

L'utilisation des connaissances scientifiques dans la décision est un enjeu majeur pour notre système de santé. Les obstacles à cette démarche sont liés à la production de la preuve, complexe dans ce domaine, et à la difficulté de son intégration dans les processus décisionnels et les pratiques professionnelles. Ces obstacles tiennent aux personnes, aux organisations, au contexte et à la nature des preuves elles-mêmes. La démarche probante demande par conséquent à situer la réflexion à un niveau systémique où se situe le transfert de connaissances, processus continu d'échanges entre chercheurs et acteurs, favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances en vue de leur utilisation dans la pratique et la décision. Lever ces obstacles revient à renforcer les équipes de recherche interventionnelle, à transformer les processus d'élaboration des politiques publiques et, plus encore, à créer des ponts entre recherche, action et décision dans une démarche intégrative de recherche translationnelle de santé publique.

Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs

Le défi français de l'innovation

Linda Cambon¹, François Alla²

¹EA4360 APEMAC, Université de Lorraine; UMR 6051, CRAPE Rennes; ARS de Picardie, France.

²EA4360 APEMAC, Université de Lorraine; CIC-EC, CHU de Nancy; IReSP, France. francois.alla@univ-lorraine.fr

La décision en santé publique fondée sur les données probantes (*evidence informed public health decision making* – EIPH) représente un enjeu majeur pour notre système de santé [1-3].

LIER RECHERCHE ET PRATIQUE, DES OBSTACLES, UNE NÉCESSITÉ

Mise à l'agenda de la Stratégie Nationale de Santé, cette démarche promet un changement de pratiques chez les décideurs et les acteurs mais aussi les chercheurs. Elle invite chacun à davantage de collaboration. Cette collaboration est d'autant plus nécessaire que la recherche en santé publique se veut à visée cognitive mais aussi opérationnelle, avec une perspective d'aide à la décision, des responsables et des acteurs de santé publique. Les enjeux de la recherche en santé publique ne peuvent donc pas être envisagés indépendamment des enjeux sociétaux et de santé.

Cependant, si le constat est aujourd'hui partagé, il existe des freins à la mise en œuvre qui concernent tant la production de la preuve que son utilisation.

DES DIFFICULTÉS À PRODUIRE UNE PREUVE UTILISABLE

La production de la preuve peut être problématique en santé publique, en particulier la preuve relative aux modalités de mise en œuvre et à l'efficacité des interventions et des politiques (recherche interventionnelle et en implémentation [4, 5]). Les principes et méthodes classiques de genèse de la preuve issus de la recherche clinique sont en effet peu adaptés à cette recherche en raison de la complexité des interventions [6, 7] et de la forte influence du contexte sur les résultats, ce qui compromet leur transférabilité dans un contexte non expérimental [8, 9]. La nécessité d'un modèle d'évaluation plus flexible, prenant mieux en compte le contexte, les modalités de mise en œuvre et les acteurs y participant est largement reconnue. Des méthodes alternatives à l'essai « classique » sont proposées, basées sur l'expérimentation ou l'observation et faisant notamment appel aux méthodes dites mixtes [10] particulière-

ment adaptées à l'analyse des interactions contextes/processus/résultats. Ces méthodes ne sont toutefois pas interchangeables et certaines, seulement en développement. Cela rend nécessaire la conduite d'une recherche méthodologique permettant de développer des modèles et outils d'évaluation adaptés aux interventions de santé publique. De plus, la recherche en santé publique est difficile (fortes contraintes externes, standardisation non possible, nécessité de réadaptations en cours d'étude, lourdeur de mise en œuvre, longue durée, grands effectifs, recherche coûteuse, etc.) et le système ne se prête pas au développement d'une telle recherche : pas ou peu de financements adaptés, des barrières institutionnelles, une réglementation inadaptée [11], etc. Autant de freins qui expliquent en partie le faible développement de cette recherche en France, conduite aujourd'hui par quelques équipes seulement et de production relativement restreinte. Ces freins ont fait l'objet d'une analyse dans le cadre des travaux préparatoires à la Stratégie Nationale de Santé afin de déterminer les mesures nécessaires à leur levée.

