

# Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts aux changements des pratiques

**Linda Cambon,**

professeur titulaire de la chaire Prévention, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) – Santé publique France, centre Inserm U 1219, université de Bordeaux.

« **D**onnées probantes », « transférabilité », « transfert de connaissances » sont des termes de plus en plus utilisés dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé (PPS). Que signifient ces concepts ? Qu'engagent-ils de nos pratiques ? Sont-ils compatibles avec les principes de promotion de la santé ? C'est à ces questions que se propose de répondre cet article.

## De la hiérarchie à la complémentarité des données probantes

Utiliser les preuves produites ailleurs est le principe fondateur de la « démarche probante ». Derrière se cache l'épineuse question de la preuve, très largement colorée du paradigme positiviste expérimental qui hiérarchise les niveaux de preuves non pas au regard du sens qu'elles ont pour discuter le problème à résoudre, mais à celui des moyens scientifiques de les générer [1]. Ainsi, les méta-analyses, revues de littérature et essais contrôlés randomisés produiraient des preuves de niveau



plus élevé que les méthodes qualitatives, non comparatives ou les consensus d'experts.

Cette hiérarchie, empruntée au domaine clinique de la santé publique, a montré depuis longtemps maintenant ses limites en prévention et promotion de la santé, où tant la complexité des interventions que celle des effets qu'elles génèrent appellent à considérer autrement ce qui fait preuve [1]. Ainsi, la notion de « données probantes » a-t-elle évolué. Selon l'Organisation mondiale

de la santé, ces données probantes sont des « 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 [2] ». Elles peuvent porter sur [3] : 1) la problématique expliquant les liens entre déterminants et état de santé, l'importance et la sévérité des problèmes de santé publique et la possibilité de les prévenir (sur quoi agir ?) ; 2) les solutions, c'est-à-dire les leviers ou modalités d'intervention

**Dossier**  
*Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience*

efficaces (quelle intervention est efficace sur le problème considéré ?) ; 3) les conditions d'implantation des interventions (comment et à quelles conditions cette intervention est-elle efficace ?). Ces données probantes, parce qu'elles sont constituées de données scientifiques, expérientielles et contextuelles, sont de fait produites par des méthodes différentes.

### **Au-delà du mythe de la reproductibilité, la transférabilité**

Les données probantes qui intéressent le plus les acteurs ont trait aux solutions à mettre en œuvre pour traiter les problèmes connus. La démarche probante appelle à repérer les interventions ayant montré leur efficacité ailleurs afin d'être reproduites. Cependant, que transfère-t-on ? N'est-ce pas contradictoire avec les principes de promotion de la santé qui engagent la participation des bénéficiaires de l'intervention dans sa conception ? Derrières ces questions se dessine le concept de transférabilité, obligeant à définir ce qu'il est et ce qu'il n'est pas.

La transférabilité est la mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être atteint dans un autre contexte [4]. Cette notion est centrée sur le résultat et non sur le processus pour l'obtenir, ce qui ne convoque pas d'appliquer, forcément et tout à fait, la même intervention. Ainsi, la transférabilité se distingue de l'applicabilité ou de la reproductibilité (*i. e.* la mesure dans laquelle les processus d'une intervention dans un contexte donné peuvent être mis en œuvre dans un autre contexte) en intégrant des conditions d'adaptation nécessaires à la genèse du résultat [5]. Ce n'est donc pas l'intervention que l'on transfère, mais certaines de ses composantes, d'autres étant adaptées au contexte.

Cette précision fondamentale révèle un déterminant majeur du résultat à considérer : le contexte dans lequel l'intervention est implémentée. Ce dernier inclut l'environnement physique et social ainsi que les caractéristiques des acteurs en présence, intervenants ou bénéficiaires. Analyser la transférabilité d'une

### **L'ESSENTIEL**

■ **► Pour promouvoir la santé d'une personne, d'un groupe de population ou de la population entière, il est incontournable d'utiliser les connaissances scientifiques et de les articuler avec les savoirs dits « expérientiels » des acteurs. Cette démarche renforce l'assise scientifique des interventions tout en prenant en compte les savoir-faire des acteurs et les expériences de terrain.**

intervention revient donc à estimer *a priori* les éléments propres à l'intervention qui doivent rester intègres, contrairement à ceux à adapter. Cela peut d'ailleurs amener aussi à modifier le contexte lui-même afin de favoriser l'implantation, l'acceptabilité ou l'effet de l'intervention. En réalité, cette analyse oblige à décortiquer la « boîte noire » des interventions (*voir encadré page suivante*).

