



HAL
open science

De la recherche à la décision en santé : le transfert de connaissances

Linda Cambon

► **To cite this version:**

Linda Cambon. De la recherche à la décision en santé : le transfert de connaissances. Environnement, Risques & Santé, 2017, 16 (4), pp.389-392. 10.1684/ers.2017.1040 . hal-02573876

HAL Id: hal-02573876

<https://hal.ehesp.fr/hal-02573876>

Submitted on 28 Nov 2022

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.

De la recherche à la décision en santé : le transfert de connaissances

LINDA CAMBON

Chaire de recherche en
prévention des cancers
CRAPE-ARENES UMR 6051
EHESP
20, avenue George Sand
93270 La Plaine Saint-Denis
France
<linda.cambon@ehesp.fr>

Tirés à part :
L. Cambon

Résumé. L'utilisation de preuves dans la décision et la pratique représente un enjeu majeur en santé des populations. Cependant, si ce constat est aujourd'hui partagé, il existe des obstacles qui tiennent aux personnes, aux organisations, au contexte et à la nature des preuves elles-mêmes. Lever ces obstacles implique de reconsidérer la manière de produire et valoriser les résultats de recherche, la compréhension des logiques et processus décisionnels, et la capacité des organisations supports des décisions et opérations de santé publique à intégrer la recherche. Ce sont les grands enjeux du transfert de connaissances. Les recherches réalisées sur le transfert de connaissances mettent en évidence, d'une part, que la simple diffusion de connaissances scientifiques ne suffit pas et, d'autre part, que les modalités de transfert de connaissances, pour être efficaces, doivent être contextualisées au milieu dans lequel la diffusion de connaissances est requise.

Mots clés : politique ; science ; transfert.

Abstract

Knowledge transfer: from research to decision making in health care

Evidence-based decision-making is a major issue in public health. However, obstacles to it include characteristics of the evidence, of the stakeholders, and of the types of work organizations involved. Removing these barriers requires changes in how we produce and use evidence, how we understand the decision-making process, and how we help work organizations to integrate research results more easily. These reflections are part of the knowledge transfer process. Research on knowledge transfer shows the limits of the simple publication of evidence and the need to combine different strategies and contextualize them. It also underlines the value of crossing scientific evidence with practical knowledge.

Key words: politics; science; transfer.

L'utilisation des connaissances scientifiques dans la définition des politiques publiques de santé représente un triple enjeu :

- d'efficacité : assurer les interventions les plus pertinentes possibles ;
- éthique : s'assurer que les interventions effectuées ne sont pas délétères ;
- de performance : par l'amélioration continue des pratiques.

Néanmoins, l'accès et l'acquisition de connaissances ne prédisent pas leur utilisation dans la décision et la pratique [1]. Selon Gournay [2] « un choix politique est rarement le fait d'un homme ou d'un collège, qui, à un moment déterminé, se prononcerait de manière irrévocable entre plusieurs orientations ; il est le plus souvent constitué par une succession de décisions partielles, plus ou moins cohérentes, auxquelles ont pris part de multiples acteurs ». La décision procède donc de la négociation dynamique d'un certain nombre de paramètres et facteurs

Pour citer cet article : Cambon L. De la recherche à la décision en santé : le transfert de connaissances. *Environ Risque Sante* 2017 ; 16 : 389-392. doi : 10.1684/ers.2017.1040

susceptibles de se compléter ou de se neutraliser [3-7]. L'analyse de la littérature sur le sujet du transfert de connaissances dans les processus décisionnels permet de dégager trois types de facteurs d'influence [3, 8, 9] :

- des freins liés aux connaissances : ce sont les facteurs liés aux caractéristiques propres des connaissances. Ils font référence à leur nature, disponibilité, accessibilité, qualité scientifique (des données et de leur source), compréhensibilité, adéquation, temporalité, degré d'opportunité, ou encore transférabilité ;