DES DIFFICULTÉS À UTILISER LA PREUVE

La difficulté d'utilisation des données probantes dans les processus décisionnels et les pratiques professionnelles en santé publique est bien documentée [12]. Les obstacles à l'utilisation de la preuve scientifique sont nombreux :

- Les données scientifiques sont peu accessibles (barrière de la langue, accès aux bases de données parfois payantes) et les acteurs et décideurs sont peu formés à l'utilisation de ces données et ont peu de temps à y consacrer.
- Les publications sont souvent pauvres en description des interventions, des processus et des éléments contextuels et donc pas toujours utilisables pour les acteurs.
- Les acteurs de terrain innovent beaucoup mais publient peu, quand bien même les évaluations sont suffisamment bien faites pour générer de la connaissance.
- La résistance au changement des personnes et des organisations est parfois importante.

■ Les acteurs et décideurs ne font pas toujours confiance aux données issues de la recherche.

Ces obstacles, liés tant aux facteurs influençant l'utilisation de la preuve qu'aux modalités de production de cette dernière, tiennent aux personnes, aux organisations, au contexte et à la nature des preuves elles-mêmes. La mise à profit des connaissances scientifiques au sein du processus décisionnel demande, par conséquent, de situer la réflexion à un niveau systémique [13] en associant adaptation et dissémination des connaissances scientifiques par les producteurs de connaissances, habileté des utilisateurs à acquérir, comprendre et appliquer les connaissances disponibles et structuration organisationnelle et culture soutenant l'utilisation de ces connaissances [14]. Ce sont les grands enjeux du « transfert de connaissances » (TC).

LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le transfert de connaissances peut se définir comme « l'ensemble des activités et des mécanismes d'interactions favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé » [15]. Il existe autour de cette notion plusieurs propositions conceptuelles ou modèles qui proviennent de disciplines et de points de vue différents [16]. On peut néanmoins distinguer trois grandes approches :

- Une approche linéaire ou unidirectionnelle de type *push* (« valorisation des connaissances ») : c'est l'approche la plus développée, basée sur la communication de conseils ou de données apportées par des chercheurs à des utilisateurs plutôt passifs, réduisant l'adéquation des données au contexte où elles seront utilisées [17].
- Une approche par résolution de problèmes, de type *pull* : la demande émane des utilisateurs à la recherche d'une solution à un problème concret, au risque d'exclure les données qui ne sont pas « commandées » [18].
- Des approches interactives : elles se concentrent sur la communication entre

chercheurs et utilisateurs, levant les barrières organisationnelles par une interaction suivie et la compréhension itérative des besoins de l'un et l'autre. Cette interaction vise à réduire l'écart entre le monde de la recherche et celui de la pratique, resituant le transfert de connaissances non plus comme un « contenu » à faire passer mais comme un « système » décisionnel à construire.

Ces évolutions conceptuelles ont fait évoluer la terminologie, de transfert de connaissances à « échange et partage des connaissances » ou « mobilisation des connaissances » par exemple. Néanmoins, le terme transfert des connaissances (*knowledge transfert*) reste le terme le plus utilisé à l'échelle internationale, faisant implicitement référence à l'interaction [19, 20].

DU TRANSFERT DE CONNAISSANCES À LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE DE SANTÉ PUBLIQUE

La mission du chercheur est de produire des connaissances scientifiques. Nous l'avons vu, de nouvelles démarches de recherche se développent, basées sur des méthodes visant à produire une connaissance plus transposable dans un contexte non expérimental, et dont les résultats sont plus applicables et acceptables par les acteurs et les décideurs. Au-delà des questions de méthodes, il s'agit de se placer dans une perspective d'utilité sociale de la recherche : le chercheur, dès la formalisation de l'idée de recherche, doit intégrer le potentiel d'utilisation de ses résultats et penser aux moyens de renforcer cette dernière. Ceci oblige à une recherche différente. Dans ce cadre, la collaboration chercheur/acteur, la recherche participative [21], partenariale, voire la co-construction [22], deviennent des principes clés.

Cela soulève la question de la place des acteurs dans la recherche. Il ne s'agit pas de les situer en « apprentis chercheurs » mais d'intégrer leur point de vue et leurs contraintes dans la conduite de la recherche. Ainsi la question de la production de la preuve et celle de l'accompa-

gnement à son utilisation sont intriquées. Cette recherche ouverte aux enjeux de santé publique a été conceptualisée, par analogie avec la recherche translationnelle du domaine biomédical, comme une « recherche translationnelle de santé publique » [23]. Cette recherche fait le lien entre la recherche fondamentale (en biologie comme en SHS), la recherche interventionnelle, les processus de synthèse des connaissances et les fonctions de santé publique (observation, surveillance, évaluation, décision, intervention) dont elle se nourrit et qu'elle contribue à fonder. La translation est alors double : de la recherche fondamentale à la recherche interventionnelle et de la recherche à la pratique. Le transfert de connaissances effectue le lien entre ces domaines et leurs acteurs.

