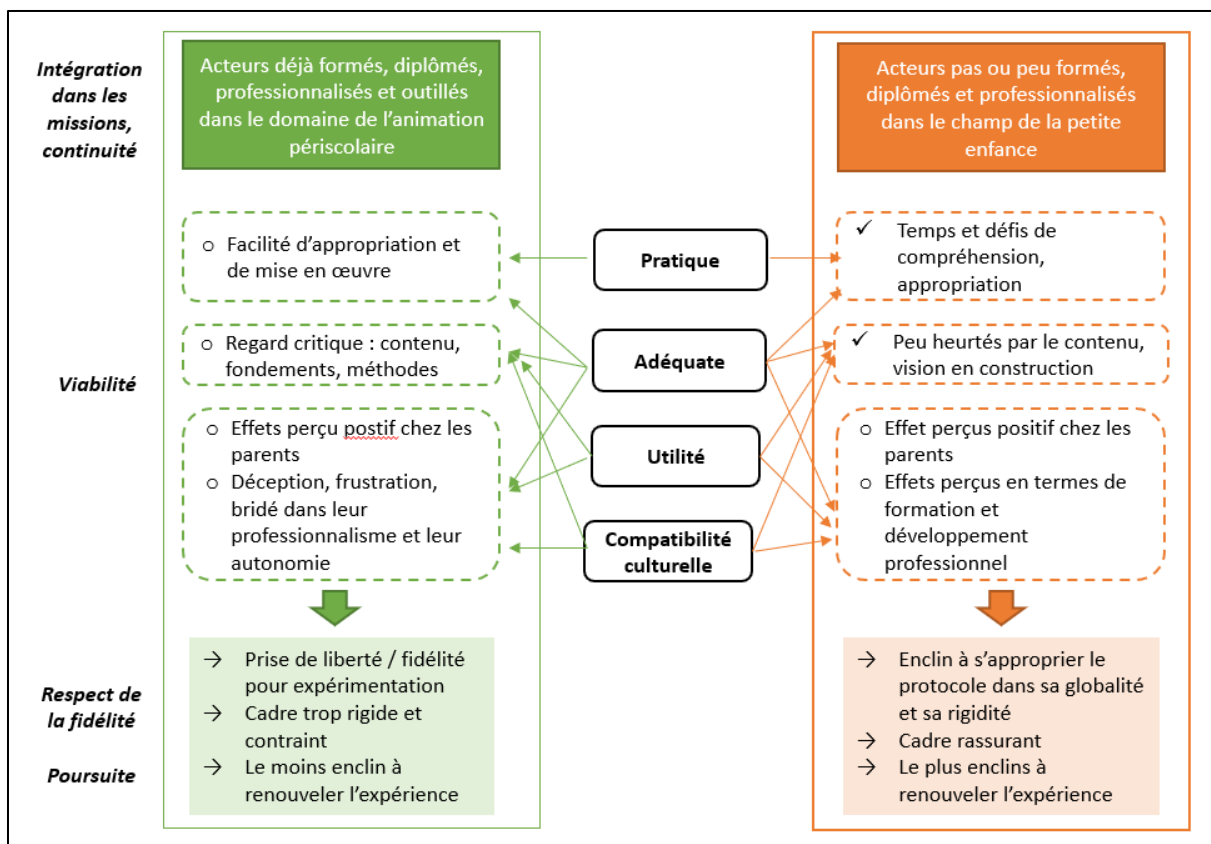


Figure 11 : des résultats de l'étude de viabilité différenciés selon les « profils » de facilitateurs

Parmi ces professionnels, certains se sont octroyés des libertés dans l'application du protocole. Il s'agissait notamment de restreindre, voire renoncer à certains principes (félicitations/récompenses) ou certains outils (vidéos/jeux de rôle), de modifier le rythme ou l'ordre des sessions, de réorganiser la répartition des tâches prévues au sein des binômes de facilitateurs. D'autres ont accepté de se conformer à la rigidité du protocole. Néanmoins, ils ont verbalisé une frustration de ne pouvoir exprimer pleinement leur professionnalisme, en combinant les éléments qu'ils considéraient intéressants de ce programme avec les autres concepts et les techniques d'interventions dont ils disposaient par ailleurs.

Si ces professionnels ont eu le plus de facilités à comprendre et s'approprier les fondements et les méthodes du programme, ils s'en sont le plus souvent éloignés, en pratique, de manière consciente et délibérée. Les analyses ont mis en avant que ces facilitateurs étaient les moins disposés à renouveler l'expérience à court ou plus long terme, au vu de leur déception et de leur frustration de voir leur professionnalisme et leur autonomie bridés par un cadre trop rigide et contraint.

Ouverture du recrutement des facilitateurs : deuxième type de profil

Il a été difficile de trouver des professionnels volontaires pour être facilitateur étant donné leur manque de disponibilité et/ou de motivation pour le projet. Pour y faire face, le recrutement a été ouvert à d'autres acteurs disponibles, demandeurs et motivés. Ces personnes pas ou peu formées, diplômées et professionnalisées dans le champ de la parentalité ou de l'animation ne faisaient pas partie des profils recherchés initialement par les chercheurs scientifiques et les coordinateurs associatifs.

Ces facilitateurs ont rencontré des difficultés pour comprendre les principes théoriques de l'intervention, s'approprier les outils et méthodes (ex : analyse des vidéos, animations des échanges). Des freins liés à certaines compétences nécessaires au-delà du protocole ont été soulignés (ex : usage des outils informatiques, gestion de la relation aux publics). Des difficultés à respecter le protocole ont pu être rencontrées lors des sessions. Elles étaient liées aux freins suscités et non à une volonté de s'écarter du protocole.

Par contre, ces facilitateurs se sont montrés les moins critiques à l'encontre de la formation qu'ils ont reçue. Ils n'ont peu ou pas été heurtés par le contenu du programme et se sont davantage positionnés comme apprenants, leur vision sur le sujet étant en construction avec pas ou peu de paradigmes théoriques, de principes ou méthodes habituelles. Ils étaient moins critiques et plus enclins à s'approprier le programme dans sa globalité et sa rigidité. Le fort cadrage du protocole a été perçu comme rassurant, en les guidant pas à pas.

Ces facilitateurs ont eu le plus de bénéfiques en termes de formation et de développement professionnel. Ce programme leur a permis d'acquérir de nouvelles compétences et leur a souvent donné envie de poursuivre dans la même direction, de trouver un poste ou de développer une activité en lien avec la thématique du programme et de suivre si besoin une formation diplômante. Ce sont souvent ceux qui ont le plus apprécié et valorisé les effets de ce programme sur les bénéficiaires et ceux qui se sont finalement montrés les plus disposés et motivés pour renouveler l'expérience et participer de manière pérenne au déploiement du programme.

4.4 Les structures pour porter le programme : continuité dans les missions et aspects pratiques

Premièrement, l'intégration d'IY dans les structures variait en fonction de la spécialisation dans le champ de la petite enfance et de la parentalité des responsables des structures et coordinateurs du déploiement. Pour les structures, dans lesquelles les professionnels étaient ancrés dans des courants théoriques avec des objectifs et méthodes d'intervention précis (ex : éducation populaire), le programme pouvait heurter leurs principes. En outre, en fonction de la taille de la structure, de son organisation et du type de management : (i) les facilitateurs étaient plus ou moins impliqués dans les décisions et en confiance ; (ii) les aspects de mises en œuvre et le support des facilitateurs étaient plus ou moins anticipés et présents dans le déploiement. Les résultats ont souligné la nécessité pour les structures ayant porté le déploiement :

- d'avoir les conditions (moyens, relation de confiance...) adaptées pour que les professionnels soient en capacité d'y participer,
- d'être en capacité d'accompagner les conséquences imprévues du déploiement de l'intervention tant en termes d'organisation interne à la structure, de réflexivité des professionnels ou de la gestion des incidents tels que les situations de maltraitance d'enfants par leurs parents.

Deuxièmement, les analyses ont montré que certaines structures semblaient plus propices au déploiement du programme que d'autres. L'idée initiale était de le déployer au sein de structures périscolaires, ce qui a donné lieu à une expérience ne remplissant pas la totalité des objectifs visés, avec un déploiement d'un public hors cible en termes d'âge des enfants et de catégories socio-professionnelles des parents. Le déploiement du programme était extrêmement éloigné du protocole, dans le cas du pilote 1. Il semblait que les structures sociales, comme les Maisons Pour Tous soient finalement plus adaptées à l'accueil de ce type de programme, parce que plus propices à une approche systémique. Le fait que les facilitateurs y travaillaient eux-mêmes, dans le cadre d'autres missions a été extrêmement facilitant tant pour le recrutement des parents (possibilité d'identifier, au travers de leurs contacts avec les parents ou leurs enfants, les familles en besoin), que pour le déroulement du

programme (possibilité d'évaluer les effets et donner quelques conseils en dehors des sessions). Cette approche systémique a aussi permis en cas de points bloquants un recrutement pourtant pertinent (un problème de garde d'enfants, des difficultés en informatique, des problèmes de langue...) d'y apporter des solutions à court ou plus long terme.

4. Discussion

La viabilité est contextuelle : plus qu'une réponse binaire aux questions posées, l'étude met en avant des conditions de viabilité. Ce constat se retrouve dans cette étude : bien que des effets positifs soient perçus chez les parents, des questions sont non résolues quant à la gestion du caractère standardisé de l'intervention. Etant donné ces résultats, différents points de discussion sont à considérer. Cette dernière portera, ici, uniquement sur les questions de viabilité au regard de l'objectif de la thèse.

Premièrement, ces résultats questionnent les caractéristiques des profils des facilitateurs. Nous sommes actuellement en train d'explorer la littérature. Au stade où nous en sommes, les profils des facilitateurs animant les sessions IY sont très peu décrits dans les articles scientifiques. Une première piste suggérée par les résultats est de recourir à des facilitateurs moins diplômés et professionnalisés dans le domaine de la petite enfance. Les candidats « moins expérimentés » sur le papier seraient peut-être plus adaptés aux contraintes de ce programme : plus disponibles et motivés, donc plus accessibles ; plus malléables et intéressés, donc plus fidèles au protocole. Le caractère standardisé est rassurant pour ces acteurs. Néanmoins, sur le plan de l'intégration du programme IY dans le système, cela pose la question de la manière d'articuler les missions de ces « nouveaux professionnels » avec ceux professionnalisés dont l'éducation et l'accompagnement à la parentalité font partie intégrante de leur mission. Dans un contexte de faible valorisation des professions de la petite enfance, n'y a-t-il pas un risque à favoriser cette piste ? Les autres pistes envisagées seraient : (i) de s'interroger sur la balance fidélité / adaptation de ce type de programme pour permettre aux professionnels de se l'approprier ; (ii) de s'interroger sur la place des « facilitateurs pairs » pour animer ces programmes au vu du positionnement de « parent à parent » pris par certains facilitateurs moins professionnalisés. Ces derniers ne seraient plus des professionnels, dont l'éducation et l'accompagnement à la parentalité sont au cœur de leur mission, mais bien des acteurs en leur qualité de parents.

Deuxièmement, l'étude semblait confirmer l'utilité et l'efficacité perçues du programme pour les bénéficiaires ayant suivi tout le programme (tant par les bénéficiaires eux-mêmes que par les facilitateurs). Pour ceux ayant eu des doutes et des a priori sur IY, leur discours met en avant une contradiction récurrente entre une forte critique et une prise de conscience des effets pour les parents. Pour le deuxième type de profils (professionnels disponibles et motivés pour être facilitateurs sans

être dans la cible initiale), les effets perçus sont venus conforter leurs croyances en ce programme et l'envie de continuer. Néanmoins plusieurs questions se posent. Tout d'abord les bénéfices ont été, dans la plupart des cas, constatés sur la base des propos tenus par les parents et les facilitateurs. Nous avons identifié quelques cas intéressants dans lesquels les facilitateurs avaient des contacts avec les parents et/ou les enfants en dehors des sessions, dans le cadre des autres activités organisées au sein de leurs structures. Ces contacts leur permettaient donc de confronter les propos tenus en séance et de renforcer, si besoin, l'accompagnement des parents/enfants dans la logique systémique souhaitée dans le projet. Ensuite, une question restante est celle de la gestion des échecs et notamment des cas de violences, qui ne semblent pas suffisamment cadrés dans le protocole.

Troisièmement des questions relatives aux critères d'utilité et d'abordabilité restent en suspens : est-ce socialement juste et soutenable économiquement de proposer un programme aussi coûteux que celui-ci à des parents qui n'en ont pas réellement besoin ? Pour améliorer les conditions de viabilité, des moyens financiers et administratifs de la recherche ont été mobilisés dans le cadre de l'étude pilote : quid de ces ressources lors d'un déploiement dans le monde réel ?

Partie 8 – Synthèse transversale des études de cas

1. Résumé par étude de cas

Cette thèse a permis d'éprouver le concept de viabilité tel que défini par Chen en 2010, en s'intéressant à trois interventions innovantes dans le champ de la petite enfance. Après avoir résumé les apports de chaque étude de cas, cette partie a pour objectif d'en faire la synthèse transversale.

Le premier cas (Petite Enfance Recherche-action en Lorraine, PERL) portait sur une intervention de prévention primaire en périnatalité. L'intervention avait pour objectif de : (i) favoriser le développement harmonieux de l'enfant sur la base de liens sécurisés et d'interactions de qualité, (ii) créer des conditions d'interventions favorables dans le temps pour soutenir les puéricultrices de PMI dans leurs missions. L'intervention a été développée afin d'intégrer au monde réel les composantes clés d'un accompagnement à la parentalité, ayant montré des résultats positifs dans des conditions spécifiques de recherche (recherche Interreg, 2010-2014), (Buchheit et al., 2019; Fidry, 2015; Fidry et al., 2014). Elle est en cours de déploiement dans le cadre d'un Essai Contrôlé Randomisé (ECR), (Buchheit et al., 2021). En parallèle de la première année de déploiement de PERL, dans le cadre de l'ECR, nous avons conduit une évaluation des processus et mécanismes. A partir des résultats de cette évaluation, l'analyse de la viabilité de PERL a été réalisée, en considérant les perceptions de l'intervention des puéricultrices de PMI. Ce cas a permis: (i) de mettre en avant en quoi la viabilité correspond au potentiel d'une intervention innovante à faire sens pour les parties prenantes dans le monde réel ; (ii) d'éprouver les critères de viabilité définis par Chen en 2010 ; (iii) de positionner l'approche écologique et les composantes du changement organisationnel comme des déterminants de la viabilité influençant conjointement l'appropriation de l'intervention par les puéricultrices de PMI ; (iv) de souligner l'intérêt de l'approche "ascendante" en recherche (en étant un contre-exemple).

Le deuxième cas s'intéressait à la démarche « *Accompagne-moi... !* » (AM). Portée par l'association EPE, cette démarche proposait aux crèches de mettre en place dans leur structure une démarche d'amélioration continue de la qualité éducative. La démarche a été développée à partir de deux interventions fondées sur des données probantes et mises en œuvre en routine au Québec. Un travail d'adaptation culturelle a été porté par EPE (déploiement dans deux crèches en amont de l'étude pilote). L'étude de cas avait pour objectif d'analyser la viabilité et la transférabilité d'AM. La viabilité a été explorée à partir de l'étude de la perception d'AM par les parties prenantes de la démarche. Ce

cas a permis : (i) d'illustrer en quoi la viabilité d'une intervention s'analyse à différentes échelles interdépendantes (ex : système français, chaque crèche), (ii) d'illustrer la pertinence de l'approche ascendante en recherche pour prévenir les effets imprévus de l'intervention, (iii) d'éprouver les critères de viabilité et d'en souligner les dimensions et leur articulation ; (iv) de souligner en quoi certains déterminants structurels sont des prérequis aux conditions de viabilité d'intervention en promotion de la santé ; (v) de montrer la complémentarité entre l'étude de viabilité, l'analyse des mécanismes d'efficacité de l'intervention et leur condition d'activation.

Le troisième cas portait sur un programme d'apprentissage socio-émotionnel. Développée aux Etats-Unis, la série de programme Incredible Years cherche à améliorer le comportement de l'enfant : (i) en améliorant les relations parents-enfants, (ii) en réduisant les pratiques parentales dures et abusives, (iii) en augmentant l'implication et la sensibilité des parents dont les enfants risquent d'avoir des problèmes de comportement ou qui en présentent déjà (Webster-Stratton, 2011 ; Gardner, 2017). Ce programme a fait l'objet d'une étude pilote visant à préparer un ECR pour en évaluer l'efficacité dans un contexte français. En parallèle, nous avons conduit une étude de viabilité. Le programme déployé était à destination des parents et des animateurs du périscolaire afin d'améliorer la qualité de leurs interactions avec l'enfant. Il s'est déroulé sous forme de sessions animées par des facilitateurs. Lors du déploiement, l'accent a été mis sur la fidélité au programme, par un système de formation des facilitateurs, impliquant une supervision régulière ainsi que la soumission de matériel de groupe enregistré sur vidéo, en vue d'un retour d'information par les concepteurs du programme et d'une certification des facilitateurs leur permettant de déployer le programme. La viabilité a été analysée à partir de l'étude du vécu des parties prenantes de l'intervention : facilitateurs, parents, formateurs, autres acteurs du déploiement et chercheurs. Ce cas a permis : (i) d'éprouver la viabilité d'une intervention développée dans une perspective théorique réductionniste et standardisée ; (ii) d'illustrer en quoi le vécu de l'intervention standardisée dépendait du niveau de professionnalisation des intervenants la déployant et de soulever la problématique de l'appropriation par les professionnels des interventions clés en main ; (iii) d'éprouver et décliner en dimensions les critères de viabilité ; (iv) de souligner la pertinence d'intégrer le critère de compatibilité culturelle à la définition de la viabilité.

2. L'approche ascendante de la recherche

Les résultats de nos trois études de viabilité convergent avec les hypothèses de Chen, justifiant le développement du modèle de la validité intégrative (Chen & Garbe, 2011; Chen, 2010, 2012; Chen, 2015; Chen, 2016; Chen et al., 2014). L'intérêt d'une approche ascendante, positionnant l'étude de

viabilité au début du processus d'évaluation des interventions ascendantes pour « *passer le cap* » de l'innovation, a été souligné. Les interventions innovantes sont souvent développées dans un contexte spécifique (ex : financements dédiés, dérogations juridiques, nouvelles fonctions prises par des professionnels, acteurs convaincus), (Saïas, Poissant, et al., 2019). Ces conditions facilitantes au niveau du territoire de naissance de l'intervention, sont un frein à sa diffusion et son transfert. Ce frein se retrouve dans PERL : (i) lors de la première recherche Interreg, le déploiement de l'intervention avec des moyens et par des professionnels dédiés à la recherche a représenté un frein au transfert, à la généralisation et la pérennisation de l'intervention ; (ii) au début du déploiement de PERL, les questions relatives à la viabilité exposées dans l'article 2 de cette thèse (partie 5, 2.2).

L'étude de viabilité d'une intervention lors d'un déploiement à petite échelle limite le risque d'essaimer des interventions « *non viables* ». Cela permet de : (i) se questionner sur les potentiels impacts négatifs et effets imprévus de l'intervention, (ii) ne pas gaspiller l'énergie des acteurs, ni les ressources financières (dédiées aux interventions et à la recherche). Dans les études de cas, il s'agissait de :

- soulever des questions essentielles à résoudre pour envisager un déploiement pérenne (ex : la question du profil des facilitateurs dans Incredible Years),
- proposer des adaptations importantes des interventions (ex : le passage de la démarche d'un an à trois ans pour « *Accompagne-moi... !* » (AM)),
- créer des espaces de dialogue pour comprendre et discuter les principaux freins à l'appropriation de l'intervention par les professionnels (ex : PERL).

Ainsi, un premier déploiement dans le cadre d'une étude pilote doit permettre de se questionner sur les ajustements nécessaires pour préparer la pérennisation, le transfert et/ou la mise à l'échelle de l'intervention, si celle-ci s'avère pertinente. Les études de cas ont illustré la complémentarité entre l'analyse de la viabilité et la compréhension des mécanismes d'efficacité de l'intervention. Dans l'étude de viabilité AM, le processus de restitution visait à proposer des adaptations de l'intervention afin de prévenir le vécu négatif tout en conservant les effets perçus (annexe 3). Lors des temps d'échanges pour faire émerger collectivement les préconisations au regard des résultats, des actrices ont proposé qu'un intervenant extérieur vienne déployer des composantes de l'intervention dans les crèches, pour alléger le temps nécessaire aux professionnels pour s'approprier AM. Néanmoins, l'évaluation réaliste a souligné l'importance supposée du temps d'appropriation par les professionnels pour l'efficacité de l'intervention : un mécanisme était que les professionnels se questionnent sur l'intention pédagogique dans leurs pratiques au quotidien. Cette piste d'adaptation n'était pas envisageable. Ce processus de restitution illustre en quoi l'étude de viabilité peut être un espace de dialogue ainsi qu'un outil de transfert de connaissance.

3. Définition et critères de viabilité

3.1 Définition de la viabilité

Pour rappel, la validité viable a été définie en 2010 comme « *la perception et l'expérience des parties prenantes quant à savoir si une intervention est pratique, abordable/accessible, adaptée/adéquate, évaluable et utile dans le monde réel* » (traduction libre) (Chen, 2010). La viabilité s'intéresse à l'intégration de l'intervention dans le système dans lequel elle vise à être déployée, à la capacité de l'intervention à survivre ou prospérer dans une communauté. L'intégration d'une intervention dans le système correspond à sa compatibilité et à sa synergie avec les autres composantes du système dans lequel elle vient s'intégrer, telles que les missions de la structure ou de l'organisation, sa culture, ses ressources humaines, dans le monde réel (Chen, 2015a, 2016). Les résultats des études de cas ont permis de décrire la viabilité comme le potentiel d'une intervention innovante : (i) à s'intégrer dans les organisations existantes afin de former un tout cohérent en termes d'objectifs, de projets de l'organisation, de missions, de leviers d'intervention et de ressources ; et (ii) à faire sens pour les parties prenantes de l'intervention dans le monde réel. Ce « *faire sens* » dépendait de l'adéquation entre la perception des parties prenantes :

- de l'intervention innovante,
- et du système dans lequel elles évoluent.

3.2 Critères de viabilité

En 2023, la définition de la viabilité a évolué : le critère « *évaluable* » a été remplacé par la « *compatibilité culturelle* » (Chen, 2023). A partir des résultats des études qualitatives, l'analyse de la viabilité a été réalisée pour chacune de nos études de cas. Les résultats s'articulaient autour des critères de viabilité proposés par Chen en 2023 : "*helpful*" - utile, "*suitable*" - approprié/adéquat, "*affordable*" - abordable/accessible, "*practical*" - pratique, "*culturally responsive*" - compatible culturellement (Chen, 2023). Les études de cas ont permis de réinterroger les dimensions de ces critères. Sans être un critère de viabilité à proprement dit, l'évaluabilité avait une place cruciale dans l'étude de la viabilité.

Concernant le critère de compatibilité culturelle, il ne dispose pas à notre connaissance de définition dans les travaux de Chen. Derrière le concept de culture, se trouvent différentes définitions en fonction des auteurs, de leurs disciplines et courants théoriques (Plivard, 2014). Les travaux relatifs aux contextes culturels de la santé et du bien-être du groupe d'experts du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe témoignent de la difficulté de définir la culture, y compris en santé (WHO, 2015). Nous

retiendrons ici la définition sur laquelle ils ont appuyé leurs travaux : « en 2001, l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) a défini la culture comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social et qu'elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances » (UNESCO, 2001). Cette définition souligne que la culture ne se limite pas à l'appartenance nationale, raciale, ethnique ou religieuse - elle se compose de croyances et de pratiques manifestes ainsi que de conventions subtiles, considérées comme allant de soi, qui encadrent notre perception de la réalité, définissent ce qui est normal et anormal et donnent à nos vies une orientation et un but » (WHO, 2017). En plus de cette définition, nous avons retenu dans cette thèse cinq caractéristiques de la culture : (i) la culture a un caractère universel (il n'existe pas de peuple n'ayant pas de culture) ; (ii) la culture influence la manière dont les individus se perçoivent eux-mêmes et perçoivent le monde dans lequel ils évoluent ; (iii) la culture est composée de multiples micro-cultures et se retrouve dans les différentes sphères telles que les familles, les communautés, les organisations, les milieux professionnels ; (iv) la culture est dynamique et évolue dans le temps ; (v) la culture est compliquée à percevoir (WHO, 2017).

En outre, nos résultats suggèrent de donner une place plus explicite aux bénéficiaires/usagers/clients de l'intervention. Les bénéficiaires sont évoqués par Chen, par exemple en citant « la capacité de l'intervention à recruter et/ou retenir les clients » mais leur place reste faible dans l'article opérationnalisant une étude de viabilité (Chen, 2010; Chen et al., 2014b). Pour renforcer la place des bénéficiaires, comme partie prenante de l'intervention, nous proposons de nous appuyer sur les travaux de C. Desprès sur le renoncement aux soins (Desprès, 2013; Desprès et al., 2011). Le renoncement au soin y est défini comme l'absence de sollicitation des services de soins et des professionnels de santé par les individus « alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit » (Desprès et al., 2011). Le renoncement peut être « barrière » ou « refus ». Pour le renoncement-barrière, la personne est confrontée à un environnement de contraintes ne lui permettant pas d'accéder aux soins souhaités. Les principales raisons identifiées sont les barrières financières (ex : prix du soin, niveau de remboursement, reste à charge, ressources de la personne, dépenses compressibles et incompressibles de la personne), l'accès aux droits sociaux (ex : ouverture des droits, rupture des droits, respect des droits par les professionnels), l'organisation et la répartition de l'offre de soins (ex : désert médical). Ce type de renoncement est contextualisé (ex : en fonction de la gravité ressentie du problème de santé, de la pression de l'entourage). Il questionne des caractéristiques structurelles du système de protection sociale et de l'offre de soin ne permettant pas à une partie de la population d'accéder aux soins (Desprès et al., 2011). Le renoncement-refus, a été décrit comme « un acte

d'autonomie à l'égard de la médecine » (Desprès et al., 2011). Il peut être la résultante de choix : choix de ne rien faire en espérant une issue favorable naturelle, choix de refuser de se conformer à une norme, choix de refuser de se soigner (ex : résignation sur l'issue d'un problème de santé, attitude suicidaire, bénéfice-désagrément estimé trop faible), choix de s'auto-soigner ou choix de solliciter des soins alternatifs. Deux formes d'autonomie vis-à-vis du pouvoir médical sont présentées : « *un renoncement de l'ordre d'un refus explicite des soins conventionnels et un renoncement situé dans le registre d'une défiance* » (Desprès et al., 2011). Dans nos études de cas : (i) le renoncement-barrière correspond à une des dimensions du critère d'accessibilité ; (ii) le renoncement-refus, adapté à notre objet est de l'ordre de l'utilité et de la compatibilité culturelle. Enfin, les termes « *recrutés et/ou retenir* » mobilisés par Chen, nous semblent véhiculer en français un aspect passif et être du registre de la recherche plus que du monde réel. Nous privilégierons des termes tels que « *accéder* » ou « *participer* », employés dans les travaux de Desprès.

2.1.1. "Helpful" - utilité

L'utilité d'une intervention a été décrite comme « *la question de savoir si les parties prenantes peuvent constater et éprouver des améliorations en ce qui concerne l'atténuation ou l'amélioration de problèmes* » (Chen et al., 2014b). Une définition large semble pertinente au vu des dimensions que peut comprendre ce critère selon les parties prenantes, leurs parcours de vie, leurs parcours professionnels, leurs référentiels, leurs systèmes de valeurs. Quatre dimensions ont été identifiées : (i) l'existence de besoin(s) et/ou de demande(s) identifié(s) a priori pour lesquels il manque une réponse, (ii) le potentiel de l'intervention à être efficace et juste socialement, (iii) les effets perçus par les parties prenantes de l'intervention, (iv) l'absence d'impacts imprévus indésirables.

Les effets perçus et impacts imprévus impliquaient que l'intervention ait été déployée. L'utilité faisait appel à des croyances et des perceptions intériorisées par les parties prenantes. Dans PERL, des différences de perception entre les parties prenantes ont été observées : quelle est la finalité de l'accompagnement à la parentalité ? Qu'est-ce qu'un accompagnement à la parentalité efficace ? Qu'est-ce qu'un accompagnement à la parentalité juste socialement ? Quelle est l'efficacité des différents leviers selon qu'ils soient mobilisés ponctuellement ou bien de manière répétée sur un temps long ? Un accompagnement comme celui porté par PERL peut-il prévenir des retards de développement et/ou des situations de protection de l'enfance ? En outre, la perception de l'utilité d'une intervention par les parties prenantes ne se cantonnait pas aux résultats directs en termes de santé, tel qu'illustré dans AM (tableau 5). Certains aspects de l'utilité étaient propres à certaines parties prenantes au regard de leur rôle, missions, positions hiérarchiques et leur contexte (ex : problématiques spécifiques au contexte de la crèche).

Tableau 5 : utilité perçue de la démarche *Accompagne-moi...!* dans les différents contextes

Au niveau...	Utilité perçue de l'intervention dans certains contextes
Du pôle de direction	<ul style="list-style-type: none"> Outil d'accompagnement de la direction pour piloter un changement, notamment dans des crèches où la direction avait la volonté de faire évoluer les pratiques professionnelles
Des professionnelles de la petite enfance (PPE) formées à l'approche Pilou-Filou	<ul style="list-style-type: none"> Apport de connaissances par la sensibilisation à la notion de compétences sociales, jusqu'alors inconnue, pour des PPE de différentes formations initiales ou rappel sur des connaissances déjà acquises pour d'autres Apport de nouveaux outils pour mobiliser des connaissances (ex : PPE bénéficiant de connaissances théoriques mais ayant peu d'outils pour les mobiliser dans leur accompagnement des enfants et les intégrer dans leurs pratiques)
Des PPE formées et non formées à l'approche Pilou-Filou	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de se questionner vis-à-vis des accompagnements proposés quotidiennement aux enfants et de prendre de la hauteur vis-à-vis de ses pratiques Valorisation par la mise en avant de pratiques de qualité lors du retour d'observation
Des PPE entre eux, de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Projet fédérateur, par exemple, harmonisation des pratiques entre les PPE de l'équipe par le fait de contribuer à trouver un langage commun
Des PPE formées et non formées dans leur accompagnement des enfants	<ul style="list-style-type: none"> Perception d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement de l'enfant et de la gestion du groupe au quotidien Amélioration de la relation PPE-enfant
Des enfants	<ul style="list-style-type: none"> Moins de colères, moins de frustration, plus d'entraide.
Globale	<ul style="list-style-type: none"> Evolution du climat, plus calme et serein dans l'ensemble de la crèche, associée dans le discours de certaines directions à <i>Accompagne-moi...!</i>

L'utilité était, tant pour le bénéficiaire que pour le professionnel lui-même, pour d'autres parties prenantes ou pour une amélioration de l'environnement dans lequel ils évoluaient. Par exemple, au début de l'étude pilote *Incredible Years*, les facilitateurs ayant adhéré au programme y ont vu une utilité potentielle :

- pour eux professionnellement : le programme a été perçu par certains comme une source de légitimité au regard de la reconnaissance internationale d'*Incredible Years* et de l'implication du CNRS dans la recherche. C'était le cas de facilitateurs occupant des fonctions stratégiques dans leurs structures (développement de partenariats, recherche de financements ...), de ceux ayant des activités d'intervenant indépendant ou projetant d'en développer (formateur, coach...), ou de ceux ayant du mal à trouver des repères dans les méthodes et écrits en termes d'éducation positive.

- pour eux personnellement : des facilitateurs ont décrit un intérêt personnel étant eux-mêmes parents ou projetant de le devenir.
- pour leur public : les facilitateurs ont décrit leur intérêt pour le programme car il contribue à des objectifs d'éducation et de citoyenneté, de lutte contre les violences, ainsi que d'amélioration du bien-être des parents et des enfants qu'ils estimaient nécessaires.

Enfin, les professionnels pouvaient avoir une perception différente de l'utilité selon le type de bénéficiaires. Par exemple, les facilitateurs avaient identifié un potentiel de réponses à des besoins différents entre trois publics cibles parmi les bénéficiaires, considérés comme un continuum : les publics en difficultés avérées/connues, les publics sans difficultés avérées mais considérés comme à risque au regard de certains critères, la population générale.

2.1.2. "Suitable" – approprié/adéquat

L'adéquation a été définie comme « *la possibilité pour les agences locales et les organisations communautaires de coordonner ou d'organiser une intervention* » (Chen et al., 2014b). Dans les études de cas, ce critère concernait les différentes structures et acteurs impliqués dans l'intervention. Dans AM, il concernait tant l'association EPE (capacité à recruter les collectivités, réseaux, associations gestionnaires de crèches ; capacité à coordonner les actions pour accompagner les pôles de direction et équipes éducatives dans le déploiement de la démarche ; capacité à organiser les formations sur les différents territoires...) que les gestionnaires et équipes des crèches (capacité à piloter la démarche, à mettre à disposition les ressources nécessaires, à impliquer l'équipe éducative dans la démarche,...).

Dans les études de cas, l'adéquation comprenait le potentiel d'articuler l'intervention avec les écosystèmes locaux et nationaux pour s'y intégrer complètement à long terme. Il recouvrait :

- l'articulation de l'intervention avec les objectifs et projets de l'organisation pour former un tout cohérent et intégré : intégration de l'intervention dans la stratégie de l'organisation pour trouver une articulation en termes d'objectifs, de méthodes, d'activités et de moyens pour faire converger l'intervention innovante et l'existant dans une stratégie d'ensemble. Par exemple, pour AM, dans de nombreuses crèches la démarche était positionnée comme un projet « en plus » de ceux de la crèche, avec le risque d'avoir un mille-feuille de plans, programmes et projets peu opérants qui viendraient complexifier le pilotage d'une stratégie globale. Si des objectifs et intrants étaient apportés en plus pour la structure, l'enjeu était que leur articulation avec l'existant soit explicite tant en termes de finalité que sur le plan opérationnel. Cette dimension s'intéresse ainsi au potentiel/risque qu'une intervention modifie l'équilibre en place entre les différents acteurs, professionnels, structures, organisations de l'écosystème local (au sein de l'organisation ou à l'extérieur de celle-ci).

- la cohérence des missions induites par l'intervention avec les missions antérieures des acteurs impliqués dans son déploiement : continuité ou rupture pour les professionnels au regard de leur formation, leur cadre d'exercice (incluant le cadre juridique et la réglementation professionnelle) et les valeurs ou code de bonne conduite partagés par la profession. Dans les trois cas, cette dimension s'illustre par l'adéquation entre la formation initiale/continue proposée aux professionnels dans leur parcours et la formation offerte dans les interventions : est-ce que le contenu de la formation permettait aux professionnels de développer des compétences, d'acquérir des savoirs en cohérence avec leurs missions et cadre d'exercice ? Au vu de leurs formations initiales, continues, savoirs expérientiels, le contenu de la formation était-il adapté ?

2.1.3. "Affordable" – abordable/accessible

Ce critère correspond « à la capacité d'une organisation porteuse de l'intervention à assumer le coût de la coordination et du déploiement de l'intervention » (traduction libre), (Chen et al., 2014b). Les résultats ont mis en avant deux dimensions à ce critère.

La première correspondait à la soutenabilité économique de l'intervention à court et à long terme pour le système dans lequel elle est déployée. Il s'agissait de la capacité du système dans lequel l'intervention est intégrée, à allouer les financements suffisants pour la structure porteuse ou de la capacité de cette dernière à trouver elle-même les fonds propres pour supporter les coûts (frais de fonctionnement, ressources humaines, frais de recours aux prestations de services, investissements immobiliers, techniques et mobiliers, fournitures et consommables, autres frais généraux et d'exploitation). Il s'agissait autant des financements ponctuels que des financements pérennes et/ou reconductibles en fonction du contenu et des étapes de l'intervention. La soutenabilité économique de l'intervention s'envisageait à différentes étapes et était à penser dès le début du projet :

- quels sont les coûts nécessaires pour conduire les activités de démarrage de l'intervention ou conduire le changement lorsque l'intervention induit un évènement exceptionnel ?
- quels sont les coûts à anticiper dans le temps pour pérenniser l'intervention ?

Cette dimension de la viabilité comprenait donc la perception des parties prenantes quant à la soutenabilité économique de l'intervention à court comme à long terme.

La deuxième dimension correspondait à l'accessibilité de l'intervention pour les bénéficiaires (possibilité pour les bénéficiaires ciblés et intéressés d'accéder aux programmes). Il s'agissait de :

- l'accessibilité financière : possibilité pour le bénéficiaire de supporter les coûts directs et indirects induits par l'intervention et/ou d'accéder aux droits/dispositifs leur permettant de pallier à ces coûts. Pour Incredible Years, il s'agissait par exemple du coût pour faire garder son enfant pour

que le parent soit disponible pour l'intervention (pilote 1), du coût du matériel informatique pour les parents assistant à cette intervention en distanciel, pallié par un prêt d'ordinateurs (pilote 2).

- l'accessibilité géographique : proximité permettant aux bénéficiaires d'y accéder (intervention déployée sur le territoire), adaptation de l'offre à la demande.
- la connaissance, la compréhension de l'intervention et les modalités d'accès à celle-ci. Dans Incredible Years, certains bénéficiaires ont rapporté avoir hésité à s'engager au regard de leur difficulté à parler français, la crainte de ne pas se faire comprendre par les autres parents et la honte qu'ils en ressentaient.

2.1.4. "Practical" – pratique

L'aspect pratique permet de « *déterminer si les responsables du déploiement et le personnel d'une communauté peuvent mettre en œuvre convenablement une intervention* » (Chen et al., 2014b). Le terme « convenable » ("adequately") renvoie à la balance entre fidélité et adaptation de l'intervention lors de son déploiement. Dans la perspective du réalisme critique, une intervention mise en place de manière « *convenable* » pourrait correspondre à un ensemble d'activités coordonnées dans l'espace et dans le temps permettant, en interaction avec le contexte, d'activer les mécanismes à l'origine des effets recherchés.

Dans les études de cas, ce critère correspondait à la possibilité pour les acteurs de mettre en pratique l'intervention et d'opérationnaliser son contenu, dans leur environnement. Il s'agissait de la possibilité pour les acteurs du monde réel de piloter et/ou mettre en œuvre concrètement les activités :

- dans leurs contextes d'interventions,
- avec les moyens dont ils disposent ou dont ils peuvent disposer pour l'intervention,
- avec le public qu'ils ciblent ou le public qu'ils souhaitent cibler et peuvent atteindre,
- avec les partenaires avec lesquels ils travaillent ou avec lesquels ils peuvent développer un partenariat,
- avec l'organisation de la structure en place ou telle qu'elle peut être adaptée,
- avec leurs compétences, connaissances et expériences antérieures ou développées dans le cadre de l'intervention.

Ce critère était de l'ordre de la faisabilité de l'intervention plus que de la volonté pour les acteurs des de le faire. Certaines activités, au début de l'intervention, ont contribué à rendre l'intervention pratique (exemple : formation dispensée au début, adaptation de l'organisation). Si ce critère était lié à l'adéquation, il soulevait des questions concrètes dans le déploiement au quotidien de l'intervention.

Premièrement, il s'agissait des questions concrètes posées par des acteurs, en se projetant dans l'intervention avant son démarrage ou lors de la première mise en œuvre de certaines activités. Dans PERL, les principales questions des puéricultrices étaient : si un bébé dort lors d'une visite à domicile (VAD), comment réaliser un temps d'observation ? Si on ne donne pas de conseils directement aux parents, que répondre concrètement lorsqu'un parent est en demande de conseil ? Comment trouver des créneaux compatibles avec les horaires de travail de la puéricultrice et des parents lors d'une reprise d'activité à l'issue du congé maternité et/ou paternité ? Pour « *Accompagne-moi... !* », le même type de questions concrètes ont été soulevées, par exemple pour l'opérationnalisation des ateliers de l'outil Pilou-Filou (décrits dans la partie 6, 1.) : le texte des ateliers doit-il être conservé tel quel ? Est-ce possible de reformuler ou résumer l'atelier en conservant le message et l'intention pédagogique ? Comment animer concrètement un atelier ? Dans *Incredible Years*, l'aspect pratique s'illustrait par la réaction des facilitateurs lors de leur découverte du programme pendant la formation, avec des questions face à la rigidité du protocole d'intervention : faut-il se conformer à cette rigidité, s'y accommoder malgré ses limites et le dérouler tel quel ? Y aura-t-il besoin trouver des ajustements et des adaptations lors de l'animation des sessions auprès des parents et animateurs ? Si les facilitateurs professionnalisés avaient conscience de pouvoir faire avec et n'ont pas considéré ces questions comme un réel problème, les facilitateurs non professionnalisés se sont sentis déstabilisés et fragilisés. Cette dimension du critère « pratique » reflétait la manière dont les acteurs ont compris l'intervention et se sont imaginé la déployer au regard de leurs compétences et expériences antérieures.

Deuxièmement, l'aspect pratique était lié à la compatibilité ou l'incompatibilité concrète entre ce qu'implique l'intervention pour le professionnel et les possibilités de ce dernier dans son propre contexte. Les freins et leviers rencontrés étaient :

- de l'ordre de la disponibilité des professionnels (exemple : manque de temps),
- des questions techniques ou matérielles (exemple : pas d'ordinateur libre pour permettre aux professionnels de participer à des réunions liées à l'intervention),
- des questions de cohérence spatiale ou temporelle (exemple : professionnels pas en contact avec la population cible au quotidien bien que ce soit nécessaire pour réaliser certaines tâches).

Les freins et leviers relatifs à ce critère étaient souvent liés à l'adéquation et l'accessibilité.

Troisièmement, les études de cas proposent une dimension de ce critère liée aux aspects pratiques pour les bénéficiaires de l'intervention. Dans l'étude de viabilité *Incredible Years* la question de la compatibilité du programme avec les engagements professionnels et personnels des parents a été soulignée. Le programme impliquait une disponibilité pour les parents afin d'être présents pour un minimum de douze séances d'environ deux heures, à raison d'une à deux fois par semaine. Or, les parents avaient souvent des emplois du temps très chargés, entre leurs activités professionnelles et

leurs activités domestiques, auxquelles s'ajoutaient parfois des incertitudes et toutes sortes d'aléas et empêchements plus ou moins inévitables (ex : inconnu sur le planning de travail à venir).

2.1.5. "Culturally responsive" – compatibilité culturelle

Quelle place pour la culture et la compatibilité culturelle dans nos études de cas avant les modifications de la définition de la viabilité par le Pr. Chen en 2023 ?

La culture était au cœur de l'argumentaire justifiant les études de cas 2 et 3, au vu des différences entre le contexte français et les contextes d'origine de ces interventions (Québec (Canada) et Etats-Unis). Lors des analyses, nous nous sommes questionnés sur un « manque » dans les critères de 2010, avec certains résultats ne relevant d'aucun critère. En l'absence du critère lié à la culture, des rapprochements ont été faits dans le cas 1 et 2 avec les critères utiles et adéquat. Cela était possible car la question culturelle n'était pas centrale pour différentes raisons :

- pour AM un travail d'adaptation conséquent par rapport aux interventions d'origine a été porté par l'association EPE. Il a potentiellement limité les décalages culturels Québec – France,
- pour les cas 1 et 2 nous n'avons pas analysé d'entretiens avec les parents,
- pour les cas 1 et 2, une hypothèse est que l'aspect non standardisé de ces interventions ait permis aux acteurs la déployant de faire eux-mêmes des adaptations culturelles.

Dans Incredible Years, même s'il est prévu que les facilitateurs adaptent leur vocabulaire à leur contexte, il est préconisé de déployer le programme tel que conçu et décrit dans les déroulés proposés. Les résultats de cette étude de cas 3 ont souligné l'intérêt de rajouter la compatibilité culturelle à la définition de la viabilité.

La compatibilité culturelle dans l'étude de viabilité Incredible Years : retour sur les résultats

Nous reviendrons ici sur les résultats au regard de l'objectif méthodologique de cette thèse. Intégrer des verbatims permet de souligner le caractère explicite et conscientisé des questions culturelles posées par l'intervention aux parties prenantes. Différentes dimensions ont été identifiées.

Premièrement, la compatibilité culturelle des principes et leviers d'intervention. Le principe des félicitations et des récompenses occupait une place centrale dans le protocole. Lors de la découverte du programme les facilitateurs ont émis une critique sur le côté « américain » et « excessif » qui ne leur semblait pas « culturellement » adapté à un public « français » plus « réservé ». Il s'agissait par exemple d'une emphase positive jugée excessive comme l'illustre ce verbatim.

« Franchement, je me suis posé des questions, le côté trop décalage avec la culture américaine, vu que [la formatrice], elle est dans une culture américaine hyper positive, wonderful, wonderful, tout ça. C'était super, ça fait plaisir, ça fait du bien, sauf que c'était trop en fait,

c'était too much... C'est ce qu'on disait tout à l'heure [à propos du] hiatus entre nos deux cultures : où nous, on est tout le temps dans la critique, le négatif ; et eux, c'est l'extrême inverse. Donc un juste milieu m'aurait peut-être mieux permis de rentrer dans le truc, de pas me poser 150.000 questions, de me dire : « Mais là, c'est pas too much de féliciter 150 fois le même ou dix fois le même pour le même truc ?! » Alors que je suis persuadée de l'intérêt des félicitations. » (Facilitateur, Pilote 2)

Une critique a également émergé dans le discours d'un des professionnels qui mérite d'être soulignée pour la définition de la compatibilité culturelle. Elle renvoyait au vocabulaire et au symbole utilisé, d'un « *enfant qui travaille bien* » et qui mérite d'être récompensé avec des pièces de monnaie accumulées dans une tirelire. Un facilitateur s'est dit avoir été heurté par cette approche trop « *libérale* » et « *matérialiste* », pour lui incompatible avec la vision qu'il avait de son métier – celle de « *l'éducation populaire* », au fondement même de son association et qu'il rejoignait pleinement.