- des freins liés aux utilisateurs : ce sont les facteurs ayant trait aux caractéristiques des acteurs en situation de décision, comme leurs caractéristiques personnelles. En effet, leurs croyances/valeurs personnelles, affiliation politique, facteurs sociodémographiques peuvent influencer la prise en compte de nouvelles connaissances lors du processus décisionnel. Ces facteurs vont conditionner la perception, par les acteurs [9] de l'efficacité relative de la solution/recommandation par rapport à ce qui existe, la perception de la proximité de la solution avec leur système de pensée, les degrés de difficulté ou de facilité perçus et anticipés, ou encore la mesure dans laquelle la nouvelle pratique se prête à la mise en œuvre et dans laquelle ses résultats sont visibles. Peuvent s'y ajouter des facteurs liés aux conditions dans lesquelles les acteurs ont à prendre et mettre en œuvre la décision (temps, valeur accordée, niveau d'études, expériences antérieures, etc.) [10]. Concernant les décideurs en responsabilité, s'ajoutent à ceux déjà identifiés des facteurs propres à leur statut comme, par exemple, leur engagement sur la problématique, la perception de la portée et de l'importance du problème à résoudre, la détermination personnelle et l'intérêt personnel ou encore, l'aspect consensuel de la décision et son acceptabilité [8] ;

- des freins liés aux organisations : ceux-ci ont trait aux caractéristiques des organisations et du contexte organisationnel et local au sein desquels travaillent les producteurs et les utilisateurs de recommandations. Ainsi, les professionnels qui évoluent dans une organisation ayant une culture favorable au changement sont plus à même d'utiliser des recommandations. Cela tient à la présence d'un ensemble d'incitatifs et de facilitateurs du changement (ressources nécessaires matérielles, humaines, financières, temps) qui peuvent supporter ce changement. Cela intègre également le contexte social et politique au sein duquel les professionnels évoluent et la position des acteurs au sein de l'organisation [11]. Des facteurs très contextualisés vont donc jouer : la mission, la vision, les ressources, l'environnement externe, le style de gestion, le leadership, les coalitions et leur organisation. Ces facteurs conditionnent l'existence et le fonctionnement des organisations, les forces en présence, le processus décisionnel lui-même (*top-down*, hiérarchique ou décentralisé) et les paramètres qui l'affectent.

Le transfert de connaissances : définition et objectifs

Cette multitude de facteurs met en évidence le caractère non linéaire entre la production de connaissances, de preuves d'un côté, et leur utilisation de l'autre, soulignant l'importance de stratégies adéquates et contextualisées au milieu à transformer. C'est l'objet des processus de transfert de connaissances, défini comme « *l'ensemble des activités et des 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* » [12].

Ces stratégies de transfert de connaissances peuvent servir trois objectifs d'utilisation [13, 14] :

- une utilisation instrumentale : modifier une action, prendre des décisions de manière spécifique et concrète ;
- une utilisation conceptuelle : apporter des idées nouvelles qui influencent la compréhension des enjeux entourant une problématique donnée sans toutefois apporter de modifications à court terme dans les actions et les décisions ;
- une utilisation stratégique ou symbolique : utiliser la connaissance comme argument d'autorité pour légitimer des positions, des décisions ou des choix.

Derrière ses objectifs, de multiples modalités sont alors possibles, notamment favorisées par l'interaction acteurs/chercheurs. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [12] regroupe les stratégies de transfert en quatre catégories, d'après leur degré d'interactivité, mais également en fonction de l'objectif de transfert des connaissances poursuivi :

- les stratégies de diffusion, à travers, par exemple, un résumé vulgarisant des données, une vidéo, un site Web, une présentation, ont pour objectif premier de rendre accessibles les connaissances ;
- les stratégies d'échanges, comme les services conseils, les activités de réseautage, les forums de discussion, sont destinées à sensibiliser ou influencer les utilisateurs visés, et qui impliquent des interactions brèves, ponctuelles ou suivies ;
- les stratégies de formation visent le développement et le maintien des compétences par des objectifs pédagogiques explicites en vue d'améliorer les pratiques professionnelles et organisationnelles et s'appuient sur des activités interactives structurées ;
- les stratégies collaboratives, par la co-construction d'outils, l'organisation de communautés de pratique, des formules de tutorat et d'accompagnement, ont pour objectif de faciliter l'intégration et l'application des connaissances dans les pratiques au moyen d'interactions continues et soutenues.

De manière générale, toute stratégie présente des avantages et des désavantages. Les stratégies qui favorisent un large rayonnement (ex. présentation, diffusion

d'un résumé, campagnes d'information) présentent l'avantage de rejoindre un large public, mais ne permettent pas, en revanche, d'atteindre un niveau d'interaction suffisant pour susciter l'utilisation concrète des connaissances dans la pratique. Les stratégies qui, à l'inverse, favorisent un niveau d'échanges soutenu avec les utilisateurs ne permettent toutefois que de travailler avec un petit groupe de personnes à la fois et s'échelonnent généralement sur une plus longue période de temps [9].

Plus récemment, une revue [15] a permis de mettre en évidence six mécanismes particulièrement efficaces :

- la sensibilisation des décideurs ;
- le développement d'une acception commune des enjeux du transfert ;
- les stratégies qui transforment les organisations ;
- l'amélioration de l'accès à l'information auprès des utilisateurs de connaissances ;
- les interactions entre chercheurs, décideurs et acteurs ;
- la formation des utilisateurs de connaissances.

Dans les faits, il n'y a pas de stratégies universellement éprouvées [16, 17], l'efficacité de chacune dépend en réalité du contexte dans lequel elles sont implantées [18]. Ainsi, plusieurs auteurs suggèrent de combiner les stratégies entre elles afin de potentialiser leur efficacité [19] et de mettre en œuvre ces modalités de manière participative et complètement intégrée aux milieux que l'on souhaite transformer.

Conclusion

L'utilisation des connaissances scientifiques et leurs articulations avec les savoirs expérientiels des acteurs et des communautés, ainsi qu'avec les caractéristiques des contextes qu'elles pénètrent, est un enjeu en santé des populations. Cette démarche renforce les assises scientifiques des interventions visant l'amélioration de la santé et permet de valoriser et capitaliser les innombrables expériences faites sur le terrain. Mais pour être pertinente, cette démarche doit s'insérer dans les logiques expérientielles déjà en cours en respectant les savoir-faire des acteurs et en leur permettant de gagner en efficacité (en évaluant mieux), en créativité (en innovant vraiment), et en partenariat (en regardant ce que les autres font). Plus qu'une application de la science dans les milieux de pratiques, il s'agit en réalité de trouver l'équilibre entre les savoirs scientifiques et les savoirs d'expériences et de contexte et ce, au cœur de l'ensemble du processus, de la production de preuves jusqu'à leur utilisation. ■

Remerciements et autres mentions

Financement : aucun ; **liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Landry R, Amara N, Lamari M. Utilization of social science research knowledge in Canada. *Res Policy* 2001 ; 30 : 333-49.
2. Gournay B. L'étude des décisions politiques : note introductive. *Rev Fr Sci Polit* 1963 ; 13 : 348-51.
3. Gervais MJ, Chagnon F. *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale*. Québec : Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, 2010.
4. 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.
5. Frey K. Revising road safety policy: the role of systematic evidence in Switzerland. *Governance* 2010 ; 23 : 667-90.
6. Bowen S, Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: a framework for action. *PLoS Med* 2005 ; 2 : e166.
7. Lavis JN, Røttingen JA, Bosch-Capblanch X, et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development. *PLoS Med* 2012 ; 9 : e1001186.
8. Jabot F. *L'évaluation des politiques publiques : cadre conceptuel et étude de son utilisation par les décideurs des institutions régionales de santé en France*. Nancy : université de Lorraine, 2014.
9. Castiglione SA, Ritchie JA. *Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire maintenant ? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé*. Canada : Institut de recherche en santé du Canada, 2012.
10. Lomas J. *Improving research dissemination and uptake in the health sector: beyond the sound of one hand clapping*. Hamilton : Center for Health Economics and Policy Analysis, 1997.
11. March J, Simon H. Organizations. *Asia Pac J Hum Resour* 1993 ; 148-9.
12. Souffez K, Laurendeau MC. *Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2011.
13. Strandberg E, Eldh AC, Forsman H, Rudman A, Gustavsson P, Wallin L. The concept of research utilization as understood by swedish nurses: demarcations of instrumental, conceptual, and persuasive research utilization: research utilization as understood by Swedish nurses. *Worldviews Evid Based Nurs* 2014 ; 11 : 55-64.
14. Straus SE, Tetroe J, Graham ID, Zwarenstein M, Bhattacharyya O, Shepperd S. Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. *CMAJ* 2010 ; 182 : E94-8.

- 15.** Langer L, Tripney J, Gough D. *The science of using science: researching the use of research evidence in decision-making*. London : EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London, 2016.
- 16.** Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003 ; 362 : 1225-30.
- 17.** 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 ; 12 : 751.

18. Ridde V, Dagenais C, Boileau-Falardeau M. Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique. *Sante Publique* 2013 ; 25 : 137-45.

19. Barwick MA, Peters J, Boydell K. Getting to uptake: do communities of practice support the implementation of evidence-based practice? *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 ; 18 : 16-29.