DE LA RÉFLEXION AU PROJET PARTENARIAL ET INTER-INSTITUTIONNEL FRANÇAIS

Le transfert de connaissances structure donc l'inter-influence entre chercheurs, acteurs et décideurs dans la production comme dans l'utilisation des connais-

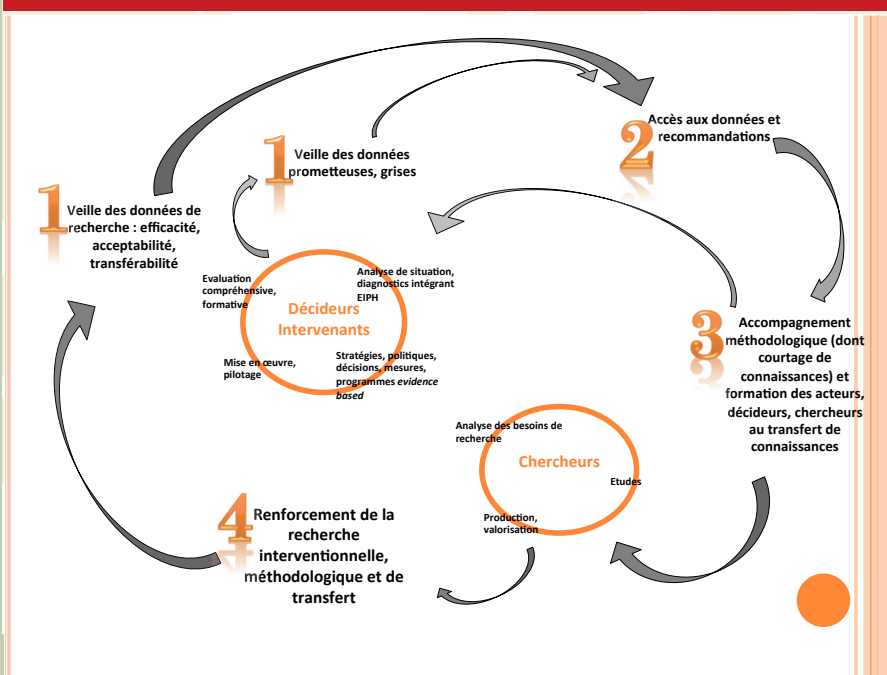
sances produites. Il est aujourd'hui une nécessité d'y engager la France afin de répondre à l'enjeu d'une politique de santé plus efficace, plus efficiente et qui contribue à réduire les inégalités en s'appuyant sur des leviers crédibles du point de vue scientifique.

Plusieurs initiatives nationales et régionales ont émergé ces dernières années, provenant des institutions, des acteurs et des chercheurs pour répondre à certains de ces enjeux. Il s'agit de rassembler ces initiatives pour favoriser un développement de l'innovation et de la recherche, un renforcement du contenu et de l'accessibilité aux bases de données et un accompagnement des acteurs [24].

Le montage d'un tel dispositif peut s'appuyer sur les nombreuses expériences étrangères. On peut, par exemple, citer l'Initiative Québécoise sur le Partage de Connaissances et le Développement des Compétences (IPCDC) [25] ou l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé [26].

Le cadre présenté dans la figure synthétise les grandes fonctions qu'un dispositif de transfert et de partage de connaissances en santé publique devrait alors intégrer (Figure 1).

Figure 1. Cadre de réflexion sur un dispositif de transfert et partage de connaissances en santé publique. (© L. Cambon, F. Petitjean, F. Alla).



CONCLUSION

La nécessité pour le système de santé d'évoluer vers une meilleure articulation entre recherche, décision et action fait consensus. Le contexte est aujourd'hui favorable à cette évolution : les initiatives se multiplient objectivant l'intérêt des chercheurs et acteurs pour cette problématique et leur volonté de s'y impliquer. La Stratégie Nationale de Santé et le processus de programmation de la recherche en santé entérinent l'intérêt d'interventions plus coordonnées et décloisonnées. Ce mouvement permet de poser les bases d'une meilleure cohérence des politiques de santé publique et de recherche. Il s'agit aujourd'hui d'accompagner ces initiatives, d'en développer d'autres, de contribuer à animer l'ensemble, à le structurer et à lui donner de la visibilité. Dans cette perspective, deux dispositifs articulés l'un à l'autre sont en cours de mise en place : une action coordonnée « recherche interventionnelle », portée par AVIESAN et l'IReSP constituant un réseau de chercheurs et d'utilisateurs de la recherche en santé publique visant à soutenir la recherche interventionnelle d'excellence et utile à la décision en santé ; l'« Initiative pour un dispositif de transfert de connaissances », portée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), visant à créer les conditions adaptées au système français pour accompagner l'utili-

sation des données de recherche par les acteurs et décideurs en santé.

Se structurant en complémentarité, ces deux actions consolident les ponts attendus entre recherche fondamentale, recherche interventionnelle et pratique et décision de santé publique.

RÉFÉRENCES

- [1] Brownson RC, Chiriqui JF, Stamakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health* 2009; 99: 1576-83.
- [2] Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2010; 58 (4): 277-83.
- [3] Ciliska D, Thomas H, Buffet C. An introduction to evidence-informed public health and a compendium of critical appraisal tools for public health practice (revised). Hamilton, ON: National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2012.
- [4] Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health* 2009; 100 (suppl 1): 8-14.
- [5] Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* 2013; 347: f6753.
- [6] Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655.
- [7] Tarquinio C, Kivits J, Minary L, Coste J, Alla F. Evaluating complex interventions: Perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychol Health* 2014 (sous presse).
- [8] Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Publ Health* 2004; 94: 400-5.
- [9] Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health* 2012; 12: 497.
- [10] Guével MR, Pommier J. La recherche par les méthodes mixtes en santé publique: enjeux et illustration. *Santé Publique* 2012; 21: 23-38.
- [11] Minary L, Claudot F, Alla F. La recherche interventionnelle en santé publique. Aspects méthodologiques et juridiques des interventions à caractère collectif. *Presse Med* 2014; 43: 888-91.
- [12] Ciliska D. *Introduction au processus décisionnel fondé sur des faits*. Ottawa: IRSC, 2012.

[13] Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, Noonan R, Lubell K, Stillman L, Blachman M, Dunville R, Saul J. Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *Am J Community Psychology* 2008; 41: 171-81.

[14] Gervais MJ, Gagnon F, Bergeron P. *Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques: l'apport de la littérature sur le transfert des connaissances*. Montréal: Chaire d'étude CJM-IU-UQAM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 2013.

[15] Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. *Animer un processus de transfert des connaissances*. Bilan des connaissances et outil d'animation. Québec: INSPQ, 2009.

[16] Lacouture A, Le Garjean N, Ridde V, Dagenais C, Pommier J. *Transfert et partage de connaissances entre chercheurs et acteurs politiques. Enjeux et stratégies lors de l'élaboration de politiques favorables à la santé*. Bibliographie annotée. Rennes: EHESP, 2014.

[17] Roy M, Guindon JC, Fortier L. *Transfert de connaissances. Revue de littérature et proposition d'un modèle*. Études et recherches/Rapport R-099. Montréal: IRSST, 1995.

[18] Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Policy Syst* 2003; 1: 2.

[19] Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006; 26: 13-24.

[20] Nutley S, Walter I, Davies H. Promoting evidence-based practice: models and mechanisms from cross-sector review. *Res Social Work Practice* 2009; 19: 552-9.

[21] Réseau de recherche en santé des populations du Québec. *La recherche participative un levier pour l'action en santé publique*. Carnet synthèse 8. Québec: INSPQ, 2010.

[22] Audou C, Gillet A. Recherche partenariale et co-construction de savoirs entre chercheurs et acteurs: l'épreuve de la traduction. *Revue Interventions économiques* 2011; 43: 1-16.

[23] Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham NJ. A translational framework for public health research. *BMC Public Health* 2009; 9: 116

[24] Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique: réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé Publique* 2013; 25: 757-62.

[25] Trottier LH, Denis JL. *Phase exploratoire: évaluation des retombées des activités de l'IPCDC*. Québec: IPCDC, 2014.

[26] <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 23 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Jean-Paul Moatti, professeur en économie de la santé.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants:

- Fonctionnement du système de santé

- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont:

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion

intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, ANSM, ANSES, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet: www.iresp.net

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP: www.iresp.net