Par cette démarche d'adaptation et d'ancrage contextuel, l'analyse de la transférabilité est compatible avec les principes de promotion de la santé. De plus, la démarche est participative, car elle sollicite les acteurs de ce contexte (dont la population) afin de déterminer les conditions d'adaptation nécessaires. Elle peut être accompagnée par certains outils et cadres [5 ; 6] (dont, en français, la grille Outil d'Analyse de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des Interventions en promotion de la santé – Astaire).

### **Mise à l'échelle et macro-système**

De la même manière que pour la transférabilité qui envisage le transfert d'un contexte à un autre – autre lieu, autre population, etc. –, les freins à la mise à l'échelle (*i. e.* la généralisation d'une intervention à grande échelle) sont une préoccupation des acteurs. Dans quelles conditions des innovations réalisées à un endroit peuvent-elles être étendues plus largement ? Pour répondre à cette question, il faut non seulement envisager la transférabilité, mais également leur capacité à s'adapter aux exigences sociales, économiques et environnementales du contexte élargi.

En effet, une intervention peut être transférable, mais peu généralisable pour des raisons liées au contexte macro-systémique. Cela peut être lié à la réglementation, à l'acceptabilité par les intervenants, à la trop grande importance des ressources à mobiliser pour être pérenne, ou tout simplement à la plus-value de l'innovation vis-à-vis des actions déjà en place sur le terrain. En d'autres termes, pour être généralisée, une action doit avoir démontré qu'elle est utile, qu'elle peut s'inscrire dans le droit commun, qu'elle est éthique, qu'elle est pérenne [7].

### **De la démarche probante aux partages de connaissances**

De ces différentes notions naît le constat suivant : la démarche probante en prévention et promotion de la santé (PPS) ne revient pas à appliquer ce qui se fait ailleurs, mais à intégrer des connaissances nouvelles visant à fabriquer des pratiques nouvelles. On parle de partage ou transfert de connaissances, défini par l'Institut national de santé publique du Québec comme un « ensemble d'activités et de mécanismes d'interaction 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 ». Selon quels processus cette intégration se fait-elle ? Comment favoriser ce partage de connaissances (PC) chez les acteurs de la PPS ? Une chose est certaine : cela dépasse la simple diffusion de ces dernières. De nombreux facteurs sont à prendre compte dans le succès d'une démarche de PC : les caractéristiques des connaissances, les acteurs impliqués, les organisations dans lesquelles les acteurs évoluent.

En d'autres termes, ce n'est pas en diffusant des articles sur les expérimentations efficaces que les acteurs vont changer leur pratique. Il faut pour cela une combinaison de stratégies [8 ; 9] favorisant à la fois la diffusion – p. ex. : un résumé vulgarisant des données, une vidéo, un site Web, etc.) –, les échanges – réseautage, forums de discussion –, la formation et la collaboration. Dans le cadre de l'étude française