« C'est vraiment un projet qui est très connoté anglo-saxon avec un peu, un vocabulaire que nous, dans l'éducation populaire et de façon générale, on utilise très peu... [Il explique avec ses mots le principe des félicitations et des récompenses] Voilà ce que je vous dis avec ces mots, dans le programme, c'est une tirelire avec un cochon, avec des pièces qu'on met euh voilà. [...] Vous voyez pour le cochon, voilà moi, à la place du cochon, j'aurais mis une batterie. Vous voyez un plus et un moins en disant que l'enfant a besoin d'avoir une batterie relationnelle et que si la batterie est à plat, l'enfant aura besoin de cette relation, de remplir la batterie et donc il le fera en cassant, en se disputant, en criant, en faisant des colères, en faisant des caprices, en faisant tout plein de choses qui vont finalement entretenir quelque chose de néfaste. Alors que si ce capital de batterie est entretenu par des choses dites positives, des encouragements, une attention, le féliciter, lui donner des choses à faire en étant attentif, des choses qui sont faisables, comme aider à mettre la table, débarrasser la table, voilà, aider au jardin quand il est un peu plus grand, voilà. Et lui dire, si tu fais ça pour une récompense, cette récompense elle est pas forcément matérielle, c'est toi qui va choisir le film du soir, c'est toi qui choisira le dessert de samedi, c'est toi qui choisira la balade, vous voyez ce que je veux dire, c'est pas matériel c'est tout à fait faisable et c'est tout à fait positif. » (Facilitateur, Pilote 1)

Deuxièmement, la question de l'impossibilité d'adapter une intervention standardisée s'est posée. Le besoin d'adapter culturellement l'intervention entre les contextes de déploiement a été souligné par les facilitateurs lors de leur prise de conscience de l'infime marge de manœuvre dont ils disposaient. La question de la possibilité qu'un protocole aussi rigide puisse réellement fonctionner sans adaptation a été soulevée, du fait des différences culturelles entre pays, de l'évolution des problématiques rencontrées avec le temps et de la diversité des publics.

« Je ne sais pas si c'était de la déception, mais en tout cas, un questionnement plutôt, parce que je n'ai pas forcément de grandes attentes... Il y avait ce côté aussi où j'avais l'impression qu'il fallait exactement suivre toutes les consignes. Et du coup ce côté un peu de non-remise en question, pas forcément dans mes valeurs. Même pour une boîte qui a créé quelque chose, je pense qu'il faut s'ajuster : et dans le temps ; et par rapport à qui on s'adresse. » (Facilitateur, Pilote 2)

Une troisième dimension était la conception de la santé et de la production de connaissance (ici une approche positionnant l'éducation, la culture et la science plus comme des biens communs *versus* une approche plus libérale). La compatibilité culturelle s'est retrouvée dans le discours de facilitateurs au vu de leur perception des fortes restrictions en termes de propriété intellectuelle et de l'aspect commercialisé du programme (étude de cas 3).

Enfin, les perceptions ont évolué, de manière particulièrement explicite pour certains leviers d'intervention après avoir été vécus par les facilitateurs. Tous les facilitateurs ont souligné des résultats, incluant ceux ayant émis des critiques vis-à-vis des félicitations.

« C'était assez fou parce que très vite, les parents nous ont dit qu'ils ont eu très, très rapidement des résultats [...] Les enfants étaient vraiment très, très réceptifs et très en demande de ça et les parents qui ont vraiment joué le jeu se sont rendus compte que cette attention dirigée et poussée pendant un certain laps de temps, ça leur donnait. [...] Les enfants étaient beaucoup plus calmes après le reste de la journée, il y avait une sorte de comment dire d'harmonie différente entre eux très rapidement : les parents plus à l'écoute et donc les enfants plus à l'écoute [...] Certains m'ont même dit qu'ils ont redécouvert leurs enfants, qu'ils se sont dit : « Mais combien de temps on a passé - des mois et des années - sans ce rapport là aussi vrai finalement ? » [...] Les parents étaient vraiment très enthousiastes. » (Facilitateur, pilote 1)

La compréhension de certains points de décalage culturelle est à souligner, pouvant plus ou moins rendre le point d'achoppement acceptable.

« [Parle de la conceptrice du programme] je le comprends, c'est une partie du travail de sa vie, elle a posé des copyrights [...] C'est un moyen de subvenir à ses besoins, elle a besoin de le vendre. [...] Elle croit à la pertinence de son programme, du coup, elle demande à ce que ce programme soit respecté à la lettre pour qu'en cas d'erreur ou de réussite, on ne puisse pas dire que le programme ne marche pas. » (Facilitateur, Pilote 1)

Proposition de définition pour la compatibilité culturelle

A partir des travaux relatifs aux contextes culturels de la santé et du bien-être du groupe d'experts du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et des résultats des études de cas, la définition suivante peut

être proposée : la compatibilité culturelle se réfère à la question de savoir si les parties prenantes considèrent que l'intervention est en adéquation avec la culture au niveau individuel, professionnel, organisationnel, sociétal ainsi qu'à tous les niveaux que les parties prenantes considèrent pertinents au regard de l'intervention et du contexte dans lequel elle s'intègre. Ce critère s'intéresse ainsi à la compatibilité de l'intervention avec les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances, les pratiques manifestes et les conventions subtiles des parties prenantes (bénéficiaires, professionnels, décideurs, financeurs) de l'intervention en tant qu'individu ou collectif. Par compatibilité de l'intervention, nous entendons la compatibilité de la finalité de l'intervention, de ses objectifs, méthodes et de toutes composantes de l'intervention relevant des croyances des parties prenantes.

Être confronté à l'intervention peut permettre aux parties prenantes de prendre conscience de certains aspects de leur culture qu'ils ont intériorisés, par exemple, certaines valeurs et leur hiérarchie (Plivard, 2014).

2.1.6. L'évaluabilité, quelle place dans l'étude de la viabilité ?

L'évaluabilité, un critère non stabilisé dans le modèle de la validité intégrative

Dans les travaux de Chen de 2014, ce critère faisait référence à « *la clarté et à la mesurabilité des résultats escomptés d'une intervention et à l'existence d'une logique cohérente concernant la capacité de cette intervention à influencer les résultats attendus* » (traduction libre), (Chen et al., 2014). D'une définition peu développée dans l'article de 2010, ce critère a été détaillé en 2014 avant d'être enlevé de la définition de viabilité en 2023 (Chen, 2010, 2023; Chen et al., 2014b).

Les différences d'opérationnalisation de ce critère dans les cas 1 et 2¹¹ de cette thèse ont témoigné de l'évolution de la compréhension de ce dernier dans nos travaux, en nous référant au modèle de la validité intégrative. Chronologiquement, la question de l'opérationnalisation des critères de viabilité s'est d'abord posée pour l'étude de la démarche *Accompagne-moi... !* dont les objectifs étaient :

- objectifs principaux : (i) analyser la viabilité, (ii) comprendre les mécanismes d'efficacité de l'intervention et les conditions d'activation de ces mécanismes dans une perspective d'analyser la transférabilité de l'intervention,
- objectifs secondaires : interroger la faisabilité d'un futur essai randomisé en cluster à large échelle et les conditions de réalisation d'un tel essai, le cas échéant.

¹¹ Dans le cas 3, le contexte de la recherche nous a amenés à ne pas interroger ce critère : programme standardisé avec une théorie d'intervention élaborée par les concepteurs et un essai contrôlé randomisé en cours de préparation par une autre équipe de recherche.

Dans le protocole, l'évaluabilité correspondait à l'existence d'objectifs et d'indicateurs pour évaluer les résultats sur l'état de santé ou sur les déterminants de l'état de santé de la population visée par l'intervention ainsi qu'à la possibilité pour les acteurs de collecter les données correspondantes. Il s'agissait d'analyser la possibilité de tester un lien de causalité entre une intervention et des résultats *via* un futur essai. Bien que l'évaluation réaliste ait permis d'étudier la théorie d'intervention d'AM, celle-ci n'était pas associée dans le protocole au critère d'évaluabilité. Cette dernière était donc centrée sur la première partie de la définition proposée par Chen : « *la clarté et (...) la mesurabilité des résultats escomptés d'une intervention* » (Chen et al., 2014b).

Dans PERL, l'analyse de la viabilité a été réalisée a posteriori, à partir des résultats de l'évaluation des processus et des mécanismes. Elle était réalisée en parallèle de celle de l'efficacité de l'intervention, évaluée par un ECR (Buchheit et al., 2021). Dans ce contexte, à travers la co-construction de la logique d'intervention, nous nous sommes intéressés à la seconde moitié de la définition : « *la clarté (...) des résultats escomptés d'une intervention et l'existence d'une logique cohérente concernant la capacité d'une intervention à influencer les résultats escomptés* » (Chen et al., 2014b).

La perception de la logique d'intervention par les parties prenantes comme déterminant de la viabilité

Sans considérer l'évaluabilité comme un critère, les études de cas ont amené à la conserver comme un élément fondamental de l'étude de viabilité. Les résultats du cas 1 ont illustré l'importance de la perception de la logique d'intervention et comment celle-ci est un déterminant de la viabilité de l'intervention. Selon l'acceptation ou l'appropriation de la logique d'intervention par les différentes parties prenantes et en fonction du système dans lequel elles évoluent, la perception des critères de viabilité était différente (perception de chaque critère et poids des critères les uns par rapport aux autres). Ce résultat présenté dans l'article sur l'appropriation de PERL par les puéricultrices de PMI s'est retrouvé dans les études de cas 2 et 3.

2.1.7. Pôles de critères et interdépendance des critères de viabilité

Deux pôles de critères et dimensions de la viabilité : le fond et la faisabilité

Comme exposé dans la figure 12 (ci-dessous), les résultats ont permis de classer les critères de viabilité et leurs dimensions selon deux axes :

- le premier classifiait les critères et leurs dimensions en deux pôles, suivant s'ils sont relatifs à la faisabilité de l'intervention et/ou la nature de l'intervention. Pour la faisabilité, nous avons emprunté une définition à l'évaluation des programmes : « *l'étude de faisabilité, effectuée lors de la conception d'une intervention, vise à s'assurer que celle-ci est réalisable sur les plans*

économique, technique et organisationnel » (Chen et al., 2014b). Concernant la nature de l'intervention, il s'agissait des critères et dimensions de la viabilité de l'ordre de la finalité de l'intervention, de sa pertinence, de son adaptation sur le plan culturel.

- le deuxième axe répartissait les critères en fonction des parties prenantes concernées. Dans un continuum, trois groupes d'acteurs ont été proposés : (i) la population cible ; (ii) les acteurs de terrain en charge de la mise en œuvre de l'intervention ; (iii) les gestionnaires, responsables de structures, décideurs, financeurs. La perception d'une dimension d'un critère par un groupe d'acteurs pouvait être relative à la dimension d'un critère de viabilité pour un autre groupe d'acteurs (ex : dans les études de cas les professionnels avaient des perceptions de ce qui était utile pour les bénéficiaires de l'intervention). L'axe dans la figure concerne la dimension du critère de viabilité pour le groupe d'acteurs (dans notre exemple les bénéficiaires).

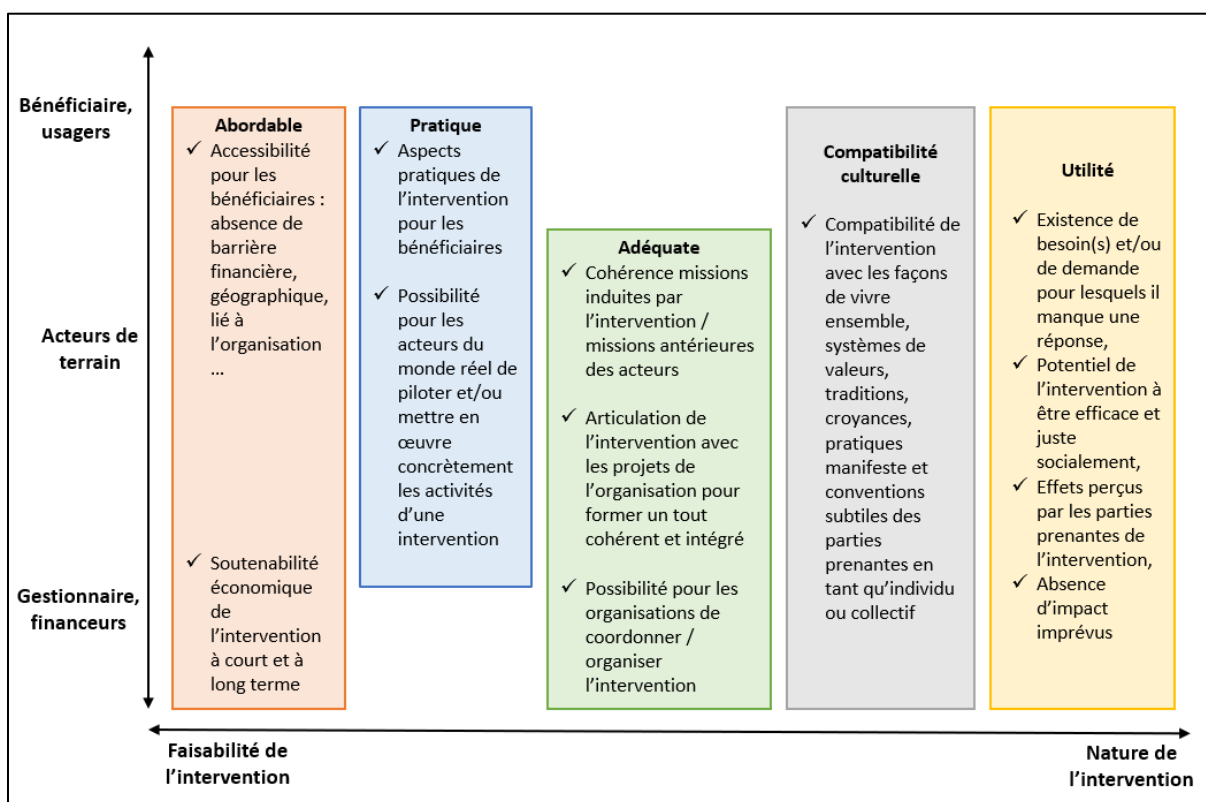


Figure 12 : pôles de critères de viabilité et dimensions

L'interdépendance des critères de viabilité

Les trois études de cas ont souligné en quoi les définitions des critères de viabilité étaient poreuses. Ainsi, lors de l'analyse du vécu de l'intervention par les parties prenantes, certains aspects pouvaient relever d'un critère ou d'un autre, leur classification résultant alors d'un choix. L'interdépendance des critères a été soulignée dans les trois études de cas. En toute logique, certaines dimensions conditionnaient les autres. Par exemple, la soutenabilité économique conditionnait les ressources

humaines disponibles suffisantes, celle-ci étant indispensable pour que l'intervention soit pratique. Dans les discours de professionnels des trois cas, l'utilité potentielle de l'intervention a été questionnée au regard des critères relevant de la faisabilité du déploiement.

4. Les déterminants de la viabilité

4.1 **Caractère situé de la viabilité**

Les études de cas ont illustré en quoi la viabilité est située par essence, puisqu'il s'agit de perceptions. Par exemple, la perception de l'utilité a été contextualisée dans certains discours au regard de la perception de la faisabilité de l'intervention. Dans PERL, des professionnels ont vu l'intérêt de l'accompagnement proposé pour la population générale mais ont questionné sa pertinence dans un contexte de ressources limitées. C'est dans leur contexte d'exercice professionnel contraint qu'ils leur semblaient nécessaire de cibler un public en fonction de critères de vulnérabilité.

De plus, les perceptions de l'utilité de l'intervention ont évolué dans le temps chez différentes professionnelles après avoir observé des effets lors du déploiement. Par exemple, dans AM, certaines professionnelles faisant partie d'équipes ayant arrêté le déploiement en cours d'année ont verbalisé des regrets vis-à-vis de cet arrêt et la volonté de reprendre le déploiement au vu des effets perçus dans une autre crèche de la collectivité. Par ces propos, les professionnelles verbalisaient une prise de conscience de l'utilité de l'intervention malgré l'investissement demandé pour la déployer. Pour d'autres professionnelles, leur perception de l'utilité a évolué suite à l'acquisition de nouvelles connaissances lors de temps de formations. A l'inverse, certaines professionnelles ont remis en cause la faisabilité de l'intervention dans leurs crèches après avoir vécu la démarche.

4.2 **Approche socio-écologique**

PERL a permis de se questionner sur l'approche écologique comme un déterminant de la viabilité. Selon Golden et Earp, « *les modèles écologiques sociaux reconnaissent que les individus sont intégrés dans des systèmes sociaux plus vastes et décrivent les caractéristiques interactives des individus et des environnements qui sous-tendent les résultats de santé* » (Golden & Earp, 2012), traduit par (Lambert H. et al., 2021). Les cas soulignent en quoi chaque individu est au centre de multiples couches du monde social (figure 13). L'interaction entre ces couches du monde social va influencer les perceptions des parties prenantes de l'intervention et du système dans lequel elles évoluent. Dans PERL, il s'agissait de la manière dont la conception de la parentalité et les normes sociales en matière de parentalité influençaient les demandes verbalisées par les familles et les pratiques des puéricultrices de PMI.

La pertinence du modèle socio-écologique se retrouve dans les autres études de cas, comme l'étude de viabilité AM. A l'échelle individuelle, un certain mal-être a été identifié chez des professionnels avec la verbalisation de difficultés à réaliser leur mission. Différents éléments explicatifs étaient soulignés dans les discours des professionnels concernés par exemple :

- au niveau du mésosystème (ici le contexte de la crèche), un contexte sous tension se traduisait par un turnover ou une impossibilité de se sortir des sections pour s'arrêter sur leur pratique,
- au niveau de l'exosystème (ici les gestionnaires de crèches), politique de ressources humaines pour pallier les absences, dispositifs de soutien des professionnels tels que les supervisions,
- au niveau du macrosystème (ici le contexte français), une faible valorisation sociale des métiers de la petite enfance.

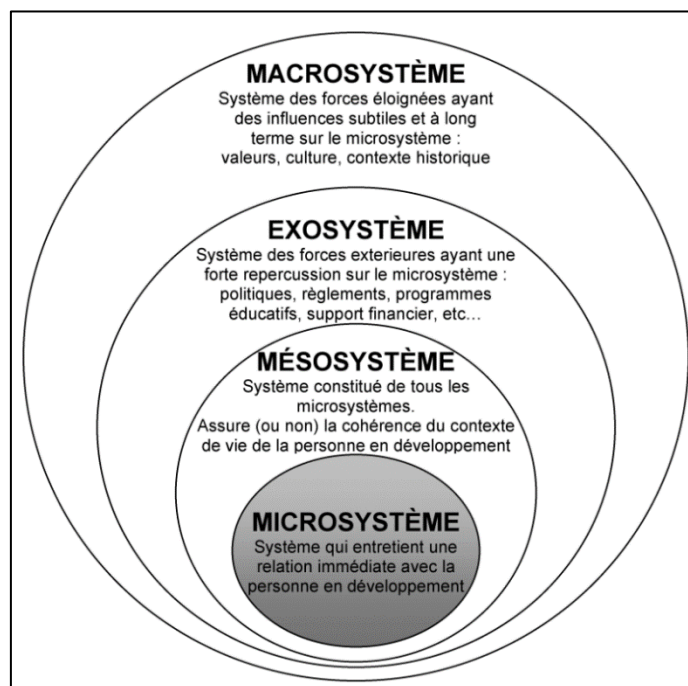


Figure 13 : les différents niveaux interdépendants de l'approche socio-écologique (Absil et al., 2012)

4.3 Composantes du changement organisationnel

Dans PERL, les résultats nous ont conduits à analyser l'appropriation à travers deux modèles théoriques : le modèle de la validité intégrative (Chen, 2010) et le modèle théorique de l'approche contextualiste du changement (Pettigrew, 1987), (figure 14), extraite de la partie 5 de la thèse. La mise en perspective de ces résultats au regard des cas 2 et 3 de la thèse converge pour considérer les composantes du changement organisationnel comme des déterminants de la viabilité. Ce constat a également été souligné dans les cas 2 et 3, comme illustré dans le tableau 6.

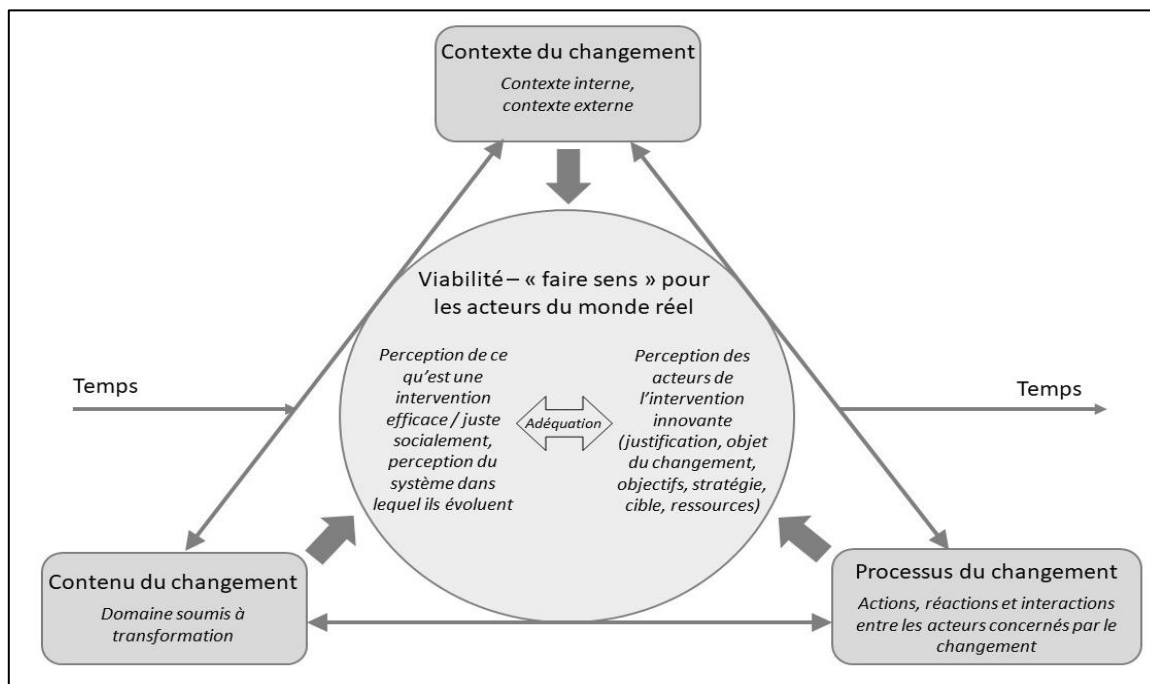


Figure 14 : les composantes du changement organisationnel comme déterminants de la viabilité

Tableau 6 : les composantes du changement organisationnel comme des déterminants de la viabilité, illustration des études de cas 2 et 3

Composante du changement organisationnel	Illustration dans les études de cas
Contexte du changement	Etude de cas 2 : étude de viabilité de la démarche « <i>Accompagne-moi... !</i> » Etude de cas 3 : étude du programme Incredible Years
Contenu du changement	<ul style="list-style-type: none"> • L'influence du contexte sur la viabilité s'illustre par des événements externes aux organisations dans lesquels ont été déployées les interventions (ex : crise sanitaire), • Sur le plan interne aux organisations, l'influence du contexte sur la perception de la viabilité des parties prenantes est particulièrement explicite dans AM déployé dans 14 crèches avec leurs propres caractéristiques contextuelles. Les éléments de contextes étaient tant liés au fonctionnement et à la dynamique de la crèche (ex : dynamique d'équipe le degré de cohésion de l'équipe, relations avec les enfants et les parents la qualité perçue des interactions) qu'à des événements réguliers ou exceptionnels dans la crèche (ex : montée en agrément, labélisation qualité).
Processus du changement	<ul style="list-style-type: none"> • Le contenu du changement peut s'illustrer par l'étude de cas 3 et les questions d'adaptation culturelle de l'intervention (cf. partie 8 – 3.2.5). • Le cas 2 et 3 ont mis en avant l'intérêt de l'entrée dans l'intervention par la pratique plus que par la théorie pour en améliorer la viabilité, • Dans Incredible Years, certains professionnels (futurs facilitateurs) ont découvert le programme en assistant aux sessions organisées au sein de leurs structures ou en le testant comme parents. Ils ont verbalisé avoir été immédiatement convaincus par son efficacité et sa pertinence (critère d'utilité). A l'inverse, d'autres facilitateurs ont exprimé avoir eu au départ une vision vague d'IY et des doutes de son efficacité.

1. Introduction de la discussion

1.1 La Maturité conceptuelle : de quoi parle-t-on ? Comment l'explorer ?

Les concepts sont essentiels en recherche : ils permettent de circonscrire les objets étudiés sur le plan théorique et empirique (Daigneault & Jacob, 2012). La maturité d'un concept est ce qui permet à ce dernier d'être utile et spécifique pour expliquer un phénomène (J. Mitchell Morse et al., 1996).

Dans cette partie, nous questionnerons la maturité conceptuelle de la viabilité en s'appuyant sur les travaux de Morse. Selon ce dernier, pour être mature un concept doit : (i) être clairement et consensuellement défini, (ii) être entièrement décrit avec des caractéristiques claires, (iii) avoir des conditions préalables et des résultats démontrés, (iv) avoir des limites clairement explicites (J. M. Morse et al., 1996; Pfadenhauer et al., 2015). Pour en discuter nous avons considéré quatre types de source :

- une revue de la littérature sur la mobilisation du concept de viabilité depuis 2010 (cf. partie 9, 1.2),
- les travaux de Chen sur le modèle de la validité intégrative depuis 2010 (cf. partie 9, 1.2)
- les résultats des études de cas de cette thèse (cf. partie 8),
- la littérature sur différents concepts connexes.

1.2 Mobilisation et évolution du concept de viabilité depuis 2010

Premièrement, cette partie s'appuie sur les résultats d'une revue de la littérature effectuée dans le cadre de la recherche « *Évaluation de la viabilité des interventions en santé des populations* » (Viability Assessment of population health interventions within Pilot Studies, VAPS), (présentée partie 10, 2.2). L'objectif de cette revue était d'appréhender la mobilisation du concept de « *viable validity* » ou « *viable cogency* » dans la littérature depuis sa définition par Chen en 2010. La recherche a été réalisée dans 5 bases de données (PubMed, Web of science, Scopus, Psycinfo et ResearchGate). L'ensemble des articles citant l'article princeps de Chen (Chen, 2010) et/ou comportant les termes « *viable validity* » ou « *viable cogency* » ont été inclus. Les articles ont été sélectionnés sur titre et résumé par deux évaluatrices indépendantes puis une analyse de contenu a été effectuée.

Sur les 238 articles trouvés avec la stratégie de recherche, 31 ont été inclus dans la revue à l'issue du processus d'extraction des données. Ces articles dataient de 2011 à 2022 et étaient publiés par des équipes de huit pays et quatre continents. Quatre types d'articles ont été identifiés :

- 12 articles « méthodologiques », c'est-à-dire des articles portant sur les méthodologies d'évaluation et de recherche (Cambon & Alla, 2019; Cambon et al., 2012; Feyaerts et al., 2017b; Harman & Azzam, 2017; Im et al., 2022; Schalock et al., 2017; Schalock et al., 2011; Spencer et al., 2013; Stevens et al., 2021; Thabane et al., 2019; Ton, 2012; Urban et al., 2014),
- 12 articles empiriques évaluant une ou plusieurs interventions, dont l'objectif principal n'était pas d'étudier la viabilité de l'intervention (ou des interventions), mais qui mentionnaient la viabilité dans l'article (Borge et al., 2022; Chen & Turner, 2012; L. Durá et al., 2014; Feyaerts et al., 2017a; Keller et al., 2012; Kothari et al., 2012; Kuhnley & Cueva, 2011; Luesse & Contento, 2018; Martin et al., 2017b; Ribeiro Santiago & Colussi, 2018; Vallata et al., 2022; Vanderpool et al., 2011),
- Cinq articles empiriques présentant les résultats d'études de viabilité d'intervention(s), quel que soit le nom donné à l'étude (Chen et al., 2014a; Harshbarger et al., 2019; Inrig et al., 2017; O'Toole et al., 2015; Riches et al., 2020),
- Deux articles présentant le protocole d'études de viabilité (Beckerman-Hsu et al., 2020; Martin-Fernandez et al., 2022).

Sur l'ensemble des articles inclus, seule une étude conduite par Chen présentait les résultats d'une étude de viabilité considérant l'ensemble des critères définis dans le modèle de la validité intégrative (Chen et al., 2014b).

Deuxièmement, à partir des articles et chapitres de livres publiés par Chen, nous avons décrit les évolutions du concept de viabilité et du modèle de la validité intégrative dans ses travaux de 2010 à 2023 (Chen, 2010, 2015a, 2016; H. T. Chen & P. Garbe, 2011; Chen & Turner, 2012; Chen et al., 2014a). Nous nous sommes également appuyés sur le diaporama d'une communication orale proposée par ce dernier dont le contenu n'est pas actuellement publié dans la littérature (Chen, 2023).

Les principales évolutions entre 2010 à 2023 étaient les suivantes. A partir de 2011, validité interne et validité externe ont été remplacées respectivement par validité « *effectual* » et validité « *transferable* », sans en changer le sens par rapport à 2010 (H. T. Chen & P. Garbe, 2011; Chen & Turner, 2012; Chen et al., 2014a). Dans l'ouvrage de 2015, le modèle de la validité intégrative est devenu le modèle de la « *cogence intégrative* ». La « *cogence* » est « *la mesure dans laquelle les preuves fournies par les conclusions d'une évaluation sont claires, logiques et convaincantes* » (Chen, 2015a). Validité « *effectual* », validité viable et validité transférable sont devenues respectivement « *cogence effectual* », « *cogence viable* » et « *cogence transferable* ».

En 2016, Chen a positionné le modèle de la « *cogence intégrative* » au regard de trois perspectives théoriques : le réductionnisme, la pensée systémique et la synthèse pragmatique (tableau 7), (Chen, 2016). Ces perspectives s'appliquent à des interventions avec différents niveaux de complexité (le

réductionnisme pour des interventions d'une complexité faible, la synthèse pragmatique pour une complexité modérée et la pensée systémique pour une complexité haute). Chen a émis l'hypothèse que la répartition des interventions en santé des populations selon leur niveau de complexité suivait une courbe de Gauss, avec une majorité d'interventions de complexité modérée (Chen, 2023). Le modèle de la « *cogence intégrative* » s'intègre dans la pensée pragmatique.

Dans sa dernière version de 2023, la synthèse pragmatique propose de s'intéresser à l'étude de la viabilité, l'étude holistique de l'efficacité, puis la transférabilité de l'intervention, toujours dans une approche ascendante. La viabilité correspond à la perception et l'expérience des parties prenantes quant à savoir si une intervention est utile, adéquate, pratique, abordable, compatible culturellement (la compatibilité culturelle a remplacé l'évaluabilité). L'évaluation holistique de l'efficacité s'intéresse à l'efficacité de l'intervention en considérant le contexte comme des facteurs de « *soutien* » de l'efficacité, en mobilisant le concept d'adjuvant (l'ensemble des facteurs et conditions nécessaires au fonctionnement de l'intervention dans le monde réel), (Chen, 2016, Chen, 2023). Enfin deux types d'évaluation de la transférabilité se distinguent : (i) la généralisation ciblée qui correspond au maintien de l'efficacité et de la viabilité d'une intervention vers un contexte spécifique ; (ii) la généralisation exposée qui fournit aux potentiels parties prenantes « *des informations et des conseils sur la viabilité et l'efficacité d'un programme et sur la manière d'y parvenir. Les utilisateurs potentiels appliquent ces informations pour décider d'adopter ou non le programme d'intervention dans leur propre communauté, en fonction de son adéquation* » (Chen, 2023).

Tableau 7 : Synthèse de publication, article "Interfacing theories of program with theories of evaluation for advancing evaluation practice: Reductionism, systems thinking, and pragmatic synthesis" (Chen, 2016)

Perspective théorique	Théorie de programme*	Evaluation**	Avantage de l'application à l'évaluation de programme	Défi de l'application à l'évaluation de programme
Réductionnisme	<ul style="list-style-type: none"> - Tout système peut être décomposé en composantes fondamentales plus simples, plus faciles à analyser, comprendre, expliquer, - Identifier quelques composantes cruciales d'une intervention pour comprendre ou évaluer sa performance et son efficacité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Produire des preuves crédibles de la relation de cause à effet entre une intervention et un résultat, en contrôlant l'influence d'autres facteurs, - Références : typologie de la validité de Campbell et Stanley, essai contrôlé randomisé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir la rigueur de l'évaluation en éliminant les facteurs de confusion, - Améliorer la reconnaissance et la réputation scientifique de l'évaluation, - Servir de base au mouvement des interventions fondées sur les preuves. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ignorer les questions pratiques ou de mise en œuvre, centrales pour les parties prenantes, - Extrapolation de l'efficacité en milieux contrôlés (efficacy) à l'efficacité en milieux réels (effectiveness), - Négligence de la complexité.
Pensée systémique	<ul style="list-style-type: none"> - Un programme ne peut être compris en le réduisant à des parties : besoin d'embrasser la complexité émergeant de l'interconnexion des parties. « <i>Le tout est plus que la somme de ses parties</i> », - Comprendre un système en étudiant de manière holistique les liens/ interactions entre les éléments qui composent l'ensemble du système. 	<ul style="list-style-type: none"> - Examiner les liens et les interactions entre les composantes de l'ensemble du système et évaluer la manière dont elles affectent les résultats voulus et non voulus, - Manque de clarté et consensus sur l'évaluation : applications des méthodes expérimentales du réductionnisme, étude de cas, ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une explication plus complète sur le fonctionnement d'une intervention, - Bénéficier d'une focale pour étudier les synergies et les comportements émergents, - Faciliter les collaborations multidisciplinaires pour résoudre un problème. 	<ul style="list-style-type: none"> - Appréhender la surcharge d'informations, - Difficultés dans l'analyse des données et la présentation des résultats, - Une position contradictoire vis-à-vis du réductionnisme : critique théories de programme, mobilisation théories d'évaluation.
Synthèse pragmatique	<ul style="list-style-type: none"> - Les parties prenantes considèrent que l'intervention n'est qu'une pièce nécessaire pour résoudre l'ensemble du puzzle, impliquant de considérer les autres pièces (contexte). 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les programmes du monde réel tels qu'ils sont, sans contrôle artificiel ou manipulation du contexte, - Application des approches d'évaluation initiale telles que proposée dans le modèle de la validité intégrative, méthodes mixtes, études de cas... 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une perspective théorique pour guider l'évaluation de programmes de complexité modérée ou du monde réel, - Intégrer les idées de la pensée systémique sans surcharge d'informations/complexité excessive, - Apprendre de la communauté - Opportunité pour développer des concepts et approches de pointe en évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir la reconnaissance et l'acceptation des évaluateurs, - Obtenir le soutien des organismes de financement pour étudier et documenter les mérites de la synthèse pragmatique et sa contribution à l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité de l'évaluation.

*Hypothèses sur la façon de conceptualiser un programme à des fins d'analyses, de compréhensions et d'évaluation

**Hypothèses sur la façon de concevoir et de mener une intervention crédible et utile.

2. Maturité conceptuelle de la viabilité

2.1 Le concept de viabilité est-il bien défini ?

La première caractéristique de la maturité d'un concept est d'être clairement et consensuellement défini. Cela implique que la définition soit relativement cohérente et stable entre les auteurs le mobilisant (J. Mitchell Morse et al., 1996; Pfadenhauer et al., 2015). Or, les travaux de Chen comme la mobilisation de ce concept par d'autres auteurs soulignent une certaine labilité dans la définition du concept de viabilité.

Définition de la viabilité

Pour rappel, la validité viable ou viabilité a été définie en 2010 par Chen comme « *la perception et l'expérience des parties prenantes quant à savoir si une intervention est pratique, abordable/accessible, adapté/adéquate, évaluable et utile dans le monde réel* » (traduction libre), (Chen, 2010). L'évolution de cette définition en 2023, avec le remplacement de « *l'évaluabilité* » par « *la compatibilité culturelle* » témoigne que la définition de la viabilité n'est pas encore stabilisée tant les concepts d'évaluabilité et de compatibilité culturelle ont un sens différent (et peuvent eux-mêmes être compris de différentes manières). Cette évolution n'a pas été accompagnée à notre connaissance d'une démonstration théorique et empirique la justifiant.

Nos études de cas, comme la revue de la littérature réalisée dans le cadre du projet VAPS, ont souligné des différences dans la définition de la viabilité. Dans certains articles et dans les deux premiers cas de cette thèse, la viabilité a été appréhendée au regard de l'ensemble des critères proposés par Chen en 2010 (Chen et al., 2014b; Feyaerts et al., 2017b; Harshbarger et al., 2019; Luesse & Contento, 2018; O'Toole et al., 2015). Dans 3 articles et dans la troisième étude de cas, l'évaluabilité n'était pas considérée (Borge et al., 2022; Lucía Durá et al., 2014; Martin et al., 2017a; Riches et al., 2020). Pour d'autres auteurs, les critères de viabilité ont été remplacés et/ou complétés par des termes connexes tels que « *l'acceptabilité* » ou « *la pertinence* » de l'intervention (Kothari et al., 2012; Kuhnley & Cueva, 2011). Enfin, l'aspect culturel était abordé dès 2012 dans les travaux de Keller en considérant « *les mœurs et les valeurs culturelles du participant* » (Keller et al., 2012). Comme explicité dans la partie 3.2.6, nos études de cas vont dans le sens de rajouter la compatibilité culturelle de l'intervention pour les parties prenantes parmi les critères de viabilité.

Dans la majorité des définitions de la viabilité, la considération du monde réel par rapport aux conditions expérimentales ou au cadre de recherche était mise en avant quel que soit le type d'article.

Certains articles reprenaient directement les termes « monde réel » (Lucía Durá et al., 2014; Feyaerts et al., 2017a; Harshbarger et al., 2019; Martin-Fernandez et al., 2022; Martin et al., 2017a; O'Toole et al., 2015; Riches et al., 2020; Thabane et al., 2019). Dans d'autres articles, la référence au monde réel était liée :

- au contexte (ex : « *contexte réel* » (Cambon & Alla, 2019; Vanderpool et al., 2011), « *cadre réel* » (Schalock et al., 2011)), aux conditions de déploiement en routine (ex : « *pratique courante* » (Vallata et al., 2022), « *condition réel* » (Ton, 2012)),
- aux acteurs impliqués dans le déploiement ou la coordination de l'intervention quel que soit leur degré de responsabilité (ex : « *peut être mise en œuvre sans l'aide des chercheurs* » (Riches et al., 2020)),
- aux bénéficiaires ou clients de l'intervention (ex : « *participant du monde réel* » (Keller et al., 2012)).

Concernant le caractère perceptuel de la viabilité, cet aspect était clairement explicité chez certains auteurs et plus implicite chez d'autres (ex : « *est guidée par les points de vue et les intérêts des parties prenantes* » (Keller et al., 2012)). Bien qu'explicité dans la définition, certaines opérationnalisations du concept de viabilité chez Chen questionnent cet aspect, en particulier lorsqu'il propose des indicateurs d'implantation pour étudier la viabilité (ex : « [l'évaluation de la viabilité s'appuie sur] *des méthodes quantitatives pour collecter des données qui permettent de suivre la progression du recrutement, de la rétention et des résultats des objectifs* » (Chen, 2010)). De notre compréhension du concept, ces indicateurs ne permettent pas directement d'étudier la viabilité de l'intervention. Par contre, la subjectivité de l'individu peut être influencée par des données objectives. Par exemple, dans PERL la prise de conscience chez certaines puéricultrices du temps effectif passé sur l'intervention a provoqué une interrogation sur l'aspect pratique de l'intervention (étude de cas 1). Fonder un jugement sur des données objectives semble particulièrement présent chez des parties prenantes souhaitant agir dans une logique d'efficacité et/ou de rationalisation économique.

Au-delà de cette définition centrée sur les critères de viabilité, ce concept fait référence à l'intégration de l'intervention dans le système dans lequel elle vise à être déployée. L'intégration dans le système correspond à « *la mesure dans laquelle une intervention est compatible ou en synergie avec d'autres composantes telles que la mission, la culture, les ressources humaines, la structure et la capacité d'une organisation ou d'une communauté du monde réel dans un système* » (Chen, 2015a, 2016). Cette idée se retrouve chez d'autres auteurs, proposant d'étudier la viabilité pour « *explorer et comprendre comment l'intervention s'inscrit dans le contexte* » (Thabane et al., 2019). Dans cette perspective, les résultats des études de cas ont permis de décrire la viabilité comme le potentiel d'une intervention innovante : (i) à s'intégrer dans les organisations existantes afin de former un tout cohérent en termes

d'objectifs, de projets de l'organisation, de missions, de leviers d'interventions et de ressources dans le monde réel ; et (ii) à *faire sens* pour les parties prenantes de l'intervention dans le monde réel. Ce « *faire sens* » dépendait de l'adéquation entre la perception des parties prenantes :

- de l'intervention innovante,
- et du système dans lequel elles évoluent, incluant leur système de valeur.

Ces éléments de définition nous semblent compatible avec la définition de la viabilité discutée ci-dessus. Le faire sens et le potentiel de l'intervention à s'intégrer dans le système étant en lien avec la perception des parties prenantes des cinq critères de viabilité.

Enfin la viabilité a été décrite comme « *la mesure dans laquelle une intervention est capable de réussir dans le monde réel* » (Chen, 2010), définition retrouvée dans plusieurs articles (Feyaerts et al., 2017a; Thabane et al., 2019). Le manque de clarté de cette définition est à souligner : que signifie le terme « réussir » dans ce contexte ?

Retour sur le terme « viabilité »

L'évolution terminologique passant de « *validité viable* » à « *cogence viable* » semblait chercher à rendre plus explicite la rupture de paradigme entre le modèle de la validité intégrative par rapport au modèle de Campbell et Stanley. Si Chen reconnaît l'influence de la typologie de Campbell et Stanley sur l'approche qu'il propose, il distingue l'objet pour lesquels ces modèles de recherche devraient être mobilisés en fonction de leur complexité : recherche sur des programmes de promotion de la santé d'amélioration du social *versus* recherche expérimentale portant sur un objet de recherche avec un degré de complexité moindre (ex : le développement du médicament), (Chen, 2015b). En outre, ce changement terminologique permet de prévenir les confusions liées à l'emploi des mêmes termes dans les deux modèles, se référant à des sens différents (validité interne et validité externe).

Les résultats de la revue de la littérature ont mis en avant que le terme « *viable cogency* » n'a été repris par aucun autre auteur. La faible mobilisation du terme pourrait expliquer le choix de Chen de parler de « *viability evaluation* » plus que de « *viable cogency* » en 2023 (Chen, 2023).

En outre, l'emploi du terme « *viabilité* » a posé différentes questions dans la conduite des études de viabilité. La perception de ce terme comme péjoratif, son manque de clarté pour les partenaires (acteurs et chercheurs) ou son assimilation à la faisabilité bien qu'il soit plus large ont été soulignés par des membres de l'équipe de recherche conduisant des études de viabilité¹². Dans le champ de la

¹² Ce constat a été notamment partagée entre différents chargés d'étude/chercheurs conduisant des études de viabilité dans l'équipe, lors des réunions d'animation dédiés à la viabilité du 26/11/2020 et 17/12/2020.

petite enfance, ce terme est d'autant plus connoté qu'il fait écho à la viabilité des embryons. Si un changement de terme a été discuté, nous ne retiendrons pas cette option dans cette thèse.

En reprenant le terme « viable », trois définitions sont proposées par le dictionnaire Larousse : 1) « *Se dit d'un nouveau-né apte à vivre : enfant (né) viable ; 2) Qui est susceptible de durer, de continuer d'exister : l'entreprise est viable moyennant quelques restructurations ; 3) Qu'on peut mener à bien, qui peut aboutir : projet viable* » (Larousse, 2023). Le sens des définitions montre une cohérence entre le sens commun du terme viabilité et celui que nous utilisons pour l'évaluation des interventions.

Dans le champ de la promotion de la santé, le terme viabilité se retrouve également dans la littérature francophone pour des questions de viabilité financière (exemple : (Delawarde, Saïas, & Briffault, 2014a; Ridde & Girard, 2004)). En outre, il est intéressant de souligner son utilisation pour des questions de pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. Ainsi, sans faire référence à Chen, Pierre Pluye et ses collaborateurs écrivaient en 2000 : « *par pérennisation, nous entendons la viabilité à long terme des interventions d'un projet* » (Pluye et al., 2000).

Plus que de changer de terme, il nous semble pertinent d'être vigilant dans la manière de communiquer pour rendre claire et accessible aux partenaires les termes techniques clés des recherches (viabilité, transférabilité, évaluation réaliste...).

2.2 Les caractéristiques et attributs de la viabilité sont-ils bien identifiés ?

Deuxièmement, pour être mature un concept doit disposer de caractéristiques et d'attributs présents dans tous les cas où le concept est mobilisé (bien qu'il puisse prendre des formes différentes). Pour Morse, « *les caractéristiques doivent être suffisamment abstraites pour définir le concept indépendamment du contexte dans lequel il apparaît, tout en étant suffisamment uniques pour le définir et le différencier des concepts connexes ou limitrophes* » (J. Mitchell Morse et al., 1996).

Dans cette partie nous interrogerons les caractéristiques et attributs de la viabilité au regard du sens de certains termes clés de la définition de la viabilité (les parties prenantes, les critères de viabilité), (ii) nous proposerons des caractéristiques et attributs du concept de la viabilité en recherche interventionnelle en santé des populations.

Termes clés de la définition : illustration de certaines caractéristiques

Une première caractéristique de la viabilité retrouvée dans l'ensemble des études de viabilité considérées dans cette discussion est de prendre en compte les parties prenantes de l'intervention

étudiée (Chen et al., 2014 ; O'Toole et al., 2015 ; Harshbarger et al. 2019 ; Riches et al. 2020 ; Inrig et al., 2017). Les parties prenantes peuvent être définies comme : « *les individus ciblés par l'intervention ou la politique, ceux qui participent à son élaboration ou à sa mise en œuvre, ainsi que ceux dont les intérêts personnels ou professionnels sont affectés (c'est-à-dire tous ceux qui ont un intérêt dans ce domaine).* » (Skivington et al., 2021). En RISP, différents types d'acteurs ont été identifiés : les intervenants, les décideurs, les financeurs, la population, les chercheurs, les responsables de sociétés, les revues savantes, les organismes d'expertises chargés de produire les recommandations, les groupes d'intérêts (Alla et al., In Press). Rien que dans les trois études de cas, les parties prenantes considérées n'étaient pas comparables. Seule la troisième étude de cas a considéré le point de vue des parents parmi les parties prenantes. Les parties prenantes sont donc une caractéristique abstraite qui se retrouve dans toutes les études de viabilité, variant suivant la problématique et le niveau d'analyse de viabilité choisi (microsystème, méso-système, macro-système). Par exemple, pour l'analyse de l'intervention « *Accompagne-moi... !* » (AM), différents niveaux d'analyses de la viabilité ont été identifiés. Les résultats ont mis en avant en quoi AM venait répondre à des besoins en contexte français (ex : besoin de formation des PPE et de soutien des EJE dans leurs importantes responsabilités observées). A l'échelle de chaque crèche, ce besoin était renforcé dans certains contextes avec un manque de prise en compte des émotions exacerbées. Néanmoins, l'étude aurait pu s'intéresser à la viabilité de l'intervention à une échelle plus macroscopique. Une multitude de parties prenantes pouvait être envisagée telle que les parents, les professionnels des crèches (équipe éducative, pôle de direction), les gestionnaires de crèches, les acteurs d'associations représentant les professionnels de la petite enfance (ex : fédération nationale des EJE), les acteurs du Ministère des Solidarités et des Familles.

La définition des critères de viabilité par Chen et leur déclinaison dans les études de cas sont présentées dans la synthèse transversale (partie 8). Néanmoins, ils peuvent être compris selon différentes acceptations et il conviendrait pour compléter ce travail de les réinterroger dans une approche interdisciplinaire. Par exemple, pour le critère abordable / accessible, les dimensions identifiées dans les études de cas se retrouvent dans les études de viabilité conduites dans la littérature :

- soutenabilité économique pour le système (ex : « *la capacité d'une organisation chargée de la mise en œuvre à payer le coût de la coordination et de la mise en œuvre d'une intervention* » (Chen et al., 2014a)),

- l'accessibilité pour le bénéficiaire (« permet d'appréhender la gratuité des activités proposées » (Riches et al., 2020), « la capacité de l'enquêteur à recruter des clients ordinaires », (Keller et al., 2012)).

Néanmoins, les concepts de viabilité économique, soutenabilité économique, ou encore d'accessibilité ouvrent sur un ensemble de travaux qu'il faudra explorer, notamment en économie de la santé.

Pour la compatibilité culturelle, nous nous sommes appuyés sur les travaux du groupe d'experts du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, relatifs aux contextes culturels de la santé et du bien-être (WHO, 2015 ; WHO, 2017). La définition de la compatibilité culturelle n'a pas été explicitée par Chen et gagnerait à être plus discutée. Le concept de culture connaît des variations en fonction des contextes et a une place particulière dans les sciences sociales américaines (Cuche, 2016). La difficulté de définir la culture et la mobilisation croissante de ce concept a été soulignée : « *le problème de la culture ou plutôt des cultures connaît un renouveau d'actualité, tant sur le plan intellectuel, du fait de la vitalité du culturalisme américain, que sur le plan politique. En France au moins, on n'a jamais autant parlé de culture qu'aujourd'hui (...) et cette utilisation du mot, pour plus ou moins incontrôlée qu'elle soit, constitue à elle seule une donnée ethnologique* » (Augé M., 1988), cité par (Cuche, 2016). En outre, l'ajout de la compatibilité culturelle comme attribut de la viabilité est en cohérence avec la démarche de promotion de la santé. Adapter les interventions aux types de publics fait partie intégrante des principes fondamentaux de promotion de la santé, incluant de considérer la culture au vu de son importance pour comprendre comment les individus perçoivent le monde et la santé (Lambert H. et al., 2021).

Propositions de caractéristiques et attributs de l'étude de la viabilité

Conduire une étude de viabilité en RISP implique, de la part de l'évaluateur ou du chercheur, de prendre en compte certains principes fondamentaux de promotion de la santé qu'il nous semble important de souligner comme des caractéristiques de la viabilité. Il s'agit notamment d'agir en fonction des éléments diagnostiques du territoire dans lequel l'intervention est développée, de considérer l'ensemble des déterminants de l'état de santé de la population, d'agir dans une perspective éthique, d'intégrer aux interventions l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, d'appuyer les actions selon les principes de l'approche écologique (Breton Eric, 2017; Lambert H. et al., 2021; World Health Organization., 1986).

L'étude de la viabilité s'intéresse aux perceptions et à l'expérience des parties prenantes sur l'intervention. Quelque soit le regard des parties prenantes sur l'intervention, l'évaluateur ou le chercheur conduisant une étude de viabilité pourra considérer la prise en compte de ces

fondamentaux de la promotion de la santé dans l'intervention évaluée. Par exemple, pour le critère de soutenabilité économique, le choix du financeur n'est pas neutre en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Si l'évaluateur ou le chercheur perçoit un risque d'aggraver les inégalités, les temps d'échanges autour de l'étude de viabilité pourront permettre d'amener une réflexion collective permettant de faire prendre conscience aux parties prenantes des risques d'aggraver les ISTS et de faire un choix éclairé (ex : temps d'échange intégré dans un processus de discussion des résultats). La discussion des résultats dans les articles scientifiques est un espace propice pour souligner les divergences entre les perceptions des parties prenantes et certaines connaissances (sur les ISTS dans notre exemple). Enfin, comme explicité dans l'état de l'art (partie 2), l'étude de la viabilité est une opportunité pour développer une recherche participative.

Un autre point, lié aux principes fondamentaux de promotion de la santé est celui des enjeux de pouvoir dans la production de savoir. Différentes définitions des injustices épistémiques se trouvent dans la littérature (Godrie et al., 2020). Nous retiendrons ici « *l'appellation générale d'«injustices épistémiques» pour désigner [les] différents cas de figures où se joue la capacité de certaines personnes à témoigner de leur vécu, à dénoncer, parfois, ce qu'elles vivent et, plus simplement, à faire valoir leur statut de personnes fiables et compétentes en matière de production et de transmission des connaissances* »¹³. Avoir conscience que le choix des parties prenantes n'est pas neutre est essentiel lors du cadrage des études de viabilité. Dans cette perspective, Chen insiste dans ses travaux sur l'importance du choix des parties prenantes dans l'étude de viabilité. Le risque est de « *produire des conclusions erronées si un groupe important a été négligé dans le choix des parties prenantes ou si les parties prenantes n'ont pas pu exprimer leur point de vue dans un contexte sûr, leur permettant de s'exprimer librement* » (Chen, 2016).

2.3 Existe-t-il des conditions préalables et des résultats démontrés ?

La troisième caractéristique de la maturité conceptuelle se décline en l'existence de conditions préalables (un concept est précédé de conditions similaires) et l'existence de résultats démontrés (tous les concepts doivent être suivis de résultats similaires). Il s'agit de se demander s'il existe une réponse

¹³ Appel à communication publiée le mercredi 8 août 2018, pour le colloque « Injustices épistémiques : comment les comprendre, comment les réduire ? », dont le comité organisateur était composé de Baillergeau E. (Université d'Amsterdam), Dos Santos M. (Cermes 3), Godrie B. (Université de Montréal), Burnay N (Université de Namur), Lemaire S. (Université de Namur) et Rigaux N. (Université de Namur).

claire à ces deux questions : dans quel contexte étudier la viabilité ? Lorsque le concept de viabilité est mobilisé, des résultats communs se retrouvent-ils entre les études de viabilité ?

Quand mobiliser le concept de viabilité ? Dans quel(s) contexte(s) étudier la viabilité ?

Différentes conditions de mobilisation du concept de viabilité ont été identifiées. Quel que soit le terme utilisé, la viabilité a été mobilisée ou discutée dans les articles pour étudier des interventions (actions, programmes, organisation, politique) en santé des populations, en santé publique, en promotion de la santé, en prévention ou amélioration du social. La grande majorité des articles comme nos études de cas discutaient du caractère complexe des interventions.

Les auteurs justifiaient la mobilisation de l'étude de viabilité pour différents types d'intervention : nouvelles interventions développées par des acteurs et/ou chercheurs, interventions identifiées dans un autre pays ou un autre contexte, adaptation d'interventions existantes estimées importantes. Ainsi, la viabilité d'une intervention peut être interrogée pour des interventions impliquant un changement dans une organisation. Il peut s'agir tant de conduire une étude de viabilité structurée avec une méthodologie rigoureuse pour un changement conséquent ou d'un questionnaire informel si le changement est mineur. Par ailleurs, l'intérêt d'interroger la viabilité pour les interventions nouvelles et innovantes a été souligné par certains auteurs, considérant l'innovation sous l'angle du service rendu à la population (Stevens et al., 2021). Caractériser une intervention apporte déjà un élément de réponse quant à la perception de l'utilité de l'intervention par les parties prenantes l'ayant caractérisée comme telle. En toute logique, le concept de viabilité n'a pas été mobilisé pour des interventions déjà déployées en routine dans un système.

Les études de viabilité étaient envisagées à différents stades du développement et de l'évaluation des interventions. Différents auteurs, comme nos études de cas, proposaient d'analyser la viabilité des interventions lors d'études pilotes, en cohérence avec l'approche ascendante proposée dans tous les travaux de Chen (Martin-Fernandez et al., 2022; Thabane et al., 2019). D'autre part, l'étude de viabilité peut s'envisager à différentes phases, comme dans la recherche 5A-QUIT-N où la viabilité a été analysée à deux moments distincts. 5A-QUIT-N est une intervention organisationnelle qui vise à organiser les ressources disponibles sur les territoires pour accompagner au sevrage tabagique des femmes enceintes. La première version de l'organisation a été construite par l'équipe de recherche en se basant : (1) sur la littérature (notamment les conditions d'efficacité de la méthode de sevrage 5A « Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange »), (Burtin et al., 2023) ; (2) sur les recommandations ; (3) sur des entretiens d'experts ; (4) sur l'analyse de l'organisation du sevrage tabagique pour les femmes enceintes en région Nouvelle Aquitaine. A partir de cette première version de l'organisation, la viabilité

a priori a été étudiée, à travers des entretiens auprès de professionnels libéraux de la périnatalité, d'experts en addictologie et en tabacologie ainsi que de la littérature. Cette étude a permis d'identifier les freins et leviers à sa mise en œuvre, aboutissant à une deuxième version de l'organisation. Les leviers constituant la deuxième version de l'organisation ont été soumis au conseil scientifique avant un premier déploiement de cette organisation dans le cadre d'un pilote de l'intervention, dans lequel l'étude de la viabilité a été approfondie. Enfin, la viabilité peut être interrogée de manière transversale à tous les projets de recherche interventionnelle en santé des populations. Sans être une question de recherche à part entière, une préoccupation pour le monde réel et l'intégration de l'intervention dans le système dans lequel elle vise à être, pourrait être une question de fond quel que soit l'objectif de la RISP.

Lorsque le concept de viabilité est mobilisé, des résultats communs se retrouvent-ils entre les études de viabilité ?

Le modèle de la validité intégrative visait à proposer un modèle de recherche intégré au monde réel permettant de prendre en compte le point de vue et les besoins des parties prenantes du monde réel et de limiter le fossé entre la recherche sur les interventions et la pratique. Le développement du concept de viabilité était accompagné d'hypothèses quant aux possibles résultats d'une étude de viabilité, justifiant l'approche ascendante (Chen, 2010). Nous retiendrons ici différents résultats attendus justifiant de s'intéresser au plus tôt à la viabilité des interventions :

- favoriser le dialogue entre les parties prenantes de l'intervention (acteurs, chercheurs, décideurs, bénéficiaires),
- s'intéresser aux aspects pratiques de l'intervention dans le monde réel,
- comprendre comment l'intervention peut potentiellement s'articuler avec le système dans lequel elle vient s'intégrer afin de former un tout cohérent et de faire sens pour les parties prenantes,
- « *passer le cap* » de l'innovation,
- ne pas gaspiller des ressources,
- hormis dans le cadre d'une étude de viabilité *a priori*, mettre l'intervention à l'épreuve du terrain,
- limiter les potentiels impacts négatifs d'une intervention,
- prendre des décisions au regard des résultats de l'étude de viabilité pour les suites à mener.

En effet, différentes options sont envisageables à l'issue d'une étude de viabilité : poursuivre le déploiement de l'intervention, adapter l'intervention et/ou le contexte, arrêter. Si le déploiement de l'intervention se poursuit, il peut être réalisé dans un cadre de recherche (comme dans les cas 1 et 3 de la thèse) ou hors d'un cadre de recherche (comme dans le cas 2 de la thèse, même si des questions

non résolues gagneraient à être explorées). Bien que l'enjeu d'intégrer les résultats de l'étude de viabilité dans les décisions soit au cœur du modèle de la validité intégrative, cela dépendra également de la volonté des décideurs. C'est tout l'enjeu du transfert et de l'utilisation des connaissances produites en recherche.

L'enjeu d'adapter l'intervention ou d'arrêter son déploiement en cas d'effets imprévus négatifs, qui se retrouve dans les études de cas, était clairement explicité par Chen : « *si une évaluation de la viabilité révèle qu'un programme a un quelconque effet négatif, cette information doit être rapidement transmise aux parties prenantes pour qu'elles prennent des mesures correctives ou de remplacement. Si le problème n'est pas résolu de manière satisfaisante, le programme doit être arrêté et les évaluations d'efficacité [efficacité contextualisée et transférabilité] ultérieures ne sont pas effectuées* », (Chen, 2010). Ce constat se retrouve dans la littérature : une intervention peut produire des effets attendus ou inattendus, directs et indirects. Différents facteurs influençant les conséquences d'une intervention ont été identifiés : les caractéristiques intrinsèques de l'intervention, les caractéristiques des membres du système social dans laquelle l'intégration s'intègre, la nature du système social (par nature il est entendu les normes, l'environnement) ainsi que la mise en œuvre de l'intervention (Turcotte-Tremblay, 2020).

Les résultats de chaque étude de cas ont soulevé des questions complémentaires :

- une étude de viabilité n'aura pas la prétention de répondre à toutes les questions soulevées,
- si les résultats appellent des adaptations majeures de l'intervention pour s'intégrer dans le système et/ou faire sens pour les parties prenantes, une nouvelle étude pour interroger les adaptations faites sera nécessaire.

Concernant l'existence de résultats démontrés, il a fallu attendre 2014 pour que des résultats d'une étude de viabilité soient publiés par Chen, permettant de tester empiriquement une étude de viabilité. Dans nos trois études de cas, la viabilité a été explorée à partir des résultats de l'analyse de l'appropriation et/ou du vécu de l'intervention par les parties prenantes. Pour chacune d'entre elles des résultats correspondant aux cinq critères de viabilité de la définition de 2023 ont été trouvés. Il est nécessaire de réinterroger ces résultats au regard de travaux faisant référence à d'autres auteurs que Chen.

Les résultats des études de cas mettent en avant que la question « *l'intervention est-elle viable ?* » ne peut avoir une réponse binaire en « *oui* » ou « *non* ». La viabilité est située. Les perceptions d'une intervention par les parties prenantes ont évolué dans le temps en fonction de leur vécu, du contexte dans lequel elles évoluaient. Différents arguments dans les études de cas justifiaient que la réponse à

une étude de viabilité ne soit pas binaire (viable *versus* non viable) : les différents niveaux d'analyses possibles de la viabilité (microsystème, mésosystème, macrosystème), l'aspect multidimensionnel des critères de viabilité, la diversité des parties prenantes concernés, la possibilité d'une évolution des résultats de l'étude de viabilité en modifiant l'intervention et/ou les éléments de la conduite du changement (incluant le contexte de déploiement de l'intervention). Les résultats des études de cas permettaient de s'intéresser aux conditions de viabilité d'une intervention dans un contexte.

2.4 Les limites du concept de viabilité sont-elles clairement identifiées ?

La dernière caractéristique de la maturité d'un concept est l'existence de limites du concept clairement définies. Pour ce dernier, il est nécessaire que la limite entre les concepts ne soit pas ambiguë et que les caractéristiques des différents concepts ne se chevauchent pas afin que l'on puisse distinguer un concept du concept voisin.

Premièrement, les termes viabilité, faisabilité, acceptabilité ont été mobilisés de manière interchangeable dans certains écrits témoignant du besoin de clarifier les limites de la viabilité. La frontière floue entre « *viabilité* » et « *faisabilité* » peut s'illustrer par l'article de Ton (Ton, 2012). Comme évoqué dans la partie forces et limites de cette discussion, les articles d'auteurs ayant réalisé des études d'acceptabilité ou de faisabilité sans se référer aux travaux de Chen témoignent que les limites du concept ne sont pas clairement partagées dans la littérature sur les interventions en santé des populations.

Deuxièmement, revenons sur l'étude d'évaluabilité, encore appelée phase pré-évaluative (Ridde et Haddad). L'étude d'évaluabilité a été développée dans les années 1970 par Wholey et a connu un regain d'intérêt dans le début des années 2000 (Dunet et al., 2013; Dunn, 2008; Soura et al., 2019). En faisant référence aux travaux de Kaufman-Levy et Poulin, Soura et al., il est proposé de définir l'étude d'évaluabilité comme « *un processus rigoureux de collecte et d'analyse de données permettant de s'assurer que l'évaluation du programme est réalisable et que celle-ci [l'étude d'évaluabilité] pourra produire des résultats satisfaisants et utiles aux parties prenantes* » (Soura et al., 2019). Plusieurs résultats peuvent être attendus d'une étude d'évaluabilité : (i) la logique d'intervention est explicitée, connue et partagée par les parties prenantes ; (ii) la théorie du changement a du sens, ce qui devrait permettre l'atteinte des effets attendus au regard des activités planifiées ; (iii) les données nécessaires pour l'évaluation sont soit disponibles, soit accessibles ; (iv) l'utilité de réaliser l'évaluation est reconnue par les utilisateurs potentiels des résultats (Ridde & Haddad, 2013). Le choix d'enlever l'évaluabilité de la définition de la viabilité a été justifié par Chen en 2023 par le constat suivant :

l'explicitation de la logique d'intervention et la préparation des évaluations étaient aujourd'hui des acquis dans le champ de l'évaluation des interventions en santé des populations pour les acteurs la pratiquant. Ce constat n'était pas partagé dans nos études de cas, en particulier dans PERL au vu des divergences de perception de la logique d'intervention entre différentes parties prenantes (étude de cas 1). Nos études de cas vont néanmoins dans le sens énoncé par Chen puisque nous proposons l'articulation suivante entre les deux concepts (figure 15) : (i) l'évaluabilité n'est pas un critère de viabilité, (ii) la viabilité peut être étudiée dans le cadre d'une étude d'évaluabilité, (iii) la viabilité pouvant être comprise comme l'adéquation entre la perception des parties prenantes de la logique d'intervention et leur perception du système dans lequel elles évoluent, l'explicitation de la logique d'intervention est cruciale pour l'étude de la viabilité.

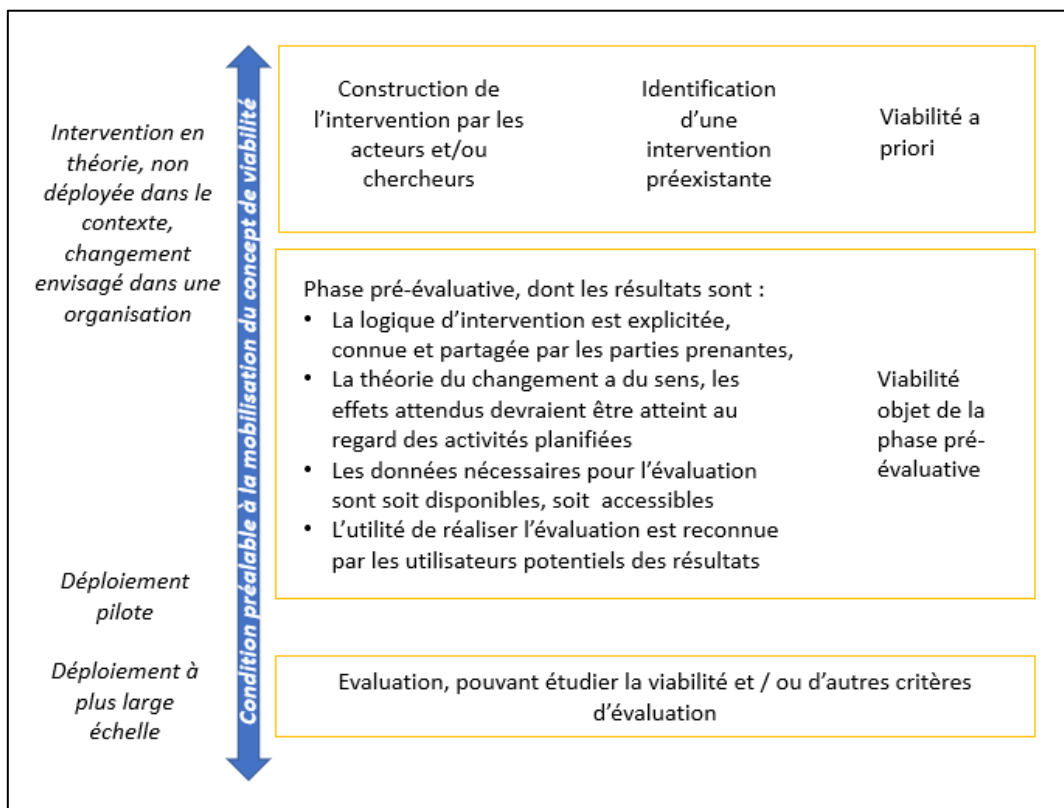


Figure 15 : articulation entre étude d'évaluabilité et étude de la viabilité d'une intervention

Troisièmement, différents auteurs de la revue de la littérature se sont intéressés à la viabilité dans une perspective de transférer, pérenniser et/ou mettre à l'échelle une intervention dans le monde réel, en cohérence avec l'approche de recherche ascendante proposée par Chen.

Revenons d'abord sur l'articulation entre la définition de la viabilité et la transférabilité. Dans les études de cas, nous avons considéré la viabilité comme un déterminant de la transférabilité et donc

de l'efficacité de l'intervention dans le monde réel. La définition de la transférabilité prise comme référence était : « *la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être atteints dans un autre contexte* » (Cambon et al., 2013). Dans cette même perspective, dans la littérature, différents auteurs positionnaient la viabilité comme un déterminant de l'efficacité et/ou la transférabilité de l'intervention. Pour certains la viabilité était une condition sine qua non de la transférabilité quand d'autres avaient des propos plus nuancés : « C'est un préalable à l'étude de l'efficacité comme le recommande Chen » (Cambon & Alla, 2019) ; « un type de validité pertinent car un programme qui établit toutes les validités (construction, conclusion, interne, externe) peut toujours échouer si la validité viable n'est pas établie » (Urban et al., 2014) ; « cependant, un manque de viabilité entraîne peu de chances de succès dans un contexte cible » (Im et al., 2022) ; « l'analyse de la viabilité des innovations dans les pilotes permet d'étudier leur transférabilité » (Stevens et al., 2021). Ce postulat est cohérent avec les travaux de Chen lorsqu'il définit la transférabilité comme : « *la mesure dans laquelle l'efficacité contextualisée et la viabilité d'une intervention sont transférables de la recherche au monde réel ou du monde réel au monde réel* » (Chen, 2015). Dans la suite, cette articulation est maintenue dans les définitions de généralisation ciblée et généralisation exposée (Chen, 2023). La transférabilité pose la question du potentiel de généralisation des résultats issus des études de viabilité. De notre point de vue, la possibilité de généralisation des résultats de l'étude de viabilité dépendra de la méthodologie employée.

Revenons ensuite sur l'articulation entre viabilité et mise à l'échelle. En cherchant à reproduire les résultats d'une intervention à plus large échelle, la mise à l'échelle peut être comprise comme une forme de transférabilité (Milat et al., 2016; Villeval, 2018). L'étude de viabilité a été directement positionnée comme un prérequis à la mise à l'échelle d'une intervention dans différents articles. Par exemple : « *[Au regard des résultats de l'étude de viabilité] la mise à l'échelle nécessite une refonte du programme et un partenariat avec d'autres groupes communautaires pour compléter les ressources et infrastructures* » (Inrig et al., 2017) ou « *les futurs résultats de cette étude pilote contribueront à la préparation d'un essai à grande échelle et, finalement, à la mise à l'échelle d'une intervention efficace pour la prise en charge des personnes souffrant de problèmes psychosociaux liés à la consommation excessive d'alcool* » (Martin-Fernandez et al., 2022).

Enfin, l'articulation entre pérennité et viabilité a été soulignée dans certains articles, par exemple : « *l'analyse de la viabilité permet de vérifier si l'intervention peut-être routinisée dans le contexte réel* » (Cambon & Alla, 2019). L'évaluation de la pérennité d'une intervention « *est l'étude de la présence de routines pour l'attribution d'un degré de pérennité (nul, précaire, faible, moyen, haut)* » (Seppey et Ridde). Nous pouvons suggérer qu'une haute pérennité est le signe d'une intégration complète de

l'intervention dans le système. Dans les suites de cette thèse, il sera nécessaire d'approfondir l'articulation entre l'étude de la pérennité (résultat d'un processus de problématisation), l'étude du processus de pérennisation, l'étude de viabilité et des conditions de viabilité de l'intervention. Il est ainsi possible de se demander si l'identification des conditions de viabilité d'une intervention et leur mise en place ne pourrait être envisagée comme des éléments favorisant un haut niveau de pérennité à terme.

Pour conclure sur les limites du concept de viabilité, comme résumé dans la figure 17, nous considérons dans cette thèse que :

- l'étude de viabilité permet d'apporter des éléments de réponses pour analyser le potentiel d'une intervention à être déployée en routine, transférée, pérennisée et/ou mise à l'échelle, dans le monde réel,
- la perception des parties prenantes de la faisabilité de l'intervention fait partie intégrante de la viabilité (cf. partie 8, synthèse transversale),
- la viabilité se positionne comme un facteur influençant l'acceptabilité et l'appropriation de l'intervention par les parties prenantes, comme exposé dans l'article s'intéressant à l'appropriation de PERL par les puéricultrices de PMI que nous proposons de considérer. Pour rappel, en reprenant les travaux de Vaujany, le processus d'appropriation d'une intervention n'est possible que s'il y a une acceptation minimale de l'intervention (De Vaujany, 2006).

Une limite majeure est à souligner ici : il ne s'agit que d'une vision au regard des résultats empiriques des études de cas et de la littérature mobilisée dans cette thèse.

3. Retour sur la problématique de la thèse

Les problématiques de santé publique contemporaines impliquent de développer et d'évaluer des interventions en santé des populations. Un défi majeur pour évaluer ces interventions est d'en appréhender la complexité (figure 16), (Skivington et al., 2021). En RISP, la complexité des interventions a différentes implications pour la recherche : assumer la santé comme un processus systémique, assumer que l'objectif des interventions n'est pas d'améliorer la santé moyenne mais l'équité en santé, considérer le contexte comme un déterminant du résultat. Nous l'avons vu dans l'introduction de cette thèse, cela implique d'adopter une approche réflexive (Tremblay, Parent, 2014), de considérer la pluralité des questions de recherche, au-delà de la question de l'efficacité (Chen, 2010; Pawson & Tilley, 1997), d'hybrider les méthodes pour s'adapter aux questions de recherche et adopter une approche interdisciplinaire (Kivits et al., 2019), et enfin d'adopter un positionnement pragmatique (Patton, 2005; Ridde & Haddad, 2013).

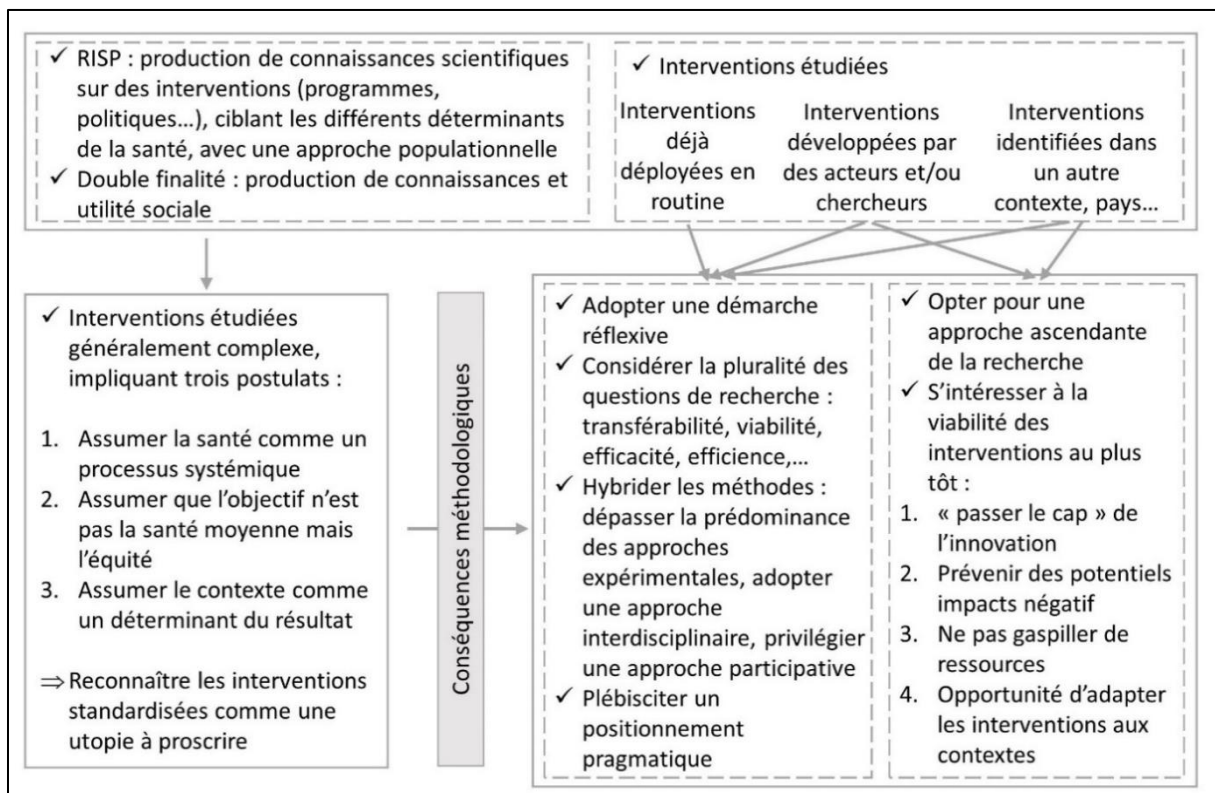


Figure 16 : la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations (RISP) : interventions étudiées, complexité et implications méthodologiques (Cambon & Decroix, 2023).

La nécessité d'adopter un modèle de recherche intégrée au monde réel pour produire des connaissances qui puissent être mobilisées en pratique et qui ne soient pas qu'académiques est aujourd'hui reconnue. Dans cette optique, Chen a développé en 2010 le modèle de la validité

intégrative comme alternative au modèle de Campbell et Stanley, longtemps considéré comme référence en santé des populations. En plus d'élargir les définitions de validité interne et externe, le modèle de la validité intégrative introduit le concept de « *validité viable* » et propose d'ancrer son modèle dans une approche ascendante (Chen, 2010).

Cette thèse cherchait à répondre aux quatre questions suivantes : (i) Quelle est la place de la viabilité dans le développement et l'évaluation d'interventions complexes en santé des populations ? (ii) En quoi l'étude de la viabilité est un préalable pour envisager la pérennisation, le transfert et la mise à l'échelle de l'intervention ? (iii) Quels sont les critères (et dimensions de chaque critère) à considérer pour analyser la viabilité des interventions en santé des populations ? (iv) Quels sont les déterminants de la viabilité des interventions en santé des populations ? La figure 17 résume les réponses proposées dans la synthèse transversale (partie 8) et la discussion (partie 9, 2) du manuscrit. Enfin, comme nous venons de le discuter, le concept de viabilité est encore en voie de maturation et nécessite des recherches complémentaires, comme discuté ci-après.

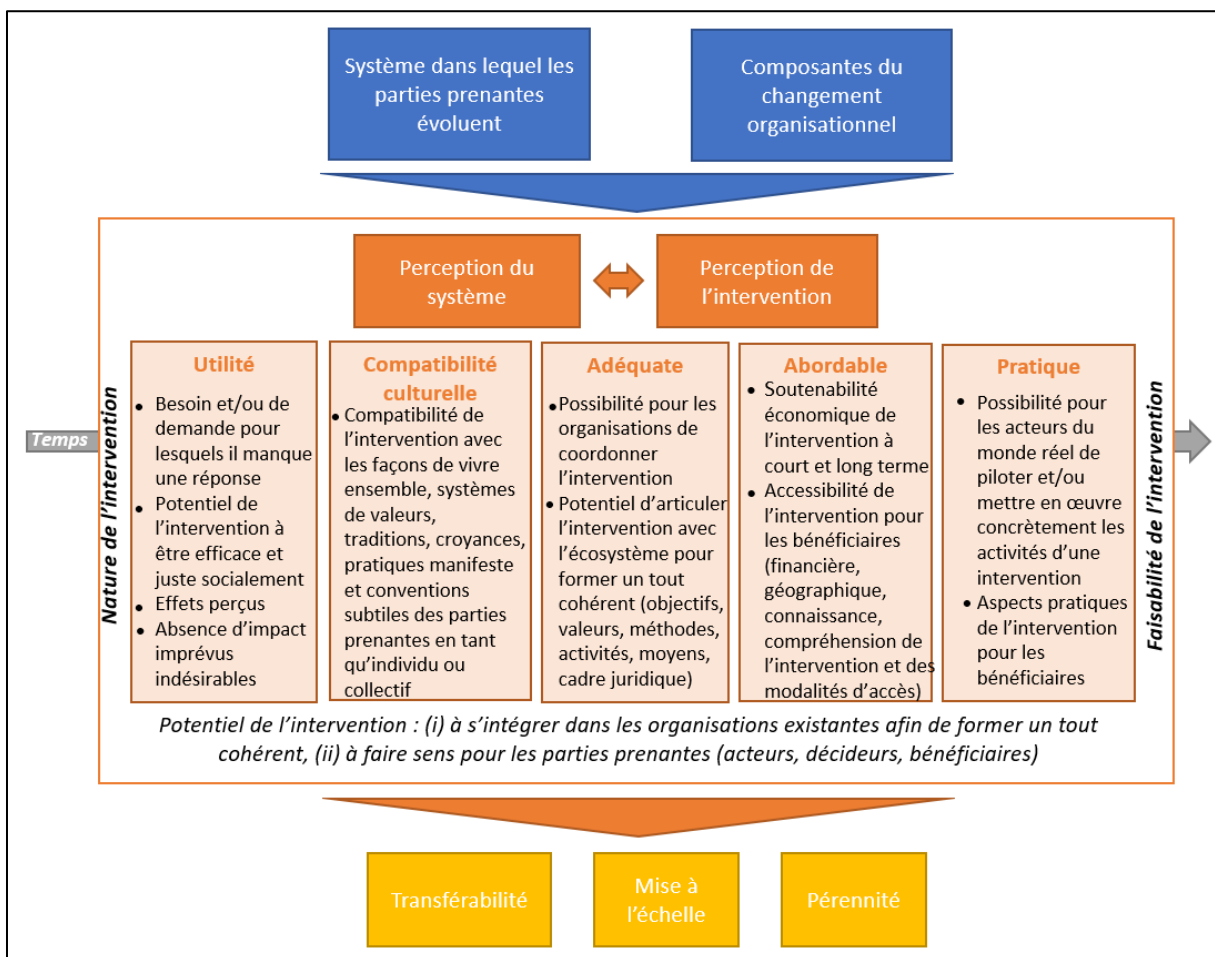


Figure 17 : définition, critères et dimensions de la viabilité

4. Viabilité et intervention dans le champ de la petite enfance

Les débats existants depuis plus de 15 ans en France sur les interventions dans le champ de la petite enfance témoignent de l'intérêt d'étudier la viabilité de ces interventions. En 2005, l'Inserm a publié une expertise collective sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, notamment sous l'égide de Richard Tremblay. En opposition à cette expertise et aux réponses politiques, le « Collectif pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans » s'est constitué. La pétition impulsée par le collectif a recueilli 200 000 signataires, incluant notamment des professionnels de la petite enfance, avec comme arguments le refus du déterminisme, du conditionnement de l'enfant et leur attachement à la conception prévenante de la prévention¹⁴ (Le Collectif pas de 0 de conduite, 2006). Des débats virulents ont émergé s'intéressant notamment aux questions de nature de la preuve et de viabilité des interventions. Ils se retrouvent dans nos études de cas.

En France, une première tentative de déployer Brindami, un outil visant à soutenir les professionnels pour accompagner les enfants dans le développement de leur habileté sociale, porté par le CPEQ et développé par l'équipe de Richard Tremblay au Québec, avait été initié en 2008. Dans ce contexte sociétal, le projet avait rapidement été abandonné. Le « Collectif pas de 0 conduite » avait été particulièrement actif dans le débat public, en refusant « *d'assigner le destin des enfants, leur développement à toute forme de déterminisme absolu, qu'il soit génétique ou social* » (Le Collectif pas de 0 de conduite, 2008).

Plus de dix ans après, des besoins ont été identifiés avec une réflexion plus globale sur les pratiques professionnelles, notamment la nécessité d'une amélioration continue de la qualité d'accueil au sein de la crèche. De ces réflexions est née la démarche « *Accompagne-moi... !* » (AM) qui inclut l'outil Brindami et vise à améliorer la qualité éducative dans les crèches. Si l'intervention Brindami a, à l'origine, été développée avec une finalité notamment de prévention de la délinquance, la version adaptée et étudiée en est bien loin. Les résultats de l'étude de viabilité ont mis en avant que sur le fond, la démarche AM était acceptable pour les professionnels de la petite enfance rencontrés. Si certains professionnels non formés à l'approche Pilou-Filou ont exprimé ne pas être intéressés par la

¹⁴ « *le refus du déterminisme : tout ne se joue pas avant 3 ans ; le refus du conditionnement : un humain, adulte ou enfant, n'est pas un organisme programmé et programmable ; le refus de voir notre système médical de prise en charge de la petite enfance et de la santé mentale utilisé à des fins de surveillance et non plus seulement à des fins de soins ou de prévention ; leur attachement au secret professionnel. Toute demande de partage de l'information sera étudiée avec une très grande attention ; leur attachement à la conception prévenante de la prévention (et non prédictive) attentive aux familles, ne remettant pas en cause la confiance envers les soignants* »

démarche, cela était d'avantage justifié par une absence d'intérêt pour faire évoluer leurs pratiques que par une remise en cause de la philosophie de la démarche. Cela souligne également que certaines actions, en fonction du cadre dans lequel elles s'inscrivent et la manière dont elles sont conduites, peuvent répondre à des objectifs différents.

Au regard de l'ampleur sociétal du débat à partir de l'année 2005, une étude sociologique a été conduite pour mieux comprendre ces controverses dans le champ de l'accompagnement à la parentalité. Elle a permis de distinguer trois approches « idéologiques » de la prévention en santé mentale avec des différences d'objectifs, de disciplines de référence dominante, de conception anthropologique du développement de l'enfant ou encore d'intervention : l'approche « positiviste », l'approche « constructiviste » et l'approche « écologique » (Delawarde, Briffault, & Saïas, 2014; Delawarde, Saïas, & Briffault, 2014b). Incredible Years (IY) se retrouve majoritairement dans l'approche « positiviste » : la justification de son déploiement en contexte français s'appuie notamment sur un désir de diminuer l'échec scolaire ; les disciplines de références dominantes sont les neurosciences et la médecine comportementale ; IY est un programme d'éducation parentale visant les compétences individuelles du parent et mobilisant des techniques comportementales et d'apprentissage social. En incluant en plus les animateurs accompagnant les enfants, l'approche cherche à s'inscrire dans une approche plus systémique.

A l'inverse, PERL se situe au carrefour entre l'approche « constructiviste » et « écologique ». Cette intervention est proposée en population générale, avec un objectif de réduction des inégalités sociales de santé. L'approche « constructiviste » cherche à protéger les politiques redistributives de l'Etat providence ainsi qu'à préserver la qualité des interventions existantes. Dans cette perspective, PERL propose un accompagnement universel par les services de PMI, dans une approche non directive. L'intervention cherche à soutenir le développement sécurisé de l'enfant par l'écoute du parent, le jeu et l'observation du bébé. Comme dans l'approche socio-écologique, l'accompagnement est réalisé dans le cadre de visites à domicile.

Les trois interventions de cette thèse développées dans des contextes très différents, témoignent de l'intérêt de s'intéresser à la capacité des interventions à faire sens pour les parties prenantes avec des questions de viabilité.

L'utilité est au cœur des questions quant à la finalité de l'intervention, de la conception de l'enfance et de la parentalité et donc des leviers d'interventions mobilisés. Différentes finalités ont été soulignées telles que l'intérêt économique pour la société (ex : faire des économies sur les futures dépenses pour les systèmes éducatifs et judiciaires), un objectif de « régulation sociale » (ex :

prévention de la délinquance, la criminalité, l'abus de substances) et un objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé (Delawarde, Briffault, & Saïas, 2014; Delawarde, Saïas, & Briffault, 2014b). Si dans cette thèse nos cadres théoriques nous orientent vers des approches telles que celle prônée dans PERL, force est de constater par les résultats de l'étude de viabilité d'Incredible Years que ces approches peuvent également avoir des effets perçus positifs. Ce constat nous invite à nous questionner sur l'existence d'un continuum entre l'utilité de différents types d'accompagnement à la parentalité. Ce questionnement doit : (i) explorer les fonctions clés de l'intervention et les mettre en perspective de l'abondante littérature Incredible Years ; (ii) inclure un point de vigilance sur les différences d'utilité en fonction des parties prenantes et des échelles individuelles ou sociétales ; (iii) avoir conscience du vaste marché des conseils aux parents qui s'est développé depuis plus de 20 ans, dans lequel s'intègre les programmes commercialisés de type Incredible Years (Martin, 2014) ; (iv) prendre en compte les mutations sociétales contemporaines. Ainsi, les dispositifs de soutien à la parentalité ont été développés depuis 20 ans au regard des difficultés rencontrés par les parents à assumer la fonction parentale dans un contexte d'évolutions sociétales (montée de la précarité socio-économique, mutation de la cellule familiale, nouveaux modes de socialisation), (Rayssiguier & Huteau, 2018).

En outre, les différents courants d'accompagnement à la parentalité peuvent être à l'origine d'ambivalences chez les professionnelles, avec des attentes contradictoires entre les différents modèles d'interventions à la parentalité (Ion & Ravon, 2005). L'intégration d'intervention innovante doit tenir compte de la compatibilité entre les approches adoptées par les structures, par les professionnels et celle de l'intervention, afin d'accompagner un changement ou d'éviter une faible adhésion à certains principes (ex : Incredible Years et éducation populaire).

Un point clé concernant l'articulation entre les missions des professionnels/structures et les interventions innovantes évaluées dans le champ de l'accompagnement à la parentalité était l'articulation entre la prévention/promotion de la santé et la protection de l'enfance. Dans PERL, l'idée était de ne pas les opposer en considérant que l'alliance créée avec la famille pourrait soit prévenir des situations de protection de l'enfance, soit permettre d'avoir un lien sur lequel s'appuyer si besoin de mettre des mesures en place. Si sur le plan théorique cette idée est aujourd'hui partagée et discutée, sur le plan opérationnel, la difficulté d'articuler ces logiques a été soulignée par les professionnels.

La population cible des interventions était également au cœur des études de viabilité tant dans PERL qu'Incredible Years avec des questionnements opposés : dans PERL le choix de déployer l'intervention en population générale a été questionné par certaines parties prenantes, dans IY le choix de cibler sur

des critères de vulnérabilité a été remis en cause au vu de difficultés de recrutement des parents. Se pose également la question de la possibilité et de la pertinence d'appliquer le principe d'universalisme proportionnée à ces accompagnements (comme illustré dans l'annexe 2 pour PERL), (Francis-Oliviero et al., 2020; Marmot M., 2010). Centrales dans le champ de la petite enfance, ces questions concernent les différentes composantes des politiques familiales (ex : différentes logiques des prestations familiales avec une logique universelle en considérant le nombre d'enfants à charge et une logique ciblée mettant l'accent sur la lutte contre la pauvreté), (Rayssiguier & Huteau, 2018).

Enfin, la question de l'appropriation des interventions par les professionnels s'est posée dans les différentes études de cas. Les études de cas montrent l'importance pour les professionnels de s'approprier les interventions et pose la question des normes dans les pratiques des professionnels. Bien documenté en médecine, un paradoxe est souligné ici entre :

- l'adaptation de la preuve inhérente aux interventions basées sur les données probantes (à la démarche « evidence-based médecine »),
- la production de recommandations (ou ici d'interventions) très normatives (Azria, 2023).

Ainsi, la réflexivité et l'implication des professionnels de l'enfance lors du déploiement d'une intervention innovante dans les organisations a été soulignée dans les différents contextes organisationnels des trois études de cas (PMI, crèches, périscolaires). Alors que les 1000 premiers jours ont été mis à l'agenda politique, ces cas témoignent que des recherches sont possibles et pertinentes au vu des besoins de ce champ. L'implication des professionnels semble être une réelle opportunité pour le développement de recherche participative dans le champ de la petite enfance et de l'éducation. La spécificité de la petite enfance appelle à développer des méthodes de recherche adaptée au niveau de développement de l'enfant. Comme les mesures de cortisol salivaire sont utilisées pour mesurer l'effet d'une intervention sur le stress de l'enfant (Larose et al., 2019), des méthodes spécifiques sont à mobiliser pour l'étude de viabilité, en particulier pour les enfants n'ayant pas acquis le langage (ex : les observations).

5. Réflexivité et éthique de la recherche

5.1 Démarche éthique et réflexivité

Adopter une démarche réflexive est préconisé tant en RISP qu'en recherche (Tremblay & Parent, 2014). L'objectif de cette partie était d'exposer les principales questions rencontrées dans cette thèse. Pour ce faire, nous sommes repartis des travaux de Muchielli, qui structurent les questions éthiques

en recherche qualitative autour de trois liens : le lien entre le chercheur et sa recherche, le lien entre le chercheur et les participants à la recherche et le lien entre le chercheur et ses données de recherche (Mucchielli, 2009). Nous avons proposé deux liens complémentaires au vu des caractéristiques de la RISP et du concept de viabilité :

- le lien entre le chercheur et ses partenaires. D'une part, la viabilité s'intéresse au monde réel. Par essence, elle appelle des partenariats acteurs-chercheurs, dont l'intérêt et les défis ne sont pas des questions nouvelles en RISP (Alla & Kivits, 2015; Israel et al., 2001). D'autre part, les interventions en santé des populations sont majoritairement complexes. Appréhender la complexité appelle une recherche interdisciplinaire (Alla & Kivits, 2015; Lemire et al., 2020; Robert & Ridde, 2016),
- le lien entre le chercheur et les implications des interventions étudiées. La proposition de ce lien se justifie par l'objet de la RISP (les interventions) ainsi que par la finalité « d'utilité sociale » et de « transformation sociale » clairement explicitée par les chercheurs du domaine (Skivington et al., 2021).

Tableau 8 : questions éthiques en recherche qualitative (Mucchielli, 2009)

	Liens concernés	Illustration par les principales questions soulevées dans la recherche doctorale
Liens soulevés dans les travaux de Mucchielli	Le lien entre le chercheur et sa recherche	✓ <i>Comment appréhender et se positionner dans une recherche sur une intervention en ayant des a priori sur l'intervention ?</i>
	Le lien entre le chercheur et les participants à l'étude	✓ <i>Que faire lors de l'identification d'un risque non pris en charge (situation de maltraitance, mal-être profond...) lors d'un recueil de données qualitatives ?</i>
	Le lien entre le chercheur et ses données de recherche	✓ <i>Comment réagir lorsque nous sommes pris à partie dans des décisions ?</i> ✓ <i>Quels positionnements adopter lors de la création de lien interpersonnel lors d'observation répétées ?</i> <i>Quelle influence cela peut-il avoir sur le traitement des données de recherche ?</i>
Proposition d'ajout de deux liens en RISP	Le lien entre le chercheur et ses partenaires	✓ <i>Quels sont les points clés du partenariat acteurs – chercheurs pour la conduite d'étude de viabilité ?</i> ✓ <i>Quels sont les apports et défis du partenariat entre chercheurs de différentes disciplines en RISP ?</i>
	Le lien entre le chercheur et les implications des interventions étudiés	✓ <i>Comment les « interventions probantes » développées en recherche s'intègrent dans la démarche d'intervention en promotion de la santé du monde réel ?</i> ✓ <i>A qui « appartient » la science produite ?</i>

Comme exposé tableau 8, des questions éthiques aux trois niveaux ont émergé aux différentes étapes de la recherche doctorale. Six de ces questions sont détaillées dans la partie suivante.

5.2 Questions issues de la recherche doctorale

5.2.1 Comment appréhender et se positionner dans une recherche sur une intervention en ayant des à priori sur l'intervention ?

Prendre conscience de ses préconceptions et des prismes avec lesquels nous appréhendons notre objet de recherche est une démarche centrale des recherches qualitatives, reconnue comme un critère de crédibilité de ces recherches (Malterud, 2001). Si chaque parcours de vie amène des préconceptions sur un objet de recherche tel que la parentalité, il est utile de souligner la faible construction des préconceptions avec laquelle cet objet a été abordé par la doctorante pour le cas 1. A l'inverse, l'étude de cas 3 est venue heurter des références personnelles et professionnelles (de promotion de la santé, de recherche et des prismes intégrés avec le cas 1). Les points d'achoppement étaient : (i) l'aspect standardisé du programme (respect de la fidélité et de la dose exigée) ; (ii) la conception de la parentalité et la focale sur les déterminants individuels de la santé (à la lecture du programme, il semblait véhiculer une « *bonne parentalité* » et se centrer sur les déterminants individuels de la santé) ; (iii) l'aspect commercial du programme. La question de comment appréhender une recherche sur une intervention en ayant de telles préconceptions sur l'intervention s'est posée.

La première étape a été d'échanger avec le responsable scientifique, de comprendre pourquoi ce programme soulevait des questions et comment ces préconceptions pouvaient influencer le travail. Ensuite, plusieurs choix ont été réalisés. Nous avons adapté les questions évaluatives qui initialement impliquaient une étude de la transférabilité par une évaluation réaliste. Au vue, des divergences épistémologiques nous avons choisi de ne pas conduire l'évaluation réaliste. Par contre, l'étude de viabilité présentait un intérêt scientifique et social puisque le déploiement de l'intervention et l'essai contrôlé randomisé étaient lancés. Cette étude était l'opportunité de réinterroger nos hypothèses : une intervention standardisée peut-elle être viable ? Comment les parties prenantes vont s'approprier cette intervention ? Peut-elle répondre à un besoin et une demande des parents ? L'étude de viabilité était une opportunité de se laisser surprendre, sous réserve de faire preuve d'ouverture pour remettre en question nos prismes et d'un travail d'équipe. La nécessité d'être un binôme pour réaliser les études de cas 2 et 3 a permis de transmettre le relai à une post-doctorante pour le pilotage du cas 3 (annexe 1). Malgré une contribution à différentes des étapes, l'absence d'implication de la doctorante dans le recueil de données et l'analyse du vécu de l'intervention par les parties prenantes

visait à limiter l'influence de ses préconceptions. En outre, le travail d'équipe pour l'analyse de viabilité (à partir de l'analyse du vécu) a été un levier pour faciliter le travail réflexif nécessaire.

Enfin la littérature sur les fondements et perspectives des politiques de soutien à la parentalité a souligné la place de ces questions dans le champ de la petite enfance (Bonney et al., 2023; Briffault, 2016; Delawarde, Saïas, & Briffault, 2014a; Lamboy, 2018; Martin, 2014, 2015; Saïas et al., 2014).

5.2.2 **Que faire lors de l'identification d'un risque non pris en charge lors d'un recueil de données qualitatives ?¹⁵**

Un entretien qualitatif est une situation d'interaction entre deux personnes qui vise à laisser l'informant s'exprimer sur l'objet de recherche et à comprendre son rapport à celui-ci (Van Campenhoudt et al., 2017). Les bases pour conduire un tel entretien font consensus : mettre la personne en confiance, assurer l'anonymat et la confidentialité, chercher à comprendre "la vérité" de l'informant à partir de son expérience. Cela implique un travail réflexif individuel de la part de l'investigateur ou l'investigatrice pour prendre conscience de ses préconceptions vis-à-vis de l'objet de recherche (Kivits et al., 2016; Paillé & Mucchielli, 2016). Si un propos lors d'un entretien est dans notre référentiel "faux" ou inquiétant, le but est de comprendre pourquoi la personne le tient sans émettre un jugement : c'est "sa vérité" qui nous intéresse. Les questions rencontrées dans les études de cas s'illustrent par deux exemples : (i) dans des entretiens des professionnels de la petite enfance ont décrit avoir été témoins de situations de maltraitances dans leurs structures ou ont décrit des pratiques professionnelles qui dans notre référentiel semblaient déviantes ; (ii) des situations de mal-être ont été identifiées chez des professionnels « à bout » eux-mêmes ou leurs collègues.

En sortant du terrain, la situation nous préoccupe : il y a un danger potentiel pour les enfants et/ou les professionnels mais nous avons posé un cadre pour l'entretien. Des questions se posent : est-ce que la situation est aussi grave que nous l'avons perçue ? Sur quoi basons-nous notre jugement ? Quelle est notre légitimité à avoir un avis ? Qu'est-ce qui relève de notre responsabilité ? Y-a-t-il une possibilité d'agir au vu du cadre posé ? Quelles sont les implications d'agir ou pas ? Certaines actions peuvent-elles limiter la possibilité de poursuivre des recherches sur certains objets ? En effet, peut-on envisager réaliser un recueil de données sur la maltraitance en crèche s'il n'est pas possible d'assurer un cadre de confidentialité permettant à l'informant de s'exprimer sans crainte des conséquences ? A l'inverse, quelles seraient les conséquences de limiter la production de connaissance sur certains objets, sous prétexte de ne pas pouvoir respecter le contrat passé entre le chercheur et le participant ?

¹⁵ Ce questionnement est conjoint avec Anaïs Essilini, récurrent dans nos recherches respectives depuis 2018.

Ici, les réponses ont été : (i) discuter de la situation avec le responsable scientifique pour prendre la décision collectivement au cas par cas (la situation de maltraitance est-elle connue ? Par qui ? Est-elle toujours d'actualité ? Le changement pour faire évoluer cette situation a-t-il eu lieu et/ou est-il en cours ? etc.) ; (ii) proposer une réflexion collective dans le cadre des animations interne à l'équipe de recherche ; (iii) poursuivre des recherches sur le sujet, en proposant la recherche APPIE-AJE (Analyse des Politiques Publiques à Impacts sur l'Enfant – Accueil du Jeune Enfant, cf. partie 10 – 2.1).

5.2.3 Quels sont les points clés du partenariat acteurs – chercheurs pour la conduite d'étude de viabilité ?

Les études de viabilité¹⁶ ont permis de souligner des points clés du partenariat entre : i) acteur - pilotant une intervention faisant l'objet d'une recherche, ii) chercheur - pilotant la recherche. Premièrement, il a été essentiel de trouver un langage commun pour se comprendre et communiquer auprès des partenaires en prévenant tout contre-sens. Les termes ont leur importance, leur sens varie selon les disciplines et les contextes (Daigneault & Jacob, 2012; Villeval et al., 2014). Prenons l'exemple du terme programme dans le cas 2. En santé publique, un programme est un système organisé d'actions coordonnées dans le temps et l'espace pour répondre de façon structurée à un objectif. Dans le champ de l'éducation, il renvoie à des interventions standardisées ou aux programmes scolaires. L'emploi du terme programme par les uns laisse penser à tort pour les autres qu'*Accompagne-moi... !* viserait à instaurer des programmes standardisés ou des programmes scolaires en crèche.

Deuxièmement, se connaître et avoir mutuellement confiance ont été des clés de voute pour un partenariat acteurs-chercheurs le plus symétrique possible. Dans un des cas, toutes les conditions n'étaient pas réunies pour une relation de confiance à certaines périodes de la recherche. La conscience mutuelle de la complexité de la situation, le dialogue et la volonté de construire une recherche de qualité ont permis de pallier cela. Néanmoins, nous avons adopté une attitude plus descendante que nous l'aurions souhaitée.

Troisièmement, un point central du partenariat était d'articuler les enjeux des différents protagonistes, au-delà des enjeux communs d'améliorer la santé des populations et de produire de la connaissance sur les interventions. Pour les acteurs, il s'agissait notamment de bénéficier des résultats pour poursuivre le déploiement, pour développer des nouveaux partenariats, pour échanger avec les partenaires déjà mobilisés. Dans la configuration d'un partenariat avec des acteurs financés

¹⁶ Les constats s'appuient principalement sur l'évaluation des processus et mécanismes PERL et l'étude pilote de la démarche *Accompagne-moi... !* puisqu'ils ont été intégralement conduits par la doctorante, côté recherche.

principalement sur des appels à projet ou subventions¹⁷, le besoin des résultats pour lever de nouveaux financements était un enjeu de taille. Pour certains décideurs, un enjeu était de bénéficier des résultats de la recherche afin de rendre des comptes sur les actions financées. Pour les chercheurs, l'enjeu principal était scientifique : conduire une recherche rigoureuse, de qualité, dans le respect de l'intégrité scientifique et de l'éthique de la recherche, publier les résultats.

Quatrièmement, il était indispensable de coordonner les actions, discours et calendriers entre acteurs (pilotant l'intervention) et chercheurs (pilotant la recherche), malgré des divergences. Une différence de temporalité a été constatée entre la recherche et l'action tout au long du processus de recherche. Certains délais non maîtrisables tant par les acteurs que les chercheurs sont à noter, notamment le temps de réalisation des démarches éthiques et réglementaires et le temps d'obtention des appels à projets/subventions. Dans un contexte où beaucoup de recherche sont financées sur appel à projet, il convient d'avoir conscience des défis de l'articulation entre l'action et la recherche pour pouvoir anticiper au mieux les difficultés engendrées. La complexité de la coordination était exacerbée lorsque la construction et/ou le déploiement de la recherche et de l'intervention incluait de nombreux partenaires (ex : équipe de recherche, équipe pilotant l'intervention, structures ciblées par l'intervention), avec différentes parties prenantes dans chaque structures (ex : professionnels de santé et de la petite enfance, chercheurs, élus, financeurs, bénéficiaires) et différents échelons territoriaux (local et départemental).

5.2.4 Quels sont les apports et défis du partenariat entre chercheurs de différentes disciplines en RISP ?

L'interdisciplinarité a été définie comme: « *une collaboration interactive entre disciplines, puisant les connaissances ou éléments de chaque discipline afin de les réintroduire en un ensemble coordonné et cohérent* » [traduction libre] (Gavens et al., 2017, p 176), (Choi & Pak, 2006). Témoins de la démarche interdisciplinaire dans nos travaux, les chercheurs impliqués dépendaient de disciplines liées à la santé publique : sociologie, épidémiologie, science politique, psychologie, neuroscience, médecine.

Si l'intérêt d'adopter une recherche interdisciplinaire en RISP est aujourd'hui reconnue, la mise en pratique pose de nombreuses questions. Ces collaborations ont permis d'éprouver des défis de l'interdisciplinarité (Choi & Pak, 2007; Gavens et al., 2017; Kivits et al., 2019). Nous reviendrons ici sur quelques points de convergence avec la littérature. Premièrement, il a été nécessaire de prendre

¹⁷ Dans d'autres de nos expériences, des demandes de résultat de la part d'élus ont été rencontrés par exemple avec l'enjeu d'avoir des résultats en amont d'une période électorale pour des élus locaux.

conscience des forces et limites de notre discipline et comprendre celles des autres disciplines. Dans une étude de cas des échanges réguliers sur plusieurs années ont eu lieu entre doctorantes en psychologie et santé publique. Ils ont permis de comprendre nos méthodologies respectives, la valeur des preuves produites par les différentes recherches ainsi que nos différences de focale vis-à-vis de l'objet de recherche. Cette collaboration étroite permet d'envisager des projets de recherche avec des problématiques et méthodes intégrées (et non de conduire des recherches en parallèle sur une même intervention, comme dans le cadre de la thèse). En outre, les études de cas ont été conduites avec des chercheurs en psychologie de différents courants (systémique, freudienne, comportementaliste, cognitive, neuroscientifique). Ces collaborations ont illustré l'importance d'avoir conscience des implications des courants théoriques des partenaires et des implications que cela a sur les choix effectués. Une question soulevée était : des mêmes interventions ou leviers d'interventions peuvent-ils être justifiés par des cadres théoriques, des conceptualisations de l'enfance et la parentalité et des finalités différentes ? En d'autres termes, bien que certains courants se disent opposés, peuvent-ils se rejoindre sur le plan pratique ?

5.2.5 Comment les « interventions probantes » développées en recherche s'intègrent dans la démarche d'intervention en promotion de la santé du monde réel ?

Démarche d'intervention en promotion de la santé dans le monde réel

La viabilité s'intéresse à l'intégration des interventions dans le système dans lequel elles visent à être déployées. Les études de viabilité nous ont amené à questionner l'intégration de ces interventions dans la démarche d'intervention en promotion de la santé du monde réel. La démarche d'intervention en promotion de la santé peut se caractériser par différentes étapes : diagnostic (analyse de la triade besoin, demande, réponse), priorisation des problèmes de santé et déterminants de l'état de santé de la population sur lesquels agir, élaboration des objectifs d'intervention en promotion de la santé, programmation des activités, implémentation, et évaluation (transversale aux étapes suscitées). Ainsi, les interventions sont construites sur l'analyse de la triade besoin – demande – réponse.

Quels sont les enjeux de l'intégration des interventions standardisées (développées dans une approche réductionniste) dans la démarche d'intervention en promotion de la santé ?

En prenant ce référentiel pour la démarche d'intervention en promotion de la santé, des questions se posent sur les interventions probantes standardisées : comment s'intègrent-elles dans la démarche d'intervention en promotion de la santé ? Quelle est la compatibilité avec le concept de viabilité ? Le déploiement à large échelle de telles interventions occultent-il l'analyse de la triade « besoin-demande-réponse » ou considère-t-il que cette analyse se positionne au niveau national (voir

international) et qu'il n'y a pas de différence contextuelle ? Pourquoi mettre à disposition des acteurs des interventions plutôt qu'un ensemble de fonctions clés et leviers d'opérationnalisation de ces fonctions clés, dont les acteurs pourraient se saisir pour construire leur propre intervention sur leur territoire ? Pour un chargé de projet en promotion de la santé, existe-t-il un risque de perte de sens de ses missions, de réduire ses missions à un opérateur relayant des interventions issues de la recherche et de limiter l'adaptation des interventions aux problématiques des territoires ? Y-a-t-il un risque de standardisation des pratiques professionnelles ? Est-ce que ces interventions standardisées, dans une approche descendante, donnent un pouvoir au chercheur sur les acteurs ?

Articulation entre les interventions « probantes » développées et/ou évaluées par différents acteurs et équipes de recherche : quelles responsabilités pour les chercheurs ?

La question de l'articulation entre les interventions « *prometteuses* » ou « *probantes* » développées et portées par différents acteurs et équipes de recherche s'est également posée. En PMI, deux recherches évaluant des accompagnements à la parentalité à domicile par des puéricultrices de PMI et des dispositifs de soutien aux professionnels (formations, supervisions) ont été réalisées depuis dix ans : PERL et PANJO (Buchheit et al., 2021; Decroix et al., 2022; Saïas, Kargakos, et al., 2019; Sempé et al., 2022). Le questionnement s'illustre par une intervention dans un colloque où nous avons présenté PERL. A la fin de l'intervention, une participante vient nous demander comment articuler PERL avec PANJO, déployé actuellement sur son territoire. Durant les échanges avec la salle, nous avons affirmé que ces interventions n'étaient pas en concurrence. En réponse, nous expliquons à cette participante que le principal est de s'intéresser aux fonctions clés de PERL et PANJO et de se demander qu'est-ce qui les constituent. Nous l'invitons à se poser les questions suivantes : qu'est-ce qui vous intéresse dans chacune des interventions ? Quelles sont les différences et points communs entre ce qui est fait sur leur territoire et ce qui est proposé dans PERL ? Pour l'aider à structurer ces questions, nous lui remettons le guide de mise en œuvre PERL (annexe 2). Cet échange appelle à notre responsabilité en tant que doctorant : est-ce normal que les acteurs doivent « *choisir* » entre des interventions, dont certaines sont associées à des financements ? Les données produites ne devraient-elle pas permettre aux acteurs de choisir parmi des leviers d'intervention probants ceux à intégrer dans leur stratégie ? Il existe au niveau national relativement peu d'équipes conduisant des recherches en PMI, quelle est notre responsabilité à nous coordonner pour s'assurer qu'il existe des repères pour les acteurs souhaitant baser leurs interventions sur les données probantes ou est-ce utopiste ?

Acteurs – décideurs¹⁸: entre besoin de guider l'action publique par des données probantes et risque d'une instrumentalisation ?

Le besoin de guider l'action publique par des données probantes fait aujourd'hui consensus. Une question a émergé des études de cas et des échanges avec différents partenaires : y-a-t-il un risque d'instrumentalisation consciente ou inconsciente des interventions probantes par les parties prenantes ? L'objectif ici n'est pas de pointer certaines parties prenantes mais de souligner un risque dont les acteurs, chercheurs, et décideurs ont un rôle à jouer pour gérer ce risque. Par exemple, sur un territoire des acteurs ayant basé leur intervention sur des données probantes étaient en difficultés face à des décideurs souhaitant remplacer l'existant par des interventions validées par des institutions nationales de santé publique. Sur un autre territoire, certains acteurs témoignaient que les postes de coordination locale des politiques de santé publique ne bénéficieraient prochainement plus de financement car la nouvelle stratégie se centrait sur l'application des interventions dites « validées » par les données de la recherche. La préoccupation des décideurs pour les données probantes est une opportunité importante pour améliorer les interventions en santé des populations. Néanmoins des réflexions collectives sont à avoir face à ces questions.

¹⁸ Par décideurs nous entendons les acteurs qui pilotent et financent les politiques de santé publique.

6. Forces et limites¹⁹

6.1 Généralités

Afin d'éprouver le concept de viabilité, la recherche doctorale s'est appuyée sur une méthodologie d'études de cas qui présente l'intérêt d'interroger en profondeur des cas dans leurs contextes (Ridde et al., 2023). Comme exposé dans la partie méthode, la complémentarité des cas a permis de bénéficier d'études avec des points de similitudes pour pouvoir mettre en perspective les résultats. Une limite de ce travail réside dans le faible nombre de cas puisque cette analyse repose seulement sur trois cas.

Le choix de l'approche inductive en partant de l'expérience et du vécu de l'intervention plus que d'une logique déductive nous semble être une force de ce travail pour interroger le modèle de la validité intégrative défini par Chen, en particulier le concept de validité viable : interroger les hypothèses sous-jacente, la pertinence des critères de viabilité définit en 2010 et 2023, la déclinaison des critères en dimensions, l'articulation des critères entre eux, la place de la viabilité dans le développement et l'évaluation d'interventions complexes.

En outre, il convient de souligner notre positionnement comme équipe d'évaluation externe dans chacun des trois cas de la thèse. Les principaux intérêts reconnus par rapport à ce positionnement sont la distance par rapport à l'intervention étudiée et l'indépendance vis-à-vis de celle-ci. Dans le cas 1 et 3, le déploiement de l'intervention était déjà initié entre des acteurs et une autre équipe de recherche que la nôtre lorsque le choix de faire une étude de viabilité a été réalisé. Ce contexte nous a permis de nous positionner comme évaluateurs n'appartenant ni à l'équipe de recherche coordonnant l'étude ni aux acteurs du monde réel, pilotant et déployant l'intervention. Pour le cas 2, nous avons conduit la recherche en partenariat avec l'association communautaire à l'origine de l'intervention, pilotant son déploiement. Nous n'étions impliqués ni dans l'élaboration ni dans le déploiement des interventions. Notre implication a été indirecte à deux titres. Un partenariat étroit entre notre équipe de recherche et les acteurs/les autres équipes de recherche était nécessaire pour articuler la recherche et l'action (intégrer au pilotage de la recherche et de l'intervention les enjeux qui leurs sont propres : enjeux de déploiement, scientifiques...). Dans une perspective formative, les résultats de notre étude de cas ont été présentés de manière anticipée pour apporter des éléments d'éclairage sur une situation bloquée.

¹⁹ Des perspectives globales de recherche dans les suites de la thèse et au regard de ses limites sont abordées ici. La partie 10 décrit les projets de recherche plus structurés, en cours ou envisagés suite à cette thèse.

L'étude présente différentes forces au regard des critères de rigueur et de crédibilité des méthodes de recherche qualitative. Les principales étaient : l'attention au cas négatifs, l'explicitation de la méthode présentée dans les différents articles, la réflexivité présentée dans la partie 6 de la discussion et la validation par les participants par des processus de restitution dans les différents cas (Mays & Pope, 1995b). En outre, trois niveaux de triangulation sont à souligner, permettant d'approcher de manière complémentaire le phénomène étudié (Kivits et al., 2016; Mucchielli, 2009; Sibeoni, 2017) :

- une triangulation des méthodes pour les cas 1 et 3 (entretiens semi-directifs, observations, séminaire, concertation électronique),
- une triangulation des sources avec (i) une triangulation des informants pour tous les cas (professionnels de la petite enfance, acteurs impliqués dans la coordination de programme, décideurs, chercheurs), (ii) une triangulation spatiale pour les cas 2 et 3 (par exemple pour l'étude pilote *Accompagne-moi... !* plusieurs crèches avec différents types de gestionnaire et une diversité territoriale),
- une triangulation des chercheurs. Dans le cas 2 et 3, l'analyse des données a été réalisée en binôme, impliquant quatre chercheuses ou doctorante différentes (deux par cas). Pour chaque cas, une complémentarité a été observée entre la chercheuse ayant réalisé le recueil en considérant que l'analyse du matériau démarre dès son recueil et la chercheuse à distance, avec un plus grand recul sur le matériau. Un fonctionnement en binôme rapproché entre les chercheuses coordonnant les cas 2 et cas 3 visait à permettre un travail réflexif sur nos postures respectives et une prise de hauteur vis-à-vis de nos terrains et partenariats respectifs. Pour chaque cas, les responsables scientifiques ont joué un rôle de supervision et de relecture de l'analyse permettant d'avoir une approche plus distanciée et extérieure au matériau.

Plusieurs limites, apports et perspectives à intégrer dans les futurs travaux de recherche ont été identifiés. Nous les avons divisés en deux suivant s'ils relevaient davantage de la recherche sur la viabilité ou de la recherche dans le champ de la petite enfance (exposé dans la partie 8 « Synthèse, force et limites de la recherche dans le champ de la petite enfance »).

6.2 Développement, évaluation des interventions complexes et viabilité

Cette recherche doctorale s'intègre dans un contexte de faible mobilisation du concept de viabilité dans la littérature. Les résultats de cette thèse ont souligné l'intérêt de l'approche ascendante du modèle de la validité intégrative pour le développement et l'évaluation d'intervention en santé des populations. Ce modèle s'intègre dans la perspective théorique de la synthèse pragmatique (Chen,

2016). Néanmoins, le pragmatisme est un concept ancien comme l'illustrent les travaux de Schwartz et Lellouch dans les années 1960 (Ridde & Haddad, 2013). En outre, les travaux sur l'évaluation des interventions sont nombreux (Alkin & Christie, 2013). Si cette thèse montre la pertinence du modèle de la validité intégrative par rapport au modèle de référence de Campbell et Stanley, elle ne propose pas une comparaison avec les propositions des autres auteurs de l'évaluation.

Il serait intéressant de poursuivre les recherches pour s'intéresser aux cadres et concepts développés par d'autres auteurs pour l'évaluation des interventions complexes afin de se demander : quel est la spécificité du modèle de la validité intégrative par rapport à d'autres modèles qui lui sont proches ? Quelle est la spécificité du concept de viabilité par rapport à d'autres concepts connexes ? Il sera par exemple pertinent de mettre le concept de viabilité en perspective d'autres concepts connexes mobilisés par d'autres auteurs dans la littérature tels que des études de faisabilité de l'intervention ou d'acceptabilité de l'intervention (Saillour-Glénisson & Salmi, 2023; Skivington et al., 2021). Cela permettrait d'identifier les points communs et les différences entre ces autres travaux et ceux de Chen.

Ensuite, ces travaux notamment les études de cas 1 et 2 ont mis en avant l'intérêt du concept d'appropriation pour l'étude des interventions complexes. Néanmoins, l'articulation entre appropriation individuelle et appropriation collective est peu exposée dans cette thèse alors qu'elle semble être une notion cruciale pour le maintien de la viabilité et de l'efficacité dans le temps²⁰. Ces cas nous invitent ainsi à émettre différentes hypothèses qu'il conviendrait de réinterroger au regard de la littérature : (i) il existe un lien entre appropriation individuelle et collective d'une intervention innovante dans une organisation (aux différents stades de l'appropriation : pré-appropriation, appropriation originelle et multiples réappropriations) ; (ii) l'appropriation collective de l'intervention est un levier pour renforcer la viabilité d'une intervention ; (iii) l'appropriation collective de l'intervention est un prérequis pour la pérennisation de l'intervention dans une organisation. Il sera donc pertinent de poursuivre l'exploration théorique et empirique de ce concept.

En positionnant la conduite du changement organisationnel comme déterminant de la viabilité des interventions, cette thèse illustre les apports des sciences de gestion pour l'étude des interventions complexes en santé des populations. Si le modèle théorique de l'approche contextualiste du changement de Pettigrew nous a semblé particulièrement pertinent pour PERL, il résulte d'un choix parmi une vaste littérature sur le sujet. Des questions centrales caractérisent la conduite du

²⁰ L'appropriation de PERL par les puéricultrices de PMI fait l'objet d'un article de l'étude de cas 1. Les résultats de l'évaluation réaliste de la démarche « *Accompagne-moi... !* » (cas 2), non présentés dans cette thèse, appellent également à s'intéresser à l'appropriation individuelle et collective.

changement : le changement est-il imposé par une hiérarchie ou est-il négocié avec les parties prenantes ? Le changement vise-t-il à s'intégrer progressivement dans le fonctionnement quotidien de l'organisation (changement permanent) ou est-il amené comme un évènement exceptionnel (changement par rupture) ?

En répondant à ces deux questions, Autissier et al. ont proposé une matrice illustrant quatre types de changements : le changement continu, le changement proposé, le changement organisé et le changement dirigé. Parmi les différents types de changements, le cadre de Pettigrew se rapproche du changement organisé. Il sera nécessaire de réinterroger notre choix de s'intéresser au modèle contextualiste du changement, en considérant les multiples travaux de recherche sur la conduite du changement, que ce soit en sociologie, management ou psychologie. La typologie des travaux sur la conduite du changement à travers cette matrice illustre l'ampleur de ces travaux (figure 18), (Autissier et al., 2018). Cette typologie invite à interroger comment les différents types de conduite du changement influencent la viabilité des interventions complexes en santé des populations.

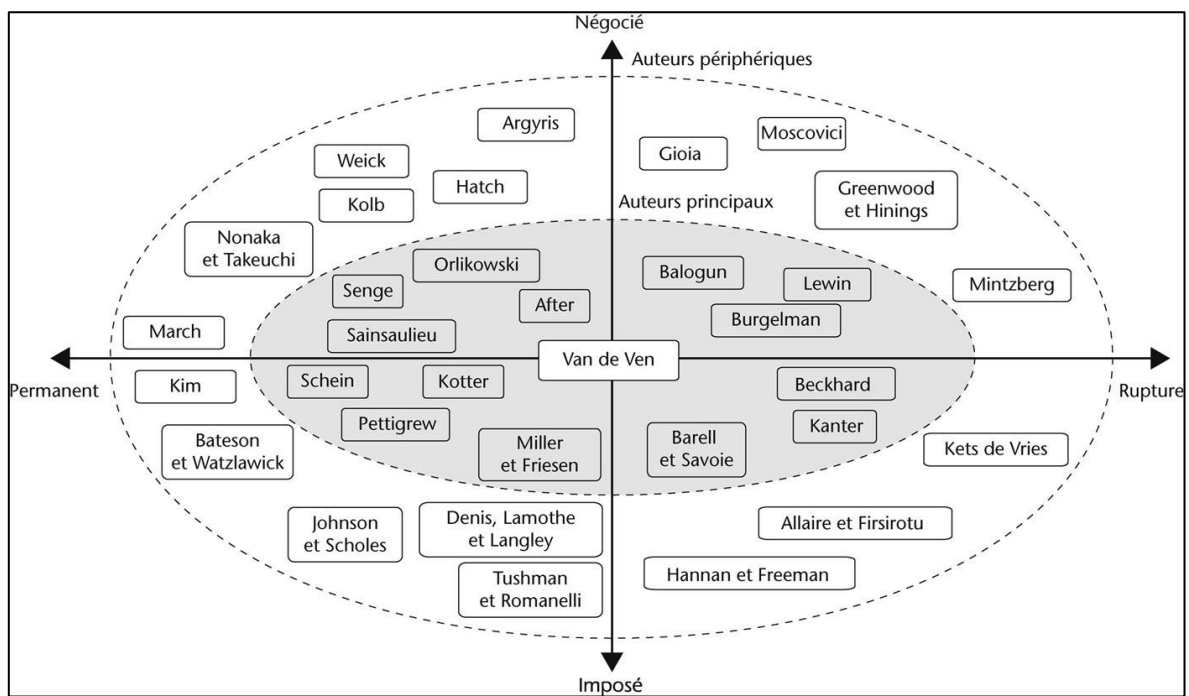


Figure 18 : typologie des travaux sur la conduite du changement de Autissier et al. (Autissier et al., 2018).

Au-delà des sciences de gestion, la complexité de l'objet d'étude appelle à le réinterroger dans une approche interdisciplinaire (Alla & Kivits, 2015; Decroix et al., 2023; Lemire et al., 2020; Robert & Ridde, 2016).

6.3 Petite enfance

Premièrement, la faible implication des parents dans les études de cas est à souligner : les parents ont été inclus seulement dans le cas 3. Les causes de cette faible implication ont été différentes pour les cas 1 et 2. Pour PERL (étude de cas 1), des entretiens auprès des parents inclus dans la recherche PERL étaient prévus afin d'explorer leur perception, leur vécu de l'intervention et leurs attentes en termes d'accompagnement à la parentalité. Néanmoins, les questions de recherche ont été réadaptées au vu des questions de faisabilité et d'acceptabilité de l'intervention par les puéricultrices de PMI soulevées. Durant la phase exploratoire, cinq entretiens ont été effectués avec les parents ayant participé à l'intervention dont découle PERL²¹, néanmoins ils n'ont pas fait l'objet d'une publication. Ils seront utiles pour aider au cadrage du volet 2 de l'évaluation des mécanismes et processus. Dans ce volet 2 le vécu des parents de l'intervention PERL sera exploré. Pour EPAm (étude de cas 2), des entretiens auprès des parents étaient également prévus. L'objectif était, à partir du récit de leurs parcours en tant que parents, de comprendre le contexte dans lequel la décision d'inscrire leur enfant en crèche a été prise, leurs attentes vis-à-vis de la crèche et leur perception de la démarche « *Accompagne-moi... !* ». L'enjeu était autant d'identifier s'ils avaient connaissance de la démarche que de comprendre leur compréhension de la démarche, leur perception de son intérêt (ou pas) et l'adéquation de celle-ci avec leurs attentes initiales et actuelles vis-à-vis de la crèche (mode de garde, espace de socialisation, ...). La crise sanitaire a eu des conséquences sur l'accueil du jeune enfant et des parents dans différents contextes de l'étude : impossibilité à certaines périodes d'entrer dans les crèches pour les parents, modification des modes de transmission entre l'équipe éducative et les parents, émergence de questions nouvelles liées à la crise sanitaire pour les parents, ... Dans ce contexte, le déploiement et l'intégration des parents dans la démarche AM n'ont pas pu se faire comme prévu. Les premiers entretiens réalisés auprès des parents présentaient trop de biais pour être exploitables et répondre à nos objectifs de recherche. Dans ce contexte, nous avons fait le choix de ne pas poursuivre ces entretiens.

Au-delà de la réalisation des entretiens avec les parents, il pourrait être intéressant de renforcer l'inclusion des parents et/ou enfants (en fonction de leurs âges) aux différentes étapes du processus de recherche, dans une approche participative (Dubois et al., 2022).

²¹ Recherche « Interreg », présenté dans le premier article de la partie 5 (Fidry, 2014), (Fidry, 2015).

Deuxièmement, la question du genre a été très peu abordée dans ce manuscrit alors qu'elle est centrale pour notre objet de recherche. Cette question se situe à plusieurs niveaux : au niveau des professionnels de la petite enfance, au niveau des enfants dans les collectivités.

Les professionnels de la petite enfance sont en grande majorité des femmes (Devineau et al., 2020). La forte présence des femmes trouve ses racines dans la division genrée des rôles sociaux, avec une association des rôles de maternage et de « *care* » dans la vie privée et publique. Elle s'illustre par l'interdiction au 19^{ème} siècle des hommes à travailler en crèche, exception dans une époque où les femmes étaient écartées du monde du travail masculin (Cresson, 2010). Le mouvement féministe des années 1980 a joué un rôle dans l'essor des lieux d'accueils du jeune enfant avec comme double objectif de permettre aux femmes d'accéder à un emploi et de créer des emplois pour les femmes dans ces lieux d'accueil du jeune enfant (Peeters, 2013). Nous assistons ici à un décalage des tâches et rôles de la femme, de la sphère domestique à la sphère professionnelle, avec une faible reconnaissance professionnelle, statutaire et salariale décrite dans la littérature et retrouvée dans nos études de cas (Cresson & Gadrey, 2004).

Enfin, nous proposons ici d'illustrer les questions de genre par une focale sur les lieux d'accueils du jeune enfant. Si certains hommes sont aujourd'hui dans ce secteur, ils sont sur les postes les plus qualifiés (rôle de gestionnaire, formateur, inspection, financement, contrôle) mais très peu au contact direct avec l'enfant (Cresson, 2010). La question de la prise en compte du genre dans les pratiques des professionnels de la petite enfance se pose : comment la question du genre est-elle abordée dans la formation des professionnels ? Quelle est la conséquence de la quasi absence des hommes dans les espaces de socialisation que sont les lieux d'accueils du jeune enfant ? Existe-t-il des conséquences sur l'intériorisation pour l'enfant des stéréotypes de genre ? Comment les professionnels reproduisent ou préviennent les stéréotypes de genre dans leur accompagnement du jeune enfant ? Existe-t-il des rapports de domination entre les genres dès les premières années de vie de l'enfant ? Si oui, comment sont-ils gérés par les professionnels de la petite enfance ? (Chaponnière, 2010). Si genre et petite enfance sont des objets de recherche à part entière, le genre doit être pris en compte de manière transversale dans les projets de recherche, au risque d'aggraver des inégalités socialement construites si une attention n'y est pas portée²².

²² Il est ici possible de faire la parallèle avec les inégalités sociales de santé. Par exemple, les politiques de lutte contre le tabac ont permis de diminuer le tabac en population générale en accroissant les inégalités (Potvin et al., 2010). Il est connu que l'objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé doit être intégré à la construction de politiques visant à élaborer des politiques publiques saines (HCSP, 2009), (IGAS, 2011).

Troisièmement, les structures familiales ont connu d'importantes mutations en un siècle, liées à de profondes transformations sociales (reconnaissance des droits des femmes, essor du travail féminin, hausse des divorces et de l'union libre, légalisation du mariage des couples du même sexe...). Ainsi, d'un schéma traditionnel de la famille « *Monsieur Gagne-pain et Madame Au-foyer* » des années 1945 à aujourd'hui, une diversification des structures familiales est constatée (Martin, 2011; Rayssiguier & Huteau, 2018). Intégrer de manière plus explicite la diversité des structures familiales sera nécessaire dans nos prochains travaux de recherche.

Enfin, à travers les interventions d'accompagnement à la parentalité, nous nous sommes intéressés à la question de la norme en parentalité avec comme porte d'entrée des concepts fondamentaux de la promotion de la santé. Le questionnement éthique sous-jacent, s'illustre par une citation du Pr Jean-Pierre Deschamps : « *Je suis pédiatre, et j'ai toujours été très frappé par la façon dont l'alimentation du nourrisson ou plus globalement l'éducation du nourrisson sont constamment imprégnées de dogmes, d'obligations, de règles extrêmement précises que l'on donne aux parents, alors que la véritable éducation pour la santé, ce serait de les aider à prendre conscience qu'ils sont compétents pour élever leur enfant et que ce sont eux qui détiennent a priori les bonnes solutions. Ce serait de leur dire que, le cas échéant, s'ils veulent en parler avec nous, nous sommes disponibles, sans leur donner pour autant des normes extrêmement précises d'alimentation, de position du bébé, de rythme de vie, comme on le fait habituellement en puériculture* » (Deschamps). Cet enjeu éthique de promotion de la santé, visant à renforcer le pouvoir d'agir des parents, questionne les représentations individuelles, collectives et culturelles en termes d'éducation des enfants et la légitimité des professionnels à savoir ce qui est bon pour l'enfant ou le parent. Ainsi, nous avons amené ce questionnement dans un premier temps par la porte d'entrée de l'éthique et de la promotion de la santé. En considérant l'évolution de la considération collective de la fonction parentale depuis 1945, les travaux du sociologue Claude Martin apportent un autre angle essentiel sur les questions de « *bonnes parentalités* » (Martin, 2014, 2020; Martin et al., 2021). Evoqués très brièvement dans cette thèse, les apports des « *parenting cultures studies* » pour nos travaux seront explorés dans la suite de cette recherche doctorale (Martin et al., 2021). Au regard de ces travaux et de nos résultats, l'hypothèse suivante gagnerait à être affinée et investiguée : dans une approche socio-écologique, les évolutions sociétales actuelles sont à l'origine d'une pression sur les parents se traduisant par une demande de conseil de leur part. Cette demande pourrait être nuancée par un accompagnement à la parentalité suivant une approche non injonctive (ex : celui recherché dans PERL) et un soutien social horizontal du parent par son entourage familial - amical et/ou les autres parents de la communauté dans laquelle il évolue. Au-delà de l'accompagnement à la parentalité, il convient de questionner cette approche dans toutes les

composantes des politiques familiales. En effet, il s'agit du regard que porte la société sur la parentalité et non uniquement les professionnels de santé.

Partie 10 - Perspectives

1. Implications pour la pratique

1.1 Petite enfance

Dans une perspective de transfert et d'utilisation des connaissances, les résultats des études de cas ont fait l'objet d'un processus de restitution. Concernant l'étude de cas 1, un guide de mise en œuvre de l'intervention PERL a été réalisé à partir des résultats de l'étude afin de proposer à chaque acteur envisageant de déployer l'intervention de s'interroger sur son contexte et d'adapter l'intervention en fonction des résultats des recherches en cours (annexe 2). Concernant l'étude pilote de la démarche « *Accompagne-moi... !* » (cas 2), le processus de restitution a donné lieu à des préconisations (annexe 3).

1.2 Interventions probantes et étude de viabilité

1.2.1 Interventions et programmes probants sous le prisme de la viabilité

Cette thèse a permis de nous interroger sur la notion de « *programmes probants* » d'accompagnement à la parentalité, dans un contexte où le déploiement de certains programmes standardisés²³ s'accélère en France. Néanmoins, le caractère standardisé de ces programmes développés dans une approche majoritairement réductionniste est en décalage avec le concept de viabilité : (i) la viabilité reconnaît la complexité des interventions, (ii) la viabilité s'intéresse à l'intégration des interventions dans le système dans lesquels elles visent à être déployées, (iii) la viabilité s'intègre dans une perspective ascendante, s'intéresse au point de vue et à l'expérience des parties prenantes (Chen, 2016).

Des effets positifs de ces programmes sont néanmoins mis en avant dans certains contextes (effets perçus dans l'étude de viabilité Incredible Years, littérature abondante sur l'efficacité de différents programmes d'accompagnement à la parentalité), (Tarabulsy et al., 2019). Les résultats des études de cas et la littérature appellent à se poser collectivement²⁴ différentes questions avant de prendre la décision de mettre à l'échelle et pérenniser ce type de programme :

²³ Nous entendons par là des programmes impliquant une fidélité forte à un protocole de déploiement de l'intervention pour les acteurs le mettant en œuvre et une faible adaptation aux contextes.

²⁴ Acteurs, décideurs, population, chercheurs.

- des questions d'ordre méthodologique : dans quels contextes (monde réel ou contexte de recherche) les connaissances ont été produites ? Les résultats des recherches sont-ils généralisables dans le monde réel ? Comment les parties prenantes du monde réel, y compris les bénéficiaires ont été intégrés à la production de connaissance ? Quels étaient les critères de jugement pris ou non en compte ?
- des questions spécifiques sur le fond des interventions véhiculant certaines méthodes d'éducation : quels sont les effets observés de ces interventions ? Ces effets se maintiennent-ils dans le temps ? Qu'en est-il chez les parents n'ayant pas suivi le programme ou l'ayant abandonné ? Y-a-t-il un risque de générer des angoisses ou de stigmatiser certaines populations en considérant les pratiques spontanées de certaines populations moins bonnes que d'autres ? Concernant les programmes véhiculant les méthodes d'éducation positive, y-a-t-il un risque en cas d'échec dans l'adoption de ces méthodes de stress accru du parent ou de burn-out parental ? Y-a-t-il un risque de renforcer le déplacement du curseur sur la responsabilité individuelle du parent dans l'éducation et la réussite de son enfant (par rapport à une responsabilité sociétale de l'éducation de l'enfant d'une génération d'adulte envers la génération suivante) en développant en masse de tel programme ? En outre, comment les aspects culturels de l'éducation sont-ils pris en compte ? La protection de l'enfant et le bien-être des enfants sont des priorités absolues, comment les différents leviers d'interventions y contribuent-ils ? Comme indiqué dans la partie forces et limites de cette thèse, les suites de la recherche doctorale viseront à creuser ces questions au regard des nombreux travaux existants sur le sujet, illustrées ici par quelques références d'auteurs francophones (Delawarde, Saïas, & Briffault, 2014a; Martin, 2014, 2020; Martin et al., 2021; Vandebroek, 2020).

Ces questions soulignent la nécessité d'adopter une approche interdisciplinaire dans le transfert de connaissance et dans la prise de décision (Martin, 2021, 2023). La traduction pratique de ce constat est d'inviter les décideurs et acteurs souhaitant baser leurs actions et politiques sur des données probantes :

- à considérer les expertises et données de recherches issues des différentes disciplines complémentaires. Il s'agit de considérer des disciplines mettant la focale sur des micros-systèmes comme l'échelle moléculaire et organique (ex : les neurosciences) et des approches avec une focale d'avantage sociétale (ex : la sociologie ou la santé publique).
- à avoir conscience des forces et limites des apports de chaque discipline pour construire une politique de santé publique.

En outre, le développement de programmes standardisés pose la question cruciale des enjeux de pouvoir entre chercheurs, acteurs, décideurs et populations. A l'échelle internationale, il nous semble indispensable de souligner le pouvoir important laissé aux chercheurs et/ou acteurs à l'initiative de ces programmes vis-à-vis des parties prenantes des interventions en santé des populations du monde réel. La démarche probante correspond à « *l'intégration de la preuve scientifique, à l'expérience des professionnels, aux préférences de la population et aux caractéristiques du contexte, pour éclairer et améliorer la décision et le pratique dans le développement, l'implantation et l'évaluation de programmes et de politiques en santé* » (Ross C. Brownson et al., 2009). Cette définition laisse bien la place à : (i) un partage du pouvoir puisque la preuve vient s'intégrer au contexte et considère les avis des populations et acteurs ; (ii) la reconnaissance d'une pluralité de preuve scientifique.

Interventions et programmes probants sous le prisme de la viabilité : éléments de définition

Le paradigme choisi dans le modèle de la validité intégrative considère que le développement et l'évaluation d'intervention complexes nécessitent de s'intéresser à l'efficacité de l'intervention et à son intégration dans le système dans lequel elle vise à être déployée. Un programme peut se concevoir comme « *un système organisé d'actions visant, dans un environnement donné, durant une période de temps donné, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique* » (Contandriopoulos et al., 2000). Sous le prisme choisi ici, mettre en place un programme probant revient à adopter une organisation en mode projet sur un temps limité dans l'espace et dans le temps afin :

- d'atteindre un objectif à court terme si le changement nécessaire pour l'amélioration de la santé de la population est ponctuel,
- de conduire le changement dans une organisation permettant de manière pérenne : (i) d'intégrer un ensemble de leviers d'interventions probants dans une stratégie et une structure existante ; (ii) ou d'intégrer des leviers d'interventions dans un nouvelle stratégie ou structure, de manière à ce que cette nouvelle stratégie ou structure soit articulée de manière cohérente avec les autres composantes du système dans lequel cette intervention s'intègre (complémentarité et articulation en termes de finalité, objectifs, méthodes, ressources, régulation).

Par leviers d'interventions probants, il est entendu ici un ensemble de fonctions clés (de l'ordre du contexte ou d'une intervention) nécessaire pour que l'intervention dans un contexte permette d'activer les mécanismes à l'origine des résultats. L'aspect probant se réfère à la définition de Brownson, reconnaissant donc une pluralité de preuves (Ross C. Brownson et al., 2009).

Dans cette perspective, plus que déployer des interventions standardisées, agir sur des données probantes reviendrait à intégrer dans un système un ensemble de leviers probants complémentaires pour atteindre des effets escomptés afin qu'ils forment un tout cohérent avec l'existant.

Si le choix est fait de déployer des interventions avec des objectifs et stratégies d'interventions telles que celles proposées dans les programmes standardisés (ex : programme d'accompagnement à la parentalité suscitée), des alternatives existent pour les intégrer davantage dans le système. Pour cela il convient :

- de réinterroger le rapport « fidélité / adaptation » proposé dans ces programmes, dont la focale actuelle est mise sur la fidélité,
- de comprendre les mécanismes à l'origine de l'efficacité de l'intervention et les conditions d'activation de ces mécanismes. Cela permettra de distinguer les fonctions clés de l'intervention de la forme, adaptable aux contextes,
- de s'intéresser à la viabilité de l'intervention. Le concept de viabilité, en considérant le point de vue des parties prenantes du monde réel et les questions d'intégration de l'intervention dans le système, peut être un outil de dialogue permettant d'adapter les données probantes au contexte dans lequel elle vise à être déployée.

Interventions et programmes probants sous le prisme de la viabilité : aspects pratiques

En pratique, pour intégrer des leviers d'interventions probants dans un système, différents leviers sont envisageables que nous illustrerons avec l'accompagnement à la parentalité.

Premièrement, il s'agit de comprendre ce qui relève des fonctions clés de l'intervention et de la forme. Pour cela l'évaluateur et le chercheur ont un important rôle à jouer. Il s'agit notamment de répondre aux questions classiques de l'évaluation réaliste : qu'est-ce qui marche ? Pourquoi ? Quelles sont les conditions d'activation des mécanismes à l'origine de l'efficacité de l'intervention (Pawson & Tilley, 1997) ?

Deuxièmement, il s'agit de se poser la question de l'intégration des fonctions clés aux différents niveaux du système dans lequel elle vient s'intégrer. Prenons l'exemple de la formation des puéricultrices de PMI réalisant des accompagnements à domicile qui se retrouve dans différentes interventions innovantes et recherches en France et dont la nécessité semble faire consensus (Buchheit et al., 2021; Decroix et al., 2022; Saïas et al., 2018; Saïas, Kargakos, et al., 2019). De notre point de vue, une politique guidée par les données probantes n'a pas pour objectif à terme de proposer des formations liées à un programme développé par telle ou telle équipe de recherche. Dans une

logique de pérennité, une politique guidée par les données probantes devrait chercher à intégrer au curriculum de formation initiale et continue les apports manquants aux professionnels. Ainsi, il s'agirait d'intégrer des modules de formation assurés par les acteurs du monde réel (université, institut de formation, organisme portant des formations initiales et continues) permettant aux professionnels d'acquérir un savoir, un savoir-faire, un savoir-être et des compétences nécessaires pour pouvoir adopter les pratiques ou mettre en place les accompagnements sur les territoires. Les unités d'enseignement à intégrer dans les formations initiales comme les formations continues à ajuster ou créer gagneraient à être co-construites avec les chercheurs ayant porté les recherches montrant l'efficacité de former les professionnels, tout en laissant le pilotage de ces formations aux personnes dont c'est la mission dans le monde réel.

En outre, dans une démarche de promotion de la santé, il s'agirait de s'assurer que toutes les fonctions clés soient réunies, par un travail partenarial piloté par les décideurs et acteurs du monde réel. Par exemple, les services de PMI sont décentralisés. Il s'agirait donc d'accompagner dans les départements l'intégration des leviers probants dans leur stratégie, pour qu'ils puissent les mettre en cohérence avec leurs objectifs, leurs problématiques, leurs ressources. Pour PERL, il s'agirait de considérer l'intervention comme étant limitée dans l'espace et dans le temps afin de conduire un changement au sein du service de PMI et d'intégrer les leviers d'interventions PERL dans la stratégie de la PMI, en l'adaptant aux ressources et aux différentes caractéristiques du département dans lequel le projet est conduit. Ainsi à terme, il ne s'agira pas de « *faire du PERL* » mais que les différents leviers d'interventions et fonctions clés de PERL retenus sur le territoire fassent partie intégrante des activités courantes du service PMI. Si les leviers d'interventions s'opposent entre différents programmes probants, l'enjeu est de mettre à disposition les preuves, leurs forces et limites, pour permettre aux décideurs d'effectuer un choix éclairé.

Troisièmement, il s'agit lors de l'intégration des leviers d'interventions dans le système de mobiliser les connaissances sur la conduite du changement (Autissier et al., 2018). L'enjeu est donc de considérer les interventions innovantes comme des sources de changement dans les organisations. En outre, les approches participatives ont ici toutes leurs places (Les chercheurs ignorants, 2015).

Quatrièmement, guider l'action publique par des données probantes implique un important partenariat acteur – décideur - chercheur. L'enjeu de ce partenariat est d'apporter un support aux acteurs et décideurs pour rendre faisable la tâche de conduire des interventions « probantes » au vu de l'abondance de la littérature scientifique. L'analyse des preuves scientifiques demande du temps et une capacité de lecture critique d'article scientifique afin de pouvoir analyser les études scientifiques

au regard : (i) des spécificités des méthodes de recherche quantitative, qualitative, mixte ; (ii) de la complexité des interventions en santé des populations. Pour cela, le lien entre action et recherche est essentiel. Des actions spécifiques en lien avec le transfert de connaissance sont alors nécessaires : intégration de courtiers en connaissance dans les organisations, initiative de centralisation de connaissance par des acteurs régionaux ou des instances nationales de santé publique. Ces exemples illustrent des stratégies de transfert de connaissance parmi une littérature abondante sur ce sujet, invitant à adapter la stratégie choisie aux caractéristiques du système (White, 2021).

Pour finir, en tant que doctorant et doctorante, chercheur et chercheuse, il est également essentiel d'adopter une posture réflexive sur les connaissances que nous produisons et d'avoir une réflexion sur les enjeux de pouvoir qui sous-tendent la production de connaissance (Godrie et al., 2020; Tremblay & Parent, 2014).

1.2.2 La conduite d'études de viabilité en pratique

Cette thèse cherchait à rendre plus opérant le concept de viabilité. Les cas ont permis de proposer une manière d'opérationnaliser les études de viabilité. Un guide pour la conduite d'études de viabilité sera réalisé en interne à notre équipe de recherche pour donner des repères aux acteurs, décideurs, chercheurs souhaitant s'en saisir. Il visera à répondre à différentes questions telles que : pourquoi et à quel moment du processus de développement et d'évaluation d'intervention complexe réaliser une étude de viabilité ? Comment piloter une telle étude ? Quelles en sont les étapes ? Comment articuler la recherche et l'intervention ? Comment accompagner le transfert des connaissances produites dans le cadre d'une étude de viabilité ? Nous détaillerons ici trois points.

Premièrement, revenons sur le processus de problématisation. Première étape d'une recherche, « *le processus de problématisation est le « tronc commun » de toute recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative ; c'est le processus de base de la « construction de l'objet » de recherche. C'est l'explicitation du cheminement du chercheur, de l'idée initiale à la question de recherche, rendant intelligible sa démarche et permettant à l'évaluateur d'un travail de recherche de comprendre le raisonnement sous-jacent* » (Oude Engberink et al., 2018). Nous l'avons vu la viabilité est un concept large. A la fin du processus de problématisation, il sera nécessaire :

- d'avoir précisé le niveau d'analyse choisi. La viabilité peut s'analyser à différents niveaux interdépendants du microsystème, mésosystème, macrosystème. Certains critères de viabilité seront plus ou moins approfondis suivant la problématique, le niveau d'analyse et les parties prenantes considérées en conséquent dans l'étude de la viabilité,

- d'avoir procédé à une analyse du contexte de l'étude de viabilité. Il s'agit notamment de se demander : D'où vient l'intervention ? A-t-elle fait l'objet de recherche préalable ? Qui a eu l'idée de la concevoir et/ou la déployer ? D'où vient l'idée de conduire une recherche, de faire une étude de viabilité ? Quels sont les enjeux pour les différentes parties prenantes ? L'étude de viabilité est-elle un projet de recherche à part entière ou s'articule-elle avec d'autres questions de recherche ? Quelles sont les perspectives de déploiement et de prise en compte des résultats de l'étude de viabilité ? Comment les parties prenantes du monde réel sont-elles intégrées dans la réflexion ? Dans le cadre d'une recherche, qui sera en charge du déploiement et du pilotage de l'intervention (parties prenantes du monde réel ou de la recherche) ?
- d'avoir explicité le paradigme dans lequel s'intègre la recherche dont découleront les choix méthodologiques. Par exemple, dans cette thèse notre positionnement nous a amené à analyser la viabilité dans une démarche inductive à partir des résultats de l'analyse de la perception et/ou du vécu de l'intervention par les parties prenantes. Dans d'autres projets de recherche de l'équipe, d'autres choix ont été faits : (i) des études proposant d'analyser la viabilité par des méthodes qualitatives, avec des entretiens semi-directifs investiguant la perception de chaque critère de viabilité de l'intervention par les parties prenantes ; (ii) une étude de viabilité ayant mobilisé principalement des méthodes quantitatives avec un questionnaire comprenant des questions sur les différents critères de viabilité.

Deuxièmement, la RISP appelle à hybrider les méthodes de recherche. Dans cette perspective, nous pouvons envisager une hiérarchie des preuves à adapter en fonction des questions de recherche. La viabilité s'intéresse à l'intégration d'une intervention dans le système dans lequel elle vise à être déployée, par l'étude de la perception des parties prenantes du monde réel de l'intervention, au regard de leurs expériences et/ou leur vécu de l'intervention. Pour comprendre le sens que les parties prenantes mettent derrière l'intervention, les méthodes qualitatives sont particulièrement pertinentes (Kivits et al., 2016).

Troisièmement, certaines clés du partenariat acteurs-chercheurs peuvent être proposées au regard des freins et leviers rencontrés dans les études de cas (figure 19).

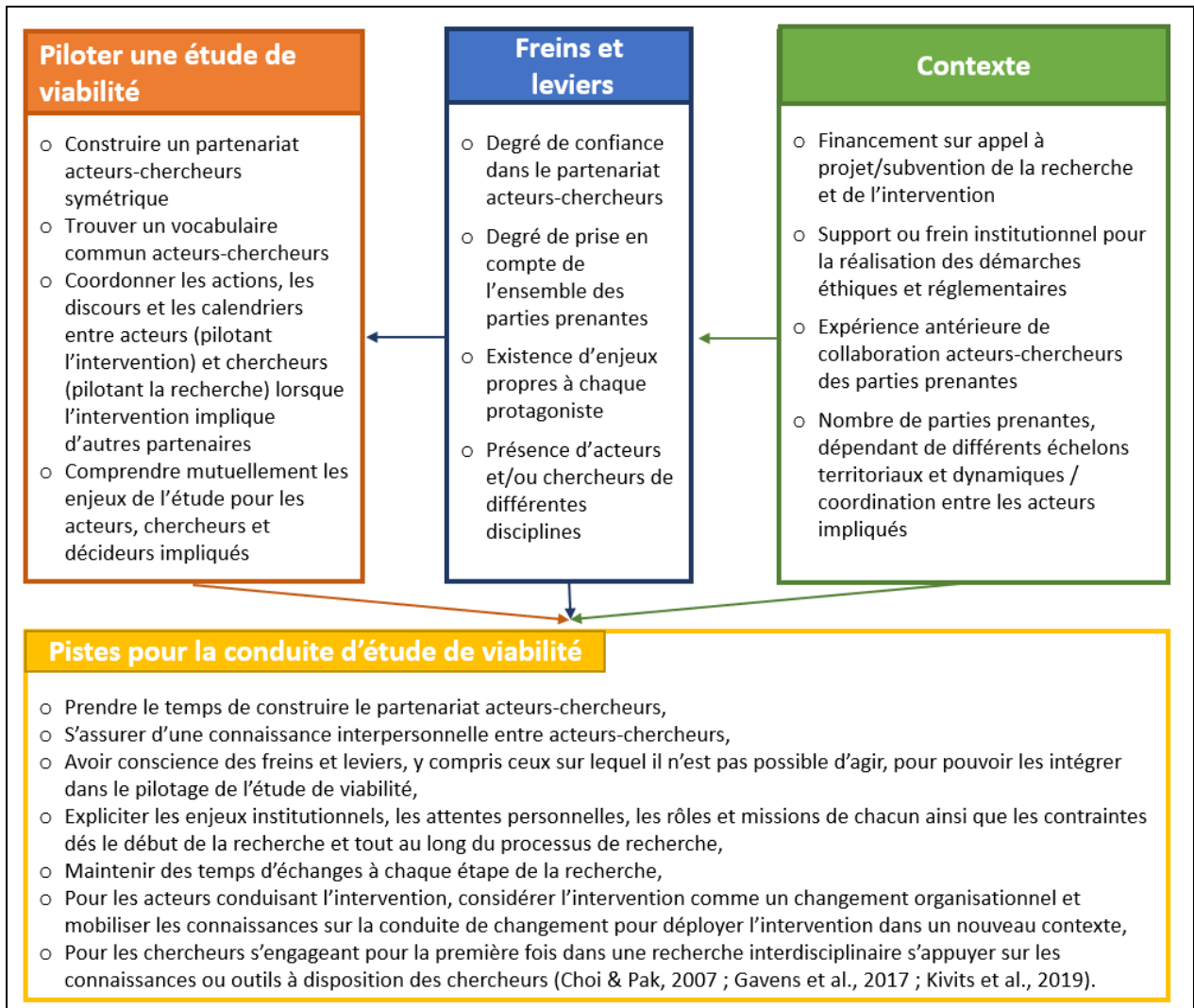


Figure 19 : leviers et freins au partenariat acteurs-chercheurs pour la conduite d'étude de viabilité, implications pour la pratique.

2. Projets de recherches en cours et à venir

Cette dernière section vise à présenter un projet de recherche à venir dans le champ de la petite enfance (Analyse des Politiques Publiques à Impact sur l'Enfant – Accueil du Jeune Enfant, APPIE – AJE) et un projet de recherche en cours développé collectivement (la recherche VAPS).

2.1 **Analyse des Politiques Publiques à Impact sur l'Enfant – Accueil du Jeune Enfant**

L'éducation est considérée comme un déterminant majeur du bien-être des enfants (WHO, 2008). Il a été montré que la qualité des lieux d'accueil des jeunes enfants, s'ils sont accessibles, a un potentiel dans la lutte contre les ISS, y compris en contexte français (Berger et al., 2021; Carbuccia et al., 2020). Dans la lignée du rapport de l'IGAS de 2023 sur la qualité de l'accueil et la prévention de la maltraitance dans les crèches (Bohic, 2023), le cas 2 a mis en avant : (i) que les EAJE étaient des systèmes sous-tension, avec des professionnels de la petite enfance (PPE) impliqués, évoluant dans des conditions de travail difficiles (ex : salaire, besoin de formation), (ii) le défi pour ces EAJE de porter la démarche *Accompagne moi... !* et plus largement des projets éducatifs, générant difficulté et mal être des PPE, (iii) la nécessité de renforcer la formation des PPE et considérer davantage les émotions des enfants.

Poursuivre les recherches permettra de comprendre les conditions d'un lieu d'accueil formel du jeune enfant (AJE) propice au bien-être de l'enfant et du professionnel en contexte français. S'intéresser au bien-être des enfants, implique de considérer celui des PPE, renvoyant à la notion de « prendre soin » et la caractérisation d'un environnement propice à l'adoption de pratiques éducatives de qualité (Melhuish et al., 2015). Une approche systémique est nécessaire pour comprendre le contexte dans lequel les enfants et les PPE évoluent : comment le parcours de chaque professionnel et l'interaction entre les professionnels avec le contexte influencent ses pratiques auprès des enfants et le vécu de son métier ? Comment le mode de gestion des crèches influence les organisations et pratiques ?

D'autre part, il est apparu nécessaire de bénéficier d'une description fine des deux principaux lieux d'AJE en France, en complément des enquêtes récurrentes et cohortes nationales en cours : quelle organisation des lieux d'AJE ? Quelles pratiques éducatives en place ? Quelle prise en compte du bien-être de l'enfant ? C'est dans ce cadre que se positionne APPIE-AJE (Analyse des Politiques Publiques à Impacts sur l'Enfant – Accueil du Jeune Enfant)²⁵. L'objectif principal de cette recherche sera de

²⁵ Ce projet est soumis à l'Appel à Projet Générique de l'Agence Nationale de la Recherche 2024. Porté par L. Cambon (investigatrice principale) et C. Decroix, il s'appuie sur un consortium scientifique interdisciplinaire.

développer et de confirmer un modèle théorique sur le bien-être de l'enfant et des PPE dans les lieux d'AJE. Les objectifs sont : (O1) Caractériser la notion de bien-être de l'enfant et de bien-être des PPE dans les deux principaux lieux d'AJE (accueil par les assistantes maternelles et dans les EAJE), (O2) Identifier les conditions nécessaires pour qu'un lieu d'AJE soit propice au bien-être de l'enfant et des PPE, (O3) Décrire le système d'AJE en contexte français et la prise en compte de ces conditions, (O4) Comprendre les leviers et les freins à l'intégration de ces conditions dans le système français.

2.2 Évaluation de la viabilité des interventions en santé des populations (VAPS)

L'intérêt de s'intéresser au concept de viabilité en RISP a été abordé dans ce manuscrit. Plutôt que de présenter le rationnel de VAPS²⁶, nous présentons VAPS au regard de la complémentarité avec la thèse, dont les problématiques sont issues d'un processus de problématisation conjoint²⁷ (figure 20). Cette thèse avait pour objectif d'analyser la viabilité d'interventions innovantes en santé des populations à partir du vécu de l'intervention par les parties prenantes. Dans une approche empirique, elle a permis d'éprouver la viabilité de trois interventions. Ce travail doctoral présente des limites. Les principaux besoins de recherche complémentaire, considérés dans VAPS sont : (i) interroger l'objet de recherche dans une approche interdisciplinaire, (ii) s'intéresser aux concepts connexes à la viabilité, (iii) comprendre comment le concept de viabilité a été mobilisé depuis sa définition (par qui ? Comment ? Dans quelles perspectives ?), (iv) analyser la perception des parties prenantes quant à l'intégration dans le système des interventions innovantes, au regard de travaux d'autres chercheurs ne s'appuyant pas sur le modèle de la validité intégrative. Ainsi, dans les études de cas nous avons analysées la viabilité à partir des résultats d'évaluations qualitatives que nous avons conduites. Cette recherche évitera de rester dans une approche tautologique, en nous permettant de mettre nos résultats à l'épreuve d'autres cadres et concepts.

²⁶ La recherche VAPS (« Viability Assessment of population health interventions within Pilot Studies ») est financée par l'Appel à Projet Générique 2021 de l'Agence Nationale de la Recherche et l'appel à projet Recherche en prévention 2021 de la Ligue contre le cancer. Sous la direction de F. Alla et L. Cambon (investigateurs principaux), elle s'appuie sur un consortium scientifique international et interdisciplinaire.

²⁷ L'élaboration du protocole de la recherche VAPS a fait l'objet en 2020 d'un mémoire de Diplôme Inter-Universitaire (DIU « Recherche Qualitative en Santé » de l'Université de Montpellier et de Paris).

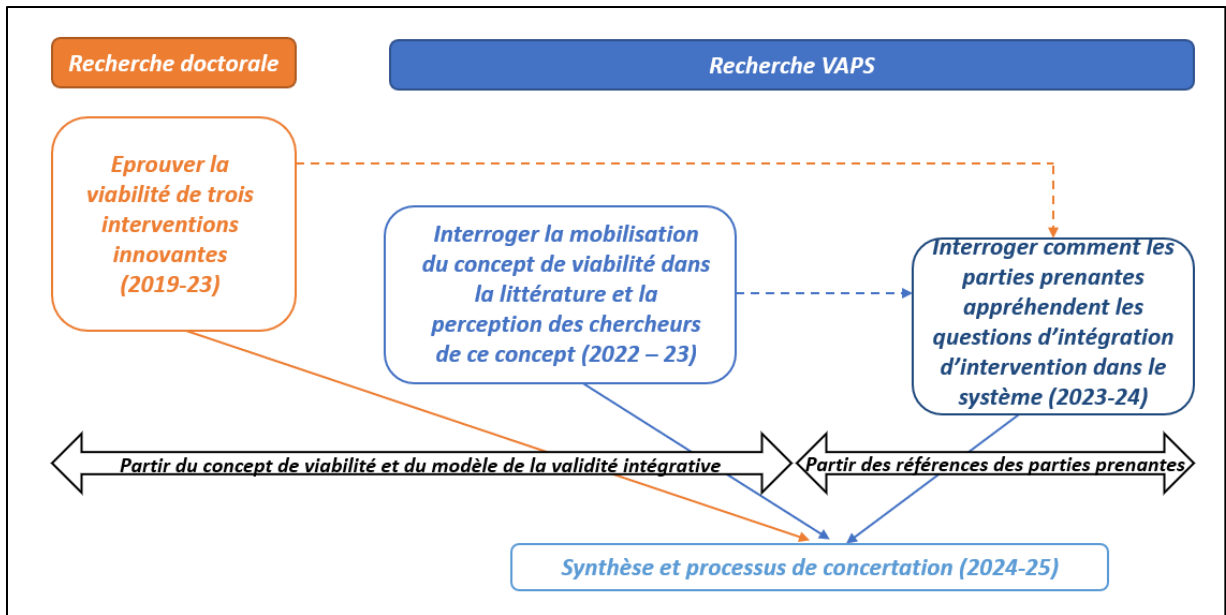


Figure 20 : articulation de la recherche doctorale et de la recherche VAPS

Les inégalités sociales de santé et de réussite scolaire, le bien-être des enfants ou la soutenabilité de nos systèmes de santé et éducatifs sont tant d'enjeux appelant le développement d'interventions innovantes. La recherche sur les interventions en santé des populations doit permettre de développer et d'évaluer des actions, programmes, organisations, politiques intégrées dans le monde réel. C'est dans cette perspective que Chen a développé en 2010 le modèle de la validité intégrative que cette thèse a permis d'éprouver empiriquement à travers trois études de cas.

Les résultats de la thèse soulignent en quoi l'adoption d'une approche ascendante, en s'intéressant à la viabilité permet de questionner si l'intervention a le potentiel de faire sens pour les parties prenantes de l'intervention et de s'intégrer dans le système existant afin de former un tout cohérent en termes d'objectifs, de projets de l'organisation, de missions, de leviers d'interventions et de ressources. Un premier déploiement d'intervention lors d'une étude pilote doit permettre d'éprouver dans le monde réel l'intervention imaginée en théorie. Cette étape est clé pour adapter l'intervention et en améliorer les conditions de viabilité. Dans cette perspective, la complémentarité entre la compréhension des mécanismes d'efficacité d'une intervention et l'étude de viabilité est à souligner. Afin de favoriser la mobilisation des savoirs des différentes parties prenantes et le transfert des connaissances issues de l'étude de viabilité, l'adoption de méthode de recherche participative est une voie intéressante pour la conduite de viabilité.

Dans une perspective de rendre plus opérants les critères de viabilité (utile, adéquate, pratique, abordable et compatible culturellement), des dimensions de chaque critère de viabilité ont été proposées. Ils s'articulaient en deux pôles de critères : (i) la nature - la forme de l'intervention ; (ii) les parties prenantes concernées. De plus, les différents niveaux d'analyse de la viabilité (microsystème, mésosystème, macrosystème), l'aspect multidimensionnel des critères de viabilité comme la diversité des parties prenantes concernées appellent à dépasser une vision binaire de la viabilité et à s'intéresser aux conditions de viabilité.

En outre, la viabilité est un déterminant de la transférabilité des interventions (Chen, 2015). Les résultats de la thèse permettent de souligner en quoi la viabilité est influencée par les composantes du changement organisationnel. Dans cette perspective, les résultats des études de cas proposent de considérer les interventions innovantes en santé des populations comme des sources de changement organisationnel et de s'appuyer sur les connaissances existantes sur la conduite du changement. Les résultats soulignent également l'importance de l'adaptation de l'intervention au contexte et

Conclusion

permettent de se questionner sur la définition d'une « intervention probante » sous le prisme de son intégration dans le système dans lequel elle vise à être déployée.

Pour finir, cette thèse a souligné en quoi le concept de viabilité n'était aujourd'hui que partiellement mature. Les prochains travaux de recherche sur le concept de viabilité permettront de réinterroger le concept de viabilité dans une perspective interdisciplinaire et au regard d'autres concepts connexes.

La bibliographie présentée ici comprend toutes les références mobilisées dans la thèse sauf celles des productions publiées ou en cours de soumission : chapitre de livre (partie 2) et articles (partie 5 et partie 6).

- Absil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé.
- Alderton, A., Villanueva, K., O'Connor, M., Boulangé, C., & Badland, H. (2019). Reducing Inequities in Early Childhood Mental Health: How Might the Neighborhood Built Environment Help Close the Gap? A Systematic Search and Critical Review. *Int J Environ Res Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091516>
- Alkin, M., & Christie, C. (2013). An evaluation theory tree. *Evaluation Roots: A Wider Perspective of Theorists' Views and Influences*.
- Alla, F. (2018). Challenges for prevention research. *Eur J Public Health*, 28(1), 1. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx117>
- Alla, F., & Cambon, L. (2017). Transformation of health systems: contribution of population health intervention research. *The Lancet Public Health*, 2(12), e539. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30216-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30216-5)
- Alla, F., Cambon, L., & Ridde, V. (In Press). *La recherche interventionnelle en santé des populations : concepts, méthodes, applications*.
- Alla, F., & Kivits, J. (2015). La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social [Interventional Research in Public Health: the Researcher/Participant Partnership, Interdisciplinarity and Social Role]. *Santé Publique*, 27(3), 303-304. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0303>
- Andrews, K., Atkinson, L., Harris, M., & Gonzalez, A. (2021). Examining the effects of household chaos on child executive functions: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 147(1), 16-32. <https://doi.org/10.1037/bul0000311>
- Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., & Vas, A. (2018). *Conduite du changement : concepts clés. 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01>
- Azria, É. (2023). De la preuve clinique à la clinique de la preuve, ou la logique évolutive de l'Evidence-Based Medicine. In *Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile* (pp. 17-62). Érès. <https://www.cairn.info/le-succes-de-la-prevention-en-sante-familiale-infantile-et-juvenile--9782749277738-page-17.htm>
- Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., Hazo, J.-B., Naouri, D., Pesonel, E., & Vilain, A. (2022). L'état de santé de la population en France. *N°102*(Les dossiers de la DREES).
- Banta, H. D. (2003). Considerations in defining evidence for public health: The European Advisory Committee on Health Research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 19(3), 559-572. <https://doi.org/10.1017/S0266462303000515>
- Beckerman-Hsu, J. P., Aftosmes-Tobio, A., Gavarkovs, A., Kitos, N., Figueroa, R., Kalyoncu, Z. B., Lansburg, K., Yu, X., Kazik, C., Vigilante, A., Leonard, J., Torrico, M., Jurkowski, J. M., & Davison, K. K. (2020). Communities for Healthy Living (CHL) A Community-based Intervention to Prevent Obesity in Low-Income Preschool Children: Process Evaluation Protocol [Article]. *Trials*, 21(1), Article 674. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04571-0>
- Berger, L. M., Panico, L., & Solaz, A. (2021). The Impact of Center-Based Childcare Attendance on Early Child Development: Evidence From the French Elfe Cohort. *Demography*, 58(2), 419-450. <https://doi.org/10.1215/00703370-8977274>

Bibliographie

- Blair, P. S., Byard, R. W., & Fleming, P. J. (2012). Sudden unexpected death in infancy (SUDI): suggested classification and applications to facilitate research activity. *Forensic Sci Med Pathol*, 8(3), 312-315. <https://doi.org/10.1007/s12024-011-9294-x>
- Bohic, N., Frossard J.-B., Itier C., Leconte T. (2023). *Qualité de l'accueil et prévention de la maltraitance dans les crèches* (Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Issue.
- Bonnefoy, M., Garrigues, C., & Suesser, P. (2023). *Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile. Comment en prendre la mesure ?* Érès. <https://www.cairn.info/le-succes-de-la-prevention-en-sante-familiale-infantile-et-juvenile--9782749277738.htm>
- Borge, C., Larsen, M., Osborne, R., Engebretsen, E., Andersen, M., Holter, I., & Wahl, A. (2022). How to co-design a health literacy-informed intervention based on a needs assessment study in chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ open*, 12, e063022. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063022>
- Breton Eric, m. d. (2017). *La promotion de la santé* : comprendre pour agir dans le monde francophone. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Briffault, X. (2016). *Santé mentale, santé publique. Un pavé dans la mare des bonnes intentions*. Presses universitaires de Grenoble. <https://doi.org/10.3917/pug.briff.2016.01>
- Brownson, R. C., Fielding, J. E., & Maylahn, C. M. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30(1), 175-201. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>
- Brownson, R. C., Fielding, J. E., & Maylahn, C. M. (2009). Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*, 30, 175-201. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>
- Buchheit, S. (2021). *Recherche action PERL : visites à domicile réalisées par des puéricultrices de PMI pour accompagner les familles et soutenir les interactions précoces : de la conception à la mise en place*
- Buchheit, S., Colombo, M. C., Fidry, E., Ligier, F., & Decroix, C. (2019). Lunévillois : développement de l'enfant et accompagnement à domicile. *La Santé en Action* 447, 46-47.
- Buchheit, S., Kabuth, B., Colombo, M.-C., & Ligier, F. (2021). Child Development and Early Interaction: PERL Research Protocol, a Preventive Home Visiting Program, Randomized Controlled Trial in France [Study Protocol]. *Frontiers in Psychiatry*, 12(821). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.641468>
- Burtin, A., Clet, E., Stevens, N., Kervran, C., Frevol, M., Ratel, R., Moysan, P., & Alla, F. (2023). Factors associated with the implementation of the 5As model of smoking cessation support during pregnancy: A scoping review. *Tob Induc Dis*, 21, 110. <https://doi.org/10.18332/tid/169623>
- Cambon, L. (2022). Children's wellbeing remains a blind-spot in public policies in France. *The Lancet Public Health*, 7(8), e652-e653. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00136-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00136-0)
- Cambon, L., & Alla, F. (2019). Current challenges in population health intervention research [Review]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(11), 990-992. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212225>
- Cambon, L., & Decroix, C. (2023). Ce que nous apprend la recherche interventionnelle pour améliorer la santé des enfants. In *Le succès de la prévention en santé familiale, infantile et juvénile* (pp. 85-110). Érès. <https://www.cairn.info/le-succes-de-la-prevention-en-sante-familiale-infantile-et-juvenile--9782749277738-page-85.htm>
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2012). Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-497>
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2013). A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, 13, 1184. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1184>

Bibliographie

- Cambon, L., Terral, P., & Alla, F. (2019). From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*, *19*(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6663-y>
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, *343*(6178), 1478-1485. <https://doi.org/10.1126/science.1248429>
- Carbuccia, L., Barone, C., Borst, G., Greulich, A., Panico, L., & Tô, M. (2020). *Revue de littérature sur les politiques d'accompagnement au développement des capacités des jeunes enfants*. [Rapport de recherche]. Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques. <https://sciencespo.hal.science/hal-03455799>
- Chaponnière, M. (2010). Nathalie Coulon et Geneviève Cresson : La petite enfance. Entre familles et crèches, entre sexe et genre. *Nouvelles Questions Féministes*, *29*(2), 128-130. <https://doi.org/10.3917/nqf.292.0128>
- Chen, H., & Garbe, P. (2011). Assessing program outcomes from the bottom-up approach: An innovative perspective to outcome evaluation. *New Directions for Evaluation*, *2011*, 93-106. <https://doi.org/10.1002/ev.368>
- Chen, H. T. (2010). The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*, *33*(3), 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>
- Chen, H. T. (2012). Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application, and advancement. In O. L. In R Strobl, & W. Heirmeyer (Ed.), *Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur [Evaluation of programs and projects for a democratic culture]* (pp. 17 - 40). Springer VS.
- Chen, H. T. (2015a). *Practical program evaluation : theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (Second edition. ed.). Los Angeles : SAGE Publications.
- Chen, H. T. (2015b). *Practical program evaluation : theory-driven evaluation and the intergrated evaluation perspective* (Sage, Ed. 2nd ed.).
- Chen, H. T. (2016). Interfacing theories of program with theories of evaluation for advancing evaluation practice: Reductionism, systems thinking, and pragmatic synthesis. *Eval Program Plann*, *59*, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.05.012>
- Chen, H. T. (2023). Aligning Evaluation Approaches with Context: Reductionism, Systems thinking, and pragmatic synthesis. Séminaire santé publique. Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement.
- Chen, H. T., & Garbe, P. (2011). Assessing program outcomes from the bottom-up approach: An innovative perspective to outcome evaluation [Article]. *New Directions for Evaluation*, *130*(1), 93-106. <https://doi.org/10.1002/ev.368>
- Chen, H. T., & Turner, N. C. (2012). Formal Theory Versus Stakeholder Theory: New Insights From a Tobacco-Focused Prevention Program Evaluation [Article]. *American Journal of Evaluation*, *33*(3), 395-413. <https://doi.org/10.1177/1098214012442802>
- Chen, H. T., Yip, F., Lavonas, E. J., Iqbal, S., Turner, N., Cobb, B., & Garbe, P. (2014a). Using the exhibited generalization approach to evaluate a carbon monoxide alarm ordinance [Article]. *Evaluation and Program Planning*, *47*, 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.06.003>
- Chen, H. T., Yip, F., Lavonas, E. J., Iqbal, S., Turner, N., Cobb, B., & Garbe, P. (2014b). Using the exhibited generalization approach to evaluate a carbon monoxide alarm ordinance. *Eval Program Plann*, *47*, 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.06.003>
- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med*, *29*(6), 351-364.

Bibliographie

- Choi, B. C., & Pak, A. W. (2007). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med*, 30(6), E224-232. <https://doi.org/10.25011/cim.v30i6.2950>
- Christian, H., Zubrick, S. R., Foster, S., Giles-Corti, B., Bull, F., Wood, L., Knuiiman, M., Brinkman, S., Houghton, S., & Boruff, B. (2015). The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: A review and call for research. *Health Place*, 33, 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.01.005>
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). [Evaluation in the health sector: concepts and methods]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48(6), 517-539. (L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes.)
- Craig, P., Di Ruggiero, E., Frohlich, K., Mykhalovskiy, E., Martin, W., & Campbell, R. (2018). *Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research*. NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre. <https://doi.org/10.3310/CIHR-NIHR-01>.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Cresson, G. (2010). Indicible mais omniprésent : le genre dans les lieux d'accueil de la petite enfance. *Cahiers du Genre*, 49(2), 15-33. <https://doi.org/10.3917/cdge.049.0015>
- Cresson, G., & Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier : le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*, 23(3), 26-41. <https://doi.org/10.3917/nqf.233.0026>
- Cuche, D. (2016). *La notion de culture dans les sciences sociales*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.cuche.2016.01>
- Daigneault, P.-M., & Jacob, S. (2012). Les concepts souffrent-ils de négligence bénigne en sciences sociales? Eléments d'analyse conceptuelle et examen exploratoire de la littérature francophone à caractère méthodologique. *Social Science Information*, 51(2), 188-204. <https://doi.org/10.1177/0539018412437107>
- De Vaujany, F. X. (2006). Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage. *Management & Avenir*, 9(3), 109-126. <https://doi.org/10.3917/mav.009.0109>
- Decroix, C., Buchheit, S., Colombo, M.-C., Ligier, F., Kabuth, B., & Kivits, J. (2022). Accompagnement à la parentalité en Protection maternelle et infantile : co-construction de la logique d'intervention PERL. *Santé Publique*, 34(3), 391-404. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-391.htm>
- Decroix, C., Martin-Fernandez, J., Cambon, L., Ridde, V., & Alla, F. (2023). Les défis de l'interdisciplinarité pour la recherche interventionnelle en santé des populations : le cas de la recherche VAPS. *Recherches Qualitatives*(27), 190-208. <https://hal.science/hal-04176027> (Hors-Série "Les Actes")
- Delahais, T., Devaux-Spatarakis, A., Revillard, A., & Ridde, V. (2021). *Évaluation : fondements, controverses, perspectives*.
- Delawarde, C., Briffault, X., & Saïas, T. (2014). L'enfant, sa famille et la santé publique : une fable périlleuse ? L'aide à la parentalité dans une perspective préventive : trois approches sur la question. *Devenir*, 26(1), 45-58. <https://doi.org/10.3917/dev.141.0045>
- Delawarde, C., Saïas, T., & Briffault, X. (2014a). The public health dogma of evidence-based mental disorders prevention and mental health promotion: French professionals' beliefs in regard to parenting programs. *Health Sociology Review*, 23(3), 166-177. <https://doi.org/10.1080/14461242.2014.11081971>
- Delawarde, C., Saïas, T., & Briffault, X. (2014b). The Public health dogma of evidence-based mental disorders prevention and mental health promotion: The beliefs of French professionals in regard to parenting programs. *Health Sociology Review*, 23, 3903-3921. <https://doi.org/10.5172/hesr.2014.3903>

Bibliographie

- Delawarde, C., Saïas, T., Pisu, F., Charest-Belzile, D., & Boisson, M. (2016). Soutenir la parentalité : un nouveau défi économique et politique. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 39(1), 13-36. <https://doi.org/10.3917/rief.039.0013>
- Deschamps, J.-P. (2016). Document pédagogique. Intervention en promotion de la santé. *Ecole de Santé Publique de Nancy. Université de Lorraine*.
- Desprès, C. (2013). Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé*, 31(2), 71-96. <https://doi.org/10.1684/sss.2013.0205>
- Desprès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*(169), 8. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>
- Devineau, S., François, F., Valentin, S., & Clémence, B. (2020). Ordinary summons of gender in nursery professions Assignations ordinaires de genre dans les métiers de la petite enfance. *L'Orientation scolaire et professionnelle*(49/2 | 2020), 257-280. <https://normandie-univ.hal.science/hal-02875627> (Genre, rapports sociaux de sexe et orientation)
- Dhaliwal, M., Small, R., Webb, D., Cluver, L., Ibrahim, M., Bok, L., Nascimento, C., Wang, C., Garagic, A., & Jensen, L. (2022). Covid-19 as a long multiwave event: implications for responses to safeguard younger generations. *Bmj*, 376, e068123. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068123>
- Dubois, A. C., Lahaye, M., & Aujoulat, I. (2022). From research 'on' to research 'with' children about their family lives: A scoping review of ethical and methodological challenges. *Child Care Health Dev*, 48(2), 203-216. <https://doi.org/10.1111/cch.12937>
- Dunet, D. O., Losby, J. L., & Tucker-Brown, A. (2013). Using evaluability assessment to support the development of practice-based evidence in public health. *J Public Health Manag Pract*, 19(5), 479-482. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e318280014f>
- Dunn, E. (2008). *Planning for cost effective evaluation with evaluability assessment*. Washington, DC : USAID. <http://pdf.usaid.gov/pdfdocs/PNADN200.pdf>.
- Durá, L., Felt, L., & Singhal, A. (2014). What Counts? For Whom? Cultural Beacons and Unexpected Areas of Programmatic Impact [1]. *Evaluation and Program Planning*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.01.001>
- Durá, L., Felt, L. J., & Singhal, A. (2014). What counts? For whom? Cultural beacons and unexpected areas of programmatic impact [Article]. *Evaluation and Program Planning*, 44, 98-109. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.01.001>
- Feyaerts, G., Deguerry, M., Deboosere, P., & De Spiegelaere, M. (2017a). Analysis of the decision-support function of policy assessment in real-world policy making in the field of poverty and social inequalities. Case study on migrant integration policies in the Brussels-Capital Region. *Environmental Impact Assessment Review*, 67, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.eiar.2017.08.007>
- Feyaerts, G., Deguerry, M., Deboosere, P., & De Spiegelaere, M. (2017b). Exploration of the functions of health impact assessment in real-world policymaking in the field of social health inequality: towards a conception of conceptual learning [Article]. *Global Health Promotion*, 24(2), 16-24. <https://doi.org/10.1177/1757975916679918>
- Fidry, E. (2015). *Des premiers regards aux premiers mots : une expérience de prévention en périnatalité* [Thèse de doctorat Psychologie Université de Lorraine].
- Fidry, E., Claudon, P., Saad Saint-Gilles, S., & Sibertin-Blanc, D. (2014). Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(3), 154-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.007>
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Rev Panam Salud Publica*, 44, e110. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.110>

Bibliographie

- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD008225. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2>
- Gavens, L., Holmes, J., Bühringer, G., McLeod, J., Neumann, M., Lingford-Hughes, A., Hock, E. S., & Meier, P. S. (2017). Interdisciplinary working in public health research: a proposed good practice checklist. *Journal of Public Health*, 40(1), 175-182. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox027>
- Gilbert, R., Salanti, G., Harden, M., & See, S. (2005). Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *Int J Epidemiol*, 34(4), 874-887. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi088>
- Godrie, B., Boucher, M., Bissonnette, S., Chaput, P., Flores, J., Dupéré, S., Gélinau, L., Piron, F., & Bandini, A. (2020). Epistemic injustices and participatory research: A research agenda at the crossroads of university and community. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, 13. <https://doi.org/10.5130/ijcre.v13i1.6703>
- Golden, S. D., & Earp, J. A. L. (2012). Social Ecological Approaches to Individuals and Their Contexts: Twenty Years of Health Education & Behavior Health Promotion Interventions. *Health Education & Behavior*, 39(3), 364-372. <https://doi.org/10.1177/1090198111418634>
- Greenhalgh, C., & Rogers, M. (2010). The Nature and Importance of Innovation. In *Innovation, Intellectual Property, and Economic Growth*. Princeton University Press. <https://EconPapers.repec.org/RePEc:pup:chapters:9221-1>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. In *The Sage handbook of qualitative research, 3rd ed.* (pp. 191-215). Sage Publications Ltd.
- Hacking, L. (2012). Introductory essay. In T.S Kuhn (e.d) *The structure of Scientific revolutions: 50th Anniversary edition*.
- Harman, E., & Azzam, T. (2017). Towards Program Theory Validation: Crowdsourcing the qualitative analysis of participant experiences. *Evaluation and Program Planning*, 66. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.08.008>
- Harshbarger, C., Burrus, O., Zulkiewicz, B. A., Ortiz, A. M., Galindo, C. A., Garner, B. R., Furberg, R. D., & Lewis, M. A. (2019). Implementing web-based interventions in HIV primary care clinics: Pilot implementation evaluation of positive health check [Article]. *JMIR Formative Research*, 3(2), Article e10688. <https://doi.org/10.2196/10688>
- Hawe, P., & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Can J Public Health*, 100(1), Suppl I8-14. <https://doi.org/10.1007/bf03405503>
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*, 43(3-4), 267-276. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9229-9>
- Im, G. H., Shin, D., & Park, S. (2022). Suggesting a policy-driven approach to validation in the context of the Test of Proficiency in Korean (TOPIK) [Article]. *Current Issues in Language Planning*, 23(2), 214-232. <https://doi.org/10.1080/14664208.2021.1984674>
- Inrig, S. J., Higashi, R. T., Tiro, J. A., Argenbright, K. E., & Lee, S. J. (2017). Assessing local capacity to expand rural breast cancer screening and patient navigation: An iterative mixed-method tool. *Eval Program Plann*, 61, 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.11.006>
- Ion, J., & Ravon, B. (2005). *Les travailleurs sociaux*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.ion.2005.01>
- Irwin, L., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). Early child development : a powerful equalizer: final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. . In: Vancouver : Human Early Learning Partnership.

Bibliographie

- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (2001). Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research. *Educ Health (Abingdon)*, 14(2), 182-197. <https://doi.org/10.1080/13576280110051055>
- Keller, C., Records, K., Coe, K., Ainsworth, B., López, S. V., Nagle-Williams, A., & Permana, P. (2012). Promotoras' roles in integrative validity and treatment fidelity efforts in randomized controlled trials [Article]. *Family and Community Health*, 35(2), 120-129. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31824650a6>
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01>
- Kivits, J., Ricci, L., & Minary, L. (2019). Interdisciplinary research in public health: the 'why' and the 'how'. *J Epidemiol Community Health*, 73(12), 1061-1062. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212511>
- Kothari, A., Rudman, D., Dobbins, M., Rouse, M., Sibbald, S., & Edwards, N. (2012). The use of tacit and explicit knowledge in public health: A qualitative study [Article]. *Implementation Science*, 7(1), Article 20. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-20>
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press.
- Kuhnley, R., & Cueva, M. (2011). Learning about cancer has brightened my light: Cancer education for alaska community health aides and community health practitioners (CHA/Ps) [Article]. *Journal of Cancer Education*, 26(3), 522-529. <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0207-1>
- Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., & Ferron C. (2021). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. In L. H. (Coord.) (Ed.), (pp. 4p.). UCLouvain/IRSS/RESI & Promotion Santé National & Fnes.
- Lambooy, B. (2018). Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes. *Devenir*, 30(4), 357-375. <https://doi.org/10.3917/dev.184.0357>
- Larose, M. P., Ouellet-Morin, I., Vitaro, F., Geoffroy, M. C., Ahun, M., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2019). Impact of a social skills program on children's stress: A cluster randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.02.017>
- Larousse. (2023). Viabilité. Dans Dictionnaire.
- Le Collectif pas de 0 de conduite. (2006). *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans* Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.colle.2006.01>
- Le Collectif pas de 0 de conduite. (2008). *Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ?* Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.colle.2008.01>
- Lejeune, C. (2019). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582.htm>
- Lemire, S., Peck, L. R., & Porowski, A. (2020). The Growth of the Evaluation Tree in the Policy Analysis Forest: Recent Developments in Evaluation. *Policy Studies Journal*, 48(S1), S47-S70. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/psj.12387>
- Les chercheurs ignorants. (2015). *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lesch.2015.01>
- Luesse, H., & Contento, I. (2018). Context Considerations for Developing the In Defense of Food Nutrition Education Curriculum. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2018.10.010>
- Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: an overview. *J Paediatr Child Health*, 46(11), 627-635. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01817.x>
- Malengreaux, S., Doumont, D., & Aujoulat, I. (2020). *L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques*, Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Bibliographie

- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Marmot M. (2010). *Fair society, health lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010.* www.instituteofhealthequity.org
- Martin-Fernandez, J., Stevens, N., Moriceau, S., Serre, F., Blanc, H., Latourte, E., Auriacombe, M., & Cambon, L. (2022). Realist evaluation of the impact, viability and transferability of an alcohol harm reduction support programme based on mental health recovery: The Vitae study protocol [Article]. *BMJ Open*, 12(8), Article e065361. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065361>
- Martin, C. (2011). Enjeux des politiques de la famille en France. *Revue Projet*, 322(3), 45-51. <https://doi.org/10.3917/pro.322.0045>
- Martin, C. (2014). « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.mart.2014.01>
- Martin, C. (2015). Parenting Support in France: Policy in an Ideological Battlefield. *Social Policy and Society*, 14(4), 609-620. <https://doi.org/10.1017/S147474641500024X>
- Martin, C. (2020). Collectiviser la question parentale : les apports des parenting cultures studies. *Lien social et Politiques*(85), 252-259. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1073751ar>
- Martin, C. (2021). Regard rétrospectif sur l'éducation des parents. In *Parentalités en mouvement* (pp. 17-32). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.scell.2021.01.0017>
- Martin, C. (2023). Educating Parents: Critical Policy Issues. In Oxford University press (Ed.), *Daly M., Gilbert N., Pfau Effinger B., Besharov D., International Handbook of Family Policy:Perspective.* (pp. 633-650). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197518151.013.30>
- Martin, C., Diter, K., Buzaud, J., & Perron, Z. (2021). DOSSIER D'ÉTUDE: bilan des travaux de la chaire "Enfance, bien-être, parentalité". <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28623.00168>
- Martin, W., Wharf Higgins, J., Pauly, B., & MacDonald, M. (2017a). "layers of translation" - Evidence literacy in public health practice: A qualitative secondary analysis [Article]. *BMC Public Health*, 17(1), Article 803. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4837-z>
- Martin, W., Wharf Higgins, J., Pauly, B. B., & MacDonald, M. (2017b). "Layers of translation" - evidence literacy in public health practice: a qualitative secondary analysis. *BMC Public Health*, 17(1), 803. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4837-z>
- Mays, N., & Pope, C. (1995a). Qualitative research: Observational methods in health care settings. *Bmj*, 311(6998), 182-184. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6998.182>
- Mays, N., & Pope, C. (1995b). Rigour and qualitative research. *Bmj*, 311(6997), 109-112. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6997.109>
- McQueen, D., & Anderson, L. (1999). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé 1. *Ruptures*, 7.
- Melhuish, E., Ereky-Stevens, K., Petrogiannis, K., Ariescu, Penderi, E., Rentzou, K., Tawell, A., Slot, Broekhuizen, M., & Leseman, P. (2015). A review of research on the effects of early childhood Education and Care (ECEC) upon child development. CARE project. *Curriculum Quality Analysis and Impact Review of European Early Childhood Education and Care (ECEC).*
- Milat, A. J., Newson, R., King, L., Rissel, C., Wolfenden, L., Bauman, A., Redman, S., & Giffin, M. (2016). A guide to scaling up population health interventions. *Public Health Res Pract*, 26(1), e2611604. <https://doi.org/10.17061/phrp2611604>
- Minh, A., Muhajarine, N., Janus, M., Brownell, M., & Guhn, M. (2017). A review of neighborhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health Place*, 46, 155-174. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.04.012>
- Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. (2023). *L'éducation prioritaire.* [en ligne] <https://www.education.gouv.fr>
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe.* Montrouge : ESF éditeur, 158p.

Bibliographie

- Morse, J. M., Hupcey, J. E., Mitcham, C., & Lenz, E. R. (1996). Concept analysis in nursing research: a critical appraisal. *Sch Inq Nurs Pract*, 10(3), 253-277.
- Morse, J. M., Mitcham, C., Hupcey, J. E., & Tason, M. C. (1996). Criteria for concept evaluation. *Journal of advanced nursing*, 24 2, 385-390.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.mucch.2009.02>
- Niglas, K. (2010). The multidimensional model of research methodology: An integrated set of continua. In *Mixed methods in social and behavioral research*.
- O'Toole, J. K., Klein, M. D., McLinden, D., Sucharew, H., & DeWitt, T. G. (2015). A Pilot Study of the Creation and Implementation of a Teaching Development Assessment Tool. *J Grad Med Educ*, 7(4), 638-642. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-14-00439.1>
- O'Neill, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 48(5), 317-326. <https://doi.org/10.1007/s00038-003-2036-4>
- Oude Engberink, A., Clary, B., Pavageau, S., Clotet, L., Serayet, P., Michel, D., Million, E., Gras-Aygon, C., Bourrel, G., Lognos, B., & Carbonnel, F. (2018). La problématisation pas à pas : un « questionnement réflexif » de l'idée de départ jusqu'à la question de recherche.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>
- Patton. (2005). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed. ed.). SAGE
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage Publications, Inc.
- Peeters, J. (2013). Professionnalité et genre : participation des hommes et petite enfance. In *Petite enfance et participation* (pp. 33-50). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.rayna.2013.01.0033>
- Pettigrew, A. M. (1987). Context and action in the transformation of the firm. *Journal of Management Studies*, 24(6), 649-670. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1987.tb00467.x>
- Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K., Gerhardus, A., Hofmann, B., Booth, A., Lysdahl, K. B., Tummers, M., Burns, J., & Rehfuess, E. A. (2015). Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 109(2), 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>
- Plivard, I. (2014). Chapitre 1 - La notion de culture. In *Psychologie interculturelle* (pp. 7-46). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/psychologie-interculturelle--9782804189365-page-7.htm>
https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DBU_PLIVA_2014_01_0007
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. 7.
- Potvin, L. (2014). The Contribution of Population Health Intervention Research (PHIR) to the Science of Health Promotion. .
- Potvin, L., Petticrew, M., & Cohen, E. R. (2014). Population health intervention research: developing a much needed science of solutions. *Prev Med*, 61, 114-115. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.01.011>
- Potvin, L., Ruggiero, E., & Shoveller, J. A. (2013). Pour une science des solutions: la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action*, 425, 13-16.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Paris : Cairn.
- Rayssiguier, Y. R., & Huteau, G. (2018). Chapitre 2. Les politiques sociales catégorielles. In *Politiques sociales et de santé* (pp. 39-134). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.rayss.2021.01.0041>
- Ribeiro Santiago, P. H., & Colussi, C. F. (2018). Feasibility evaluation of a mindfulness-based intervention for primary care professionals: Proposal of an evaluative model [Article].

Bibliographie

- Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31, 57-63.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.01.013>
- Riches, B. R., Benavides, C. M., & Dubon, V. X. (2020). Development of a fostering purpose intervention [Article]. *Evaluation and Program Planning*, 83, Article 101857.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2020.101857>
- Ridde, V., Coulibaly, A., & Gautier, L. (2023). *Les études de cas*. Laboratoire interdisciplinaire des politiques publiques (LIEPP, Sciences Po). <https://hal.science/hal-04102951>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37-51. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0037>
- Ridde, V., & Haddad, S. (2013). Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, S95-S106.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.03.037>
- Robert, E., & Ridde, V. (2016). Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 107(4-5), e362-e365. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5533>
- Robert, É., & Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1025741ar>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 312(7023), 71-72.
<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Saïas, T., Bodard, J., Mörch, C., Bonnard, A., & Dugravier, R. (2018). "Petits pas, grands pas", une démarche pour réinventer la prévention en PMI. *Cahiers de la Puéricultrice*, 55, 29-35.
<https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2018.09.005>
- Saïas, T., Delawarde, C., & Briffault, X. (2014). De la réaction à la transformation sociale : une analyse discursive des publications du collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.018>
- Saïas, T., Kargakos, S., Bodard, J., Dugravier, R., Bonnard, A., Rolland du Roscoat, E., & Sempé, S. (2019). Soutenir les compétences des intervenantes de prévention précoce en France : usages et effets du dispositif Panjo. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 5(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.refiri.2019.06.004>
- Saïas, T., Poissant, J., Delawarde, C., & Tarabulsy, G. (2019). Cinquante ans d'expérimentation:: Quels enseignements tirer des programmes de prévention précoce? In (pp. 303-318).
<https://doi.org/10.2307/j.ctvggx3bq.15>
- Saillour-Glénisson, F., & Salmi, L. R. (2023). Évaluation des effets d'une intervention complexe. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 71(2), 101377.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.06.002>
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q*, 87(2), 368-390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>
- Schalock, R. L., Gomez, L. E., Verdugo, M. A., & Claes, C. (2017). Evidence and evidence-based practices: Are we there yet? [Article]. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 55(2), 112-119. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-55.2.112>
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., & Gomez, L. E. (2011). Evidence-based practices in the field of intellectual and developmental disabilities: An international consensus approach [Article]. *Evaluation and Program Planning*, 34(3), 273-282.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.10.004>

Bibliographie

- Sempé, S., Saïas, T., Bodard, J., & Bonnard, A. (2022). Prévention précoce : résultats de l'étude d'efficacité portant sur l'intervention PANJO expérimentée par onze PMI. *Santé Publique*, 34(HS1), 23c-23c. <https://doi.org/10.3917/spub.220.0023c>
- Sibeoni, J. (2017). *L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent* <http://www.theses.fr/2017SACLS425/document>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *Bmj*, 374, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Soura, B., Fallu, J.-S., Bastien, R., & Brière, F. (2019). L'étude d'évaluabilité: Une intervention de prévention de l'usage de drogues à l'école au Québec [Evaluability Assessment: A school-based drug prevention intervention in Quebec]. In (pp. 3-32).
- Spencer, L. M., Schooley, M. W., Anderson, L. A., Kochtitzky, C. S., DeGroff, A. S., Devlin, H. M., & Mercer, S. L. (2013). Seeking best practices: A conceptual framework for planning and improving evidence-based practices [Article]. *Preventing Chronic Disease*, 10(12), Article 130186. <https://doi.org/10.5888/pcd10.130186>
- Stevens, N., Cambon, L., & Alla, F. (2021). Innovative transformation of the health system through a preventive transition [Article]. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 69(4), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.04.138>
- Tarabulsy, G., Poissant, J., Saïas, T., & Delawarde, C. (2019). *Programmes de prévention et développement de l'enfant: 50 ans d'expérimentation* (Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec ed.).
- Tarquinio, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., & Alla, F. (2015). Evaluating complex interventions: perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychol Health*, 30(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.953530>
- Thabane, L., Cambon, L., Potvin, L., Pommier, J., Kivits, J., Minary, L., Nour, K., Blaise, P., Charlesworth, J., & Alla, F. (2019). Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*, 20(1), 309. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3422-4>
- Ton, G. (2012). The mixing of methods: A three-step process for improving rigour in impact evaluations [Article]. *Evaluation*, 18(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/1356389011431506>
- Tremblay, M. C., & Parent, A. A. (2014). Reflexivity in PHIR: let's have a reflexive talk! *Can J Public Health*, 105(3), e221-223. <https://doi.org/10.17269/cjph.105.4438>
- Tremblay, R. E., Desmarais-Gervais, L., Gagnon, C., & Charlebois, P. (1987). The Preschool Behaviour Questionnaire: Stability of its Factor Structure Between Cultures, Sexes, Ages and Socioeconomic Classes. *International Journal of Behavioral Development*, 10(4), 467-484. <https://doi.org/10.1177/016502548701000406>
- Treweek, S., & Zwarenstein, M. (2009). Making trials matter: pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. *Trials*, 10, 37. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-10-37>
- Turcotte-Tremblay, A.-M. (2020). *The unintended consequences of a complex intervention combining performance-based financing with health equity measures in Burkina Faso* [Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal].
- UNESCO. (2001). *Universal Declaration on Cultural Diversity*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Retrieved from <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/unesco-universal-declaration-cultural-diversity> Version française https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124687_fre.page=78
- Urban, J. B., Hargraves, M., & Trochim, W. M. (2014). Evolutionary Evaluation: Implications for evaluators, researchers, practitioners, funders and the evidence-based program mandate [Article]. *Evaluation and Program Planning*, 45, 127-139. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.03.011>
- Valery, K.-M. (2021). *Reducing the schizophrenia stigma in mental health practices. Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale* (Publication Number

Bibliographie

- 2021BORD0324) [Thèse de Doctorat Psychologie. Université de Bordeaux].
<https://theses.hal.science/tel-03564693>
- Vallata, A., Cadeville, M., Kanski, C., & Alla, F. (2022). TABADO 2 : une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire [Article]. *Global Health Promotion*, 29(1), 130-138. <https://doi.org/10.1177/1757975921997721>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e édition entièrement revue et augmentée. ed.). Malakoff : Dunod.
- Vandenbroeck, M. (2020). Produire des preuves dans les interventions du soutien à la parentalité. In *Parentalité, développement, apprentissages* (pp. 215-229). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.suess.2020.01.0215>
- Vanderpool, R. C., Gainor, S. J., Conn, M. E., Spencer, C., Allen, A. R., & Kennedy, S. (2011). Adapting and implementing evidence-based cancer education interventions in rural Appalachia: Real world experiences and challenges [Article]. *Rural and Remote Health*, 11(4), Article 1807.
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84856620634&partnerID=40&md5=9af9ddc78dd0545fe647e5a6e79b7abe>
- Villeval, M. (2018). *Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé*.
- Villeval, M., Ginsbourger, T., Bidault, E., Alias, F., Delpierre, C., Gaborit, É., Kelly-Irving, M., Manuello, P., Grosclaude, P., & Lang, T. (2014). L'interdisciplinarité en action : les « mots-pièges » d'une recherche interdisciplinaire [Interdisciplinarity in Action: "Trap-words" in Interdisciplinary Research]. *Santé Publique*, 26(2), 155-163. <https://doi.org/10.3917/spub.138.0155>
- Webster-Stratton, C. (1980-2011). *The incredible years. Parents, teachers and Childrens 's training series*.
- Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years: Parents, Teachers, and Children Training Series. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18, 31-45.
https://doi.org/10.1300/J007v18n03_04
- Webster-Stratton, C. (2012). *Collaborating with parents to reduce children's behavior problems : a book for therapists using the Incredible Years programs / Carolyn Webster-Stratton, PhD*. Incredible Years Inc.
- Weiss, C. H. (1970). The Politicization of Evaluation Research. *Journal of social issues*, 26(4), 57-68.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1970.tb01743.x>
- White, H. (2021). La société expérimentale du XXIe siècle : les quatre vagues de la révolution de la preuve. In *Évaluation*.
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. In. Geneva: Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization.
- WHO. (2015). *Beyond bias: exploring the cultural contexts of health and well-being measurement: first meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 15–16 January 2015*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/182731>
- WHO. (2017). *Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy making*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/344101>
- WHO. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/350161>
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: meta-narrative reviews. *BMC Med*, 11, 20. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-20>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe Retrieved from
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>

Bibliographie

- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (Sixth edition. ed.). SAGE Publications, Inc.
- Yin, R. K., & Ridde, V. (2012). 10. Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes. In C. In Dagenais, & Ridde, V. (Ed.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Presses de l'Université de Montréal. doi :10.4000/books.pum.5989

Annexe 1 : contributions aux travaux et CV de la doctorante

Contribution aux différentes études de cas

L'évaluation des mécanismes et processus PERL (étude de cas 1) était sous la direction scientifique du Pr. Joëlle Kivits. A partir du protocole réalisé en amont, les missions de la doctorante ont été : pilotage de l'évaluation des mécanismes et processus, élaboration des outils de recueil et d'analyse des données, restitution des résultats, rédaction d'un rapport d'évaluation, valorisation scientifique, participation aux comités de pilotage et aux comités technique. Un guide de mise en œuvre a été réalisé en binôme par la doctorante et Clothilde Garnier (stagiaire au Centre d'Expertise en Santé Publique de Nancy en 2019-2020, sous la direction de Joëlle Kivits et Charlotte Decroix).

L'étude pilote de la démarche « *Accompagne-moi... !* »²⁸ (étude de cas 2), dont l'Inserm était le promoteur, a été réalisée sous la direction scientifique des Pr. François Alla et Sylvana Côté. Les missions de la doctorante étaient : pilotage de la recherche, élaboration du protocole de recherche, réadaptation de la méthodologie au regard de la crise sanitaire, réalisation des démarches éthiques et réglementaires avec la contribution de Carole Pierrart (Inserm), recueil et analyse des données, réalisation du processus de restitution, rédaction du rapport d'évaluation et valorisation scientifique. Ces missions incluaient un partenariat étroit avec l'association Ensemble Pour la Petite Enfance ayant développé et portant l'intervention ainsi que la relation avec les financeurs. L'analyse des données, la rédaction du rapport, la réalisation du processus de restitution et la valorisation scientifique ont été réalisées avec la contribution d'Anaïs Essilini (post-doctorante de l'équipe). Océane Phanatzis (ingénieure d'étude dans l'équipe) a également contribué au processus de restitution. En outre, un binôme a été réalisé entre la doctorante et Charlotte Kervran (post-doctorante de l'équipe en charge du cas 3) permettant un regard croisé sur les deux cas.

Concernant l'étude de viabilité Incredible Years (étude de cas 3), dont l'université de Bordeaux était le promoteur, elle a été réalisée sous la direction scientifique du Pr. François Alla. Les contributions de la doctorante étaient : élaboration du protocole de recherche en amont de l'arrivée de la post-doctorante dans l'équipe, appui à la cheffe de projet, contribution à la rédaction du rapport de recherche, contribution à l'analyse de la viabilité à partir des résultats de l'analyse qualitative du vécu de l'intervention par les parties prenantes, contribution à la restitution des résultats aux partenaires, rédaction de l'article scientifique (en cours). La chefferie de projet, la relation avec les financeurs,

²⁸ Pour simplifier, seulement les contributions du volet qualitatif de l'étude sont présentées.

Annexe 1 : contributions aux travaux et CV de la doctorante

l'élaboration des outils de recueil de donnée, le recueil de données et la restitution des résultats aux partenaires ont été réalisées par Charlotte Kervran (post-doctorante de l'équipe en charge du cas 3). L'analyse des données et la rédaction du rapport de recherche dont est majoritairement issue la partie résultat ont été réalisées par Ivanne Merle (sociologue, à son compte) et Charlotte Kervran.

L'ensemble des retranscriptions des entretiens ainsi que la traduction des articles en anglais ont été externalisés à des prestataires externes.

La doctorante n'était directement impliquée dans le déploiement d'aucune des interventions étudiées, hormis au travers d'échanges réguliers acteurs – chercheurs et aux éventuels instants de décisions. Les acteurs des projets sont présentés pour chaque étude de cas dans le manuscrit de thèse.

Travaux collectifs

Ce travail doctoral s'articule avec différents échanges et réflexions collectives, chronologiquement :

- Organisation de deux réunions d'animation interne à l'équipe de recherche sur la présentation des résultats d'étude de viabilité (26/11/2020 et 17/12/2020),
- Coordination de la recherche « Évaluation de la viabilité des interventions en santé des populations » (VAPS), (2019 – en cours, détails partie 10, 2.2) Dans ce cadre, un partenariat avec le Pr. Chen a été élaboré et un séminaire de recherche a été organisé (9/05/2023),
- Participation au comité de pilotage de la recherche Stigma-pro et un appui pour l'étude de viabilité incluse dans Stigma-Pro, (2020 – en cours), (Valery, 2021). L'objectif de la recherche Stigma-Pro est de développer et d'évaluer une intervention visant à réduire la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale,
- Participation et communication dans différents colloques,
- Participation au séminaire « *l'usage des théories en recherche interventionnelle en santé des populations (RISP)* » du réseau de recherche So-RISP (30/01/2023 et 31/01/2023),
- Appui méthodologique ponctuel à différents chercheurs, chargés d'étude ou étudiants (stagiaire de master, interne de médecine) réalisant des études de viabilité,
- Participation à une réflexion collective sur la capitalisation d'étude de viabilité sur la thématique du tabac conduite dans l'équipe (2023 – en cours).

Expériences professionnelles

- **2019 - ... :** Ingénieure d'études / Doctorante – Equipe « Recherche translationnelle sur la santé des populations » (PHAREs) – Centre de Recherche Bordeaux Population Health, Inserm U1219 -Université Bordeaux
 - Problématisation, réponse à des appels à projets, élaboration de protocoles de recherche, recueil et analyse des données, valorisation scientifique et grand public, élaboration des démarches éthiques et réglementaires, partenariats, encadrements d'étudiants et coordination de projets, participation à des comités de pilotage et scientifique de projets de recherche
 - Principaux projets de recherche : coordinatrice de la recherche VAPS (Évaluation de la viabilité des interventions en santé des populations), de l'étude pilote de la démarche « Accompagne-moi... ! », du volet qualitatif de l'évaluation du Pôle de Renforcement des Compétences (RDC) usagers de substances addictives de l'association La CASE
 - Appel à projet obtenus sous la direction de F.Alla et/ou L. Cambon : ANR AAPG2021, AAP Prévention 2021 Ligue contre le cancer, ANR AAPG2023 (étape 1/2 obtenue)
 - Co-pilotage de l'animation scientifique de l'équipe EVIDANS
- **2018 – 19 (19 mois) :** Ingénieure d'études – Centre d'Expertise en Santé Publique (CESP) – Ecole de Santé Publique, Faculté de médecine, Université de Lorraine
 - Chargée de l'évaluation des processus et mécanismes PERL
 - Chargée du volet qualitatif de l'évaluation du pôle de Renforcement Des Compétences (RDC) de l'association La CASE
- **2017 (9 mois) :** Chargée de mission Prévention Promotion de la santé (stagiaire et contractuelle) - Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes - délégation départementale 26
 - Chargée de l'évaluation du CLS de Valence co-pilotée par l'ARS et la ville
- **2016 (6 mois) :** Chargée de missions – Réseau Social Dentaire du Val de Marne – Aide Odontologique Internationale (AOI)
- **2014 - 2015 (1 an) :** Ergothérapeute - Service de soins et d'aides à domicile – ASAD, Association de Soins et d'Aide à Domicile, Paris

Enseignements et activités associatives

- **2021 - ... :** Membre du Conseil d'Administration de l'Aide Odontologique Internationale (AOI)
- **2019 - ... :** Vacataire de l'enseignement supérieur - Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Université de Bordeaux
- **2018 - ... :** Vacataire de l'enseignement supérieur – école de santé publique de Nancy, faculté de médecine, Université de Lorraine

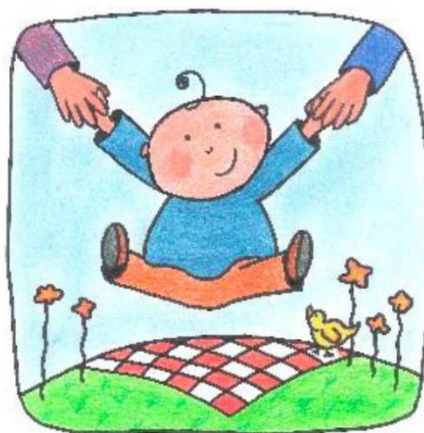
Formations

- **2020 - ... :** Doctorat en Santé Publique, (Sous la direction de François Alla et Valéry Ridde), Ecole Doctorale EDSP2 - Sociétés, politique, santé publique, Université de Bordeaux
- **2019 – 20 :** Diplôme Inter-universitaire Recherche Qualitative en Santé, Université de Montpellier et de Paris
- **2016 – 17 :** Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) co-habilité avec l'Institut d'Etudes Politiques (IEP) de Rennes
- **2011 – 14 :** Licence Ingénierie et Santé Publique, Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS), Université de Lille 2
Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute, Institut de Formation en Ergothérapie de Berck-Sur-Mer



Centre d'Expertise en Santé Publique
Ecole de Santé Publique
Faculté de Médecine – Université de Lorraine

PERL, un programme d'accompagnement à la parentalité en PMI : Guide de mise en œuvre



Quoi ? Qui ? Quand ? Pourquoi ? Quels principes ?

PERL (Petite Enfance Recherche-action en Lorraine)



Guide d'intervention – Version 1

Réalisation du guide (version 1)

Le travail d'évaluation des mécanismes et processus de l'intervention PERL (2018-2019) et de rédaction du présent guide (2019-2020) a été réalisé par le Centre d'Expertise en Santé Publique (CESP) de l'Ecole de Santé Publique de Nancy (Faculté de médecine, Université de Lorraine). Plus précisément :

- Sous la direction de : Joëlle Kivits
- Chargée d'études : Charlotte Decroix
- Stagiaire Master 2 Intervention en Promotion de la Santé : Clotilde Garnier

Ce guide a été produit par le CESP, à partir de l'intervention développée par le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) et le Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle (service de Protection Maternelle et Infantile, PMI), en partenariat avec la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Meurthe-et-Moselle et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est.

Contact :

- Evaluation des processus et mécanismes de PERL / présent guide : charlotte.decroix@u-bordeaux.fr, joelle.kivits@univ-lorraine.fr,
- Recherche-action PERL : Sophie Buchheit, coordinatrice de la recherche PERL Sophie.BUCHHEIT@cpn-laxou.com

Pour citer ce document :

Groupe PERL (Petite Enfance Recherche-Action en Lorraine). *Guide de mise en œuvre d'un projet d'accompagnement à la parentalité en PMI*. Nancy, Centre d'Expertise en Santé Publique, Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lorraine ; 2020, 36 p.

Remerciements...

L'équipe du Centre d'Expertise en Santé Publique tient à remercier :

- L'ensemble des partenaires du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle (service de PMI), du Centre Psychothérapique de Nancy, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est et de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) pour leur collaboration tout au long du travail d'évaluation des mécanismes et processus (ce guide étant l'opérationnalisation d'une partie de cette évaluation). Le croisement des regards des puéricultrices, des professionnels de santé impliqués, des acteurs de santé publique, des chercheurs, décideurs et élu a permis toute la richesse de cette démarche.
- La disponibilité des acteurs ayant contribué à Interreg comme à PERL est à souligner.
- Plus précisément, merci à Sophie Buchheit, Bernard Kabuth, Fabienne Ligier, Elise Fidry, Marie-Christine Colombo, Séverine Dehe Lamboley, chacune des puéricultrices de l'équipe du Lunévillois ainsi que l'ensemble des membres du comité de pilotage.
- L'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est pour le soutien financier de l'évaluation des mécanismes et processus.
- L'ensemble des familles concernées.

Préambule – Extraits d’entretiens semi-directifs menés dans le cadre de l’évaluation des mécanismes et processus dont découle le présent guide

« Pour être préventif, il faut agir le plus tôt possible, il n’y a rien à faire. Et agir le plus tôt possible, ben c’est agir à la naissance, voire même avant la naissance. Et notre idée, c’était vraiment d’essayer d’intervenir le plus tôt possible auprès des familles et des futures mamans d’enfants sur le territoire. Sachant que c’est une action pour nous ... qui va être complètement préventive. Mais ça, on pourra le prouver dans 20 ans, 30 ans, 40 ans. Mais à partir du moment où des enfants arrivent à ne pas avoir de retard de langage en rentrant en maternelle, puis ensuite à l’école primaire, donc ça sous-entend une meilleure intégration, ça sous-entend ... un meilleur niveau de scolarisation, une meilleure intégration dans la société, donc moins de difficultés, moins de problèmes sociaux, voilà. Donc moins de problèmes psy, donc on est peut-être loin de la psychiatrie de la maladie mentale, mais on est vraiment donc la prévention et la promotion de la santé mentale ».

« Globalement, les questions que les parents ont...surtout chez les tout-petits [...] on y comprend beaucoup à la fois et rien du tout. Les personnes qui ont le plus de réponses ce sont les parents [...]. Même sur l’allaitement... évidemment que ça peut aider qu’une sage-femme vienne donner une petite... Au final c’est le fait qu’il y a un professionnel qui vienne te dire « oui, oui, là t’as raison dans ce que tu fais », c’est ça qui marche ».

« [quelqu’un] qui vient juste regarder ton bébé et de te dire combien il est merveilleux ».

« Là ce qu’on vous propose c’est que vous nous aidiez à comprendre votre enfant ».

« En fait, on [les professionnels] est expert, mais par rapport à certains aspects du domaine, mais pas par rapport à tout. S’il y a un bébé, il pleure et que le parent a décidé de le laisser pleurer, et que pour toi qui vas en VAD, c’est inacceptable. Pourquoi c’est inacceptable de laisser pleurer un bébé ? Est-ce que ça te renvoie à quelque chose par rapport à toi ? »

« En consultation, on a le contrôle de la consulte parce que c’est nous qui mettons le cadre, on est chez nous. Alors qu’en visite à domicile on n’est pas chez nous. On vient dans leur univers ».

« Il y a le cadre et la façon dont on entre dans le cadre en tant que professionnel ».

« Finalement, elles [les puéricultrices] ont le droit d’avoir le temps de le faire. Ce qui manque aussi beaucoup dans leur rythme infernal, c’est de se voir, de se parler et de se parler des situations ».

« On est aujourd’hui dans une société où tout est dans l’immédiateté et que les familles les plus vulnérables en payent le prix et elles sont dans un sentiment comme ça de temps fuyant tout le temps ».

SOMMAIRE

Introduction	5
PERL : De quoi parle-t-on ?	7
a. Objectifs du programme	
b. Composantes du programme	
c. Principes et « ingrédients indispensables » du programme	
d. Etapes de mise en œuvre du programme	
Etape 1 : Questionnement préalable au choix de déployer l'intervention	13
a. Pourquoi une étape préalable au choix de déployer l'intervention ?	
b. Question 1 : pourquoi déployer l'intervention sur votre territoire ?	
c. Question 2 : comment l'intervention s'insère-t-elle dans vos pratiques ?	
d. Question 3 : quelles ressources disponibles et mobilisables ?	
e. Outils et opérationnalisation de cette étape de questionnement	
Etape 2 : Préparation du déploiement	17
a. Elaborer les instances de gouvernance de l'intervention, identifier un responsable et un coordinateur de projet	
b. Fédérer les puéricultrices autour de PERL, déterminer le niveau de co-construction souhaité	
c. Préparer le dispositif de supervisions	
d. Expliciter la population cible de l'accompagnement	
e. Préparer le partenariat sur le territoire / pour l'orientation des familles	
f. Préparer l'évaluation	
Etape 3 : Mise en œuvre de l'intervention	24
a. Formation des puéricultrices et analyse des pratiques	
b. Supervisions	
c. Accompagnement des familles	
- 1 ^{ère} phase : proposition de l'accompagnement à la parentalité aux familles : poser le cadre	
- 2 ^{ème} phase : le déroulement de chaque visite à domicile	
- 3 ^{ème} phase : de l'espace des visites à domicile à la fin de l'accompagnement	
Etape 4 : Evaluation et pérennisation du programme	32
Annexes	33
Annexe 1 : Modèle logique de l'intervention	
Annexe 2 : Résultats attendus des supervisions	
Bibliographie	36

Introduction

La petite enfance : une période clé dans la prévention ?

A 35 ans, il existe en France une différence d'espérance de vie de 6,4 ans entre un ouvrier et un cadre, chez les hommes (2009-2013) et 3,2 ans pour les femmes (1). Dès le plus jeune âge ces inégalités sont présentes : aux deux ans de l'enfant, il est constaté un important gradient socioéconomique dans le développement du langage en fonction du revenu du ménage ou du diplôme de la mère (2). Afin de modifier la tendance, l'intérêt d'agir au plutôt et de développer des programmes de prévention primaire sur le développement de l'enfant n'est plus à démontrer (3). Si la place des 1000 premiers jours est reconnue, avec une mise à l'agenda politique, certains défis restent encore tels que la production de données probantes et leur mobilisation dans l'action publique.

Production de données probantes : résultats prometteurs d'Interreg (2010-2014)

Depuis plus de 50 ans, de nombreux projets de recherche ont été développés à l'international. En France, sur le territoire du Lunévillois (Grand-Est), le constat d'une prévalence élevée de retards de langage chez les enfants de 4 ans a été à l'origine d'une recherche-action visant à prévenir de tels retards (2010-2014), (4), (5). A partir d'une revue de la littérature, un modèle d'accompagnement psychologique régulier des familles à domicile a été défini autour de trois axes : la parentalité, les interactions parents bébé et le développement du bébé. Les résultats de l'évaluation de ce modèle ont été encourageants tant sur le plan du développement psychomoteur de l'enfant que de la prévention des retards de langage à deux et quatre ans (4), (5). Suite à ces résultats prometteurs, la nécessité de passer de conditions expérimentales dédiées pour la recherche à des conditions de routine, a conduit à la recherche-action PERL (Petite Enfance Recherche-action en Lorraine). L'idée était d'expérimenter l'intégration des fondamentaux du modèle d'intervention dans les pratiques courantes, en s'appuyant sur un service de prévention et promotion de la santé central sur les territoires : la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cette intégration du modèle d'accompagnement était d'autant plus évidente que la PMI était partenaire de la première recherche, pour laquelle le modèle d'accompagnement proposé convergeait très largement avec celui porté en PMI.

La PMI : un service central de prévention et promotion de la santé

Tel qu'indiqué dans le Code de la Santé Publique, la prévention et la promotion de la santé sont des missions clés des services de Protection Maternelle et Infantile. La démarche de PMI s'ancre dans une vision globale de la santé, avec une approche holistique. Ce service public se caractérise par : la continuité (réponse à un besoin social), l'égalité (ouvert à tous, accessibilité territoriale et gratuité), l'adaptabilité (approche contextuelle dans les lieux de vie), (6).

Si la PMI est reconnue comme une « politique originale, efficiente », « porteuse de

Introduction

prévention », de nombreux rapports soulignent la « mise à mal » de ce dispositif « maltraité » et la nécessité de réinvestir dans la PMI (6), (7).

Dans son rapport « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! », Mme Peyron dresse un portrait précis de la situation, soulignant notamment que :

- « les visites à domicile infantiles par des infirmières puéricultrices ont vu leur nombre presque divisé par 2 en 25 ans (1 million en 1991, 580 000 en 2016) »,
- « 30 à 40 % des moyens humains sont donc « dérivés » du cœur de métier préventif de la PMI » (7).

Ces constats convergent avec le besoin d'investir dans la PMI et de la recentrer sur ses missions de prévention telles que proposées dans PERL.

PERL - Petite Enfance Recherche-action en Lorraine (2018-2024)

La recherche-action PERL s'est développée dans une démarche pluri-partenaire avec plusieurs perspectives : développer de la connaissance sur les programmes de prévention primaire en petite enfance, produire des données probantes pour orienter l'action publique, proposer un cadre permettant au service de PMI de se recentrer vers ses missions de prévention. Cette recherche-action comprend :

- Une intervention, objet du présent guide ;
- Une recherche visant à évaluer les effets de cette intervention sur le développement de l'enfant. Les résultats seront disponibles en 2022 et 2024 (8) ;
- En parallèle de la recherche, une évaluation des mécanismes et processus de l'intervention, réalisée en 2018-19 (9).

Guide de mise en œuvre : la nécessité d'adapter PERL au contexte pour chacune des PMI !

Ce guide s'adresse à tout acteur souhaitant déployer PERL : médecins de PMI, responsables d'équipe de PMI ainsi que tout acteur de PMI (élu, puéricultrice, professionnels...) ou partenaire intéressé !

Le guide s'appuie sur les résultats obtenus lors de l'évaluation des mécanismes et processus (publication avec le détail méthodologique dans l'article (9)). Les objectifs, principes, composantes, et déroulement de l'intervention sont présentés dans les différentes parties du guide. Ces éléments sont repris dans le modèle logique de l'intervention (Annexe 1) issu d'une démarche de co-construction basée sur des entretiens, des séminaires et une concertation écrite avec l'ensemble des acteurs impliqués dans PERL. Il a pour objectif d'accompagner le transfert de l'intervention initiale, au sein de différents territoires et dans différents contextes. Il contient ainsi des informations nécessaires à la mise en œuvre de ce qui était une recherche interventionnelle sous la forme d'une intervention intégrable à la pratique courante sur votre territoire d'intervention en PMI.

PERL : de quoi parle-t-on ?

a. Objectifs du programme

Objectif principal

- ✓ Réduire de manière significative la prévalence des retards de développement et du langage à 4 ans, des enfants bénéficiant de l'accompagnement par rapport à la prise en charge habituelle.

Objectifs spécifiques

- ✓ Favoriser le développement harmonieux de l'enfant en soutenant son développement sur la base de liens sécurisés et d'interactions de qualité.
- ✓ Créer des conditions d'intervention favorables dans le temps pour soutenir les puéricultrices de PMI dans leur mission de proposer un accompagnement aux familles, centré sur leurs besoins en adoptant une posture de bienveillance inconditionnelle.

Objectifs opérationnels

- ✓ Proposer aux familles du territoire un accompagnement à domicile régulier par une puéricultrice de PMI, pendant une durée de 4 ans à partir de la naissance de l'enfant, articulé autour du développement du bébé, de la parentalité et de l'interaction parents-enfants.
- ✓ Mettre en place une supervision mensuelle pour chaque équipe territoriale des puéricultrices de PMI proposant l'accompagnement, animée par une psychologue externe à l'institution (ex : pédopsychiatrie) et au territoire.
- ✓ Proposer un temps de formation et d'analyse des pratiques en amont et pendant l'implémentation de l'accompagnement aux puéricultrices de PMI.

b. Composantes du programme



Analyse des pratiques et formation



Supervisions



Visites à domicile (VAD)

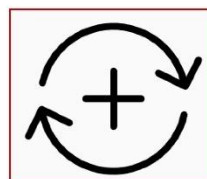
PERL : de quoi parle-t-on ?

C. Principes et « ingrédients indispensables » du programme

P1. Considérer les parents comme experts de leur propre enfant pour qu'ils se considèrent comme tel



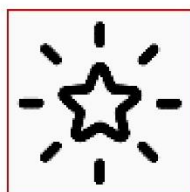
P2. Proposer un accompagnement prônant une approche positive¹ des situations



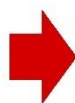
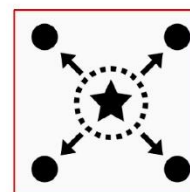
P3. Prédéfinir le cadre d'accompagnement des familles en amont de l'accompagnement



P4. Donner un cadre aux professionnels permettant l'adoption d'une posture de bienveillance inconditionnelle



P5. Alimenter le modèle d'accompagnement par un modèle théorique éclectique



IMPORTANT :

Des principes fondamentaux et des composantes (VAD en 3 temps, supervisions...) sous-tendent PERL. C'est volontairement que ce guide ne protocolise ou ne standardise pas davantage certaines étapes ou détails des VAD, afin de permettre de les adapter aux contextes locaux (aux institutions, aux équipes, aux pratiques des professionnelles aux situations rencontrées à domicile).

¹Positive dans le sens d'une approche non jugeante considérant une vision positive et globale de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa

PERL : de quoi parle-t-on ?



P1. Considérer les parents comme experts de leur propre enfant pour qu'ils se considèrent comme tel

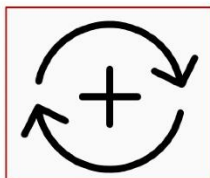
Un enjeu central de l'accompagnement est de considérer les parents comme experts de leur propre enfant. Pour cela l'accompagnement vise à limiter les conseils donnés par les puéricultrices en incitant les parents à trouver les réponses par eux-mêmes, d'autant plus s'il s'agit d'un 1^{er} enfant.

Considérant les professionnels comme experts de leurs domaines, une attitude d'attente de conseils des professionnels de la part des parents peut parfois être constatée. Si pour certaines questions pratico-pratiques, des réponses très concrètes peuvent exister, l'accompagnement proposé :

- Considère que pour la grande majorité des questions, il n'existe pas de réponse unique. Le facteur clé fonctionnant dans l'intervention serait avant tout la présence rassurante du professionnel, la valorisation des compétences des parents et de l'enfant et l'existence d'un espace de parole ;
- Encourage les professionnels, par le contenu, la fréquence et la durée des VAD, à faire émerger les compétences parentales, celles du bébé et le soutien des liens d'attachement ;
- S'inscrit dans une démarche de réflexion éthique comme pour l'ensemble des professionnels de santé et de santé publique : il invite les professionnels à s'interroger sur les normes auxquelles ils se réfèrent pour fonder leur propre jugement (expériences personnelles, expériences professionnelles, recommandations de bonnes pratiques...) et à s'inscrire dans une démarche réflexive vis-à-vis de ces normes et de sa légitimité à savoir ce qui est bon pour l'enfant.

Enfin, il accorde une place centrale au besoin pour l'enfant d'une reconnaissance inconditionnelle de ses parents qui ne soit pas disqualifiante, y compris lors de mise en place de mesures de protection de l'enfance. Ainsi, l'aspect responsabilisant de considérer le parent comme expert de son propre enfant a été mis en avant, y compris dans les situations les plus difficiles.

PERL : de quoi parle-t-on ?



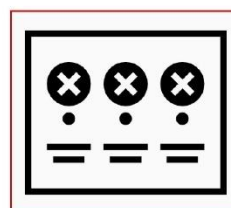
P2. Un accompagnement prônant une approche positive des situations

Un second principe fondamental de l'accompagnement proposé est l'approche positive des situations familiales (approche non jugeante considérant une vision positive et globale de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa). Ainsi, l'accompagnement se centre sur la valorisation des compétences de l'enfant et des compétences parentales, y compris pour les familles les plus « vulnérables », « fragilisées », « précarisées »². A l'inverse d'aller à domicile dans un objectif de repérer les clignotants, l'objet premier de la démarche est de soutenir les parents dans la construction de leur lien avec leur enfant. Une des hypothèses est que tout à priori positif/négatif sur la famille aura des conséquences positives/négatives, impliquant une prise de conscience par les acteurs de l'intervention de leur positionnement.

P3. Un cadre d'accompagnement des familles défini, posé en amont de l'accompagnement

Le cadre de PERL est défini et explicité aux familles en amont de l'accompagnement. Ainsi les interventions réalisées par les puéricultrices de PMI, sont caractérisées dès le début par : le lieu de l'intervention ; le rythme des VAD ; la durée et le contenu des VAD ; le début et la fin de l'accompagnement. L'intérêt d'un cadre clairement établi est recherché, en comparaison avec les accompagnements parfois « flottants » qui peuvent caractériser certaines prises en charge de pédopsychiatrie et/ou de PMI.

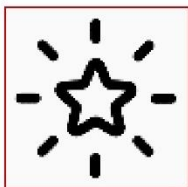
La définition du cadre de l'accompagnement positionne la venue inconditionnelle du professionnel comme une clé de voute pour soutenir le lien d'attachement. Pour plus d'éléments sur ce cadre, cf. page 11 et 28.



² Cette approche ne doit pas empêcher d'orienter la famille vers des professionnels relais pour des prises en charge d'éventuelles difficultés liées au développement ou toute autre problématiques détectée.

PERL : de quoi parle-t-on ?

P4. Donner un cadre aux professionnels permettant l'adoption d'une posture de bienveillance inconditionnelle



A l'opposé d'un contexte d'exercice en PMI décrit par les professionnels et documenté par différents rapports, comme de plus en plus contraignant avec des ressources en baisse, l'accompagnement prôné dans PERL insiste sur la nécessité de s'autoriser à prendre du temps.

Ainsi il s'agit, avec les familles, de prendre le temps :

- De poser le cadre : permettre une intériorisation progressive par les familles de la démarche, de son cadre, ainsi qu'une appropriation du contenu des VAD, construire une alliance aidante,
- De chaque VAD avec une certaine durée,
- De revenir à domicile avec un rythme établi de VAD. Il s'agit aussi, pour le professionnel(le)s, de pouvoir s'arrêter sur leurs pratiques, d'exprimer leur vécu, de se décharger des situations vécues, d'échanger avec les autres professionnelles : des temps estimés primordiaux pour leur permettre d'adopter une posture de bienveillance inconditionnelle, y compris dans l'accompagnement de familles avec des situations particulièrement complexes. Enfin, la temporalité concerne aussi les résultats de ce type d'accompagnement dont une partie ne serait visible qu'à long terme.



✓ Prendre le temps, pouvoir prendre le temps

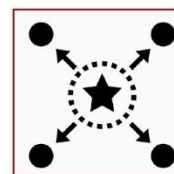


✓ Les supervisions



✓ Formation et analyse des pratiques

P5. Un modèle d'accompagnement alimenté par un modèle théorique éclectique

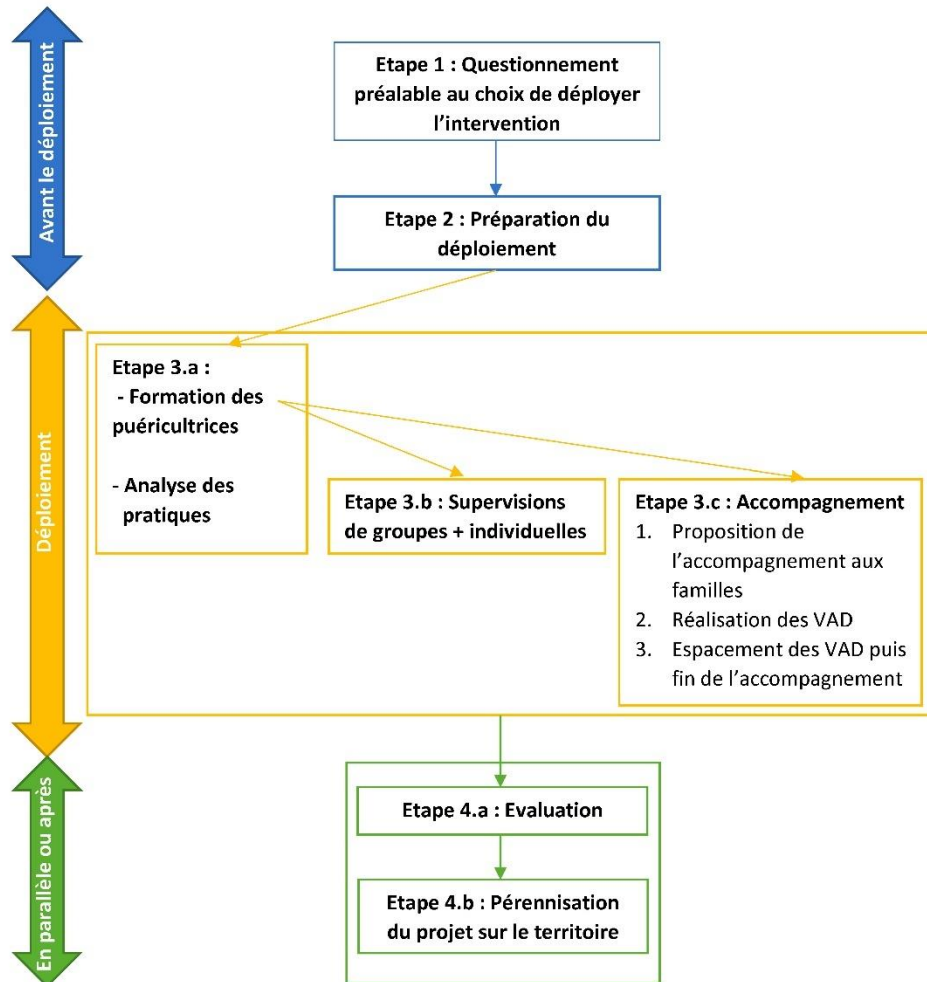


Le modèle d'accompagnement PERL se caractérise par des composantes comme les supervisions ou les trois temps de la VAD, s'appuyant sur des bases conceptuelles telles que la théorie de l'attachement ou la théorie Systémique (10), (11). Malgré ces éléments définis de l'intervention, PERL cherche à se baser sur un modèle théorique éclectique : « *il y a le cadre et la manière dont on y rentre* ».

Dans cette optique, les puéricultrices peuvent apporter des concepts ou méthodes complémentaires pour enrichir l'accompagnement et l'ancrer dans un processus dynamique. Suivant les dynamiques d'équipe, les modèles auxquels les professionnels ont été formés ou souhaitent être formés l'accompagnement proposé pourra être enrichi. C'est ainsi volontaire que ce guide ne protocolise ou ne standardise pas plus certaines étapes ou contenus, afin de permettre de les adapter aux contextes locaux (aux institutions, aux équipes, aux pratiques des professionnelles, à leurs intérêts, aux situations rencontrées à domicile).

PERL : de quoi parle-t-on ?

d. Etapes de mise en œuvre du programme



Etape 1 : Préalables au choix du déploiement

Etape 1 : Questionnement préalable au choix de déployer l'intervention

a. Pourquoi une étape préalable au choix de déployer l'intervention ?

Avant d'envisager de déployer un nouveau mode d'accompagnement sur votre territoire, il est indispensable d'interroger votre contexte local pour vérifier qu'il soit favorable au lancement du projet.



Pour certaines équipes ou professionnels, le projet s'ancrera pleinement dans la continuité des pratiques alors que pour d'autres, il s'agira d'un réel changement de paradigme. Savoir où vous vous situez est essentiel pour rassurer les professionnels avec qui vous travaillez et pour accompagner le changement, le cas échéant. Parfois, attendre quelques mois (ex : qu'un poste vacant soit pourvu) peut conditionner la réussite ou l'échec du projet.

En outre, une réflexion est nécessaire sur l'origine du déploiement : d'où vient l'idée de déployer le programme sur le territoire ? En quoi cela vient-t-il répondre à un besoin ou une demande de la population ? Est-ce en remplacement ou en complément des accompagnements réalisés jusque-là sur le territoire ? Y-a-t-il une motivation de l'équipe, un soutien institutionnel, des moyens dédiés ?

Pour certains, cette étape a déjà été réalisée, et vous lirez cette partie en diagonale ; pour d'autres ce sera l'opportunité de prendre un temps de s'arrêter sur ses propres pratiques.

Etape 1 : Préalables au choix du déploiement

b. Question 1 : pourquoi déployer l'intervention sur votre territoire ?

Pourquoi déployer cette intervention ?

Expliciter pourquoi développer ce programme permettra de vérifier la pertinence de le déployer dans votre contexte, mais aussi servira pour échanger avec les parties prenantes.

- Quels éléments vous intéressent dans le programme ? Pourquoi avez-vous eu envie de le mettre en place ?
- Quels sont les éléments diagnostiques sur votre territoire ?
- Existe-t-il un besoin et une demande pour lesquels il manque une réponse ?

Quels acteurs à l'initiative du projet ? Quelles parties prenantes ?

Afin de s'assurer de la motivation des acteurs pour ce programme et de réfléchir à son acceptabilité, certaines questions sur la dynamique et l'implication des professionnels doivent être posées.

- Au sein de la structure, de qui vient l'idée de mettre en place le projet ? Est-ce que ces acteurs seront investis de manière directe et constante dans le projet ?
- Ce projet est-il une demande des puéricultrices ? Sont-elles parties prenantes ?
- Quelle est votre dynamique d'équipe ?
- Quels sont les partenaires mobilisés / mobilisables ? Y-a-t-il des freins et leviers dans les partenaires ?
- Le projet est-il soutenu par votre environnement institutionnel ?
- Quelle est l'articulation avec les politiques locales de santé publique ? Les politiques régionales ?
- Des partenariats avec d'autres institutions telles que l'Agence Régionale de Santé ou la Caisse d'allocations familiales sont-ils envisageables ?

Etape 1 : Préalables au choix du déploiement

c. Question 2 : comment l'intervention s'insère-t-elle dans vos pratiques ?

Une réflexion articulée en miroir entre vos pratiques et le projet PERL est ici proposée

Les principes, objectifs, les composantes de l'accompagnement des familles

Dans PERL...

... Et dans vos pratiques ?

- Cf. page :
- p. 7 du présent guide pour les objectifs
- p. 8 pour les principes
- p. 7 et p. 24 pour les composantes
- Dans vos pratiques, quels sont selon vous les principes d'intervention ?
 - Quels sont les objectifs des accompagnements ?
 - Quelles sont les modalités d'accompagnement ?
 - Comment se déroulent les VAD ? Quel est le positionnement des puéricultrices pendant celle-ci ? Quelle est la place des conseils ?
 - A quel point et comment les accompagnements sont-ils structurés ? Comment est fixé le cadre de l'intervention ?
 - A la lecture des principes, objectifs et modalités d'intervention de PERL, vous semble-t-il y avoir une continuité par rapport à vos pratiques et/ou un changement ? Si certains éléments diffèrent : vont-ils être acceptés, compris, appropriés (par l'institution, par l'équipe proposant les accompagnements aux familles, par vous-même) ?

La population cible

Dans PERL...

... Et dans vos pratiques ?

- Cf. page 21 du présent guide
- Intervenez-vous en population générale ou ciblée ?
 - En cas de ciblage : selon quels critères (ex : situation de précarité, primipare...) ? Quels sont les arguments ayant conduit à ce choix ?
 - Quelle réflexion menez-vous autour des propositions de VAD (mises à disposition, interventions systématiques, sur indication...) ?
 - Qu'envisagez-vous pour PERL ?

Les supervisions et l'analyse des pratiques

Dans PERL...

... Et dans vos pratiques ?

- Cf. page 24 à 26 du présent guide
- Sur votre territoire existe-t-il un dispositif de supervision ?
 - Si oui : Les supervisions ont-elles les mêmes objectifs et principes ? S'agit-il de supervision individuelle et/ou collective ? Sont-elles en équipes ? Quel lien entre le professionnel assurant les supervisions et les puéricultrices ? Sont-elles complémentaires de celles de PERL ? Les remplacent-elles ?
 - Si non : Est-ce une demande des puéricultrices ? Comment seraient-elles perçues / acceptées ? Quels partenaires externes à la structure / au territoire peut-on mobiliser pour les mettre en place ?
 - Quid de l'analyse des pratiques ?

Etape 1 : Préalables au choix du déploiement

d. Question 3 : Quelles ressources disponibles et mobilisables ?

Comme pour toute intervention, les ressources disponibles, potentielles et mobilisables (ressources **financières, humaines, matérielles**) sont à évaluer **avant d'envisager et/ou de choisir de déployer** un tel programme ou pas, mais aussi ses **modalités** de déploiement (ex : choix de la population cible). Cela est d'autant plus important de mettre en cohérence les ressources humaines au vu de certains principes sous-jacents (ex : donner un cadre aux professionnels permettant l'adoption d'une posture de bienveillance inconditionnelle, cf. paragraphe (P5), page 11).

e. Outils et opérationnalisation de cette étape de questionnement.

Différents outils existent pour guider la réflexion, comme la matrice Atouts-Faiblesses-Opportunités-Menaces. L'idée d'un tel outil est de vous aider à mettre en lien les spécificités de votre territoire avec les objectifs, les principes, les composantes de l'intervention.

- ✓ Pour chaque objectif (p.7), chacun des 5 principes (p.8) et chacune des 3 composantes (p.7 + suite du guide), quelles sont vos forces, faiblesses, opportunités et menaces ?
- ✓ Concernant les menaces et faiblesses, existe-t-il des leviers à anticiper ? Un temps de préparation particulier est-il nécessaire ?



Cette réflexion peut se structurer en plusieurs étapes (avec des temps de réflexions individuels et collectifs). Suivant l'avancement de la réflexion (réflexion de déployer l'intervention en cours, décision prise...), le degré de participation que vous souhaitez des équipes de PMI, le niveau d'engagement dans la réflexion collective de l'équipe encadrante de la PMI et l'équipe déployant l'intervention pourra varier, même si l'association des professionnels déployant l'accompagnement nous semble indispensable (cf. étape 2, p. 18 « b. Fédérer les puéricultrices autour de PERL, déterminer le niveau de co-construction souhaité »).



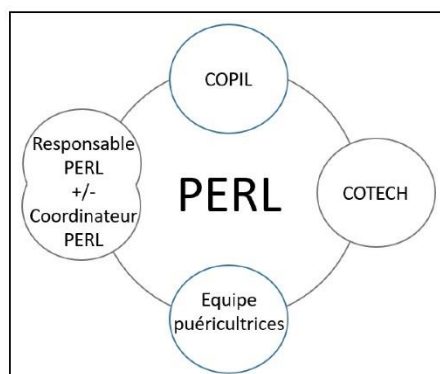
Une fois que la phase de questionnement est aboutie et que le choix de déployer le programme PERL est fait, l'étape 2 : « préparation du déploiement » est à réaliser.

Etape 2 : Préparation du déploiement

Etape 2 : Préparation du déploiement

a. Elaborer les instances de gouvernance de l'intervention, identifier un responsable et un coordinateur de projet

Le 1^{er} déploiement de PERL implique une organisation en « mode projet », au moins le temps de la préparation du déploiement (« étape 2 ») et de l'accompagnement des premières familles sur 4 ans (« étape 3 : mise en œuvre », « étape 4 : évaluation et pérennisation du programme »). Cette organisation s'articule **en plusieurs composantes**.



Une gouvernance en deux instances : le pilotage du programme s'articule en un comité de pilotage (COFIL, composante plus stratégique) et un comité technique (COTECH, composante plus opérationnelle et technique). L'élaboration de ces instances se fait en parallèle/à l'issue de la phase de questionnement (étape 1 : « préalable au choix du déploiement »). Elle précise :

- l'objectif du COFIL et du COTECH,
- les partenaires associés à chacune des composantes, l'organisation (fréquence de chacune des instances, lieu),
- l'articulation de ces deux composantes et la communication entre tous les acteurs.

Ces instances peuvent être mobilisées de manière amplifiée aux étapes clés (préparation du déploiement, année 1 et 4 de déploiement). Une révision de leurs objectifs et modalités peut être repensée à la fin des accompagnements des 1^{ères} familles, selon les besoins du territoire.

Le responsable PERL porte la responsabilité globale du projet, de son déploiement et de la disponibilité des moyens. Il peut coordonner lui-même le projet ou déléguer à un coordinateur. Souvent le responsable PERL est le responsable du service (ex : le médecin de territoire).

Le coordinateur PERL devra être clairement identifié, avec un rôle précisément défini. Ce rôle englobera au moins, à partir du présent guide :

- La planification et la structuration de la démarche,
- Le suivi du projet sur les 4 premières années,
- L'organisation et l'animation des COFIL et COTECH, le suivi et l'accompagnement des décisions qui y auront été prises.

Etape 2 : Préparation du déploiement

Différents choix peuvent être fait pour le coordinateur PERL :

- ✓ Un acteur interne à votre PMI : le responsable PERL, un médecin, un cadre de santé, une puéricultrice du territoire,
- ✓ Un acteur externe à l'institution, suivant les ressources et l'organisation de votre territoire. Par exemple, il pourrait s'agir d'un partenariat avec une chargée de mission promotion de la santé de la pédopsychiatrie ou de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS).

b. Fédérer les puéricultrices autour de PERL, déterminer le niveau de co-construction souhaité

Pourquoi proposer une démarche de réflexion en équipe sur vos pratiques lors du lancement de PERL ?

La démarche réflexive proposée à l'étape 1 doit se faire au sein de l'équipe encadrante mais aussi avec l'ensemble des professionnels réalisant les accompagnements des familles. Elle vise à proposer une réflexion collective sur les pratiques et aider chacun à s'approprier PERL.

Si PERL représente un changement de paradigme, elle sera un levier pour vous aider à accompagner l'ensemble de l'équipe vers un changement de pratique, tout en considérant les motivations et les craintes de chaque professionnel vis-à-vis de celui-ci. Si PERL ne demande pas un si grand pas de côté, prendre le temps de s'arrêter sur ses pratiques, expliciter ce que vous faites avec les points forts et défis sera une base dans laquelle viendra s'ancrer PERL et vous permettra d'avoir une vision partagée de son contenu.

Expliciter le niveau de co-construction souhaité par le COPIL et le responsable projet PERL

Cette réflexion peut entrer dans l'étape 1 ou 2 décrites dans ce guide suivant le degré de participation des puéricultrices du territoire souhaité :

- Si l'objectif est d'inclure les puéricultrices dans le choix de décider de déployer ou non PERL, cette démarche s'ancre dans l'étape 1 (« Préalables au choix de déploiement »),
- Si la décision est prise de déployer PERL et que l'objectif est de réfléchir à sa mise en œuvre et son appropriation, cette démarche s'ancre dans l'étape 2 (« Préparation du déploiement »).

Il est important d'explicitier le degré de participation afin d'adapter le vocabulaire employé et de positionner la démarche en cohérence. Quel que soit le niveau de co-construction choisi pour l'initiation de PERL, l'inclusion de l'équipe dans la réflexion préparatoire au déploiement et dans la gouvernance du projet (au minimum dans le COTECH) est importante pour aller vers une démarche participative.

Etape 2 : Préparation du déploiement

Comment conduire cette réflexion collective ?

L'idée ici n'est pas de proposer une manière de faire, mais des pistes de réflexions sur lesquelles vous pourrez venir piocher suivant vos choix. Elle peut s'envisager selon différentes modalités, par exemple sous-forme d'une journée ou d'une demi-journée, mobilisant des méthodes de débat participatives. La présence de l'ensemble de l'équipe de PMI concernée par PERL est importante à cette phase. L'animateur de la journée peut être le coordinateur PERL lui-même ou un acteur extérieur, notamment si le coordinateur fait partie de l'équipe de PMI. Le tableau 1 propose un exemple de déroulement de ce temps de réflexion. Pour d'autres clés pour organiser cette de réflexion collective, vous pouvez-vous appuyer sur ce [guide](#) :

Association Monde Pluriel. Les méthodes de débat participatives. Grenoble. 2016;16p. (12)

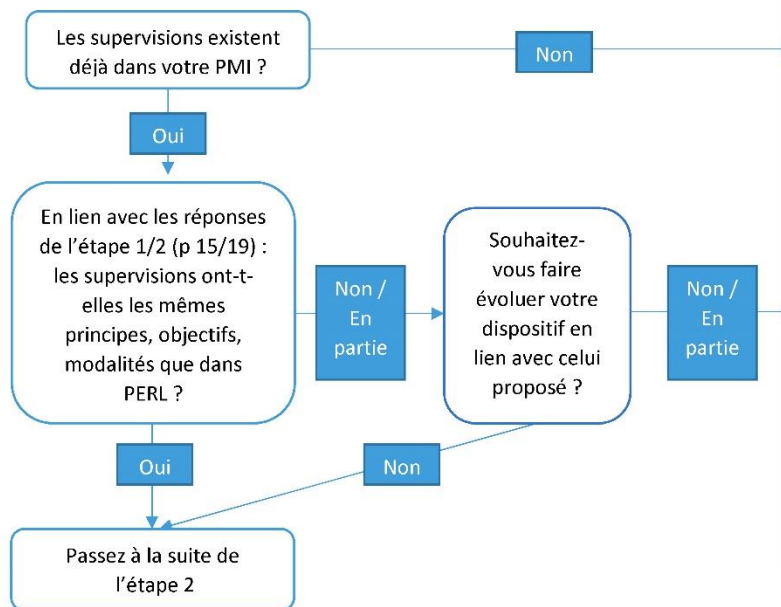
Partie 1 : Lancement du temps de réflexion	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un accueil convivial et un « brise-glace » pour mettre les participants en confiance, - Poser le cadre de la journée / demi-journée (confidentialité, respect, écoute) ainsi que son objectif, - Durant l'ensemble de la journée, l'animateur se positionne comme « facilitateur » (cf. page 3 guide « les méthodes de débat participatives »)
Partie 2 : Tables rondes sur les objectifs et principes de PERL	<p>A partir de la méthode « boule de neige », (cf. p. 11 guide « les méthodes de débat participatives »), proposer une réflexion sur les questions ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quels sont nos objectifs d'accompagnements à domicile ? Quels sont nos principes ? ✓ Lecture de ceux dans PERL. ✓ A quels points correspondent-t-ils ? Suis-je en accord avec ceux-ci ? ✓ Pour chaque objectif, quelles sont vos forces, opportunités, menaces ? Existe-t-il des leviers ?
Partie 3 : Tables rondes sur les composantes de PERL	<p>A partir de la méthode « Le world café », (cf page 9 guide « les méthodes de débat participatives »), vous pouvez proposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3 tables dédiées à différentes composantes de l'accompagnement : (1) « le cadre », (2) « le contenu des VAD », (3) « l'analyse des pratiques et les supervisions », ✓ 1 table dédiée à la question de la population cible.
Partie 4 : Temps de clôture de la journée	<ul style="list-style-type: none"> - Finalement est-ce que cela va nous demander un changement de pratique ou pas ? Y-a-t-il des remontés particulières face à ce changement de pratiques ? - Quelles sont vos forces, faiblesses, opportunités, menaces ? - Concernant les menaces et faiblesses, existe-t-il des leviers à anticiper? Un temps de préparation particulier est-t-il nécessaire avant de démarrer PERL ?

Tableau 1 : exemple d'étapes du temps de réflexion en équipe préalable au déploiement de PERL.

Etape 2 : Préparation du déploiement

c. Préparer le dispositif de supervisions

Comme exposé dans la partie précédente, plusieurs configurations peuvent exister :



Préparation du dispositif :

Concernant les ressources humaines à anticiper :

- ✓ Budgétiser le temps de travail d'un(e) psychologue pour les supervisions collectives et individuelles,
- ✓ Evaluer le temps de travail à dégager pour que les professionnels puissent bénéficier des supervisions et adapter l'organisation pour dégager du temps à cet effet (possibilité de décharge ?).

Concernant la psychologue animant les supervisions :

- ✓ Identifier/recruter une psychologue extérieure à l'institution et au territoire animant les supervisions en accord avec les principes sous-jacents (ex : développement d'un partenariat avec la pédopsychiatrie et mise en place d'une convention, recrutement d'une psychologue libérale...).

Concernant les puéricultrices :

- ✓ Présenter à l'équipe le dispositif et échanger sur son objectif et les principes sous-jacents, identifier leurs demandes, attentes et craintes éventuelles (devrait être réalisé dans la partie b, cf. p. 18-19 « Fédérer les puéricultrices autour de PERL, déterminer le niveau de co-construction souhaité »).

Concernant l'organisation :

- ✓ Définir le lieu et du moment des supervisions, en considérant l'aspect chaleureux.

Etape 2 : Préparation du déploiement

d. Expliciter la population cible de l'accompagnement

Intervention en population générale, ciblage selon des critères de vulnérabilité, selon le nombre d'enfants... Différents choix existent dans la population ciblée par les accompagnements à la parentalité en PMI. En lien avec votre réponse à la question de l'étape 1/2 (p 15/18-19), vous êtes invités à vous interroger sur la population à cibler dans le cadre de votre déploiement de PERL.

Le choix de la population cible de l'accompagnement est une question centrale du programme qui doit se faire **en adéquation avec le contexte local et les ressources disponibles** (l'idéal serait de choisir la population cible exclusivement selon l'analyse des besoins, demandes de la population et des réponses présentes... Puis de trouver les financements adéquats, la pratique résulte néanmoins plutôt d'un compromis).

Dans un contexte où l'évolution des dépenses allouées à la PMI a été identifiée comme décroissante cette question est indispensable à se poser, interrogeant dans le fond les choix politiques en matière de petite enfance et son positionnement comme une réelle priorité (ou pas). La résultante doit être de faire des choix réalistes **En prenant en compte la question des inégalités sociales de santé** (pour tenter de les limiter...ou au moins de ne pas les aggraver) ;

2. Sans mettre en difficulté les professionnels du territoire par le déploiement d'un programme irréaliste !



Trois approches peuvent être proposées : l'approche universelle, l'approche ciblée, l'universalisme proportionné (approche particulièrement prometteuse dans la lutte contre les inégalités sociales de santé).

⇒ **Pour en savoir plus (en 4 pages)** : Human Early Learning Partnership (2013), Universalisme proportionné : Synthèse, Université de la Colombie Britannique. Disponible : http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf (13)

Nous vous proposons dans la page suivante quelques éléments issus des résultats de la première partie de l'évaluation des mécanismes et processus de PERL, pouvant alimenter la réflexion (14).

Etape 2 : Préparation du déploiement

Pourquoi envisager la population générale ?

Dans le cadre du développement de PERL, le choix initial s'était porté vers la population générale, choix justifié pour plusieurs raisons :

1. La PMI est un service de prévention universel visant à proposer un accompagnement en prévention primaire à toute la population. L'idée étant de souligner la mission de prévention de PMI face au poids pris par l'urgence sociale dans les accompagnements.
2. Les problématiques de la petite enfance peuvent toucher toutes les familles avec des potentiels besoins quelle que soit la catégorie sociale. La dépression du post-partum, un manque de confiance du parent dans ses capacités parentales, un manque d'estime de lui-même, des difficultés liées à l'attachement ou des troubles du comportement de l'enfant sont des exemples de problématiques soulevés en population générale.
3. Cibler tout le monde pour ne pas stigmatiser une partie de la population et favoriser l'acceptation du programme afin de : (a) Proposer une vision plus valorisante que celle induite par la définition de critères socio-économiques, (b) Favoriser l'acceptation du programme par les familles. Ce choix se justifiait pour lutter contre une image négative de la PMI, perçue par une partie de la population comme un service dédié aux familles en situations de précarité et/ou associé à la protection de l'enfance et « *aux placements* ».

Pourquoi envisager de cibler une partie de la population ?

Lors du déploiement de PERL, la question s'est posée sur le besoin de cibler plutôt que d'agir en population générale, ainsi que sur les leviers pour toucher certaines familles :

- Le recrutement aléatoire en population générale inhérent au choix méthodologique de recherche a fait qu'un public différent a été inclus dans la recherche par rapport à celui rencontré par les puéricultrices de PMI habituellement.
- Plusieurs points de débats sous-jacents ont été soulevés, notamment : une perception différenciée des leviers d'interventions efficace ; la question d'une perte de chance pour certaines familles avec d'importants besoins ; la question du poids de l'urgence sociale et des temporalités d'accompagnement en PMI ; la question des leviers pour toucher les familles en situation particulièrement complexe, dans une démarche « d'aller vers ».
- Les détails sont disponibles dans les résultats de l'évaluation des mécanismes et processus.

Et si on tentait l'universalisme proportionné ?

Lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS) est un enjeu des accompagnements à la parentalité. Concernant la population cible, l'universalisme proportionné est un principe clé dont l'opérationnalisation reste un défi....

Ce paragraphe ne prétend pas proposer des recommandations sur la population à cibler : cette question doit être considérée selon le **contexte d'implantation**. Le **gradient social de santé** dans l'accompagnement et/ou les dispositifs avec lesquels il s'articule doit être réfléchi et pris en compte dans les choix effectués dans une perspective de réduction des ISS. La question de l'application de **l'universalisme proportionné** tout en restant dans un **programme structuré** d'accompagnement à la parentalité, gardant les composantes clés de PERL se pose.

Un exemple d'adaptation de PERL dans ce sens pourrait être :

- 1) Proposer à toutes les familles du territoire un accompagnement jusqu'aux 4 ou 6 mois de l'enfant.
 - Proposition d'une durée de 4 ou 6 mois afin d'intégrer le congé maternité et de permettre la construction d'une alliance aidante,
 - Mise en place de l'ensemble des composantes et principes d'accompagnements (cf. p 7 et 8).
 - ⇒ En début d'accompagnement, vous posez tout de même le cadre (lieu, rythme, durée et contenu des VAD, début et fin de l'accompagnement). Pour la fin de l'accompagnement, vous proposez que celui-ci se fasse aux 4 ans avec un point au bout de 4 mois pour discuter de sa poursuite jusqu'aux 4 ans.
 - Au bout de 4 mois, reposer le cadre jusqu'au 4 ans avec une poursuite de l'accompagnement en fonction des besoins de la famille et de ses demandes.

Etape 2 : Préparation du déploiement

e. Préparer le partenariat sur le territoire / pour l'orientation des familles

Le 1^{er} déploiement de PERL implique également de préparer le partenariat sur le territoire. Plusieurs enjeux sont associés à l'élaboration du partenariat. Tout d'abord, il s'agit d'ancrer PERL dans un projet de territoire : comment le projet s'insère-t-il dans le projet de santé du territoire ? Répond-t-il à une démarche diagnostic ? Entre-t-il dans un projet de santé (ex : Contrat Local de Santé, ...) ?

Le second enjeu est la préparation du partenariat avec les professionnels qui vous orientent les familles et avec qui vous collaborez notamment avant la naissance des enfants (ex : maternité, hôpital, sages-femmes libérales, ...).

Enfin, dans cette phase nous vous invitons à questionner les points faibles et forts du parcours de santé de l'enfant et du parent sur votre territoire :

- Quels acteurs pouvez-vous mobiliser pour orienter les familles ?
- Quelles sont les forces et faiblesses d'accompagnement des familles à différents niveaux (modes de garde, pédopsychiatrie, CAMSP, CMPP) ?



f. Préparer l'évaluation

Pour cette étape, cf. page 32 du présent guide.

Etape 3.a : Formation des puéricultrices et analyse des pratiques

Etape 3 : mise en œuvre de l'intervention

Etape 3.a : formation et analyse des pratiques



Quoi ?	Formation et analyse des pratiques
Cible ?	- Puéricultrices de PMI
Par qui ?*	- Psychologue de la pédopsychiatrie - Puéricultrices-paires ayant déjà déployé l'intervention
Fréquence ?	- Initial : 1 ^{ère} session en amont du déploiement, - Continue : pendant les deux premières années de déploiement sur le territoire.
Pourquoi ?	Les objectifs sont : - Favoriser l'existence : a) D'une culture commune entre les puéricultrices de PMI portant l'intervention, b) De bases théoriques transversales sur lesquels ancrer le modèle théorique éclectique de l'accompagnement, - Permettre aux professionnels, à partir d'une démarche réflexive sur leurs propres pratiques, de s'approprier le programme d'accompagnements à la parentalité (avec les objectifs, principes, contenu des VAD).

*Le consensus sur l'opérationnalisation de cette formation devra s'appuyer sur une évaluation des besoins des puéricultrices et nécessite d'étudier l'articulation avec les offres de formations initiales et continues existantes. La proposition de formation et d'analyses des pratiques visera à accompagner les professionnels dans l'appropriation de l'accompagnement PERL (accompagnement dans l'évolution des pratiques le cas échéant), tout en proposant une approche participative (cf. modèle éclectique).

Etape 3.b : Supervisions

Etape 3.b : Supervisions



Quoi ?	Supervisions : - Temps groupal /individuel, - Expression libre / confidentielle / confiance
Cible ?	- Puéricultrices de PMI
Par qui ?	- Psychologue externe au territoire / à la PMI
Fréquence ?	- Mensuel (supervision groupale) - A la demande des professionnels (supervision individuelle)
Pourquoi ?	- Soutien au cheminement professionnel, démarche réflexive, recul - Présence d'un levier pour un cadre favorable à : c) L'adoption d'une posture de bienveillance inconditionnelle, d) Un accompagnement de qualité centré sur les besoins de la famille, e) L'épanouissement professionnel (support des accompagnements complexes).

Pourquoi ? La mise en place d'un dispositif de supervision a pour objectif de permettre aux professionnels d'adopter une posture de bienveillance inconditionnelle, posture identifiée comme la seule position éthique du soignant, qui n'est pas innée pour autant.

La nécessité de se décharger, la recherche de solution, la prise de recul vis-à-vis de situations difficiles ou inacceptables rencontrées en VAD et l'identification de ce que la situation renvoie personnellement pour un professionnel sont tant d'éléments supposés bénéfique quel que soit le moment du cheminement professionnel.

➔ *Le détail des résultats espérés du dispositif de supervision sont résumés dans l'annexe 2, page 34.*

Etape 3.b : Supervisions



Comment ?

Deux types de supervisions, animées par une psychologue se distinguent dans l'accompagnement proposé :

1. Les supervisions groupales : systématisées, mensuelles et pour toutes l'équipe de puéricultrices du territoire (en fonction de la taille de l'équipe, elle peut s'envisager en plusieurs groupes),
2. Les supervisions individuelles : à la demande des professionnelles.

Les supervisions groupales sont des temps de groupe devant être propices à une expression libre, confidentielle et dans un climat de tolérance. La nécessité de bénéficier d'une sécurité au sein du groupe pour s'exprimer sans contrainte est indispensable.

Ainsi, la conduite des supervisions par un professionnel extérieur à l'institution et au secteur d'intervention des professionnels (ex : une psychologue de la psychiatrie d'un autre territoire), est identifiée comme pertinente pour plusieurs raisons :

- Favoriser la libre parole des puéricultrices,
- Proposer un regard extérieur sur une dynamique d'équipe instituée sur le territoire,
- S'assurer que ce temps soit réellement pris face aux charges de travail des acteurs.

De plus, la spontanéité et la non préparation des séances par les professionnels doivent avoir toute leur place, d'avantage que dans le cadre d'analyse des pratiques. L'idée étant que permettre de s'exprimer spontanément, sans prise de note préalable permettrait aux professionnels d'exprimer ce qui les a vraiment marqués, supposant que les éléments exprimés spontanément ne soient pas n'importe lesquelles.

En plus de la fonction contenante du groupe, le dispositif des supervisions vise à être un support au partage d'expérience et un cadre pédagogique. Les situations et difficultés abordées par certains professionnels pourront faire écho aux situations rencontrées par les autres. Ces échanges doivent permettre tant d'apprendre de l'expérience des autres membres de l'équipe, que de percevoir leur vécu des situations ; afin de prendre conscience que le professionnel n'est pas le seul à rencontrer de telles difficultés, s'il n'en a pas conscience.

Etape 3.c : Accompagnement des familles

Etape 3.c : Mise en œuvre de l'accompagnement à la parentalité

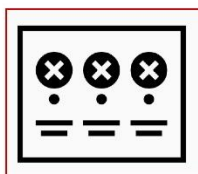
Quoi ?	Accompagnement à la parentalité		
Cible ?	Familles		
Par qui ?	Puéricultrices de PMI		
Fréquence ?	<ul style="list-style-type: none"> - 1 rencontre en amont de la naissance, - Mensuel (de la naissance aux 1 an de l'enfant), - Tous les 2 puis 3 mois (des 2 aux 4 ans de l'enfant). 		
Composantes ?	Visites à Domicile (VAD) en 3 temps <ul style="list-style-type: none"> - Observation conjointe du bébé, - Jeu, - Echange avec les parents. 	Cadre de l'intervention	
		- Domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Venue inconditionnelle, - Cadre prédéfini, - Rythme des VAD, - Suivi sur 4 ans.
Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation des compétences des parents et du bébé, bébé comme acteur de la relation, - Disponibilité du parent et de la puéricultrice pour un temps centré sur l'enfant, - Transmission fonction observante / jeu, - Verbalisation du ressenti des parents / espace permettant de méta-communiquer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure prise en compte des déterminants de la santé, - Intervention dans une démarche « d'aller vers ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un cadre favorable au support de l'alliance aidante puéricultrice-famille / repères stables (y compris pour les familles en situation d'insécurité matérielles et/ou affectives).



Plusieurs phases peuvent se distinguer dans la mise en œuvre de l'accompagnement :

- La proposition de l'accompagnement aux parents : poser le cadre,
- La réalisation des visites à domicile,
- De l'espacement des visites à domicile à la fin de l'accompagnement.

Etape 3.c : Accompagnement des familles



a. Proposition de l'accompagnement à la parentalité aux familles : poser le cadre

La première rencontre entre les parents et la puéricultrice de PMI assurant le suivi, se fait **avant la naissance de l'enfant**.

Cette première rencontre est particulièrement importante puisqu'elle permet de **poser le cadre de l'accompagnement** et

d'établir un premier contact avant la naissance, première pierre d'une alliance entre le professionnel et les parents.

A cet étape la puéricultrice propose aux familles le cadre de l'accompagnement caractérisé par :

- ✓ **Le lieu de l'intervention** : à domicile, ou si les parents le souhaitent dans une structure de la petite enfance.
- ✓ **Le rythme des VAD** : une VAD tous les mois de la naissance à 1 an, une tous les deux mois de 1 à 2 ans, une tous les trois mois de 2 à 4 ans.
- ✓ **La durée et le contenu des VAD** : des VAD par une puéricultrice qui se dérouleront en trois temps (un temps d'échange, un temps de jeu, un temps d'observation conjointe de l'enfant),
- ✓ **Le début et la fin de l'accompagnement** : de la naissance de l'enfant à ses 4 ans.

Concernant le lieu, privilégier le domicile devrait permettre d'ancrer l'accompagnement dans l'environnement quotidien de la famille et de l'enfant. Le but étant de tendre vers une approche globale de la situation : (1) en favorisant la prise en compte de l'ensemble de la famille, avec une volonté d'intégrer les deux parents ainsi que le reste de la fratrie, (2) en permettant de voir évoluer l'enfant sur son lieu de vie avec les caractéristiques inhérentes (organisation de la maison, besoins matériels...). En plus de prendre en compte un plus grand nombre de déterminant de la santé tels que les conditions de vie ou le soutien social, le domicile vise à ancrer l'accompagnement dans une démarche « d'aller vers ». Contrairement à la consultation dans une structure de soin ou la famille va vers la structure, la visite à domicile vise à laisser à la famille un plus grand contrôle sur le cadre, supposé propice à l'expression et la prise en compte des demandes des parents.

Concernant la durée et le rythme des VAD, un accompagnement longitudinal sur 4 ans est proposé aux familles. Cet accompagnement dans le temps vise à répondre à l'exigence préventive et ainsi se décentrer de l'urgence sociale, dictée par les besoins du contexte immédiat. Bien que le contexte immédiat, notamment sur des questions de protection de l'enfance soient indispensables à prendre en compte, l'enjeu ici est de proposer un accompagnement complémentaire, selon une approche longitudinale.

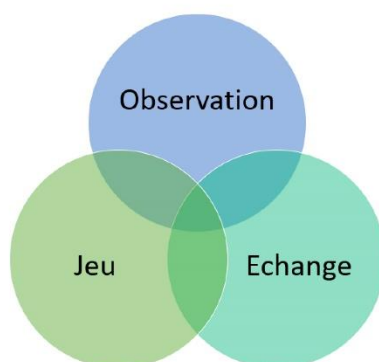
Etape 3.c : Accompagnement des familles



b. Les visites à domicile

Déroulement de chaque visite à domicile

Le déroulement des visites à domicile se fait en 3 temps : l'observation conjointe active du développement et des progrès du bébé/de l'enfant, le temps de jeu avec le bébé/l'enfant, le temps d'échange avec le(s) parent(s).



Ces trois temps sont le socle de la visite à domicile, ils permettent de construire la relation avec la famille en installant un cadre. D'une visite à domicile à l'autre, ils prendront plus ou moins de place et seront plus ou moins réalisables (ex : si un bébé dort, on ne va pas le réveiller pour un temps d'interaction). L'idée est d'entrer au maximum dans ce cadre, la puéricultrice étant libre d'adapter au contexte de chaque VAD l'ordre des trois temps et leur ampleur.

L'observation conjointe du bébé comme le jeu sont deux temps forts de la VAD, exclusivement centrés sur le bébé. L'hypothèse sous-jacente est que, cette disponibilité des parents autour de l'enfant, lui permet de se sentir observé, contenu et de développer un sentiment d'appartenance. En outre, une transmission de la fonction observante est recherchée : transmission de l'observation portée par le professionnel à l'enfant vers le parent à son enfant. Si certaines familles prennent spontanément des temps d'observation et/ou de jeu avec l'enfant, ce n'est pas le cas dans l'ensemble des familles, d'autant plus si les parents n'ont eux-mêmes jamais été observés. Ces temps d'observation et de jeux visent

Etape 3.c : Accompagnement des familles



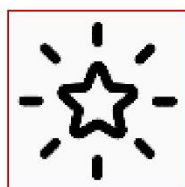
à être des moments clés pour valoriser les compétences de l'enfant. La mise en avant des capacités d'interactions du bébé et de ses potentialités à être acteur de la relation est recherchée, en particulier durant les premiers mois de vie, période où le bébé peut être perçu comme particulièrement passif.

Le temps d'échange entre la puéricultrice et le(s) parent(s) vise à permettre une verbalisation du ressenti du parent, y compris des émotions négatives, et de les exprimer. Le rôle de la puéricultrice est alors d'accueillir ce ressenti, sans forcément avoir une réponse concrète à y apporter. Ce temps vise à laisser parler le(s) parent(s). La finalité attendue est d'élaborer une alliance, une confiance avec les parents et un lien sécurisé avec eux ; préalable au soutien à la parentalité et à une possible remise en questions par le parent lui-même de certains comportements éducatifs.

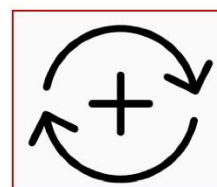
L'enjeu est de minimiser la place des conseils donnés aux parents, pour **faire émerger leur propre façon de faire** plutôt que d'emprunter celle du professionnel. Différentes méthodes telles que le renvoi des questions posées aux parents (« qu'est-ce que vous en pensez ? », « comment vous pourriez faire ? ») peuvent être mobilisées. Pour rappel, le positionnement du professionnel recherché lors des VAD est le suivant (cf. page 8 à 11).



Considérer les parents comme experts de leur propre enfant pour qu'ils se considèrent comme tel



Adopter une posture de bienveillance inconditionnelle



Prôner une approche positive* des situations

*Positive dans le sens : approche non jugeante considérant une vision positive et globale de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa

Etape 3.c : Accompagnement des familles



Le cadre des visites à domicile

Les premières VAD vont permettre de prendre le temps de construire le cadre (cf. page 28) et de développer progressivement une relation famille-puéricultrice de chaque VAD. Dans la suite des VAD, l'enjeu sera d'appliquer le cadre posé en début d'accompagnement. Comme cela a été explicité précédemment, une caractéristique clé de l'accompagnement proposé pour soutenir le lien d'attachement est la **venue inconditionnelle** du professionnel. Concrètement, cette « venue inconditionnelle » peut prendre différentes formes, par exemple : poursuite de la proposition d'accompagnement même si la famille n'était pas présente lors d'un passage, trace de ce passage laissée à domicile (mot dans la boîte aux lettres), rappel en aval pour proposer un nouveau rendez-vous,

Cette **permanence du lien** cherche à être un levier pour instaurer un lien de confiance y compris chez les familles les plus fragiles. Si certaines familles, pourront tester ce lien de manière inconsciente, la continuité de l'accompagnement proposé est supposée faire évoluer la relation avec les familles. Ainsi, la création d'une relation de confiance entre le professionnel et la famille s'établit progressivement, permettant par la suite de travailler le lien d'attachement.

c. De l'espacement des visites à domicile à la fin de l'accompagnement

Les visites à domicile commencent au cours du premier mois de l'enfant. L'échelonnement des visites se fait comme suit :

- Une visite par mois de la naissance au 1 an de l'enfant
- Une visite tous les deux mois de ses 1 à 2 ans
- Une visite tous les trois mois de ses 2 à 4 ans

L'entrée à l'école maternelle se faisant à trois ans, des VAD sont proposées jusqu'au 4 ans de l'enfant. Le fait de proposer l'accompagnement **jusqu'au 4 ans** vise d'une part à éviter que l'enfant ne grandisse en vase clos, au domicile, pour les familles ayant très peu de relations sociales. D'autre part, il s'agit de proposer une transition avec l'entrée à l'école maternelle, à trois ans. L'enjeu ici est de proposer un relais et un accompagnement vers la scolarité, puis que ce passage peut présenter un réel changement dans les repères sociaux tant de l'enfant que des parents.

L'arrêt des VAD est **prévu dès le début et se prépare plus particulièrement dans la dernière année** de l'accompagnement.

Etape 4 : évaluation et pérennisation du programme

De nombreuses finalités sont associées à l'évaluation : démocratiques, stratégiques, opérationnelles. Evaluer un programme qui vise à se pérenniser dans les pratiques courantes de votre PMI est l'opportunité de s'interroger sur différentes questions telles que les conditions de pérennisation du programme ; l'évolution des pratiques des puéricultrices dans les 4 ans ; la mise en œuvre effective de l'accompagnement telle que prévue ou encore l'articulation avec les autres dispositifs du territoire. Ainsi, selon les enjeux que vous trouvez prioritaires et l'objectif que vous vous fixerez de l'évaluation, différents critères peuvent être envisagés : la pertinence, la cohérence interne, la cohérence externe, l'efficacité, l'efficience, l'impact, l'utilité, les processus.

Pour rappel, l'évaluation d'un programme de promotion de la santé peut se décliner en plusieurs étapes (Jabot, 2017), (15) :

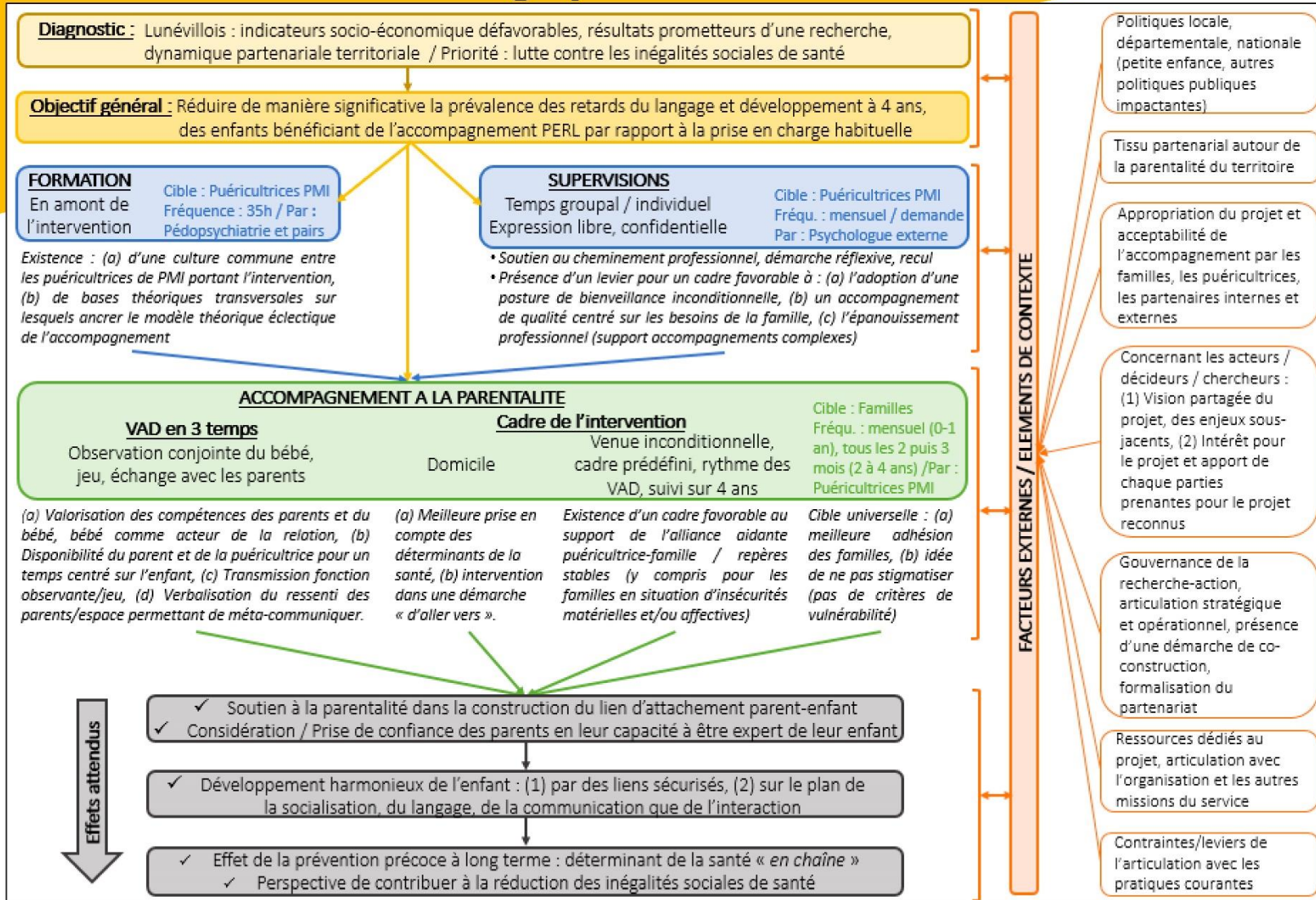
1. Analyser le contexte de l'évaluation (finalités, enjeux),
2. Faire le choix de l'évaluateur (évaluation interne / externe / auto-évaluation) et du moment de l'évaluation (avant / pendant / après le déploiement),
3. Identifier les principaux protagonistes de l'évaluation : ici on peut penser aux familles, aux professionnels déployant l'accompagnement, réalisant les supervisions, aux membres du COPIL et du COTECH, aux autres partenaires du territoire (ex : professionnels orientant les familles).
4. Comprendre l'intervention : le présent guide vise à proposer une explicitation de la logique de l'intervention,
5. Formuler des questions d'évaluations,
6. Choisir l'approche et la méthode d'évaluation,
7. Recueillir, analyser, synthétiser les données,
8. Les suites de l'évaluation.

Nous vous invitons à préparer l'évaluation dès le début du déploiement (étape 2 : « préparation du déploiement », page 23). En effet, dès la préparation du programme, il est pertinent de vous interroger à minima sur les enjeux de l'évaluation, sur l'évaluateur (évaluation interne / externe / auto-évaluation), sur les ressources nécessaires mais aussi sur le moment de l'évaluation (avant, pendant, après le déploiement). En outre, se poser ses questions suffisamment tôt vous permettra de recueillir les données nécessaires (ex : données relatives au déploiement pour une évaluation des processus, indicateurs de résultats pour étudier les effets).

Pour en savoir plus sur l'intérêt de l'évaluation, pour vous aider à construire votre évaluation (identifier les enjeux et objectifs de l'évaluation, élaborer les questions évaluatives, l'organisation de l'évaluation, ou encore la collecte et l'analyse des données,....) vous pouvez vous appuyer sur ce [guide](#) :

Fontaine D, Beyragued L, Miachon C. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon: ERSP. 2004;18 (16)

Annexe 1 : Modèle logique de l'intervention



Annexe 2 : Résultats attendus des supervisions



Bien ancrées dans les pratiques de psychiatrie, les supervisions ne sont pas encore généralisées en PMI (17). Un tel dispositif est proposé dans PERL selon les modalités décrites pages 25 du présent guide. L'enjeu est de permettre aux puéricultrices, confrontées à des situations d'accompagnement particulièrement complexes, de s'autoriser à prendre du temps et de s'approprier ce dispositif que sont les supervisions. Celles-ci visent à être une ressource pour soutenir leur posture de bienveillance inconditionnelle et contribuer à pérenniser des prises en charge de qualité dans de bonnes conditions de travail pour les professionnels. Les résultats attendus de ce dispositif sont décrits dans la figure 1.

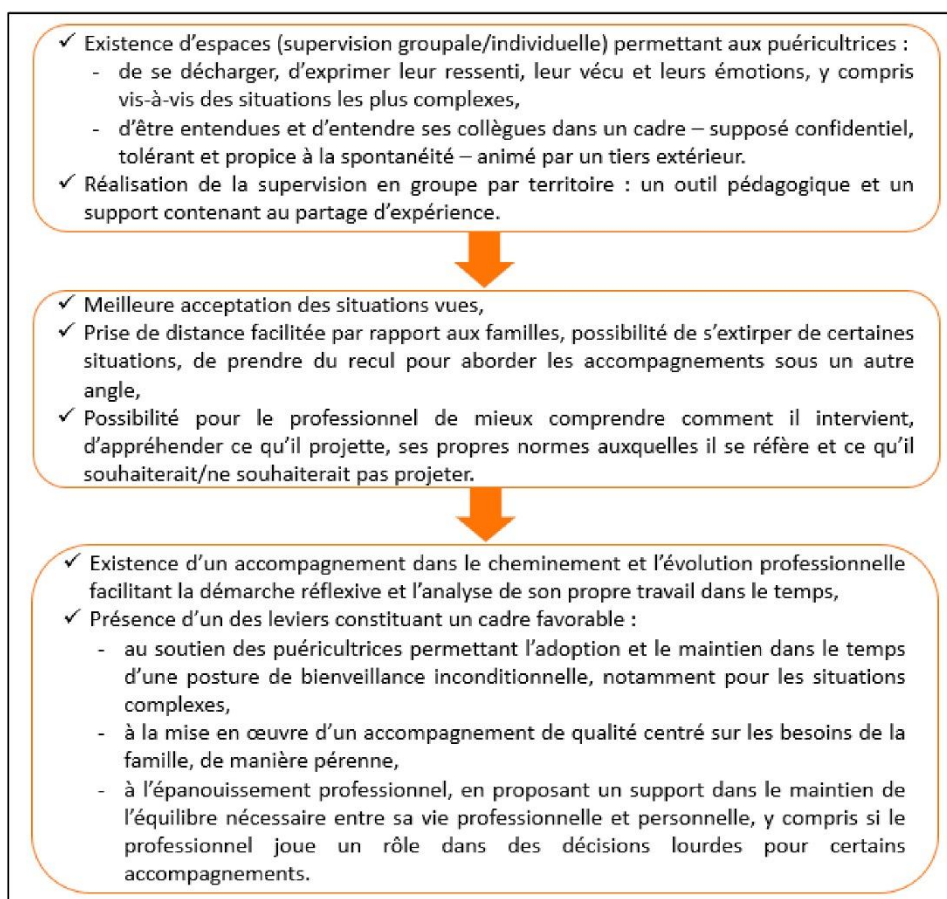


Figure 1 : Résultats attendus des dispositifs de supervisions, projet PERL (avril 2019),
Extrait de (Decroix C., 2019).

Bibliographie

- (1) Fidry E. Des premiers regards aux premiers mots : une expérience de prévention en périnatalité [Thèse de doctorat Psychologie]: Université de Lorraine; 2015.
- (2) Grobon SP, L.; Solaz, A. Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019(1):2-9.
- (3) Tarabulsky G, Poissant J, Saïas T, Delawarde C. Programmes de prévention et développement de l'enfant: 50 ans d'expérimentation. Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec ed2019. 348 p.
- (5) Fidry E, Claudon P, Saad Saint-Gilles S, Sibertin-Blanc D. Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche–action en périnatalité. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2014;62(3):154-62.
- (6) Colombo M-C. La prévention en PMI : demandez le programme ! Parentalité, développement, apprentissages. Toulouse: Érès; 2020. p. 261-83.
- (7) Peyron M. Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! France: Ministère des affaires sociales et de la santé.; 2019. p. 186.
- (8) Buchheit S, Kabuth B, Colombo M-C, Ligier F. Child Development and Early Interaction: PERL Research Protocol, a Preventive Home Visiting Program, Randomized Controlled Trial in France. Frontiers in Psychiatry. 2021;12(821).
- (9) Decroix C, Buchheit S, Colombo MCC, Ligier F, Kabuth B et Kivits J. PERL, une intervention d'accompagnement à la parentalité en Protection Maternelle et Infantile : modèle logique. Prepint.
- (10) Guédénény N, Fonagy P. L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée 4e édition ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016
- (11) Watzlawick P, Morche J. Une logique de la communication. . Paris: Éditions du Seuil; 1972.
- (12) Association Monde Pluriel. Les méthodes de débat participatives. Grenoble. 2016;16p.
- (13) Human Early Learning Partnership (2013), Universalisme proportionné : Synthèse, Université de la Colombie Britannique. Disponible : http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf
- (14) Decroix C., Remillieux S. Le pari des visites à domicile en population générale : recherche PERL (Petite Enfance Recherche action dans le Lunévillois) et évaluation des processus. 46ème Colloque du Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile "Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité ?" juin 2021.
- (15) Eric Breton, Françoise Jabot, Jeanine Pommier, William Sherlaw. La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone. [Presses de l'EHESP](#), 537p., 2017, 978-2-8109-0551-5.
- (16) Fontaine D, Beyragued L, Miachon C. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon: ERSP. 2004
- (17) Saïas, T., Clavel, C., Dugravier, R., Bonnard, A. et Bodard, J. (2018). Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale. Santé Publique, 30(4), 477-487. doi:10.3917/spub.185.0477



Qu'est-ce que PERL ?

La recherche interventionnelle PERL (Petite Enfance Recherche-action en le Lorraine) est conduite en Meurthe-et-Moselle sur la période 2018-2023.

Cette recherche se compose :

D'une intervention dont l'objectif est de réduire la prévalence des retards du développement et du langage des enfants accompagnés à 4 ans

D'une recherche dont l'objectif est d'évaluer les effets d'un accompagnement préventif à domicile sur le développement de l'enfant

De la 1^{ère} étape d'une évaluation des processus et mécanismes qui vise à comprendre : Qu'est-ce qui marche ? Pourquoi ? Quels sont les éléments facilitant et limitant la mise en œuvre de PERL ? Quels sont les conditions de transfert de l'intervention ?

Qu'est-ce que ce guide ?

Ce guide vise à présenter :

- Quels sont les objectifs et les principes de l'intervention PERL ?
- Quelles sont les composantes de l'intervention PERL (accompagnement des familles, supervisions et formation des puéricultrices) ?
- Quelles questions se poser avant de choisir de déployer PERL sur votre territoire ?
- Quelles sont les étapes pour déployer l'intervention en pratique courante sur votre territoire ?

Cette 1^{ère} version du guide est issue de la 1^{ère} étape de l'évaluation des mécanismes et processus. Envisager le transfert de PERL nécessitera de compléter ce guide et de suivre les résultats de la recherche en cours.

Annexe 3 : extrait de rapport de recherche, étude pilote « Accompagne-moi... ! »

1. Méthode d'élaboration des préconisations²⁹

L'étude pilote avait une finalité de produire de la connaissance sur la démarche « *Accompagne-moi... !* » et une finalité pragmatique d'être utile pour la poursuite du déploiement de l'intervention. Cette notion d'utilité s'est retrouvée dans les choix méthodologiques tant dans le modèle de la validité intégrative dont est issue le concept de viabilité (Chen, 2012) que dans l'évaluation réaliste (Malengreux et al., 2020). Pour ce faire des préconisations ont été élaborées. Il convient de distinguer :

- Les résultats de l'étude pilote : les résultats sont issus d'une démarche structurée et rigoureuse de problématisation, de recueil et d'analyse des données se basant sur les méthodologies de la recherche qualitative. La méthode est présentée dans l'article présentant les résultats pour permettre d'en analyser les forces et limites.

Les préconisations : les préconisations sont élaborées à partir des résultats, en concertation avec différentes parties prenantes de la démarche « *Accompagne-moi... !* ». Elles ont été élaborées à partir de différents temps d'échange, résumés dans la figure ci-dessous.

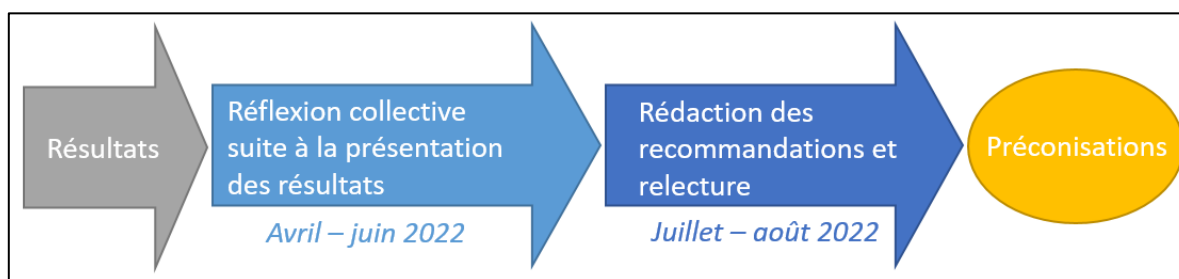


Figure 21 : étapes pour l'élaboration des préconisations

Une étape de réflexion collective suite à la présentation des résultats avec les différentes parties prenantes a d'abord été conduite, articulée autour de 7 sessions de réflexion collective (tableau 9). L'objectif était à partir de la présentation des principaux résultats : (i) de discuter ces résultats et (ii) de faire émerger collectivement les préconisations.

Tableau 9 : présentation des 7 sessions de réflexion collective, processus de restitution des résultats de l'étude de viabilité « *Accompagne moi... !* »

Public cible des 7 sessions	Réalisation	Participants*
Acteurs intégrés dans la phase exploratoire hors EPEPE et financeurs (cf partie méthode du rapport)	Par zoom, 2h	3
Acteurs EPEPE ayant participé à <i>Accompagne-moi...!</i>	Présentiel, 3h30	11
Co-investigateur scientifique étude (non inclus phase exploratoire)	Présentiel, 1h30	1
Tous les PPE des crèches dans lesquels <i>Accompagne-moi...!</i> a été déployé (coordinatrices, directions, PPE, décideurs dont dépendent les crèches). 1 session par département : dans le Nord (59), dans le Pas-de-Calais (62), dans les Yvelines (78), en Gironde (33).	Présentiel, 1h30	14
	Présentiel, 2h	11
	Présentiel, 2h	13
	Présentiel, 1h30	15

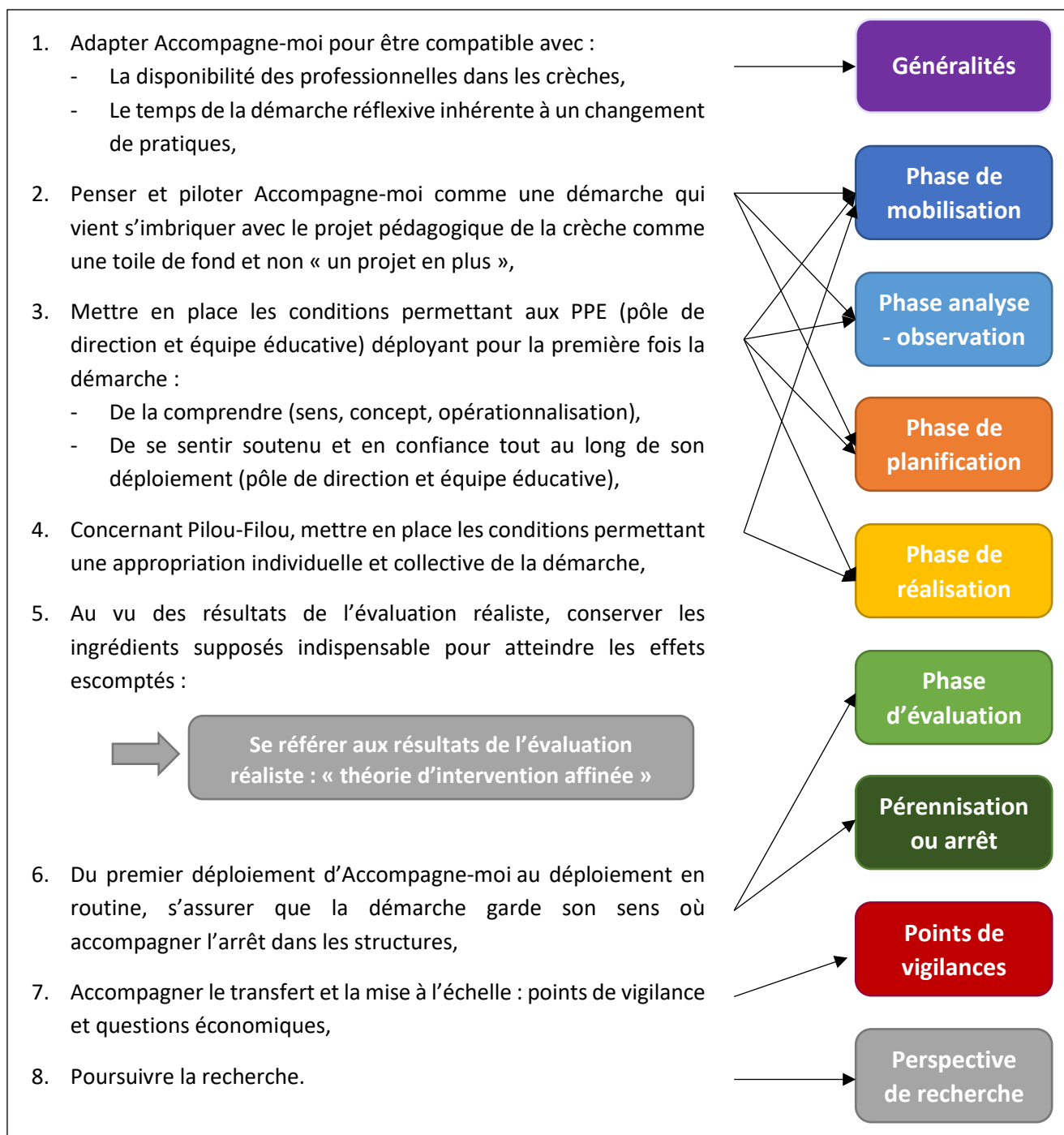
*Les sessions étaient animées par un ou deux acteurs de l'équipe de recherche, en collaboration avec 1 à 2 intervenantes EPEPE pour les retours auprès des acteurs des crèches (non comptés parmi les participants).

²⁹ Cette annexe est l'extrait de la dernière partie du rapport « *Etude pilote de la démarche « Accompagne-moi... ! » : étude de viabilité et évaluation réaliste dans une perspective d'analyse de transférabilité de la démarche* » réalisé en juillet 2022. Cette partie s'intitulait « des résultats aux préconisations. Seul le rationnel, la méthode et les résultats de l'étude de viabilité ont été présentés dans ce manuscrit. Néanmoins, les résultats de l'évaluation réaliste ont également été considérés à cet étape. Ils feront l'objet d'une publication ultérieure.

2. Préconisations

2.1 Généralités sur les préconisations

Les préconisations s'articulent autour de 8 points centraux, résumés ci-dessous. Elles sont ensuite présentées chronologiquement/thématiquement (généralités, phase de mobilisation, phase d'analyse et d'observation, phase de planification, phase de réalisation, phase d'évaluation, pérennisation ou arrêt, points de vigilance, perspectives de recherche).



2.1 Pistes d'adaptations et évolutions d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote, au regard des constats présentés dans le rapport et du processus de restitution

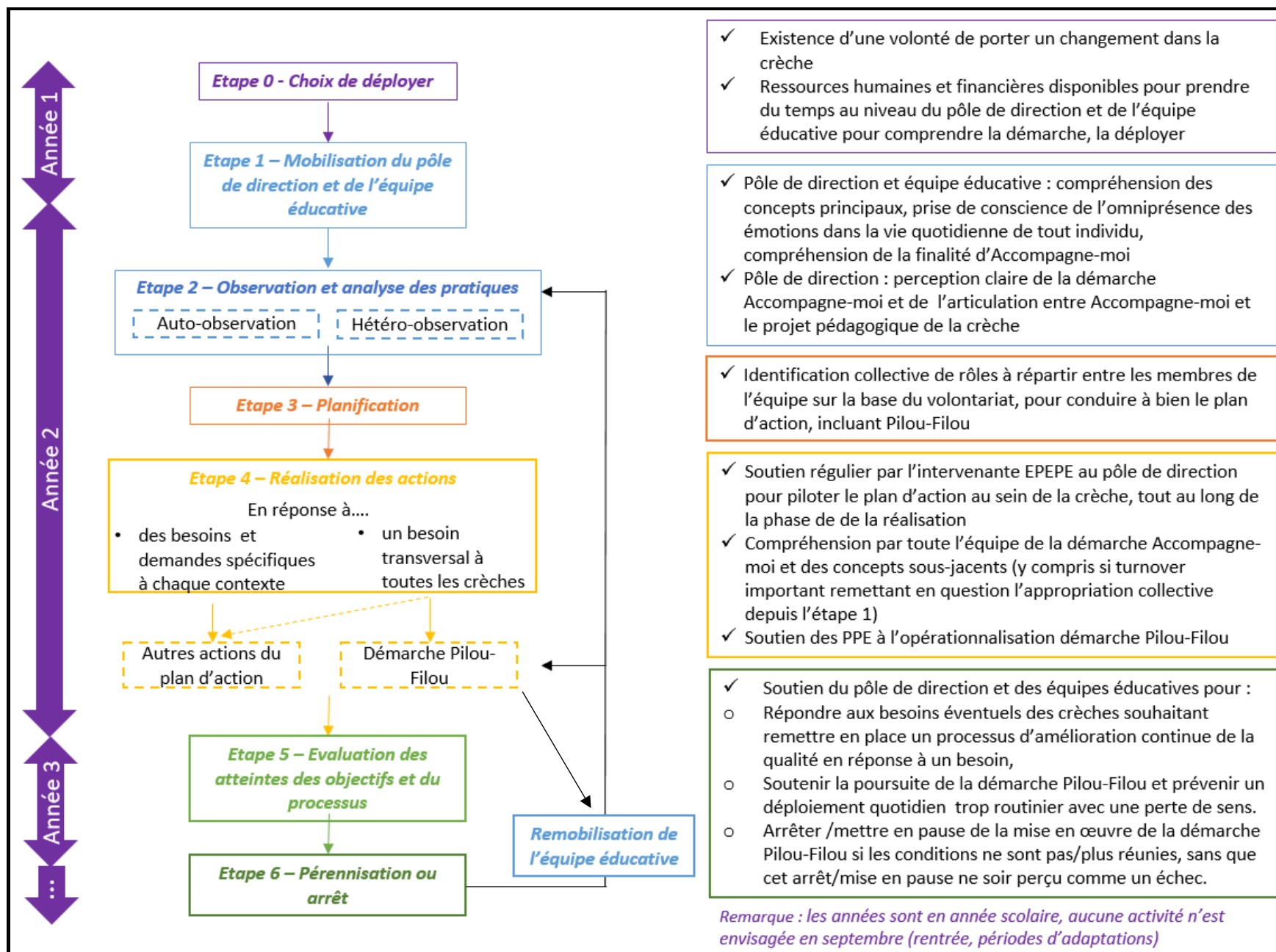
Généralités sur le déploiement

Préconisations pour l'évolution d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote

- Proposer un accompagnement pluriannuel afin de : (i) laisser plus de temps au pôle de direction et à l'équipe éducative pour mettre du sens derrière la démarche, se l'approprier et la déployer, (ii) contribuer à prévenir le vécu négatif observé chez les PPE. Attention, pour donner effectivement plus de temps aux crèches l'allongement de la durée ne doit pas être accompagnée d'ajout de nouvelles étapes à la démarche *Accompagne-moi...!*
- Lors de la présentation aux parties prenantes (collectivités/associations/réseaux dont dépendent les crèches, pôle de direction des crèches), avant que la décision de déployer la démarche soit faite, être clair sur la finalité de la démarche, sa temporalité et son fonctionnement. L'enjeu est de permettre aux parties prenantes de comprendre qu'*Accompagne-moi...!* n'est pas une « baguette magique » : les composantes de la démarche (dont Pilou-Filou) sont des outils. Ainsi, si le contexte le permet, la mise en œuvre des activités composant *Accompagne-moi...!* permettra d'activer des mécanismes pour produire des effets. De plus, il est nécessaire d'insister sur le potentiel de la démarche pour renforcer la qualité mais également sur la nécessité de ne pas mettre en difficulté les PPE si les ressources humaines et financières de la crèche ne leur permettent pas de prendre du temps pour comprendre la démarche (sens, finalité, concepts sous-jacents, contour, contenu et étapes), se l'approprier collectivement et la mettre en œuvre.
- Réaliser le déploiement en présentiel (temps de mobilisation, observation, planification, retour de planification, formation, suivi, évaluation) et n'utiliser la visio-conférence que pour des étapes exceptionnelles pour répondre à des objectifs précis (temps d'échange entre crèches comme les « zooms de la recherche-action » dans le cadre de l'étude pilote, réaliser des points intermédiaires entre deux rendez-vous de suivi avec l'équipe de direction).

Pistes d'opérationnalisations

Pour les préconisations impliquant les plus importantes évolutions par rapport à l'étude pilote, des pistes d'opérationnalisations sont proposées, uniquement à titre d'illustration. Les choix de l'opérationnalisation seront à réaliser par les porteurs de projets et pourront être réintégrés s'ils le souhaitent dans le « *Manuel d'intervention... La démarche Accompagne-moi...!* », réalisé par EPEPE. En outre, la figure page suivante propose une illustration de l'organisation de la démarche sur plusieurs années, en soulignant certains aspects, à considérer d'avantage/rajouter, au vue des résultats de l'étude pilote, par rapport à la version précédente d'*Accompagne-moi...!*



Phase de mobilisation

Préconisations pour l'évolution d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote

- Revoir la présentation de la démarche en complétant la phase de mobilisation afin de :
 - o Permettre au pôle de direction et à l'équipe éducative de comprendre le sens de la démarche (compréhension des concepts principaux, prise de conscience de l'omniprésence des émotions dans la vie quotidienne de tout individu et des effets potentiels d'Accompagne-moi...! pour leur quotidien en crèche, pour les enfants dans leur développement global en respectant leur rythme),
 - o Permettre au pôle de direction d'avoir une vision claire de la démarche (sens, finalité, concepts sous-jacents, contour, contenu et étapes) pour pouvoir la piloter au sein de la structure. Poser davantage de repères pour aider les directions à savoir dans quoi elles s'engagent. Cela ne doit pas impliquer une standardisation du soutien de l'intervenante EPEPE dont l'adaptation aux contextes est essentielle,
 - o Permettre au pôle de direction, avec le soutien de l'intervenante EPEPE, de trouver une articulation entre le projet pédagogique de la crèche et *Accompagne-moi...!*,
 - o Permettre à l'équipe éducative d'avoir un aperçu des outils proposés au quotidien (Pilou-Filou, exemple d'activités du plan d'action) pour les motiver à réaliser les étapes préalables (observation, analyse, formation, appropriation des outils...).

Pistes d'opérationnalisations

Envisageable sur une demi-année scolaire, différentes formes d'opérationnalisations sont possibles. A titre d'illustration :

1. A partir d'avril de l'année 1, réunion de présentation de la démarche au pôle de direction par l'intervenante EPEPE (finalité, contenu, organisation),
2. Journée de sensibilisation du pôle de direction et de l'équipe éducative lors d'une journée pédagogique avec :
 - Un temps d'accueil pour poser le cadre et l'objectif de la journée, faire connaissance,
 - Un temps sur les principaux concepts par des apports théoriques comme réalisé dans la formation à l'approche Pilou-Filou,
 - Un temps de réflexion permettant à chacune de prendre conscience de l'omniprésence des émotions au quotidien et de leur prise en compte dans les accompagnements. Il pourrait s'agir d'explicitier : comment les émotions et les compétences psycho-sociales se manifestent dans mon quotidien (à la crèche, dans la vie de tous les jours) ? dans celui des enfants ? Comment je les prends déjà en compte dans mes pratiques ? Quel serait l'intérêt de les prendre d'avantage en compte ? Quelle serait les leviers et freins pour faire évoluer mes pratiques ?
Différentes techniques d'animations pourraient être envisagées (pour des exemples : Association Monde Pluriel. Les méthodes de débat participatives. Grenoble. 2016;16p. http://edd.ac-creteil.fr/IMG/pdf/p3-f14-guide_debats_2016_mondepluriel.pdf)
 - Un temps de présentation de la démarche *Accompagne-moi...!*, de sa finalité, de son potentiel, de ses étapes et ses outils. Cela pourrait être par une présentation par l'intervenante EPEPE une courte vidéo ou un temps d'échange avec une PPE ayant déjà déployé la démarche dans une autre crèche.
3. Poursuite de la phase de mobilisation comme envisagé dans le manuel d'intervention « *Accompagne-moi...!* », sauf en termes de temporalité : la réalisation de cette réflexion pourrait se terminer durant l'été de l'année 1 pour pouvoir préparer l'année 2 durant laquelle seront réalisées les étapes suivantes du déploiement.

Phase d'analyse et d'observation

Préconisations pour l'évolution d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote

- S'assurer de l'adéquation du langage entre l'intervenante EPEPE et le pôle de direction/l'équipe éducative (par exemple s'assurer que la terminologie employée est bien comprise par le pôle de direction/l'équipe éducative, que les concepts mobilisés sont bien connus).

Phase de planification

Préconisations pour l'évolution d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote

- Identifier différents rôles à répartir entre les membres de l'équipe, sur la base du volontariat pour favoriser l'appropriation collective de la démarche (rôles sur l'animation des ateliers Pilou-Filou, la préparation du réinvestissement, les autres activités du plan d'action).

Phase de réalisation

Préconisations pour l'évolution d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote

- Assurer un soutien régulier par l'intervenante EPEPE pour chaque pôle de direction pour piloter le plan d'action au sein de la crèche afin que ce dernier accompagne l'équipe éducative tout au long de la phase de réalisation,
- S'assurer que toute l'équipe ait compris les concepts clés et la démarche afin de se sentir concerné et légitime à mettre en œuvre certaines activités du plan d'action et le réinvestissement auprès des enfants. Si une première phase de sensibilisation/formation a été mise en œuvre lors de la phase de mobilisation, il est important d'avoir une attention particulière au turnover éventuels. Si une partie trop importante de l'équipe a évolué, il sera nécessaire de réintégrer cette phase de sensibilisation aux concepts clés auprès de toute l'équipe.
- Amplifier le soutien des PPE animant la démarche Pilou-Filou afin de les rassurer et les accompagner dans l'appropriation de la démarche lors de la 1^{ère} année de déploiement dans la structure.

Pistes d'opérationnalisations

Différentes pistes d'opérationnalisations sont envisageables :

- Concernant la formation à l'approche Pilou-Filou, plusieurs pistes sont envisageables, à mettre en cohérence avec les pistes proposés pendant la phase de sensibilisation : (i) proposer la formation à toute l'équipe en ouvrant le contenu de la formation à la formation Pilou-Filou à l'ensemble de la démarche *Accompagne-moi...!* Cela pourrait s'articuler en différents temps : rappel théorique en cohérence avec les apports de la phase de mobilisation, présentation de Pilou-Filou à toute l'équipe, travail en sous-groupe avec des temps différents en fonction du rôle pris par chacun (mise en œuvre des ateliers Pilou-Filou, activités du plan d'action, réflexion sur le réinvestissement au quotidien et l'articulation avec l'existant), (ii) expérimentation de l'animation d'un atelier lors de la formation pour les PPE amenées à les réaliser et/ou l'allongement du temps de formation pour les PPE animant Pilou-Filou avec l'expérimentation du déploiement entre les journées de formation,

- Un parrainage par une PPE d'une crèche ayant déjà réalisé Pilou-Filou pour accompagner les PPE le mettant en place pour la première fois dans leur structure (temps d'échange par mail ou téléphone, possibilité d'aller voir comment cela se passe dans une crèche ayant déployé),
- La reprise des questions fréquentes, lors du premier déploiement, identifiées dans le pilote par la réalisation d'un F.A.Q,
- Une aide à la préparation des premiers ateliers par l'intervenante EPEPE ou la « personne ressource »³⁰ au sein de la collectivité/réseau/association si celle-ci a déjà vu *Accompagne-moi...!* mis en œuvre dans d'autres crèches,
- Un accompagnement de l'intervenante EPEPE et/ou de la personne ressource et du pôle de direction pour enlever la pression lors d'une première année de déploiement des ateliers, en proposant de mettre que les premiers ateliers en place la 1^{ère} année pour s'approprier les ateliers à leur rythme, puis un déploiement plus complet lors des années suivantes (en rappelant l'importance d'aller au rythme du groupe, de répéter et de réinvestir au quotidien).

Phase d'évaluation

Préconisations pour l'évolution d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote

- Lors de l'étape d'évaluation, s'assurer d'une vision partagée avec la direction sur les enjeux de la démarche réflexive sous-jacente à *Accompagne-moi...!* et des conditions nécessaires pour prévenir la poursuite d'un déploiement quotidien et routinier avec une perte de sens.

Pérennisation ou arrêt

Préconisations pour l'évolution d'Accompagne-moi...! par rapport à l'étude pilote

- Après les premiers déploiement d'*Accompagne-moi...!* dans une crèche, soutenir le pôle de direction pour :
 - Répondre aux besoins éventuels des pôles de direction souhaitant remettre en place un processus d'amélioration continue de la qualité,
 - Soutenir la poursuite de la démarche Pilou-Filou et prévenir un déploiement quotidien trop routinier, avec une perte de sens (par exemple lorsque l'objectif de certaines activités, gestes, paroles du quotidien peut être oublié par une automatisation de certains aspects de l'accompagnement ou un manque de temps pour se poser les questions),
 - Arrêter /mettre en pause la démarche Pilou-Filou si les conditions ne sont pas/plus réunies, sans que ce soit perçu comme un échec.

Exemples d'opérationnalisations

A titre d'illustration, différents leviers complémentaires sont envisageables. Tout d'abord, au niveau de la collectivité, du réseau, de l'association : mettre à disposition une personne ressource en interne ayant du temps dédié pour soutenir toutes les crèches de la collectivité, du réseau ou de l'association ayant déployés *Accompagne-moi...!* Cette personne ressource aurait pour mission principale de prendre le relai de

³⁰ Se référer à la préconisation « pérennisation ou arrêt ».

l'intervenante EPEPE après l'étape 5 « évaluation des atteintes des objectifs et du processus ». Elle serait là pour soutenir les pôles de direction dans la poursuite de la réflexion et de la mise en place de la démarche Pilou-Filou une fois *Accompagne-moi...!* terminé. Elle pourrait également soutenir le pôle de direction et/ou l'équipe éducative d'autres crèches souhaitant déployer *Accompagne-moi...!*, en complément de l'accompagnement proposé par l'intervenante EPEPE³¹. Ainsi, ses missions pourraient être :

- Soutenir le pôle de direction et/ou l'équipe éducative de nouvelles crèches souhaitant s'engager dans *Accompagne-moi...!*, en complément de l'accompagnement proposé par l'intervenante EPEPE,
- Porter une réflexion collective au sein de la collectivité/du réseau/de l'association pour s'assurer que si la démarche *Accompagne-moi...!* est poursuivie, elle garde son sens³²,
- Accompagner le pôle de direction dans la compréhension et l'appropriation de la démarche en cas de turnover,
- Assurer la formation continue des PPE (aux concepts et à l'outil Pilou-Filou),
- Accompagner les PPE dans l'appropriation des outils notamment lors de changement important dans l'équipe,
- Accompagner le pôle de direction et l'équipe éducative en cas d'arrêt de déploiement de Pilou-Filou dans la crèche si les conditions ne sont plus réunies, en veillant à ce que ce ne soit pas vécu comme un échec.

Cette personne serait d'abord formée par l'intervenante EPEPE pendant toute la durée du premier déploiement d'*Accompagne-moi...!* dans la collectivité/le réseau/l'association. Ensuite, elle pourrait bénéficier d'un accompagnement de l'intervenante EPEPE dans le temps, dans le cadre d'un partenariat entre le réseau/la structure/l'association et EPEPE (ex : formation de formateur, soutien dans les problématiques rencontrées par la personne ressource, actualisation éventuelle des outils).

En complément, d'autres leviers sont envisageables notamment :

- Tourner sur les PPE animant les ateliers Pilou-Filou dans les structures sur une base du volontariat (par exemple : un nouveau trinôme de PPE tous les deux ans),
- Proposer lors des entretiens annuels des PPE de l'équipe éducative d'intégrer le déploiement de la démarche Pilou-Filou dans leurs objectifs annuel en valorisant les compétences qu'elles pourront acquérir,
- Proposer une formation continue des PPE à la démarche dans les crèches souhaitant poursuivre le déploiement de Pilou-Filou pour pallier le turnover.

³¹ En cohérence avec les résultats de l'évaluation réaliste, il n'est pas envisageable que cette personne ressource remplace l'intervenante EPEPE dans les 6 étapes composant la démarche *Accompagne-moi... !*, n'étant pas extérieure à la structure.

³² Par exemple, tout en se positionnant dans une relation d'horizontalité et de co-construction avec le pôle de direction, il s'agirait de :

- Répondre aux questions et besoins éventuels, si la direction mobilise à nouveau le processus d'amélioration continue de la qualité, inciter la direction à repasser par une phase d'observation tout en s'interrogeant sur le besoin de faire intervenir un observateur extérieur telle que l'intervenante EPEPE selon l'origine du renouvellement de la démarche d'amélioration continue de la qualité,
- Pour Pilou-Filou, il s'agirait de s'assurer : (i) que la démarche vise toujours à s'adapter au rythme de développement de l'enfant et ne vise en aucun cas à faire « valider » des compétences aux enfants, (ii) que Pilou-Filou soit déployé dans les conditions nécessaires à l'atteinte des effets que ce soit dans l'animation de Pilou (ex : Pilou est un modèle réaliste, qui donne envie de l'imiter mais ne juge pas) ou plus largement dans la démarche globale (ex : importance du réinvestissement).

Accompagner le transfert de la démarche et sa mise à l'échelle : points de vigilance

Préconisations

- Lors du transfert et de la mise à l'échelle de la démarche, continuer à être vigilant aux raccourcis qui pourraient être associés à une démarche comme celle portée par une confusion dans la finalité de la démarche ou des potentiels dérives lors du déploiement. Celles-ci peuvent être à la fois au niveau des enfants (ex : la démarche ne vise en aucun cas à faire « valider » des compétences à des enfants) et des professionnels/des structures (ex : la démarche ne doit pas être instrumentalisée pour devenir un outil punitif pour un professionnel ou conditionner des financements pour une crèche).
- Prendre le temps de déployer en France pour garantir la qualité : *Accompagne-moi...!* est une approche encore jeune en France.
- Avoir une attention particulière lors du choix du modèle économique à ne pas créer ni aggraver des inégalités entre les crèches et les territoires. Dans le cadre du pilote aucune participation financière n'était demandée par EPEPE aux structures. Si la question n'est pas centrale dans les entretiens, elle semble indispensable à souligner dans une perspective de mise à l'échelle. Ainsi, dans la construction du plan de financement, il est indispensable de se demander : est-ce que ce scénario ne va pas creuser les inégalités entre les différentes crèches implémentées dans différents territoires et disposant de ressources différentes ?

Perspectives de recherche

Au vu, des forces et limites de l'étude pilote ainsi que des perspectives de déploiement et de mise à l'échelle de la démarche réadaptée par l'association EPEPE, différentes pistes de recherche ont émergé. Elles seront discutées lors d'une réunion spécifique entre EPEPE et l'équipe de recherche.

Title: From the development of a complex population health intervention to its scaling up: conceptual and methodological aspects of viability studies, application in the field of early childhood

Abstract: Public health challenges facing our healthcare and education systems call for transformations that include the development of population health interventions (actions, programs, organizations, policies). These interventions are generally considered to be complex. Complexity is a major issue for the evaluation of interventions. While experimental designs are the gold standard for clinical research, their control of contextual factors to reinforce the internal validity of studies obviates the external validity of such research. It's essential to go beyond these efficacy-focused designs, in order to understand the mechanisms and processes of the intervention. This approach should make it possible to examine the implementation and conditions of routinization, transferability and scaling-up of the intervention, in the real world.

To this end, Chen proposed a paradigm shift by developing the integrative validity model. This bottom-up approach recognizes 3 types of validity: internal validity, external validity and viable validity. Viable validity concerns the integration of interventions into the system in which they are to be deployed, outside a research context. Viable validity corresponds to stakeholders' perception of whether an intervention is useful, suitable, practical, affordable and evaluable, in the real world (Chen, 2010). This PhD explored the relevance of the bottom-up approach to population health interventions and the concept of viability: What is the place of viability in the development and evaluation of complex population health interventions? In what way is the study of viability a prerequisite for considering the sustainability, transfer and scaling-up of interventions? What criteria (and dimensions) should be considered when analyzing viability? The aim was to analyze the viability of innovative interventions based on stakeholders' experience of the intervention. A multiple-case study strategy, mobilizing qualitative methods and following several interlocking levels of analysis, was chosen. The three cases were selected on the basis of similarities (e.g.: intervention in the field of early childhood) and contrasts.

The results converged with Chen's postulates on the relevance of adopting a bottom-up approach to research and focusing on viable validity. They suggested describing viability as the potential of an innovative intervention: (i) to integrate with existing projects, programs, organizations and policies to form a coherent whole in terms of objective, stakeholder missions, intervention levers and inputs; and (ii) to make sense to the intervention's stakeholders in the real world. This "making sense" depended on the fit between the stakeholders' perception of the innovative intervention and the system in which they are evolving. The results made it possible to test the viability criteria as updated by Chen in 2023 and to decline them into dimensions. They highlighted the interdependence of stakeholders' perceptions of these criteria, whether related to the substance or feasibility of the intervention. Moreover, viability is situated: the aim was to focus on the conditions of viability rather than to propose a binary vision of viability. Various determinants of viability were identified: the components of organizational change, the interlocking levels of the socio-ecological approach. Finally, this research questioned the definition of a evidence-based intervention through the prism of viability. Further research is underway to examine the concept from an interdisciplinary perspective.

Keywords : public health, population health, viable validity, viability, pilot study, complex intervention, évaluation

Mme DECROIX, Charlotte Université de Bordeaux, Centre de recherche Bordeaux Population Health

Titre : Du développement d'une intervention complexe en santé des populations à sa mise à l'échelle : aspects conceptuels et méthodologiques des études de viabilité, applications dans le champ de la petite enfance.

Résumé : Les enjeux de santé publique auxquels nos systèmes de santé et éducatif ont à faire face nécessitent des transformations qui passent notamment par le développement d'interventions en santé des populations (actions, programmes, organisations, politiques). Ces interventions sont généralement considérées comme complexes. La complexité est un enjeu majeur pour l'évaluation des interventions. Si les devis expérimentaux sont les références pour la recherche clinique, leur contrôle des facteurs contextuels pour renforcer la validité interne des études, obère la validité externe de ces recherches. Il convient d'aller au-delà de ces designs centrés sur l'efficacité, afin de comprendre les mécanismes et processus de l'intervention. Cette approche doit permettre d'examiner la mise en œuvre et les conditions de routinisation, de transférabilité et de mise à l'échelle de l'intervention, dans le monde réel. Dans cette perspective, Chen a proposé un changement de paradigme en développant le modèle de la validité intégrative. Dans une approche ascendante, celui-ci reconnaît 3 types de validité : la validité interne, la validité externe et la validité viable. La validité viable s'intéresse à l'intégration des interventions dans le système dans lequel elle vise à être déployées, hors d'un contexte de recherche. La validité viable correspond à la perception des parties prenantes quant à savoir si une intervention est utile, appropriée, faisable, abordable, adaptée et évaluable, dans le monde réel (Chen, 2010). Cette thèse s'intéressait à la pertinence de l'approche ascendante pour les interventions en santé des populations et au concept de viabilité : Quelle est la place de la viabilité dans le développement et l'évaluation d'interventions complexes en santé des populations ? En quoi l'étude de la viabilité est un préalable pour envisager la pérennisation, le transfert et la mise à l'échelle de l'intervention ? Quels sont les critères (et dimensions) à considérer pour analyser la viabilité ? L'objectif était d'analyser la viabilité d'interventions innovantes à partir du vécu de l'intervention par les parties prenantes. Une stratégie d'étude de cas multiples, mobilisant des méthodes qualitatives, suivant plusieurs niveaux d'analyse imbriqués a été choisie. Les trois cas ont été sélectionnés au regard de points de similitudes (ex : intervention dans le champ de la petite enfance) et de contrastes.

Les résultats étaient en convergence avec les postulats de Chen quant à la pertinence d'adopter une approche ascendante en recherche et de s'intéresser à la validité viable. Elle proposait de décrire la viabilité comme le potentiel d'une intervention innovante : (i) à s'intégrer dans les projets, programmes, organisations, politiques existantes afin de former un tout cohérent en termes d'objectif, de missions des parties prenantes, de leviers d'interventions et de moyens ; et (ii) à faire sens pour les parties prenantes de l'intervention dans le monde réel. Ce « faire sens » dépendait de l'adéquation entre la perception des parties prenantes de l'intervention innovante et du système dans lequel elles évoluent. Les résultats ont permis d'éprouver les critères de viabilité tels que mis à jour par Chen en 2023 et de les décliner en dimensions. Ils ont mis en avant l'interdépendance de la perception de ces critères par les parties prenantes qu'ils soient liés à la nature ou à la faisabilité de l'intervention. En outre la viabilité est située : il s'agissait de s'intéresser aux conditions de viabilité plus que de proposer une vision binaire de la viabilité. Différents déterminants de la viabilité ont été identifiés : les composantes du changement organisationnel et les niveaux de l'approche socio-écologique. Finalement, cette thèse a permis d'interroger la définition d'une intervention probante sous le prisme de la viabilité. Des recherches complémentaires sont en cours pour interroger le concept dans une perspective interdisciplinaire.

Mots clés : santé publique, santé des populations, validité viable, viabilité, étude pilote, intervention complexe, évaluation

Centre de recherche Bordeaux Population Health

Inserm U1219, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat 33000 Bordeaux