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cambon L., Ridde V., Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'*evidence-based health promotion* dans le contexte français. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2010, vol. 58, n° 4 : p. 277-283. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/261989/article/reflexions-et-perspectives-concernant-l-dans-le-co>
- [2] WHO Regional Office for Europe. Evidence policy for the WHO Regional Office for Europe. [Internet]. Copenhagen : 2004. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/eni/evidencepolicy.pdf>
- [3] Brownson R. C., Fielding J. E., Maylahn C. M. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health*, 2009, vol. 30 : p. 175-201. En ligne : [https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)
- [4] Wang S., Moss J. R., Hiller J. E. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, mars 2006, vol. 21, n° 1 : p. 76-83. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article/21/1/76/646412>
- [5] Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, décembre 2013, vol. 13, n° 1, art. 1184. En ligne : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1184>
- [6] Schloemer T., Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science* [Internet], décembre 2018 [cité 9 juillet 2019], vol. 13, n° 1, art. 88. En ligne : <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0751-8>
- [7] Chen H. T. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Evaluation & Program Planning*, août 2010, vol. 33 : p. 205-214. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718909001013?via%3Dihub>
- [8] LaRocca R., Yost J., Dobbins M., Ciliska D., Butt M. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. *BMC Public Health*, 2012, vol. 12, art. 751. En ligne : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-751>
- [9] Langer L., Tripney J., Gough D. *The Science of using science: researching the use of research evidence in decision-making*. Londres : EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London, 2016 : 57 p. En ligne : <https://www.alliance4useful-evidence.org/assets/Science-of-Using-Science-Final-Report-2016.pdf>

Transfert de connaissances en région (TC-REG), les conditions de succès des stratégies de partage de connaissances en prévention et promotion de la santé ont été analysées (voir encadré ci-dessous).

### Conclusion

L'utilisation et l'articulation des connaissances scientifiques aux savoirs expérimentiels des acteurs est un enjeu du développement d'une promotion de la santé crédible. Que

l'on parle de transfert d'intervention ou de connaissances pour modifier une pratique ou une organisation professionnelle, la démarche renforce l'assise scientifique des interventions tout en valorisant les expériences de terrain. Elle est d'autant plus pertinente qu'elle respecte les savoir-faire des acteurs et leur permet de gagner en efficacité, en créativité et en partenariat. ■

Contact : [linda.cambon@u-bordeaux.fr](mailto:linda.cambon@u-bordeaux.fr)

## EXEMPLE DE CE QUI PEUT CONSTITUER LA BOÎTE NOIRE

Prenons l'exemple d'une formation de professionnels visant à changer leurs pratiques en prévention. Derrière le mot « formation » se cache en réalité une multitude de composantes interventionnelles (*i. e.* liées à l'intervention) : posture pédagogique, méthodes de communication et outils de formation, compétences, adéquation des contenus à l'expérience des participants, etc. Ces éléments vont prendre place dans un contexte particulier, dans lequel la formation s'inscrit. Il est fait des caractéristiques des participants

– expériences, attitudes, dispositions – et de l'environnement – ambiance, lieu, ressources, volontariat, possibilités de mise en pratique. Parmi ces éléments, certains sont plus ou moins influents sur le résultat et modifiables. C'est leur identification que vise l'analyse de la transférabilité afin d'anticiper les résultats et, par conséquent, les nécessaires adaptations d'un contexte à l'autre pour obtenir le résultat : intérêt, accroissement des compétences, sentiment de pouvoir mettre en pratique, etc.

## L'ÉTUDE FRANÇAISE TC-REG

Trente-cinq activités de partage de connaissances ont pu être standardisées [1] (une activité standardisée = un objectif), et regroupées en 11 catégories. Par ailleurs, TC-REG a permis de mettre en évidence les conditions d'efficacité de ces activités et notamment les rôles spécifiques : 1) de l'environnement professionnel ; 2) du caractère apprenant de la démarche ; 3) de la perception de son utilité (action plus efficace, davantage financée, apport de nouveautés, partenariat, émulation, etc.) ; 4) et l'auto-efficacité perçue à utiliser efficacement ces données probantes. Par exemple, l'activité « formation à l'utilisation des données probantes » n'est efficace que si les compétences acquises permettent d'être plus performant dans les appels à projet, de se sentir à l'aise dans le maniement des apports

probants pour justifier son action, et si des données probantes sont facilement accessibles (par exemple produites par un centre de ressources documentaires).

### RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Affret A., Prigent O., Porcherie M., Aromataro O., Cambon L. Development of a knowledge translation taxonomy in the field of health prevention: a participative study between researchers, decision-makers and field professionals. *Health Research Policy & System*, 15 août 2020, vol. 18, n° 1, art. 91. En ligne : <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00602-z>

**Dossier**  
**Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience**