
Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **12/09/2024**

**L'implication d'organismes de financement
et développement de la recherche en santé
publique dans le transfert et l'utilisation
des connaissances : réflexions au sein de
plusieurs agences de financement en France**

Antoine BEAL

Septembre 2024

*Sous la direction de Marion
Porcherie*

Remerciements

Mes plus sincères remerciements,

A Mme **Marion Porcherie**, directrice de ce mémoire, dont la pédagogie, la patience et la gentillesse ont largement participé à l'aboutissement de ce travail. Merci pour votre accompagnement bienveillant auprès des étudiant·e·s.

A Mme **Delphine Moreau**, pour avoir accepté de présider ce jury et pour votre approche inspirante autour de tous les sujets abordés lors de cette année à l'EHESP.

A Mme **Marie-Renée Guevel**, pour faire vivre le master 2 Promotion de la Santé et Prévention et pour son accompagnement sans relâche des étudiant·e·s.

A Mme **Valentine Trépied**, directrice adjointe scientifique de l'IReSP, pour m'avoir accueilli en tant que stagiaire dans l'équipe avec une gentillesse naturelle et une pédagogie indéniable. Cela m'a permis de forger une expérience notable dans l'univers de la recherche en santé publique.

A Mme **Marie Dinh**, cheffe du pôle Addictions de l'IReSP et doctorante, pour sa gentillesse, son humour, son énergie, ses connaissances. Merci pour m'avoir accompagné tout le long du stage.

A toute l'équipe de l'IReSP, merci pour votre accueil et pour les apprentissages que vous m'avez transmis. Merci également à tout le tissu de chercheur.euse.s en santé publique et notamment sur le champ des conduites addictives : quelle découverte !

A l'ensemble des institutions et leurs représentant.e.s qui ont contribué à cette étude et répondu à mes sollicitations.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'EHESP. Merci pour la qualité de vos enseignements. Merci pour l'inspiration et l'ouverture d'esprit vers laquelle vous nous emmenez. Merci également pour l'aide que vous apportez dans les projets des étudiants.

Un ENORME MERCI, à toute la promotion du Master 2 PSP et ami.e.s de l'EHESP. Énormément de gentillesse en vous toutes et tous. Ce furent des rencontres tellement chouettes et agréables, on se revoit vite !

Merci infiniment à mon amoureuse **Julia**. Je t'aime.

Merci beaucoup à ma famille, mes proches pour leur soutien indéfectible durant ces 8 années d'études.

S o m m a i r e

1 – Introduction.....	7
1.1 L' <i>evidence-based</i> comme appui scientifique.....	8
1.1.1 Émergence et diffusion du concept de l' <i>evidence-based</i>	8
1.1.2 Arguments démontrant l'intérêt de l' <i>evidence-based</i> en santé publique	10
1.1.3 Limites et contestations concernant l' <i>evidence-based</i>	11
1.2 Le transfert des connaissances	13
1.2.1 Définition du transfert de connaissances.....	13
1.2.2 Enjeux de l'intégration des connaissances issues de la recherche dans les pratiques et politiques de santé.....	15
1.2.3 Différentes approches et catégorisations du transfert de connaissances	17
1.2.4 Freins et leviers du transfert	21
1.3 Organismes publics de développement et de financement de la recherche en santé publique en France : un rôle à jouer dans le transfert des connaissances ?.....	24
1.4 Objectifs.....	27
2 Méthodologie.....	27
2.1.1 Design de l'étude.....	27
2.1.2 Échantillonnage.....	27
2.1.3 Recueil des données.....	28
2.1.4 Réalisation des entretiens.....	28
2.1.5 Données recueillies.....	29
2.1.6 Retranscription	29
2.1.7 Analyse et synthèse	29
2.1.8 Considérations éthiques et réglementaires	30
3 Résultats	31
3.1 Description de l'échantillon	31
3.2 Résultats principaux.....	32
3.2.1 Le transfert de connaissances à travers les missions et principes des agences	
32	

3.2.2	Inventaire des activités et initiatives	34
3.2.3	Rôles et responsabilités liées au TC	38
3.2.4	Risques et Freins au transfert des connaissances.....	40
3.2.5	Évaluation des activités et initiatives	41
4	Discussion.....	42
4.1	Des missions orientées vers l'appui à l'action publique	42
4.2	Une définition partagée des attentes envers les chercheurs	42
4.3	Un besoin de clarification du concept de TC	43
4.4	Une boucle de communication semi-ouverte	43
4.5	Des activités diversifiées avec une responsabilité partagée.....	45
4.6	Évaluer l'existant	45
4.7	Limites de l'étude	46
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	49

Liste des sigles utilisés

OMS - Organisation Mondiale de la Santé

WHO - World Health Organization

EB - Evidence-Based

TC - Transfert de connaissances

EBM - Evidence-Based Medicine

EBP - Evidence-Based Policy

EBPH - Evidence-Based Public Health

NHS - National Health Service

INSPQ - Institut national de santé publique du Québec

EPST - Établissement public à caractère scientifique et technologique

EPSCP - Établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel

EPIC - Établissement public à caractère industriel et commercial en France

CHU - Centre Hospitalo-Universitaire

PIA - Programme d'Investissement d'Avenir

AAP - Appels à Projets

AMI - Appels à manifestations d'intérêt

AAS - Appel à Actions Structurantes

IReSP - Institut pour la Recherche en Santé Publique

1 – Introduction

En 2013, le rapport mondial sur la santé (World Health Organization, 2013) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en évidence le rôle central de la recherche en santé et la traduction de données et de programmes probants pour porter la santé des populations (WHO, 2005) dans sa définition la plus large. Ces données et interventions sont dites « probantes » si elles sont issues d'une méthode scientifique ou sont évaluées avec une démarche scientifique. Les activités de recherche peuvent éclairer l'ensemble du spectre des actions et politiques en santé (allant des activités de soins et de prévention et de promotion de la santé jusqu'à l'évaluation médico-économique). Assurément, les politiques de santé fondées sur des conclusions probantes issues de démarches scientifiques sont mises sur le devant de la scène du fait de meilleurs résultats (en termes socio-sanitaires et économiques) et d'une meilleure sécurité (en termes sanitaires et économiques) au contraire de mesures élaborées en dehors de tout éclairage scientifique (J. Lavis et al., 2003). Au-delà de l'intérêt certain qui est porté aux rôles de ces activités de recherche, il est nécessaire de saisir la responsabilité qui incombe au domaine du politique pour la considération et l'intégration des données et programmes de santé probants pour l'amélioration des systèmes et pratiques de santé et pour favoriser la réduction des inégalités de santé (Gonzalez Block & Mills, 2003). Le rôle fondamental de la recherche dans l'amélioration des systèmes de santé et des prestations de soins est largement reconnu. Pourtant, un décalage persiste entre les découvertes de la recherche en matière de santé et leur intégration dans les politiques et la pratique (J. N. Lavis et al., 2010). L'idée qu'une publication scientifique seule suffi à faire passer la recherche dans la politique de santé et la pratique est, sauf dans quelques cas documentés (Hersh et al., 2004), souvent incomplète. En effet, dans de nombreux domaines, l'accès aux connaissances issue de la science est en profonde mutation avec, notamment, de nouvelles modalités de production et diffusion des activités de recherche (abondance des données, privatisation des bases documentaires scientifiques, fracture linguistique ou de registre de langue) (Laurent et al., 2009). Ces changements créent un enjeu important autour des difficultés d'accès et de maîtrise des connaissances scientifiques par les acteurs professionnels et non-professionnels. Ces preuves doivent pourtant éclairer ou appuyer certaines décisions ou simplement parfois donner l'opportunité du choix, c'est-à-dire que devant un diagnostic précis, pouvoir choisir entre une intervention A ou B en connaissances des causes et des potentielles conséquences. Tout cela s'inscrit dans une perspective nommée « evidence-based » (EB) (Laurent et al., 2009). Ce concept, parfois débattu (Maunier, 2019), vise à étayer la décision politique et la pratique sur les données scientifiques les plus fiables (Sackett et al., 1996). Ainsi, l'un des éléments essentiels réside dans l'importance de promouvoir activement le partage de ces connaissances en les rendant disponibles et

socialement accessibles, et reconnaître ce processus comme un élément primordial dans l'élaboration des politiques. Avec l'engagement grandissant des scientifiques pour communiquer les savoirs au-delà des ouvrages savants, ces enjeux de partage des connaissances prennent une importance croissante dans le débat scientifique et public (Vidal, 2015). Les agences de développement et de financement de la recherche portent un intérêt croissant à ces procédés permettant le partage des connaissances issues des travaux financés vers la pratique et la décision publique. Ces organismes doivent, sous une enveloppe budgétaire contrainte, tirer profit de leurs investissements en les utilisant pour l'aide à la décision dans le champ de la pratique, l'amélioration des politiques publiques (notamment en termes d'efficacité, d'efficiency et de pertinence), et la réponse à des besoins exprimés par les populations. Ces agences s'intéressent alors au transfert de connaissances (TC). Ce champ d'activité vise un aboutissement concret et visible des innovations et connaissances issues de la recherche auprès des publics. Le concept est apparu à la suite d'un nombre croissant de preuves qu'une appropriation réussie des connaissances par les acteurs nécessite plus qu'une communication scientifique simple, mais plutôt une véritable interaction entre les chercheurs, les décideurs et d'autres parties prenantes (Mitton et al., 2007). Pour ces activités de transfert des connaissances, les agences de développement et de financement de la recherche en santé publique se situent dans un espace stratégique, à l'interface entre les chercheurs et leurs communautés, les décideurs publics et leurs instances, les associations et leurs publics.

1.1 L'**evidence-based** comme appui scientifique

Au fil des années, l'utilisation de preuves dans le processus décisionnel des politiques de santé a gagné en importance dans la plupart des domaines d'activité liés à la santé (Dupriez, 2015). Tout cela s'inscrit dans une perspective nommée « *evidence-based medicine* » (EBM) dans le milieu médical puis, étendue à d'autres champs : « *evidence-based practice* » ; « *evidence-based policy* » ; « *evidence-based public health* » (EBPH) ; « *evidence-informed decision making* ». Ce modèle se traduit en français par la démarche « *fondée sur les faits* » ou encore « *fondée sur les données probantes* ».

1.1.1 Émergence et diffusion du concept de l'**evidence-based**

Aujourd'hui, en matière de santé dans sa définition la plus large (Préambule à La Constitution de l'Organisation Mondiale de La Santé, 1948), un ensemble de pratiques et de politiques se veulent édictées selon une méthodologie rigoureuse s'appuyant sur l'utilisation des données probantes. Cette approche, dont l'origine didactique remonte à la fin du 19^{ème} siècle (Sackett, 1997), sera petit à petit élevée comme approche de référence

en lien avec un engouement certain pour la scientificité des pratiques et des choix en matière de santé (Goldenberg, 2006).

C'est dans le milieu médical que l'on observe les premiers jalons de la démarche probante en santé avec comme fondateur principal l'épidémiologiste Archibald Cochrane. Au début du 20^{ème} siècle, la littérature médicale regorgeait de méthodes diagnostiques et outils thérapeutiques ou préventifs qui étaient largement enracinés dans la pratique, l'expérience ou encore la croyance (Labrecque & Cauchon, 2013). Dans un questionnement sur l'efficacité de la médecine et des offres de soins, Cochrane s'est fixé comme objectif « *d'épargner au public (et au contribuable) les dangers d'interventions inefficaces* » (Cochrane, 1972). Dès les prémisses de l'instauration du *National Health System* (NHS) anglais, il précise trois piliers fondamentaux selon lesquels cette organisation devrait être gérée : l'efficacité (les soins fonctionnent) ; l'efficience (les ressources sont bien utilisées) ; l'égalité (des prestations de soins égalitaires et accessibles pour tous). Bien que cette logique managériale fût quelque peu critiquée par le corps médical de l'époque soucieux de conserver la plus grande autonomie professionnelle aux praticiens (Hill, 2000), Cochrane livre un message de méthode à la médecine anglaise et appelle le système à se questionner et revoir les pratiques sur la base d'une analyse rigoureuse des données expérimentales et épidémiologiques. Les systèmes de santé devraient donc s'affranchir des approches et interventions non évaluées scientifiquement ou évaluées comme non efficaces ou non efficientes vis-à-vis d'autres interventions. Pour la décision et la gestion publique en santé, ces principes convergent avec le modèle de qualité des soins (« Maxwell six » : accessibilité ; pertinence ; efficacité ; équité ; acceptabilité sociale ; efficience économique) (Maxwell, 1984). Malgré ces conclusions primaires, la pratique fondée sur les données probantes s'érige en débat passionné entre ses défenseurs et ses détracteurs. Avec l'expansion ininterrompue des données et savoirs issues des sciences, et dans les suites de réflexions émises par Dewey en 1927 présentant l'exigence d'un partage réel des connaissances en les rendant « *disponibles et socialement accessibles* », l'utilisation des résultats probants disponibles devient progressivement une exigence fondamentale dans la prise de décision clinique (Dewey, 2009; Laurent et al., 2009). Davis L. Sackett et ses contemporains proposent une définition consensuelle de l'*EBM* et parlent de « *l'utilisation conscientieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles dans la prise de décisions concernant les soins aux patients individuels* » (Sackett et al., 1996). Cette approche vise donc à étayer la pratique sur les données scientifiques les plus fiables. Au milieu du 20^{ème} siècle se suit une véritable envolée de cette approche, bien au-delà de la prise de décision en clinique. Sous la locution « *evidence-based policy* » cette pratique est érigée en modèle dominant dans l'aire culturelle occidentale pour aiguiller la prise de décision politique en matière de santé d'après les données scientifiques les plus fiables (Cambon et al., 2017). Le but est de faire émerger les « bonnes » pratiques, c'est-à-dire

celles qui démontrent scientifiquement une bonne balance bénéfices/risques/efficience/investissement pour les systèmes de santé. En parallèle, la littérature scientifique publie davantage d'articles reprenant des méthodologies scientifiques considérées comme robustes (par exemple, avec l'avènement des revues systématiques et méta-analyses dans les sciences médicales). Des vastes collaborations scientifiques se montent à l'échelle internationale dans le but de regrouper les données, les analyser et apporter des réponses (Maunier, 2019). Ces réseaux se voient renforcés avec l'expansion des technologies de l'information et de la communication (Sur & Dahm, 2011). Des autorités publiques à caractère scientifique prennent la charge de fournir des lignes directrices basées sur la preuve pour orienter et harmoniser les pratiques de santé et de prévention. Il est nécessaire de préciser que cette préoccupation sur l'efficacité et l'efficience des pratiques et décisions fondées sur les données probantes ne peut être appréhendée par une vision simplificatrice qui jugerait rapidement cette approche comme un pragmatisme utilitariste qui, comme le précise C.Laurent, « *considérerait que seul importe pour agir ce qui est avantageux et commode* » (Laurent et al., 2009). Au contraire, c'est en accumulant les preuves scientifiques précises qu'il est possible de répondre à un diagnostic (clinique ou territorial) précis avec la prise en compte d'une pluralité de déterminants.

1.1.2 Arguments démontrant l'intérêt de l'*evidence-based* en santé publique

Sur le constat que les preuves issues de la recherche cumulées à d'autres savoirs et expertises de terrains (savoirs expérientiels, compétences psycho-sociales) représentent un levier nécessaire à l'orientation de la décision publique en matière de santé, l'« *evidence-based public health* » (EBPH) (Cambon et al., 2017) est conceptualisée dans la lignée de l'EBM (Jenicek, 1997). Cette approche en santé publique est définie comme « *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 la pratique dans le développement, l'implantation et l'évaluation de programmes et politiques de santé* » (Brownson et al., 2009). Il est à noter que la définition ne s'arrête pas au seul critère de scientificité des données mais intègre ces éléments dans un processus plus large intégrant différents types de preuves au service de la décision publique en santé (Cambon et al., 2017). Effectivement, à l'image des axiomes en promotion de la santé, l'aide à la décision publique en santé ne saurait s'arrêter à l'analyse de quelques données scientifiques pertinentes mais bien en prenant en compte un ensemble plus vaste de déterminants de la santé dans un but ultime d'égalité en matière de santé (Organisation mondiale de la Santé, 1986). La démarche probante en santé publique se présente donc comme un modèle d'excellence pour la décision publique. L'accumulation des travaux de recherche démontrant la pertinence de cette approche en termes d'efficacité et d'efficience

en témoigne (Morgan, 2013). Cependant, l'enthousiasme créé autour cette démarche se doit d'être tempéré en évoquant des limites importantes, dont certaines révèlent des failles épistémologiques de l'EB.

1.1.3 Limites et contestations concernant l'*evidence-based*

Face à la progression rapide et continue du volume de connaissances qui, immanquablement, seront requises pour la pratique de qualité et pour les prises de décisions en matière de santé, l'éclairage selon l'approche *evidence-based* paraît comme une clef de la réussite pour un bon fonctionnement des systèmes publics de santé (Couturier et al., 2009). Cette démarche probante s'hissant comme hégémonique dans la gestion des services et pratiques de santé, notamment dans le domaine médical, appelle à un mouvement de contestation. L'exploration bibliographique fait émerger quatre arguments clefs à la critique de cette démarche : un réductionnisme épistémologique ; une vision managériale antidémocratique ; une ignorance des contextes et une mainmise industrielle.

En premier lieu, le réductionnisme épistémologique se situe à l'origine même de la démarche probante, avec un accolement du modèle scientifique médical à d'autres champs professionnels (Couturier et al., 2009). Pensons, par exemple, aux métiers du médico-social ou aux métiers de l'éducation. L'application des critères de scientificité issus du modèle médical nivellerait négativement la reconnaissance que l'on accorde (ou non) à des champs professionnels autres dont les écosystèmes politiques et économiques ainsi que les modèles de pratique sont bien éloignés du monde médical. Concernant la santé publique, la pratique fondée sur les données probantes aurait ainsi tendance à réduire la singularité des individus en négligeant parfois leurs valeurs, leurs besoins, leurs préférences, leurs savoirs dans le processus de décision (Braverman, 2020). En découle la seconde critique émise envers cette démarche qui est reprise dans cette locution de Goldenberg : « *L'apparent bon sens de la médecine fondée sur les preuves n'existe que parce qu'elle est censée s'affranchir du contexte social de la pratique médicale* » (Goldenberg, 2006). La singularité des contextes et les autres formes de savoirs collectifs ou individuels seraient moins considérées et relayées au second plan dans le rapport à l'usager.

Une autre accusation concerne la gestion des services publics selon cette approche. L'action publique serait réduite à « *des indicateurs, des variables et des catégories épidémiologiques* » évaluables (Couturier et al., 2009). Cette gouvernance, en quête de toujours plus d'efficience, ferait perdre la liberté individuelle des professionnels, considérant l'action publique comme purement scientifique et totalement désintéressée d'enjeux

politiques (Lassnigg, 2012). Ainsi, cela fait dire à des détracteurs que dans certaines disciplines « *la politique fondée sur les données probantes* » contrairement à la pratique fondée sur les données probantes est « *mission impossible* » (Lassnigg, 2012). Cela reposerait sur une réorientation politique et de gouvernance des services publics.

Le dernier écueil, aisément retrouvé dans la littérature, est celui de l'appropriation de l'expression « données probantes » par les industries de santé, et notamment par les industriels du médicament et dispositif médicaux (Labrecque & Cauchon, 2013). En étant principal opérateur de la méthodologie de recherche la plus robuste en santé (essais cliniques randomisés larges et en double aveugle), les industries de santé édicteraient au fil des publications les bonnes pratiques à suivre au gré d'une convenance financière pour elles. Elles modifieraient le concept même de santé selon les innovations technologiques avec, par exemple, l'établissement de nouvelles normes biologiques mesurables et modifiables après intervention.

Ces critiques à l'égard de la démarche probante restent minoritaires et doivent-être envisagées comme des limites qui trouvent leurs racines dans un usage déraisonné de l'approche probante. Le travail minutieux d'information et de recommandation à partir des données probantes vers les professionnels et la pratique est, aujourd'hui, un impératif pour garantir l'exigence d'un système de santé de qualité, efficace et éthique. La démarche probante sert aussi à ouvrir des éclairages nouveaux sur la manière dont la science apporte au développement de nouvelles politiques de santé. Il est important de noter qu'aujourd'hui, l'*EBP* doit intégrer les preuves issues de la science dans des écosystèmes plus vastes en ne négligeant pas l'ensemble des composantes sociales, économiques, politiques, culturelles. Comme le précise Labrecque, la démarche probante « *définit ce qu'est l'excellence même de la pratique médicale : une combinaison de science, d'humanisme et d'art* » (Labrecque & Cauchon, 2013).

En aval des enjeux présentés sur l'*evidence-based*, le transfert de connaissance présente la question de l'utilisation de ces preuves pour l'action ou la décision.

1.2 Le transfert des connaissances

La question de l'intégration des preuves et des connaissances issues de la recherche dans la réalité de la pratique des professionnels et des décideurs publics est au cœur de la démarche probante. En combinant et en organisant les savoirs provenant de différentes sources puis en les confrontant à des contextes et environnements diverses, la science fournit des réponses et des innovations utiles à la prise de décision et à la transformation des systèmes de santé (Jovic et al., 2020). Bien évidemment, ce processus vertueux s'inscrit dans un temps long. L'appropriation puis la traduction de ces réponses probantes dans les organisations est un processus complexe, continu et dynamique (Estabrooks et al., 2006). Il s'agit alors de répondre à la question suivante : « *comment convertir les données de la science en action ou en décision ?* » (Cambon et al., 2017). Le transfert des connaissances répond à ce besoin collectif en catalysant la relation entre science et action.

1.2.1 Définition du transfert de connaissances

Avant d'évoquer les définitions du transfert de connaissances, il apparaît pertinent de reprendre succinctement la notion de connaissance dans le cadre de ce manuscrit. Des auteurs notent que la plupart des connaissances issues de recherche ne sont pas directement utilisables par les acteurs concernés (HEMSLEY-BROWN & SHARP, 2003). Dans une perspective d'utilité sociale des activités de recherche en santé publique, les connaissances et données probantes doivent être conceptualisées dès leur production comme possiblement mobilisables pour la pratique ou pour la décision. Dans le cadre des processus de décision publique, les connaissances considérées comme « instrumentales » (menant à l'action ou la décision) ou « persuasives » (peuvent servir d'argument pour servir un propos) présentent un intérêt plus fort. La **Error! Reference source not found.** présente le processus des connaissances entre création et application.

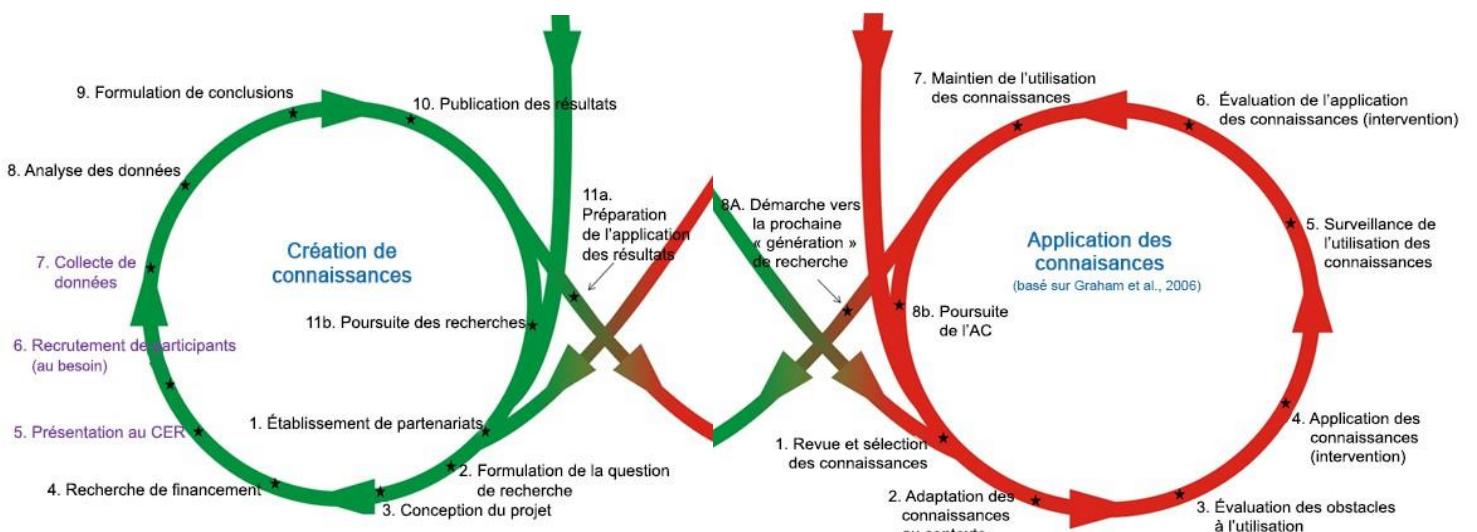


Figure 1 : Cycle de la connaissance selon Graham et coll. (2006)

Le transfert de connaissances est inclus dans la démarche probante en santé publique et souhaite répondre à la question de « *comment passer des données à l'action ou à la décision ?* » (Cambon et al., 2017). Il n'existe de pas de consensus large sur le terme « transfert de connaissances » mais une analyse large de la littérature permet de détecter une prédominance de ce vocable (Marion & Houlfort, 2016). Globalement, il semblerait que la définition du TC oscille selon différentes visions autour de trois piliers :

- La production et la sélection des connaissances ;
- La diffusion des connaissances avec plusieurs activités structurées ;
- L'interaction dynamique et complexe entre producteurs et utilisateurs.

La définition de l'INSPQ (Institut National de Santé Publique du Québec) trouve un écho important dans le monde francophone. Elle précise que le TC est « *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* » (Lemire et al., 2009). Cette définition délimite un champ large d'activité et évoque le fait que le TC déborde de la simple diffusion. Effectivement, éveiller un changement dans des pratiques et/ou des organisations, nécessite de s'appuyer sur un degré d'interaction élevé avec les acteurs grâce à des actions ciblées et adaptées. Un flou persiste concernant la délimitation de ce qui est ou n'est pas du transfert de connaissances. Selon Marion.C et Houlfort.N, « *s'il faut concevoir le concept de transfert de connaissance selon les dimensions implicites au processus, il n'est pas entonnant qu'il y ait un manque de ressources et de moyens, voire de temps investi, tant du côté des chercheurs en milieu universitaire qui produisent la connaissance que du côté des utilisateurs à même d'en bénéficier* » (Marion & Houlfort, 2016). Une manière de s'extirper de cette problématique est de s'emparer du sujet transfert de connaissances et de clarifier le concept en créant en interne une définition adaptée à son organisation. Pour ce faire, des outils sont accessibles comme le projet SACO de l'Université du Québec à Montréal (Houlfort et al., 2015). Le transfert de connaissances est donc un processus complet accompagnant l'ensemble des phases de la recherche favorisant l'intégration des résultats par les acteurs. Dans l'idéal, l'interaction entre la recherche et la pratique ou la décision doit être au plus haut degré.

1.2.2 Enjeux de l'intégration des connaissances issues de la recherche dans les pratiques et politiques de santé

Le rapport mondial sur la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en évidence le rôle central de la recherche en santé et la traduction de données et de

programmes probants pour porter la santé des populations (World Health Organization, 2013). Effectivement, l'appropriation des preuves par les acteurs et les pouvoirs publics est fondamentale à de nombreux égards (Cambon et al., 2017). Les pratiques et interventions en santé se voient renforcées, plus efficaces et plus efficientes. La décision publique est appuyée et crédible aux yeux des parties prenantes. Au-delà de cette force rétrospective dans l'action, les données probantes permettent aussi d'établir des prévisions et d'anticiper des phénomènes de santé (Jovic et al., 2020). Elles jouent donc un rôle prospectif utile à l'orientation des politiques publiques.

A) Des failles dans l'accès et l'intégration des connaissances : le transfert de connaissance comme solution

Un champ de recherche à part entière s'intéresse au transfert de connaissance et donc à l'intégration des résultats de la recherche dans les pratiques et décisions. Les connaissances produites par la science présentent un intérêt social. L'utilité sociale (Bernheim, 2020) de la recherche est souvent questionnée en termes de rendement pour les systèmes publics. La littérature rapporte largement que l'utilisation des preuves est très délicate dans la réalité des environnements (Dagenais, 2006). Plusieurs interprétations sont possibles à partir de ce constat. Par exemple, les terrains professionnels ou décisionnaires ne prendraient pas assez en compte la recherche, ou inversement, la recherche ne serait pas assez à l'écoute ou pas assez adaptée aux enjeux des terrains. La relation est bien évidemment plus complexe. Cette relation dynamique entre recherche et pratique se modèle à différentes échelles (individuelle, collective, organisationnelle) (Estabrooks et al., 2006). Sur le processus de transfert des connaissances, Dagenais précise « *un consensus se dégage des écrits scientifiques à l'effet que les efforts généralement déployés pour rendre disponibles les connaissances scientifiques représentent une condition nécessaire mais non suffisante de leur réelle utilisation dans la pratique* » (Dagenais, 2006). Nous comprenons alors que l'utilisation des connaissances issues de la recherche par les décideurs et les praticiens ne dépend pas uniquement de l'accès et la visibilité des résultats de recherche mais résulte de multiples modalités liées aux connaissances elles-mêmes mais aussi liées aux utilisateurs et organisations qui les utilisent. Cet enjeu autour des procédés d'intégration et de traduction des connaissances est primordial pour planter des programmes probants. Nous pouvons évoquer quelques phénomènes à ce sujet.

B) L'imprévisibilité de l'intégration des connaissances

Quoique certains cas aient montré que la simple publication pouvait rapidement mener vers des changements en pratique, notamment en pratique clinique via l'établissement de recommandations à l'échelle nationale, l'intégration des résultats de la recherche dans la politique de santé et la pratique courante reste souvent incertaine. Dans le cadre de

financements publics de la recherche, cet état de fait limite le rendement social de l'argent public ciblé vers la recherche en santé publique (Jacobson et al., 2004; Le Bas & Van Pottelsberghe De La Poterie, 2002). Le transfert de connaissances est régulièrement lent, aléatoire, et dépend de nombreux paramètres. Une revue systématique de la littérature anglaise en 2003 (Hanney et al., 2003) précise que le transfert des connaissances doit prioritairement :

- Prendre en considération le contexte et les besoins des utilisateurs
- Traduire les connaissances vers la pratique et prendre en compte les particularités du milieu (notamment l'adaptation lexicale)
- Se questionner sur la pertinence des résultats transférés
- Développer une interaction entre la recherche et la pratique

C) La temporalité de la recherche

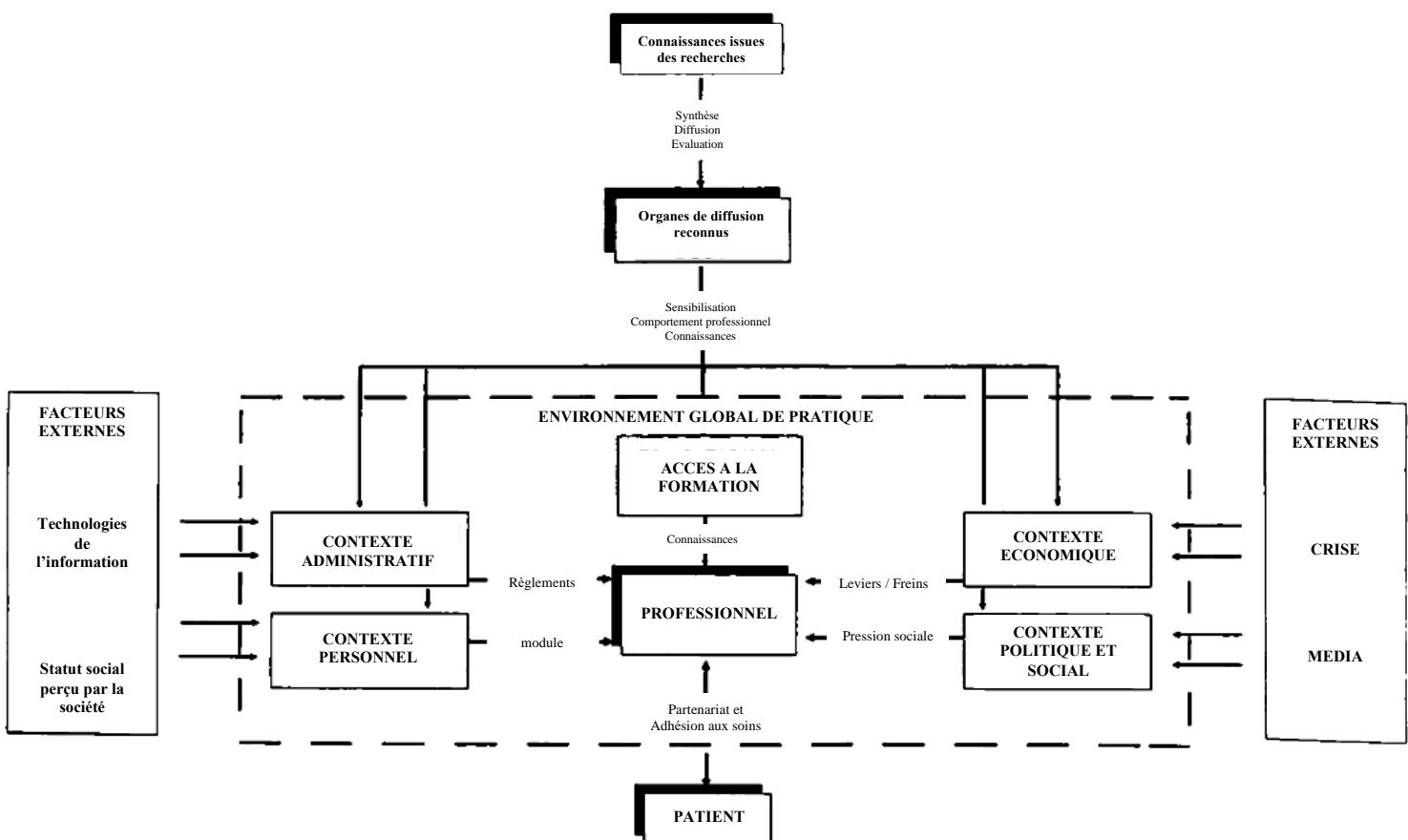
Il est établi que la recherche scientifique, permet de comprendre et expliquer des phénomènes et parfois d'agir sur ces phénomènes. Le processus de questionnement et de mise en place d'une méthodologie adaptée et rigoureuse demande un temps conséquent qui est régulièrement évoqué sous la locution « *la temporalité de la recherche* ». D'après Fortin, le processus de recherche se décompose en plusieurs phases : phase conceptuelle ; phase méthodologique ; phase empirique ; phase interprétation ; phase diffusion (Talbot, 2017). Le modèle hégémonique actuel de diffusion repose sur la publication scientifique dans une revue scientifique après évaluation et acceptation par les pairs (*peer-reviewed*).

Le facteur d'impact de la revue est le critère d'évaluation principal de la visibilité d'une revue scientifique et est communément utilisé pour juger de la qualité des publications. Cette diffusion à l'avantage d'être large, accessible mondialement, et garantit généralement une bonne qualité scientifique. En revanche, elle ne propose aucune interaction avec les potentiels utilisateurs. Cette production scientifique classique peut être utilisée comme preuve et peut justifier une prise de décision dans la mesure où l'utilisateur a la capacité d'interpréter et de traduire son contenu dans un contexte particulier. Il est reconnu que ce processus scientifique demande du temps (Hanney et al., 2015) et que la temporalité de la recherche est parfois en décalage avec la temporalité de la décision (Jovic et al., 2020). Les méthodologies translationnelle, interventionnelles, participatives peuvent potentiellement réduire cette inadéquation temporelle en liant complètement la recherche dans le contexte et la pratique.

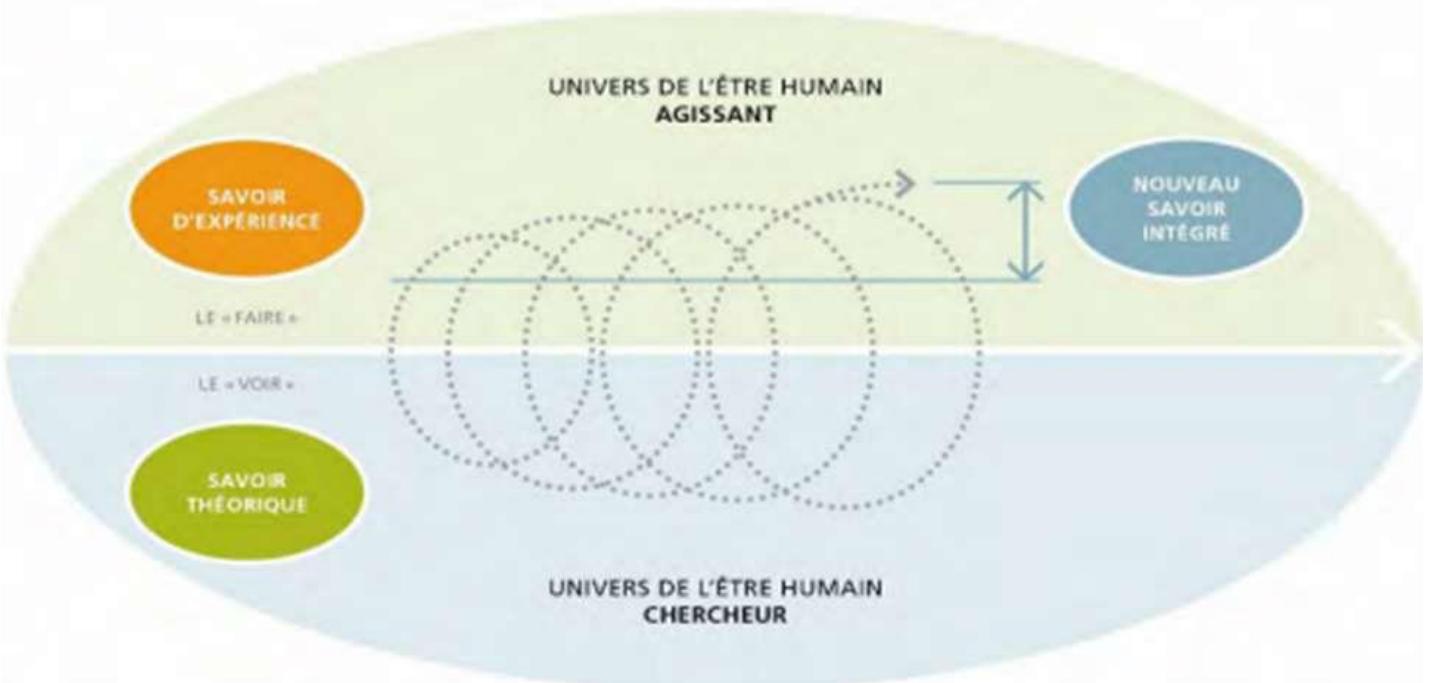
1.2.3 Différentes approches et catégorisations du transfert de connaissances

Comme évoqué précédemment, les connaissances scientifiques brutes sont rarement traduisibles en action et/ou décisions amenant aux changements de pratique ou d'organisation. La notion de changement est plurivoque (Rhéaume, 2016) mais nous pouvons considérer qu'une pratique ou une organisation change vers une autre pratique ou une autre organisation par différentes réactions : une modification de son état ; une création d'un nouvel état ; une perte ou un gain de caractéristique. Ces différents changements dépendent tous de multiples facteurs liés à la fois aux données mais aussi au contexte ciblé et aux acteurs visés. Sur la Figure 2 : l'application coordonnée des connaissances (modèle selon Lomas&al 1993), nous retrouverons les influences et déterminants qui peuvent jouer sur l'application des connaissances chez un professionnel de la santé (Lomas, 1993)

Figure 2 : l'application coordonnée des connaissances (modèle selon Lomas&al 1993)



Ainsi, il est très important de réfléchir à une stratégie de transfert appropriée pour assurer au mieux le changement. Beaucoup de modèles de transfert des connaissances ont été élaborés et validés ou invalidés scientifiquement selon différents milieux et acteurs cibles (Estabrooks et al., 2006). Chacun d'entre eux appuie plus ou moins sur une modalité d'application des connaissances issues de la recherche. Il semblerait qu'il n'existe pas une



stratégie modèle adaptée à toutes les situations mais bien une multitude de stratégies adaptables et cumulables (LaRocca et al., 2012).

Il existe plusieurs catégorisations des activités de transfert. Un premier modèle rassemble les activités de transfert en trois catégories (Mitton et al., 2007) :

- **La diffusion** : activités destinées à propager les résultats bruts, elles se calquent aisément avec les activités de publication des résultats
- **La dissémination** : développement actif et adaptation de messages issus de la recherche vers un public ciblé
- **La mise en œuvre** : implique des efforts systématiques pour encourager l'adoption des données probantes en identifiant et en surmontant les freins liés au contexte ciblé.

Un second modèle propose de classer les activités selon le niveau d'implication des producteurs et du public (J. N. Lavis, 2006). Il propose également trois catégories :

- **Push ou modèle expert** : action de diffusion vers un public large (interaction faible)
- **Pull ou modèle résolution de problème** : action de diffusion et de traduction vers un public ciblé (interaction moyenne)
- **Exchange ou modèle interactif en spirale** (Lomas, 1993) : activités de partage des connaissances permettant un échange systématique et maintenu dans le temps (interaction forte) présenté sur la Figure 3 : modèle interactif de transfert des connaissances dit "en spirale" par Lemire et coll. (2006)

Figure 3 : modèle interactif de transfert des connaissances dit "en spirale" par Lemire et coll. (2006)

Figure 3 : modèle interactif de transfert des connaissances dit "en spirale" par Lemire et coll. (2006)

Il est également possible de classer les activités selon le niveau d'interaction entre la recherche et la pratique. Comme illustré sur la

Figure 4 : modèle d'interaction des activités de TC de l'INSPQ inspiré de Zarinpoush et coll. (2007), plus une stratégie de transfert est ciblée plus le niveau d'interaction est fort (Zarinpoush et al., 2007).

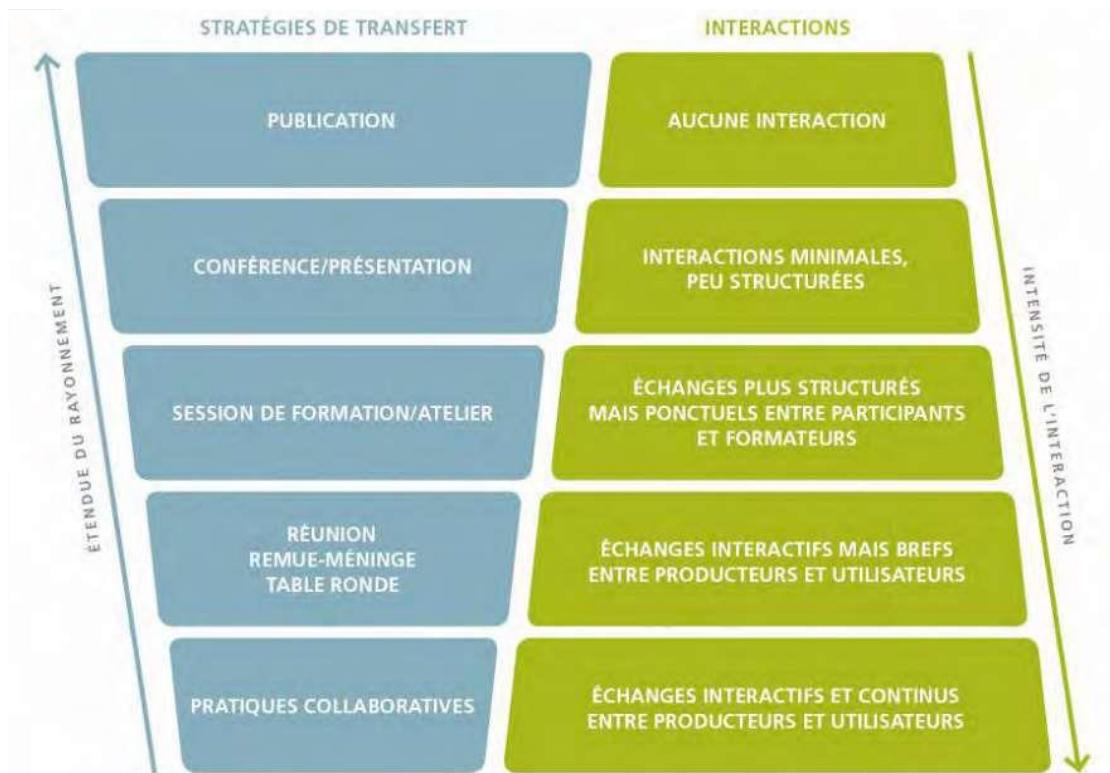


Figure 4 : modèle d'interaction des activités de TC de l'INSPQ inspiré de Zarinpoush et coll. (2007)

Un classement francophone des activités de transfert proposé par Cambon et coll. présente de manière pratique et descriptive les différentes activités de TC envisageables selon différents objectifs(Cambon, 2016). On retrouve cette classification sur la Figure 5 : la roue des activités de transfert des connaissances par Cambon et coll.(2020).

Pour les organismes de développement et de financement de la recherche en santé publique, nous retenons particulièrement les activités de communication sur les données probantes, la création de partenariat pour le déploiement du TC, la traduction des connaissances pour une appropriation autonome, le soutien aux activités de TC, favoriser le déploiement du TC.

Au final, il n'apparaît pas de procédé « presse-bouton » pour le transfert de connaissances. La littérature permet d'identifier l'efficacité de certaines stratégies selon les contextes mais



c'est à l'organisme ou l'individu transféreur de construire la stratégie la plus adaptée et, si possible, dans une dynamique participative avec les parties prenantes.

1.2.4 Freins et leviers du transfert

Les connaissances issues de la recherche sont tenues d'obéir à de nombreuses exigences pour être assimilées dans la pratique ou la décision (Dagenais, 2006). Il apparaît difficile de réussir à envisager et solutionner l'ensemble de ces conditions. Ainsi, comme le précise Dagenais, il est possible de garder le principe que « *tout effort de transfert de nouvelles connaissances doit nécessairement reposer sur le respect du contexte, des dynamiques locales et de l'environnement des utilisateurs potentiels* » (Dagenais, 2006). La réalité de la décision et de la pratique ne repose pas uniquement sur les connaissances issues des sciences. Tout environnement pratique est le fruit de multiples interactions, expositions, dispositions, croyances, négociations, pressions. Il est donc nécessaire de composer sur ce qui existe déjà en apportant du matériel nouveau mais aussi en réutilisant et en valorisant l'existant. De multiples freins au TC cohabitent et sont, pour un certain nombre, décrits dans la littérature (Cambon et al., 2017) :

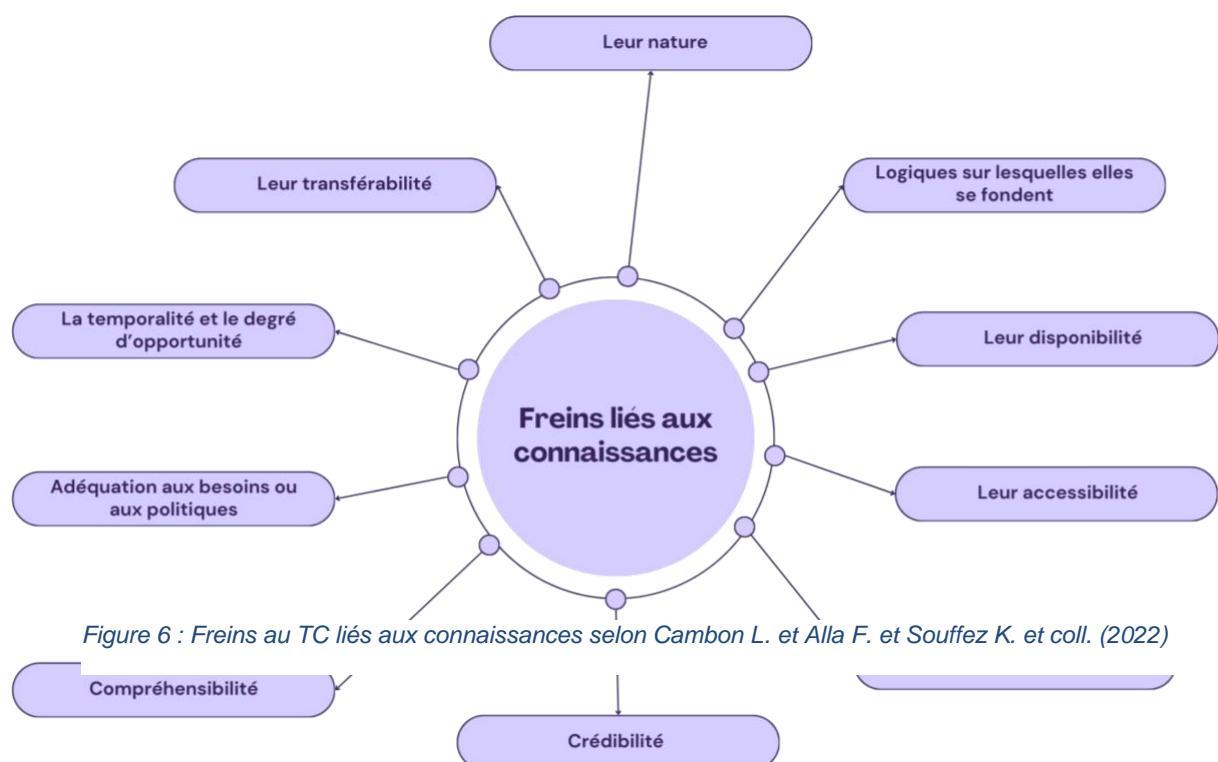


Figure 6 : Freins au TC liés aux connaissances selon Cambon L. et Alla F. et Souffez K. et coll. (2022)



Figure 7 : Freins au TC liés aux utilisateurs selon Cambon L. et Alla F. et Souffez K. et coll. (2022)



Figure 8 : Freins au TC liés aux organisations selon Cambon L. et Alla F. et Souffez K. et coll. (2022)

Pour essayer de lever ces freins, la littérature fait ressortir que l'anticipation des stratégies de transfert est primordiale avec une analyse de la situation et des freins à priori (Dagenais, 2006). Dans cette analyse il faut prendre en compte : les besoins des acteurs, les ressources, les personnes clefs et spécialistes, les possibles préoccupations sociétales. Ensuite, les activités de transfert nécessitent une étape d'adaptation au milieu. Une interaction directe entre les créateurs des données et les utilisateurs améliore grandement l'appropriation des connaissances (Hanney et al., 2003). Cambon et coll. proposent également 7 recommandations pour favoriser le déploiement du transfert de connaissances à la suite du travail de recherche interventionnel « TC-REG : Évaluation d'un dispositif de transfert de connaissances sur les modalités de pilotage et de mise en œuvre en région » (Cambon, 2016) :

Tableau 1 : Recommandations pour favoriser le TC au sein d'organisation selon TC-REG par Linda Cambon et coll. (2020)

Recommandations (Cambon et coll. 2020)	Description (Cambon et coll. 2020)
2020)	
1- « <i>Un environnement professionnel favorable au TC</i> »	L'environnement professionnel facilite l'usage des données de la science en le rendant plus facile, pratique et valorisant
2- « <i>L'expérience apprenante</i> »	Plus les professionnels s'exercent à utiliser des données de la science, plus la pratique peut s'ancrer et devenir routine.
3- « <i>Utilité à court terme et appropriation autonome</i> »	Les mécanismes les plus fortement impliqués dans l'ancrage des pratiques de TC sont liés à un usage direct des données de la science dans l'activité des professionnels (légitimation, plaidoyer, modification concrète)
4- « <i>La communication/diffusion de données</i> »	Les activités de communication des données probantes par toutes voies influencent : la motivation à les utiliser, l'utilité instrumentale, l'utilité conceptuelle, la légitimation
5- « <i>Les activités de transformation/adaptation des données</i> »	Ces activités d'adaptation des données aux acteurs influencent notamment : la capacité d'appropriation dans sa pratique, l'utilité instrumentale
6- « <i>Les activités structurelles de facilitation de l'usage des données</i> »	Les activités structurelles de facilitation du TC comme la communication institutionnelle (notamment au sujet du TC), la création de partenariats spécifiques, le rappel systématique de l'utilisation de la science influencent : l'utilité instrumentale, l'utilité processuelle

<p>7- « Un environnement organisationnel et politique favorable au TC »</p>	<p>Dès lors que cet environnement organisationnel et politique est favorable au sein de l'institution (avec différentes activités liées au TC), cela influence les capacités à comprendre et utiliser les données issues de la science et le sentiment de leur utilité à plusieurs niveaux.</p>
--	---

Les organismes publics de développement et financement de la recherche en santé publique en France présentent un intérêt à promouvoir et partager ces leviers. Le TC se présente comme un « retour sur investissement » intéressant en renforçant la preuve pour l'aide à la décision publique.

1.3 Organismes publics de développement et de financement de la recherche en santé publique en France : un rôle à jouer dans le transfert des connaissances ?

Avant de parler de la place de certains organismes pour opérer le transfert de connaissances, il est nécessaire de décrire brièvement l'organisation de la recherche publique en France. Ce système est complexe et est constitué d'un entremêlement d'établissements plus ou moins organisé. Nous pouvons citer de manière non exhaustive une myriade d'organisations : les Établissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST) ; les Établissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC) ; les Établissements Publics à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP) ; les Universités ; les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ; les Agences spécialisés ; les Agences de moyens ; les Programmes d'Investissement d'Avenir (PIA). Classiquement, une équipe de recherche est liée à un EPST ou un EPIC ainsi qu'un établissement d'enseignement supérieur (université et/ou un hôpital). En ce qui concerne les financements publics, une équipe de recherche doit conjuguer avec différents financements provenant de ses établissements de rattachement et occasionnellement des régions. Souvent, ces financements n'étant pas suffisants pour couvrir les activités du laboratoire, les équipes font appel à d'autres types de financements publics émanant d'agences publiques généralistes ou spécialisées. Les sources de financement public sont donc divisées en de multiples guichets. Depuis le début des années 2000 et pour la plupart de ces guichets, la distribution de fonds s'organise selon une logique « par projets » (appel à projet, appel à manifestation d'intérêt, appel à structuration, bourses, appel à structuration). Dans la Figure 9 : cartographie des principaux organismes de financement public opérant sur des thématiques de santé publique, sont représentés les principaux organismes de financement publics évoluant sur des thématiques de santé publique.

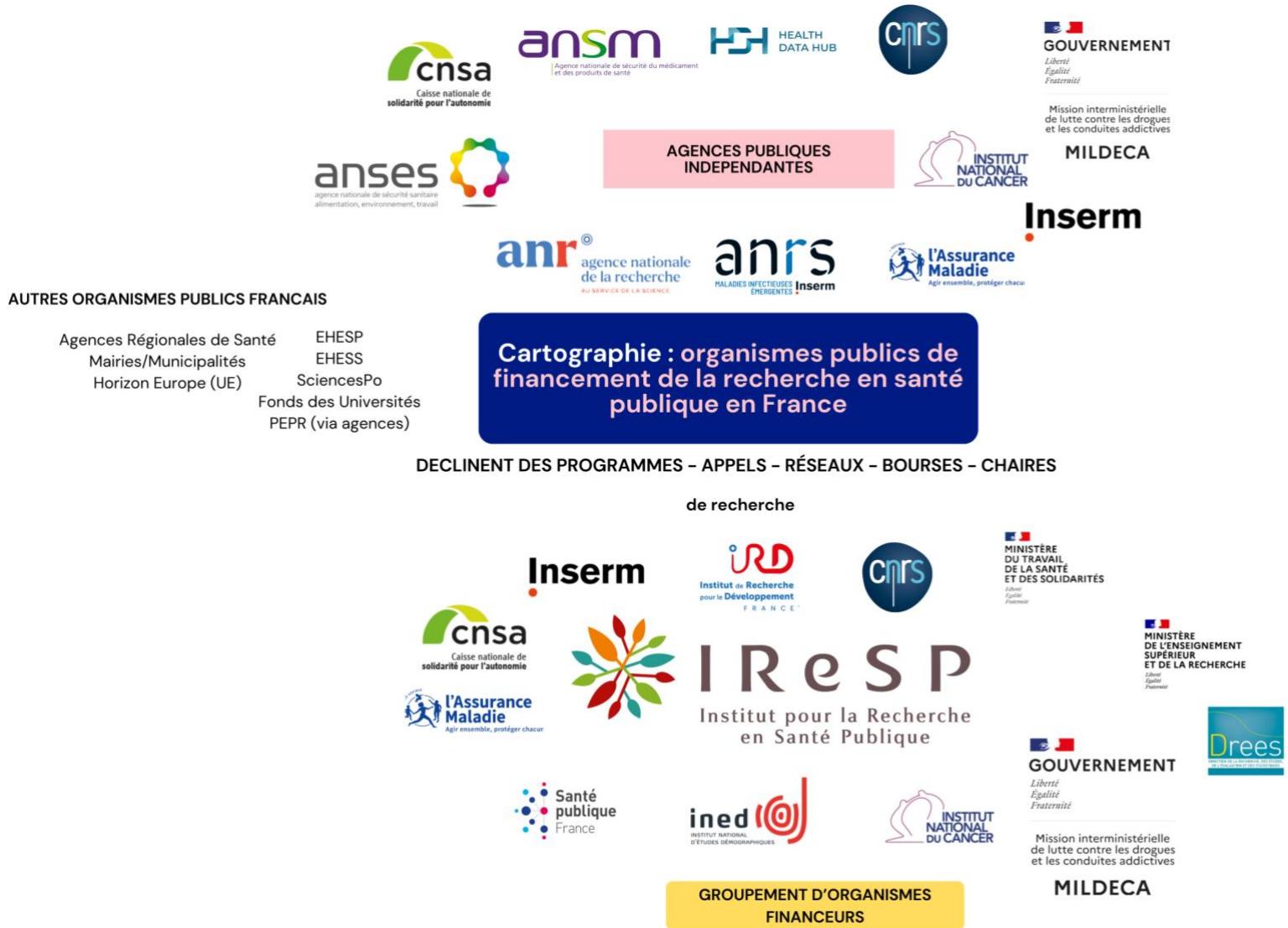


Figure 9 : cartographie des principaux organismes de financement public opérant sur des thématiques de santé publique

A l'image de ce foisonnement de différentes agences et organismes développant et finançant la recherche en santé publique, les stratégies de diffusion, valorisation, et transferts liés aux travaux de recherche sont très éparses. Cette dispersion peut s'apprécier négativement à l'égard du transfert de connaissances mais différents organismes semblent profiter tout de même d'une position stratégique pour relever les défis soulevés par le TC. Elles sont à l'interface entre la recherche, la décision publique, les sociétés savantes, la société civile. En revanche, rares sont celles qui développent des stratégies complètes de transfert.

Il est certain que des activités de diffusion et de valorisation de la recherche ne suffisent pas à optimiser le transfert vers l'application ou la décision. Ces activités demeurent indispensables et sont opérées en routine par différents organismes. Lomas et coll. précisent qu'une bonne diffusion passe par trois étapes (Lomas, 1993) : la synthèse de l'information (en vérifiant sa validité et fiabilité) ; la construction du message ; la communication crédible. La plupart des agences précitées pourrait opérer ces trois étapes en s'appuyant sur un réseau de partenaires. La collaboration est primordiale à chaque étape de la stratégie de transfert. La dissémination des connaissances passe aussi par le nombre de réseaux et de collaborations engagées. Bien sûr, il serait d'abord nécessaire d'envisager l'ensemble des contraintes et des atouts (capacités, ressources humaines, budgets, techniques, responsabilités, partenaires) de ces opérateurs pour le transfert et ensuite de déterminer le périmètre d'action possible (thématiques, priorités, échelles).

En tout état de cause, ces organismes et agences de développement et financement de la recherche en santé publique occupent une place stratégique, à l'interface entre les chercheurs et les réseaux professionnels et savants ainsi que les pouvoirs publics (nationaux). Les liens opérés avec des acteurs de la société civile sont inégaux et dépendent de chaque structure et du domaine dans lequel elles ont compétence. Ces organismes pourraient donc œuvrer encore plus activement pour le développement continu de politiques de santé publique efficaces et adaptées aux besoins et pratiques du terrain en participant ou en favorisant le transfert de connaissances (Cambon & Alla, 2013).

Afin d'étayer cette perspective, nous proposons de recueillir plusieurs témoignages à ce sujet issus de différents guichets de financement de la recherche en santé publique en France.

1.4 Objectifs

Il existe peu de recherches qui observent ou évaluent les rôles, les responsabilités et les activités des acteurs potentiellement impliqués dans le transfert de connaissances en France (Cambon & Alla, 2013). A notre connaissance, aucune enquête n'a été menée sur les activités de transfert de connaissances dans les organismes de développement de la recherche en santé publique en France. Pourtant, la description ou l'évaluation des initiatives visant à réduire l'écart entre la recherche et les politiques ou pratiques, ainsi que l'engagement des chercheurs dans ces démarches, représentent des ressources précieuses pour l'écosystème français de la santé publique. Voilà l'objet spécifique étudié dans ce mémoire : décrire la place, la volonté et les initiatives (déployées ou en cours de déploiement) concernant le transfert des connaissances au sein de ces organismes de développement et financement de la recherche en santé publique. Nous essaierons de développer les questions suivantes : *Que savons-nous des activités déployées spécifiquement par les agences de développement et de financement et de la recherche en santé publique pour engager ou promouvoir le transfert de connaissances ? Quelles sont les attentes de ces organismes à l'égard des chercheurs pour le TC ? Quelles sont les capacités de ces organismes à soutenir ou mener le TC ?* Il semble important de recueillir des données afin de décrire et expliciter les rôles et missions que peuvent jouer les organismes de développement et financement de la recherche en santé publique pour le transfert de connaissances.

2 Méthodologie

2.1.1 Design de l'étude

Une étude qualitative a été menée du 02/05/2024 au 14/06/2024 avec la réalisation d'entretien semi-dirigés auprès d'un échantillon sélectionné d'acteurs clés au sein de plusieurs organismes de développement et financement de la recherche en santé publique en France. Ces entretiens sont enrichis d'une part avec des données documentaires issues d'un travail de recueil sur les sites internet de ces organismes ou sur des documents récupérés en interne et d'autre part par des données d'observation de réunions de comité scientifique et d'un atelier participatif lors d'une formation interne à un organisme sur le transfert de connaissances.

2.1.2 Échantillonnage

Une méthode d'échantillonnage au jugé a été mise en place pour identifier à la fois les organismes de développement et de financement de la recherche en santé publique et les acteurs clés au sein de ces structures. L'accès à la population a été facilité par le fait que l'investigateur principal d'étude mène l'étude au sein d'un regroupement de plusieurs

organismes de financement de la recherche en santé publique. Cet échantillonnage est donc réalisé en jugeant en amont de certains critères particuliers permettant de refléter les caractéristiques de la population totale. Les critères de sélection étaient les suivants : établissement public français, finançant des travaux de recherches en santé publique à l'échelle nationale, présentant une direction ou un service scientifique, exerçant des activités de développement et de valorisation de la recherche dans leurs champs spécifiques. Une attention particulière a été portée à la sélection d'institutions travaillant sur des thématiques plurielles en santé (addiction, autonomie, handicap, prévention et promotion de la santé, maladies chroniques, cancer, environnement). Dans la mesure du possible, les directeurs scientifiques ou les chargés de missions des programmes de financement ont été interrogés. Ces professionnels ont été démarché pour l'enquête avec un mail spécifique reprenant une brève description de l'étude (annexe 1). En cas de non-réponse au premier mail une relance était possible.

2.1.3 Recueil des données

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés par l'investigateur principal auprès des professionnels des structures sélectionnées. Cette méthode offre l'opportunité au participant de s'exprimer librement par le dialogue, de présenter à la fois les activités mise en œuvre dans le cadre professionnel mais aussi de partager des retours critiques, des résultats, des ambitions. L'enquêteur peut explorer en détail certains points évoqués (Moser & Korstjens, 2018). De plus, dans un cadre institutionnel, ce format de recueil de professionnel à professionnel paraît usuel. Afin d'enrichir les questions lors de l'entretien et de renforcer les données, des informations ont été recueillies de manière systématique sur les sites internet de chaque structure. Tout élément publié et rendu disponible par la structure sur les thématiques du TC ou de l'application des connaissances était recueilli en amont de l'entretien ou pendant l'entretien.

2.1.4 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés selon trois modalités de communication à la préférence de l'enquêté : face à face, téléphone, visioconférence en ligne. Les entretiens suivaient une grille d'entretien normée (annexe 2) préalablement établie pouvant être enrichie par les données récupérées sur les sites internet. L'enquêteur était libre d'approfondir des informations livrées par l'enquêté. Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone si l'accord du participant était obtenu. Une base de données anonymisée permettait de suivre la réalisation des entretiens auprès des professionnels. Un atelier participatif a également été mené lors d'une formation sur le transfert de connaissances dans l'une de ces structures. Il a permis de construire une carte mentale des activités de TC sous le modèle d'une étoile du changement (Dicecca & Guillou, 2022).

2.1.5 Données recueillies

Le recueil des données sur les sites web des organismes et par entretien permettait d'enregistrer des éléments et/ou verbatims sur les éléments suivants :

- Historique, missions et mandat de l'organisme
- Champs d'activité de l'organisme
- Budget alloué au financement de recherches en santé publique
- Programmes et formes de financement proposés
- Origine des fonds
- Identification du concept et des besoins en transfert de connaissances
- Description des exigences de l'organisme en matière de transfert et utilisation des connaissances issues des travaux de recherche financés
- Les moyens techniques et financiers pour le transfert et l'utilisation des connaissances
- Description du lien à l'aide pour la décision publique

2.1.6 Retranscription

La retranscription des enregistrements audio a été réalisée à l'aide du logiciel *Turboscribe* (©Turboscribe2024) saisissant de manière automatique l'ensemble des mots énoncés. Une vérification mot à mot a ensuite été réalisée pour garantir l'exactitude de la transcription. *Turboscribe* conserve les données de manière sécurisée et dans le respect des dispositions RGPD. La retranscription de l'entretien était d'emblée anonymisée mais la structure d'appartenance reste accessible. Les retranscriptions ont ensuite été compilées aux données récupérées sur les sites internet propre à chaque structure au sein d'un même document. Toute divergence de propos entre les informations présentes sur le site web et les énoncés pendant l'entretien devaient être résolue en recontactant l'enquêté par téléphone ou par mail.

2.1.7 Analyse et synthèse

Dans le but de répondre aux différentes questions de recherche, un travail systématique de synthèse a été opéré et une analyse thématique a été réalisée permettant de réduire les données sous des thèmes et sous-thèmes. Cette étape a été initialement réalisée à l'échelle de chaque structure permettant d'établir une brève monographie par organisme. Progressivement, l'analyse des transcriptions faisait ressortir des catégories qui ont été surlignées puis compilées de manière transversale. Ce travail a été réalisé sur le logiciel open source *Taguette* (Rampin & Rampin, 2021). *Taguette* héberge et conserve les données en France de manière sécurisée et dans le respect des dispositions RGPD. Chaque descriptif d'organisme présentait d'abord une partie développée sur les missions et les champs d'activité puis des tableaux récapitulant le budget de l'agence, les sources

et le type de financement, la durée d'existence de l'agence, sa (ou ses) principale.s cible.s. Enfin, un tableau décrivait l'état des lieux du TC dans l'organisme.

Par la suite, il a été nécessaire de rassembler les données récoltés dans chaque organisme dans un tableau récapitulatif permettant d'avoir un document transversal. Ce document était séparé en deux tableaux distincts, un premier présentant les initiatives de l'agence pour le TC et un second décrivant ce que les agences attendent des chercheurs financés en matière de TC. Une carte mentale a été réalisé lors d'une formation d'un organisme de financement dans le but de mettre en avant les activités favorisant le TC. Cette carte reprend un modèle d'étoile du changement.

2.1.8 Considérations éthiques et réglementaires

Ce travail de recherche ne recueille en aucun cas des données de santé mais collecte des informations qui peuvent-être considérées comme d'intérêt général ou comme sensibles dans l'environnement de travail. Dans ce cadre, le traitement des données est en conformité avec le référentiel de méthodologie MR-003 (CNIL, 2018). Nous recueillons expressément la non-opposition du participant après l'avoir informé sur la recherche et ses droits s'y rapportant. Les données sont anonymisées et conservées de manière sécurisée jusqu'à la fin de l'enquête. Ces données sont utilisées dans un but unique de recherche. Le participant peut :

- Demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données le concernant ;
- S'opposer au recueil et à la transmission des données ou limiter l'utilisation des données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises ;
- Interrompre sa participation à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à se justifier.

Une note d'information sur l'enquête est transmise aux participants par mail.

3 Résultats

3.1 Description de l'échantillon

L'échantillonnage au jugé a permis de sélectionner N=8 organismes de financement de la recherche en santé publique (sur 20 organismes détectés au total). Ces 8 organismes ont été contactés et 5 d'entre eux (62,5%) ont accepté de participer à l'entretien semi-dirigé. Au total, 6 professionnels ont été interviewés. Un bref descriptif de ces organismes et de quelques caractéristiques sont présentés dans le Tableau 2 : Descriptif de quelques caractéristiques des organismes participants.

Organisme	Domaine	Gestion de l'allocation de financements recherche en interne	Allocation des financements recherche via un regroupement	Modalités de financement	Budget total approximatif dédié à la recherche en 2023 (en €)	Activité de structuration (en interne) de champ de recherche	Animation et diffusion sur le champ de recherche
1	Autonomie - Handicap	✓	✓	Subvention directe - AAP - Bourse doctorale - AMI	4 millions	X	✓
2	Addictions	✓	✓	AAP - bourse doctorale - AMI	15 millions	✓	✓
3	Divers Santé Publique et biomédicale	✓	✓	Subvention directe - AAP - bourse doctorale - AMI - Réseaux	1,1 milliard	✓	✓
4	Divers Cancérologie	✓	✓	Subvention directe - AAP - Bourse doctorale - AMI - Réseaux	50 millions	✓	✓
5	Divers Santé Publique	X	✓	Subvention directe - AAP - AMI - Prix	1 million	X	X

Tableau 2 : Descriptif de quelques caractéristiques des organismes participants. *AAP : appel à projets ; *AMI : appel à manifestation d'intérêt ; *Réseaux : appel à structuration de réseaux scientifiques

L'ensemble de ces organismes sont dotés de fonds d'origine publique (à large majorité). Différents domaines de financement en santé publique sont représentés. Ces différentes agences, sauf la 5, gèrent directement en interne des processus d'allocation de fonds (subventions directes, AAP, AMI, bourses) et participent aussi à un regroupement de financeurs en santé publique qui opère la gestion de certaines allocations. Les modalités de financement des projets sont variées : subventions directes, appel à projets (AAP), Appel à manifestation d'intérêt (AMI), bourse de thèse, prix de thèse, financement de réseaux de recherche (AAS). De même, ces organismes peuvent tenir lieu d'opérateurs, quand cela concerne leur domaine d'activité, pour la gestion de différents plans nationaux de développement prioritaire de recherche. Chacune de ces agences dispose d'une structure organisationnelle spécifique tenant tout de même compte du modèle hiérarchique classique d'un opérateur public en France ou d'un établissement public à caractère administratif. La direction est donc généralement bipartite avec une direction exécutive et son conseil ainsi qu'une direction scientifique et son conseil. A défaut, la direction est assurée par un poste à dominante scientifique. Le lien est toujours proche avec les pouvoirs publics notamment du fait de l'organisation tutélaire avec l'état. L'animation du champ de recherche semble être une activité globalement partagée par l'ensemble de ces organisations. En revanche, elles n'ont pas toutes pour mission directe de structurer la recherche dans leur champ à l'échelle nationale.

3.2 Résultats principaux

L'analyse thématique permet de décrire 5 dimensions fondamentales décrivant l'implication des organismes de financement de la recherche en santé publique pour favoriser le transfert des connaissances. Tout d'abord, nous retrouverons ce qui relève de la place du transfert de connaissances au sein des principes et missions qui régissent l'organisme. Ensuite, le rôle à jouer et les responsabilités des agences liées au TC s'intéressent à décrire qui doit endosser le travail de TC et quelle est la vision du TC pour ces organismes. Un inventaire des activités et initiatives des agences sera détaillé. Des freins organisationnels et des risques structurels liés à la forme des AAP ont été décrits. Enfin, la question de l'évaluation des initiatives de TC a été soulevée dans les entretiens.

Tableau 3 : Thèmes issus de l'analyse thématique

Thèmes soulevés
Le TC au travers les principes et missions des agences
Inventaire des activités et initiatives
Rôles et responsabilités
Freins et risques
Évaluation

3.2.1 Le transfert de connaissances à travers les missions et principes des agences

Les guichets de financement de la recherche en santé publique placent au cœur de leurs principes le rôle majeur de la recherche pour améliorer la santé des populations. Avec cet intérêt central, il semblerait que la locution « *transfert de connaissances* » revient rarement dans les énoncés décrivant les principales missions de ces organismes dans l'analyse documentaire (cité dans les missions de 2 organismes sur 5). Cela n'empêche pas que les plans et politiques de ces agences évoquent largement des termes frontières qui révèlent que ces structures connaissent largement les enjeux de la traduction et l'application des connaissances issues de la recherche.

A) Posture des financeurs en lien concernant le TC

Les mandats de tous les organismes soutiennent des missions de transfert. Par exemple, les statuts du participant 1 précisent « (...) *encourage à mieux cibler et valoriser le soutien à la recherche et aux actions innovantes dans l'objectif de soutenir la décision et d'accompagner l'amélioration continue de la qualité des réponses aux besoins* » (participant 1, 2024). Stratégiquement, ils précisent « *tirer parti de la position « carrefour » de la Direction scientifique (...), avec une relation étroite aux directions métiers, aux acteurs des*

politiques (...) et maintenir une relation étroite aux acteurs du soutien et de la structuration de la recherche » (participant 1, 2024). Ces principes d'utilisation de la recherche vers la pratique et la décision semblent structurants pour ces organismes et participent largement à résoudre les questions liées à l'efficience des programmes et politiques publiques : « *la réorientation des crédits vers des actions qui ont fait leur preuve* » (note du participant 4, 2024) ; « *faire le choix de l'expertise, c'est mettre les connaissances scientifiques au service des politiques de santé* » (note du participant 5, 2024) ; « *il est impératif de combler le fossé entre les préoccupations de la recherche et les connaissances nécessaires à la décision en matière de santé publique (...) pour renforcer l'utilité sociétale des connaissances produites* » (note du participant 3, 2024). Les organismes de financements se placent donc comme des utilisateurs directs des résultats mais précisent aussi des particularités selon leurs domaines d'activités. Le participant 5 exprime sa particularité qui est « *d'orienter la recherche pour développer une approche plus personnalisée de la prévention* » (participant 5, 2024) et un autre précise « *promouvoir le continuum recherche-soins et favoriser l'émergence et le transfert rapide de l'innovation* » (participant 4, 2024). A ce stade, la posture peut être simplifiée par « *notre posture en tant que financeur en santé publique est claire : orienter la décision publique selon les connaissances issues des travaux de recherches et les innovations* » (participant 2, 2024). Ce même participant admet directement que cette vision relève d'un comportement « *quelque peu utilitariste mais nécessaire pour ne pas se disperser dans les financements* » (participant 2, 2024).

B) Les besoins en connaissances

Les financements qui émanent de ces organismes reflètent ce que certains appellent des « *besoins en connaissances* » (participant 1, 2024). A ce titre, le participant 1 précise que les besoins en connaissances correspondent à « *toutes les données, toutes les productions qui vont lui être utiles pour éclairer l'adéquation entre l'offre médico-sociale et l'équilibre économique* » (participant 1, 2024). L'obtention de financement de recherche serait donc articulée autour de « *la réponse à un objectif qui nous paraît extrêmement positif qui est cette volonté de l'administration, et très spécifiquement du président de la [participant 2], d'appuyer de l'action publique sur des données robustes utiles* » (participant 2, 2024). Ainsi, la constitution d'appel à projets avec sélection pour l'allocation des financements est une manière de structurer un champ disciplinaire de recherche autour des besoins prioritaires identifiés tels quels par les autorités compétentes. D'ailleurs, certains participants montrent une certaine déception concernant la potentielle « *dispersion des recherches financées* » (participant 4, 2024). Les formes de sélection scientifiques des projets viendraient parfois en contradiction avec l'exigence d'apporter des connaissances utiles à la décision publique. Nous remarquerons que se dessine ici un schéma de transfert très descendant/ascendant entre agences et chercheurs. Les connaissances issues de travaux financés par ces fonds

publics devraient être traduites et fournies principalement vers la décision publique. Deux participants n'ont pas parlé de besoins en connaissances précis mais ont évoqué soutenir de manière plus globale la recherche sur leur domaine : « *Aujourd'hui nous envoyons juste des signaux et quelques orientations mais nous ne structurons pas la recherche en santé publique. Nous soutenons la recherche plus que nous l'utilisons vraiment.* » (participant 5, 2024).

Il semblerait que les organismes de développement et financement de la recherche en santé publique aient une vision partagée de la potentielle utilisation des connaissances issues des recherches financées : l'aide à la décision ou à l'argumentation publique. Ils édictent alors des axes prioritaires selon les besoins en connaissances. Nous verrons par la suite que malgré cette vision qui semble très descendante, les activités de TC proposées par ces agences sont, en général, assez diversifiées.

3.2.2 Inventaire des activités et initiatives

Les organismes de financement et développement de la recherche en santé publique participants ont été interrogés sur les activités et initiatives mises en place et qui, selon eux, relèvent du TC.

Une initiative majeure qui ressort des entretiens se situe aux prémisses du transfert. Elle peut être considérée comme un catalyseur pour les activités de transfert des connaissances : la concertation pour définir les besoins de connaissances. Cette activité permet aux agences d'orienter à minima les financements vers des recherches dont les résultats intéresseront sûrement la sphère publique. Cette activité s'organise en générale par une concertation annuelle entre parties prenantes (scientifiques et autorités publiques) pour poursuivre ou faire évoluer les priorités de recherche et les mettre en forme dans des appels à projets. Cette approche peut être considérée comme un modèle de « résolution de problème » ou « pull » (J. N. Lavis, 2006), centrée sur les besoins des organismes publics. Cette approche est reprise par le participant 1 : « *pour dire que l'on fait du transfert de connaissances, ça veut dire qu'on doit tout aligner, nous devons être capable de répondre à une demande sociale, à une demande des acteurs publics* » (participant 1, 2024). Pour ce faire, une demande très forte de ces organismes vers les équipes de recherche est celle de la synthèse ou du résumé des résultats. Il faut « *centraliser les synthèses et les résultats. Nous serons véritablement utiles si nous sommes prêts à les extraire rapidement en cas de demande sur un sujet* » (participant 3, 2024). L'outil principal de synthèse est le rapport de recherche (rapport intermédiaire et rapport final). Cet instrument s'inscrit dans une logique contractuelle avec les équipes de recherche avec, en général, une obligation de rendu du rapport. Les organismes de financement relèvent des défauts dans cet outil qui parfois correspond trop à un résumé scientifique voir « *des copier-coller de résumés d'articles*

scientifiques » (participant 2, 2024). Certains organismes évoquent donc leurs attentes pour que ces formats de synthèse soient « *autoportants* » (participant 1, 2024) c'est-à-dire qu'ils suffisent pour l'argumentation ou l'aide à la décision, qu'ils « *s'éloignent du modèle très académique IMRAD (Introduction,Méthode,Résultats et Discussion)* » (participant 5, 2024). En interne, l'organisme 1 propose de « *normer, classer, coder les synthèses afin de pouvoir les agglomérer très rapidement et proposer en un temps record une analyse et des éléments de langage sur un sujet précis* » (participant 1, 2024). Cette démarche n'est pas encore mise en place dans les faits.

Ce sont ensuite les activités d'animation du champ scientifique et de diffusion des résultats qui sont largement évoquées (4 agences sur 5 interrogées). Ces diffusions s'expriment sous les formes suivantes : *publication des rapports de recherche ; webinaires ; séminaires ; cycle de conférences ; diffusion d'une revue ; proposition de participation à la rédaction d'articles ; tables-rondes ; communication médias ; tenue d'une newsletter ; tenue d'un site web institutionnel ; publication adaptée et partage sur les réseaux sociaux ; participation aux congrès professionnels/associatifs/scientifiques ; représentation aux auditions avec les décideurs politiques (auditions parlementaires, commissions sur projet de loi) ; financement de réseaux scientifiques avec mission d'animation scientifique ; restitution de recherche auprès de la décision publique ; note politique ; partage des rapports de recherche auprès des acteurs concernés ; capsule vidéo ; informations instantanées sur les réseaux sociaux ; perméabilité de l'information en interne*. Ces activités semblent, en majorité, destinées à un public scientifique mais les organismes expriment une réelle volonté de partage plus large mais aussi ciblé et un désir d'adaptation du contenu et de la forme (pour un public ciblé de professionnels de la santé par exemple). Comme précisé par plusieurs participants, ces activités de diffusion sont très importantes mais ne sont que « *la partie émergée de l'iceberg* » (participant 1, 2024). Effectivement « *signaler qu'il existe des travaux de recherche, les porter à connaissance, les transmettre ... c'est surtout beaucoup de travail en amont pour détecter, agglomérer et parfois traduire ces connaissances* » (participant 3, 2024).

Des activités structurelles demandent également à être initiée ou renforcée : *l'accompagnement systématique des équipes de recherche pour les activités de communication, la création de partenariat spécifiques pour la dissémination de l'information, la création d'interaction entre les communautés de recherche et les professionnels de la décision publique, le financement et la structuration de la recherche sur le TC, informer sur les stratégies de recherches interventionnelles/participatives/translationnelles plus propices à l'utilisation des connaissances, mettre en avant le transfert des connaissances dans les AAP (ou autres*

(formes d'allocation de financement). Des organismes s'engagent par exemple à accompagner (de manière expérimentale) des équipes de recherche pour mener à bien une stratégie de transfert des connaissances. D'autres se disent favorables aux financements spécifiques de stratégies de transfert pour les équipes de recherche. La question du conditionnement des financement à des stratégies de TC bien établies dès la soumission des projets n'a pas été évoquée.

Nous avons élaboré un tableau reprenant les activités de transfert des connaissances détectés dans les agences interrogées (Tableau 4 : activités de transfert des connaissances détectées au sein des organismes interrogés. Classés sur le modèle de Cambon et coll.). Une carte mentale des activités a été créée avec un processus participatif lors d'une formation sur le TC dans l'un de ces organismes (Figure 10 : carte mentale sous forme d'étoile du changement des activités de TC au sein de l'organisme n°3.).

Activités de Transfert de Connaissances en agence de financement			
Activités structurelles facilitant l'usage des données probantes	Activités de diffusion	Activité de transformation des données probantes	Accompagnement au changement des pratiques professionnelles quant à l'utilisation des données probantes
Plaider/argumenter à partir des résultats	Organiser un colloque, une journée de communication, un séminaire, une formation	Capsules vidéos	Sensibilisation à l'utilisation des données probantes
Créer des partenariats spécifiques	Publier au format papier (publication adaptée à un public ciblé)	Synthèses des recherches	Rédiger un guide pour les équipes de recherche
Créer une chartre graphique spécifique au TC	Mailing et Newsletters	Note politique	Déetecter et accompagner des équipes de recherche souhaitant faire du TC
Communiquer sur le TC	Site internet	Recommandations	Financer des formations spécifiques TC auprès des équipes de recherche
Cibler les projets propices au TC	Aider les chercheurs à diffuser	Aider les chercheurs à traduire les résultats	Définir le TC dans l'organisation
Consulter les parties prenantes pour la rédaction des axes prioritaires de recherche	Communication scientifique sur les réseaux sociaux	Vulgarisation de résultats	Mentionner et proposer une méthodologie pour le TC dans les AAP
Créer des liens et interactions directes chercheurs<->décideurs	Publication des rapports de recherche et valorisation des rapports finaux	Financer spécifiquement les activités de transfert de connaissances	Cartographier et partager les experts et réseaux par thématiques (versant scientifique et parties prenantes)
Financer et structurer la recherche sur le TC	Diffusion de connaissances à l'échelle locale	Coder/classer l'ensemble des recherches en cours et les résultats	Financer des réseaux de recherche avec des actions spécifiques de diffusion et transfert
Partage interne des actualités scientifiques	Créer une page internet sur le TC		
Demander un plan de TC dans les AAP	Participer aux événements scientifiques		
Multiplier les stratégies de TC	Disposer d'un pôle communication		
Disposer d'un pôle communication			
Disposer d'un groupe de travail sur le TC			

Tableau 4 : activités de transfert des connaissances détectées au sein des organismes interrogés. Classés sur le modèle de Cambon et coll.

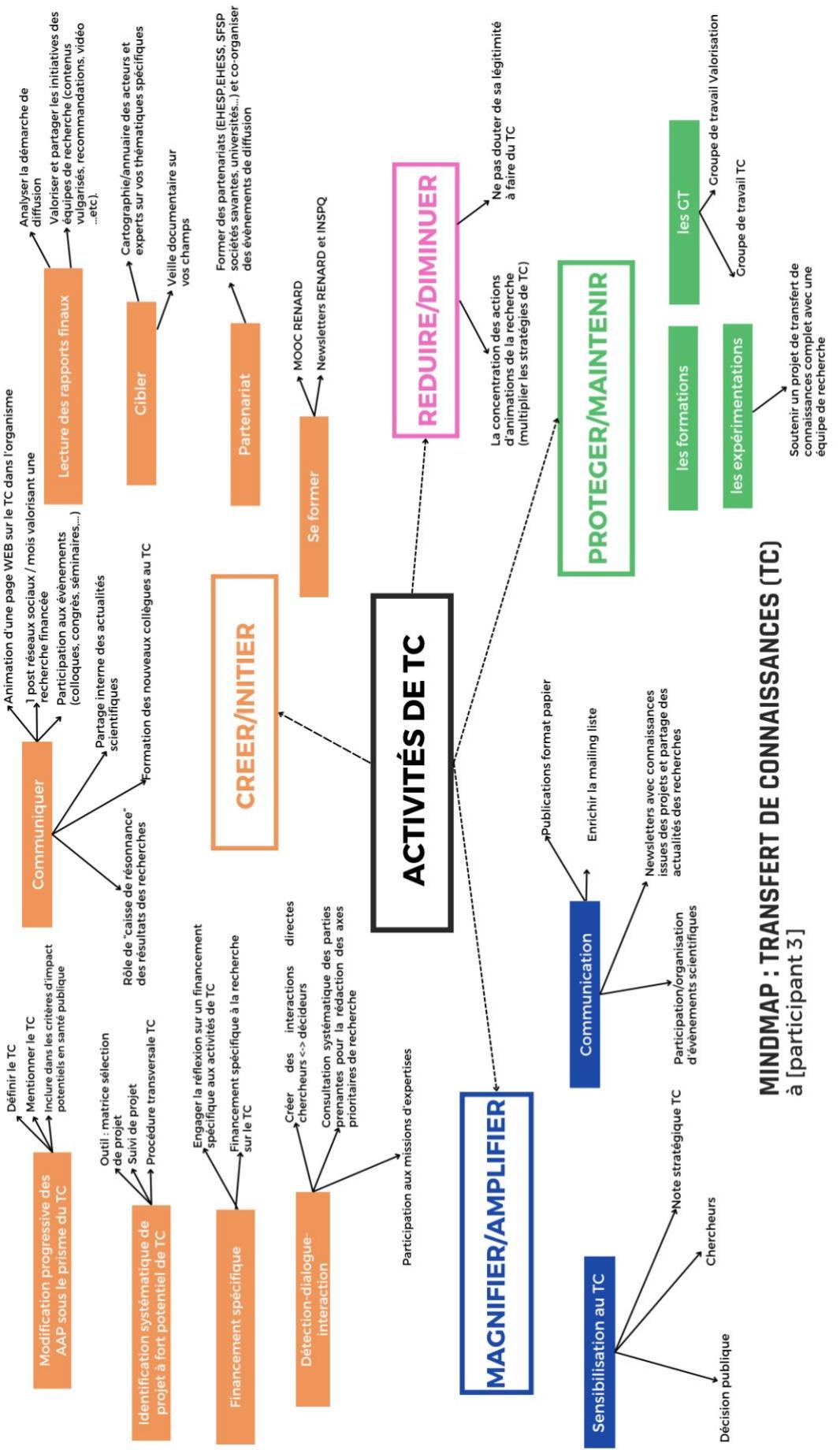


Figure 10 : carte mentale sous forme d'étoile du changement des activités de TC au sein de l'organisme n°3.

En comparant le tableau 4 et la figure 10, il apparaît une certaine marge de manœuvre des initiatives de transfert de connaissances pouvant être mise en place dans les organismes et ne nécessitant pas de réorganisations profondes des activités, nous retrouvons par exemple : la matrice de sélection de projets favorables au TC ; les posts sur les réseaux sociaux ; le partage interne des résultats des recherches financées ; la formation au TC ; la réflexion sur le financement des recherches conditionné à une méthodologie de TC ; les expérimentations de méthodes de TC ; la consultation des parties prenantes pour la rédaction des axes prioritaires de recherche ; l'ouverture systématique de la diffusion aux publics concernés non savants.

3.2.3 Rôles et responsabilités liées au TC

Les enjeux de responsabilité et éthiques dans la transmission et la traduction des connaissances sont importants. Selon les stratégies de TC envisagées et leur échelle, le transfert de connaissances nécessite un certain nombre de compétences et d'atouts (esprit scientifique et critique, compétences et maîtrise des outils de communication, synthèse, traduction des connaissances, réseaux de partenaires, connaissances des publics cibles). Ainsi, les activités de TC doivent se greffer sur une structure en capacité d'assumer cette charge éthique et scientifique. Aucune recherche ne peut se vanter de répondre totalement à une question de santé publique en prenant en compte l'ensemble de l'environnement sociétal. Ainsi la question des rôles et responsabilités dans le transfert des connaissances est délicate.

Le participant 1 estime que « *tout le monde à une part de responsabilité, chercheurs comme financeurs. Nous devons tous faire du transfert ensemble et séparément* ». La responsabilité du partage serait donc partagée entre le financeur et l'équipe de recherche. Les financeurs se positionnent clairement à l'interface entre la décision publique et les chercheurs en « *trouvant la manière d'accorder les chercheurs avec les instances de décision publiques. On essaye de trouver ce que veut dire exactement faire de l'evidence-based policy dans notre organisation*C'est une vraie richesse à la [participant 1] d'avoir ces corps professionnels variés, de la recherche jusqu'aux professionnels médico-sociaux, parce que nous arrivons à échanger directement en interne et organiser des tables rondes en partageant toutes ces preuves » (participant 1, 2024). Il apparaît que certaines équipes de recherche sont « *moteurs dans l'utilisation de leurs recherches* » (participant 4, 2024) et certains guichets de financement comptent largement sur ces initiatives pour essayer d'amener les chercheurs « *à communiquer vers d'autres univers que leurs pairs* » (participant 2, 2024). Ils essayent donc de maintenir un dialogue

rapproché avec les équipes de recherche proactives dans la communication pour envisager des outils de diffusion. Malgré tout, une vision contractuelle peut être proposée et peut s'avérer assez rigide pour les chercheurs : « *il est difficile pour certains chercheurs de s'exprimer vers d'autres univers que le leur, ce ne sont pas des professionnels de la communication. De l'autre côté, la décision publique ne joue aussi pas toujours le jeu et peut avoir du mal à traduire et comprendre les données issues de la recherche. C'est un problème classique de choc des cultures. Il peut être essentiel de clarifier, informer les chercheurs que s'ils cherchent des financements externes, au-delà de leur fonctionnement classique, ils doivent alors dans une logique contractuelle assumer les résultats et les formats demandés pour les rendus dans un esprit d'utilité sociale de leur recherche. Cela leur permet aussi de s'ouvrir à d'autres sphères que la science* » (participant 2, 2024). Le financeur précise également se sentir « *à l'aise de faire de la traduction de résultats sur certaines disciplines mais je suis vraiment mal à l'aise sur d'autres, ne serait-ce que pour juger de la qualité scientifique du travail. Par honnêteté intellectuelle, nous ne pouvons pas toujours reprendre fidèlement les résultats sous une autre forme et nous n'avons d'ailleurs pas les moyens pour le faire. C'est donc aux chercheurs de proposer ces outils en essayant de comprendre les attentes des politiques publiques* » (participant 2, 2024). Un autre participant temporise en disant que « *il y a des équipes de recherche qui se saisissent très bien de ces outils-là. D'autres n'en sont pas capables ne seraient-ce que pour des questions de temps et de priorités dans le modèle actuel de la recherche* » (participants 3, 2024).

Le modèle donnant la priorité à la publication scientifique peut être critiqué par certains participants : « *la publication scientifique n'est pas adaptée pour informer et aider les politiques de santé publique. Il existe des moyens pour les analyser dans une perspective d'utilisation professionnelle, mais trop peu. Les chercheurs doivent publier pour informer et non pour leur renommer. C'est de l'utilité publique* » (participant 4, 2024)

Globalement, les responsabilités semblent plutôt partagées entre le financeur/transféreur et le chercheur/transféreur. Une relation de confiance et un dialogue continu entre les équipes de recherche et les financeurs semble faciliter largement les activités de transfert : « *parfois nous ciblons des recherches et allons vers les chercheurs pour valoriser leur travail. Parfois c'est l'inverse, les équipes que nous connaissons bien nous contactent directement et nous font part de leurs ambitions de communication lors de séminaires, colloques, congrès* » (participant 4, 2024). Un modèle d'organisation très intéressant est celui du rassemblement des guichets de financement au sein d'une même agence qui assure la gestion des allocations et le suivi des projets. Des équipes dédiées assurent donc un lien rapproché avec les équipes de recherche. Ce modèle existe au sein de l'Institut pour

la Recherche en Santé Publique (IReSP) en France qui mène actuellement une réflexion sur les méthodes pour accentuer le partage des connaissances issues des travaux financés. Les résultats ne sont pas encore disponibles.

3.2.4 Risques et Freins au transfert des connaissances

A) Risques organisationnels

Les formes de sélection pour l'allocation de financement (AAP, AMI, bourses doctorales) représentent quelques risques pour ces organismes dans le cadre du TC. Tout d'abord, la rédaction de ce type d'appel est très complexe et engage un « *gros travail d'alignement* » (participant 1, 2024). Ce travail collaboratif mène parfois à la constitution « d'appels très larges, voire trop larges sur certaines thématiques » (participant 4, 2024). De même, il est parfois compliqué de les faire évoluer aussi rapidement que les attentes et besoins des autorités publiques. Ainsi, « *régulièrement, nous ne trouvons pas assez l'adéquation entre nos besoins de connaissances et les projets sélectionnés dans le cadre de nos AAP* » (participant 4, 2024). Aux yeux de ces structures, c'est un risque car la « *question du retour sur investissement est largement posée : pourquoi nous financerions à grandes échelles via des AAP des recherches qui ne nous donneront pour finir très peu voire aucunes clefs pour améliorer la santé de nos concitoyens ?* » (participant 2, 2024). Cela n'engage pas ces structures à transférer les résultats. Par exemple, un participant relève que sur sa thématique spécifique « *il existe un déséquilibre entre les financements alloués vers les sciences fondamentales versus les sciences humaines et sociales ou la santé publique qui, pourtant, porteraient des réponses fortes sur de nombreux axes* » (participant 4, 2024) et déplore qu'au lieu de détecter les lacunes de la recherche ils ont « *plutôt stabilisé des gens qui travaillaient déjà sur le champ* » (participant 4, 2024).

Une autre problématique soulevée par ces formes de sélection est celle du « *cas par cas* » décrit dans cette citation : « *Nous n'avons pas encore de méthode de transfert homogène pour tous les projets de recherche financés. D'ailleurs cela semble difficilement réalisable. Nous faisons plutôt du cas par cas et détectons quelques rapports qui nous intéressent à l'instant T. Actuellement, sur ce que rendent les chercheurs en santé publique, prendre les résultats des recherches qui sont financées sur des axes très larges, détecter des résultats de qualité sur des problématiques qui nous intéressent à un moment T, puis comprendre ces résultats (langage et forme non adaptés), les interpréter en termes de décision publique (c'est-à-dire penser leur transférabilité, leur impact social et économique, l'intérêt des citoyens et des politiques), les incorporer dans nos circuits tels quels : c'est impossible* » (participant 5, 2024). De même, un autre aborde la question des rapports et de leur forme, « *Quel niveau de synthèse on demande dans ces rapports obligatoires ?* » (participant 3, 2024).

B) Freins structurels

Les agences interrogées abordent le manque de temps et de ressources pour toutes ces activités de TC. Ce sont des missions édictées mais malgré cela « *c'est très difficile de s'y donner en plus de nos activités de base* » (participant 1, 2024) ou encore « *au sein de nos services, il n'y a que moi qui le fait un peu* » (participant 5, 2024). Or ces activités demandent un investissement partagé et prolongé. Un autre frein structurel correspond à la vision des pouvoirs publics parfois trop utilitariste envers la recherche, « *il y a un problème assez classique d'acculturation entre deux mondes professionnels qui se connaissent mal* » (participant 2, 2024), « *Le politique ou décideur souhaite plutôt de la recommandation directement applicable ou utile pour argumenter et prendre des mesures* » (participant 5, 2024). Mais en même temps ces professionnels agissent dans un calendrier politique très contraint et en inadéquation avec la temporalité de la recherche : « *nous tombons dans l'une des contraintes majeures de notre organisation : le calendrier politique* » (participant 5, 2024). Finalement, pour le participant 5 il semblerait que « *le gap reste important entre la sphère de la décision pour la santé de la population et les connaissances qui sont créées en santé publique. Les résultats restent loin des recommandations ou préconisations* » (participant 5, 2024), ainsi il considère que son organisation « *soutient la recherche en santé publique plus qu'elle ne l'utilise* ».

3.2.5 Évaluation des activités et initiatives

Sur l'ensemble des agences interrogées, il n'existe pas de cadre clair pour mesurer l'impact global des activités de TC. Pour les activités de diffusion, les organismes sont habitués à relever des indicateurs quantitatifs pour refléter l'audience et parfois pour mesurer la satisfaction du public. Les bilans des AAP constituent l'outil principal d'évaluation des activités de ces structures : « *les bilans nous permettent de mettre en évidence comment faire évoluer nos AAP, nos attentes envers les chercheurs, mais aussi nos animations. Il convient de vérifier la production de rapports mais aussi des autres types de diffusion des projets de recherche : publications scientifiques, autres types de diffusion, préconisations, participation ou organisation d'évènements* » (participant 1, 2024). Selon les organismes interrogés, la culture de l'évaluation n'est pas similaire et semble ne pas être encore active pour les activités de TC. L'évaluation repose essentiellement sur la réalisation de bilans chiffrés avec des indicateurs sur les domaines de recherche financés ne reflétant pas les potentielles activités de TC : nombre de projets financés, financement total, répartition des financements par domaines ou types de recherche ; moyenne des financements alloués ; nombre de rapports finaux ; nombre d'activités de diffusion réalisées.

4 Discussion

4.1 Des missions orientées vers l'appui à l'action publique

Avec l'intérêt croissant porté depuis le début des années 2000 à la traduction de données et de programmes probants pour porter la santé des populations, les organismes de financement et de développement de la recherche en santé publique ont assimilé les principes du transfert de connaissances dans leur mandat, en évolution vis-à-vis de ce qui a pu être affirmé dans le passé (Tetroe et al., 2008). Bien que ce transfert ne soit que rarement explicité, ces structures portent une gamme d'activité de TC plus ou moins élaborée. Pour ces agences publiques, l'enjeu principal réside dans la question de l'efficience des allocations. En raison de pressions financières et politiques, les financeurs essaient de favoriser les financements allant vers des programmes de recherche promettant des retombées directes ou rapide en termes de santé publique. Dans l'optique d'appuyer ces résultats, des dispositifs de diffusion (colloques, webinaires) sont largement déployés mais à majorité à destination du monde scientifique ou du monde de la décision publique. C'est tout de même la qualité scientifique des projets et la sélection par les pairs scientifiques qui demeurent le processus majoritaire de sélection des projets à financer. Les financeurs peuvent aussi être amenés à repêcher des projets de recherche qui leurs paraissent particulièrement intéressants en regard de leurs besoins en connaissances immédiats.

Certains organismes opposent donc deux types de financement : un financement de la recherche qui est utile pour appuyer l'action publique et un autre financement, moins intéressant pour eux, de soutien généraliste à un champ de recherche. Ce dernier reste fragile et peut être remis en cause.

4.2 Une définition partagée des attentes envers les chercheurs

Sous une forme descendante et contractualisée, les agences de financement semblent suivre une même ligne directrice concernant les attentes qu'elles présentent aux chercheurs. Les formes de sélection pour allocations (AAP, AMI, AAS) semblent être les outils principaux de présentation des attentes des organismes financeurs vers les chercheurs. Les besoins en connaissances y sont exprimés et la contractualisation permet d'engager la participation des équipes de recherche à certaines activités de transfert en regard du financement alloué (synthèse, diffusion et dissémination des résultats, obligations de publications, participation à des évènements scientifiques). Aujourd'hui, ces outils restent très partiels dans l'expression des attentes concernant le transfert des connaissances issues des travaux financés. Cela peut être associé à un manque de clarté

conceptuelle entourant le transfert de connaissances en France. Certains organismes accompagnent ces documents écrits avec des webinaires pour expliciter plus précisément leurs attentes auprès des chercheurs. Pour le moment, il n'existe pas de modalités spécifiques de financement pour les équipes de recherche se saisissant pleinement de stratégies de TC qui accompagnent leurs projets de recherche.

4.3 Un besoin de clarification du concept de TC

Comme évoqué précédemment, les organismes interrogés n'utilisent pas ou peu le terme de « *transfert de connaissances* » dans leurs énoncés. Il semblerait que le non-usage de cette locution reflète un manque de clarté de ce concept en France. De surcroit, les descriptions opérationnelles des activités de TC varient d'un organisme à l'autre. Il n'est donc pas étonnant que ces activités ne soient pas toujours considérées par la communauté scientifique ou les professionnels de la décision publique ainsi que par les parties prenantes professionnelles ou non. Un travail commun et simultané pourrait être lancé dans les différentes agences de financement ou dans leur regroupement pour clarifier ce qu'est le TC en santé publique en France et comment l'opérer, le financer et l'évaluer.

4.4 Une boucle de communication semi-ouverte

Grâce à un positionnement central entre la décision publique et la recherche, les agences de financement et de développement de la recherche semblent réussir à entretenir un dialogue entre les deux partis. Néanmoins, les témoignages recueillis relatent que la perméabilité de l'information est loin d'être totale entre les différents acteurs de la recherche et de l'action en santé publique.

Il persiste une question de forme concernant les résultats de la recherche proposés à l'action publique ainsi qu'une question de choc des cultures professionnelles. Les interactions directes entre chercheurs et décideurs publics sont rares et sont régulièrement médiés par l'organisme de financement. De même, les interactions entre les agences de financement et de développement de la recherche en santé publique avec les parties prenantes civiles et professionnelles paraissent mineures. Des exceptions existent quand ces organisations mettent en avant la participation en recherche ou quand elles possèdent un service interne dédié aux pratiques professionnelles ou encore quand elles mettent en place une stratégie de diffusion itinérante sur un territoire (manifestations scientifiques dans différents lieux). C'est par exemple le cas de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui participe au contenu de la formation des professionnels territoriaux des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Le financement de réseaux de recherche peut aussi permettre d'opérationnaliser la diffusion de connaissances

sur un sujet précis dans un territoire. Il est intéressant de noter que la formation de partenariat avec, par exemple, des réseaux de recherche ou des écoles d'enseignement supérieurs/universités permettent de largement ouvrir le cercle de dissémination de l'information vers d'autres publics. La Figure 11 : boucle de communication centrée sur les financeurs de la recherche en santé publique reprend schématiquement la boucle de communication évoquée. Un regroupement de financeurs au sein d'une même entité semble permettre une augmentation des interactions.

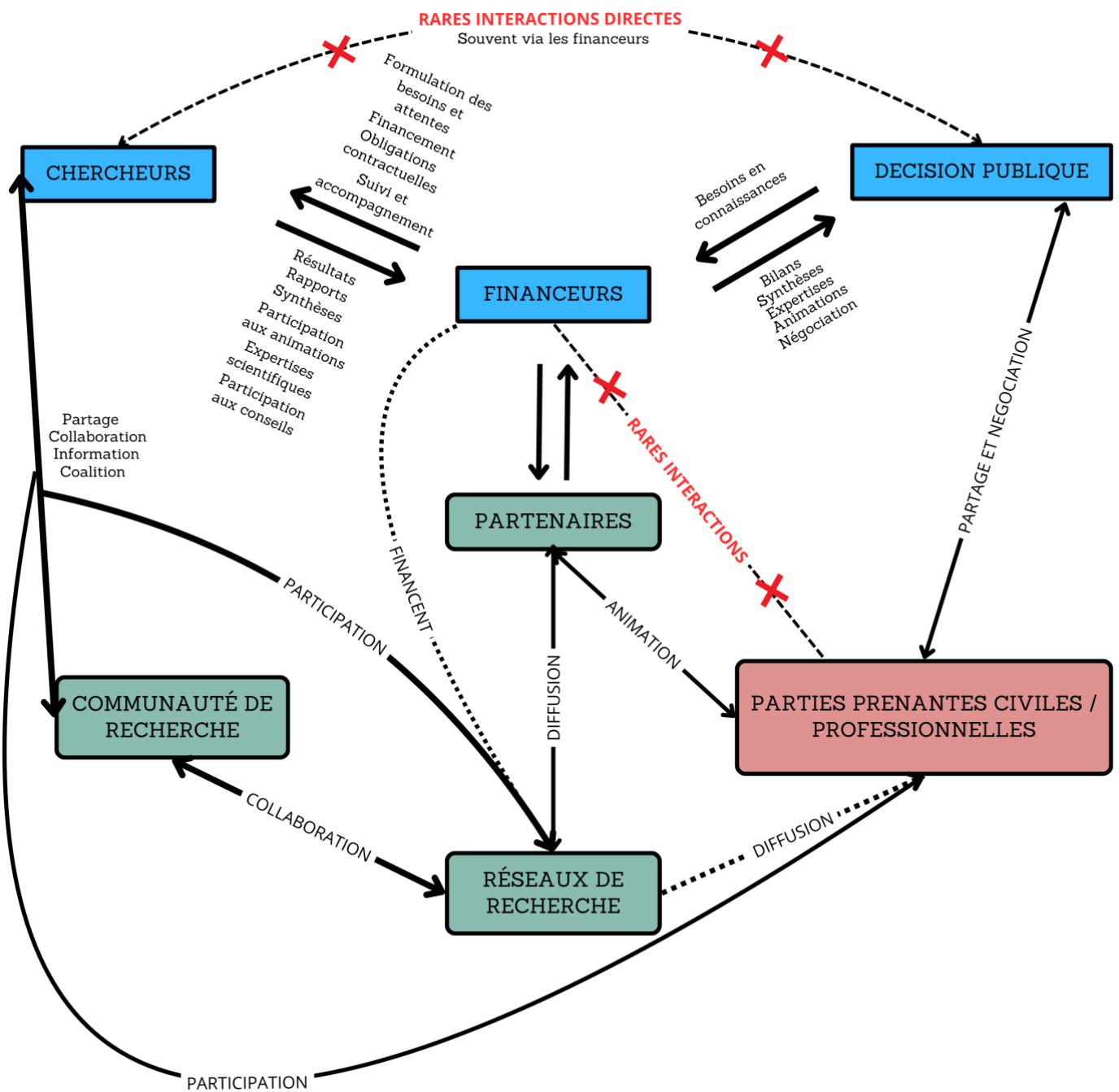


Figure 11 : boucle de communication centrée sur les financeurs de la recherche en santé publique
(Antoine Beal, 05/24)

4.5 Des activités diversifiées avec une responsabilité partagée

Dans cette étude, nous ne détectons pas de système d'organisation de référence concernant le TC dans ces agences. Les financeurs ont présenté de multiples activités de transfert des connaissances dont la majorité ciblent un public scientifique ou les autorités publiques (principalement les autorités ou directions sanitaires nationales). Les activités de diffusion scientifique sont partagées par l'ensemble des agences sous différentes formes mais l'implication de ces organismes dans le transfert de connaissances au-delà de la diffusion est très inégal selon les structures. Une des agences interrogées se distinguait par l'étendue des actions de transfert de connaissances proposées.

Globalement, les financeurs ont conscience de leur position stratégique pour le transfert de connaissance mais n'ont pas toujours les moyens humains et financiers nécessaires pour standardiser et opérer cette pratique. Ainsi, la responsabilité de l'utilisation des résultats de la recherche apparaît comme partagée par tous (chercheurs, financeurs, autorités publiques, professionnels, personnes concernées). Dans cette perspective, les « bonnes pratiques » de transfert de connaissances pourraient s'envisager comme difficiles à mettre en place car dépendent de nombreux acteurs et contextes. Or, la littérature mentionne bien l'intérêt de structurer et d'organiser le transfert de connaissances à chaque échelle pour accroître significativement l'impact de la recherche sur la pratique (LaRocca et al., 2012).

Le partage et la collaboration entre les différents organismes de financement de la recherche en santé publique sur leurs pratiques de transfert de connaissances seraient appropriés pour résoudre ces difficultés.

4.6 Évaluer l'existant

Les initiatives de transfert de connaissances de ces organismes sont évaluées classiquement dans les bilans d'activités des services. Ces rapports d'activité, en général annuels, ont une visée généralement descriptive et ne permettent pas d'avoir une vision de l'efficacité de telle ou telle activité de TC. L'ensemble des agences interrogées ont questionné ce cadre d'évaluation du TC. Effectivement, l'aspiration d'efficience en santé publique exprimée par ces organismes se reflète en pratique par une nécessité d'évaluation de l'utilité publique des programmes financés et soutenus. Il est aujourd'hui difficile pour ces agences d'exprimer objectivement l'efficacité de leur programme en termes d'utilité sociale. Il semble donc nécessaire pour ces organismes de lancer des évaluations cadrées pour découvrir quelles stratégies de TC ou d'accompagnement au TC sont adaptées pour ensuite concentrer leurs efforts. Cela permettrait aussi de faire évoluer régulièrement les activités de TC.

A terme, ces mesures de l'efficacité des transferts pourraient représenter un atout majeur pour ces organismes en motivant les communautés de recherche à continuer dans ce transfert et en prouvant aux autorités publiques l'intérêt des programmes de recherche en santé publique. Des cadres conceptuels pour l'évaluation du TC dans les organisations sont déjà décrits dans la littérature (McLean et al., 2012).

4.7 Limites de l'étude

L'étude présentée dans le cadre de ce mémoire contient de nombreux biais. Certains sont inhérents à la méthode de recherche utilisée et d'autres reposent sur la position de l'investigateur principal vis-à-vis des participants. Tout d'abord, il est important de rappeler au lecteur que l'échantillon est très faible et a été sélectionné au jugé. La méthodologie qualitative utilisée ne permet pas de conclure pour l'ensemble de la population mais uniquement sur l'échantillon sélectionné. Malgré l'addition de données issues des entretiens semi-dirigés avec des données issues de documentations écrites, les activités relevées ne permettent pas de décrire la totalité et l'étendue des opérations menées par ces agences. La fidélité de la description des initiatives des agences n'a pas toujours été conservée. Effectivement, même si la quasi-totalité des entretiens ont été retranscrits mot à mot, un entretien n'a pas pu être enregistré pour des raisons de liberté de parole du participant. Les transcriptions finales n'ont pas été soumises à une relecture par les participants. Une contrainte majeure du public interrogé est celle du temps disponible pour l'entretien ne permettant pas d'approfondir suffisamment chacune des thématiques. Nous n'arrivons donc pas à une saturation des données et pouvons envisager de réitérer les sollicitations. La posture de l'enquêteur, s'affichant comme un membre étudiant au sein d'un regroupement d'organismes de financement a pu limiter la prise de position de certains participants par crainte d'émettre des positions et avis inverses à ceux présentés par le comité scientifique du regroupement. Cette posture à tout de même engagé la discussion sur le rôle que pourrait jouer ce regroupement de financeurs dans le TC.

Concernant l'interprétation des données, malgré un effort d'organisation et de transparence, le codage effectué n'a pas été soumis à contradiction. Ainsi, il est pertinent de dire que cette interprétation n'est pas totalement exempte de biais subjectifs.

Afin de limiter l'ensemble de ces biais, nous pouvons proposer une méthodologie de recherche plus complète. Tout d'abord, il aurait été nécessaire de réunir plus de participants. Il serait également intéressant de mixer les données qualitatives à des données quantitatives récoltées en amont des entretiens permettant de décrire précisément les activités de TC au sein des structures. L'étude mériterait également d'engager une

participation plus forte des acteurs dans la description des actions et aussi dans l'évaluation subjective de ces actions. Ainsi, il aurait été intéressant de faire relire les entretiens et les interprétations au participant et de les confronter au débat lors de focus-groupes sous forme d'ateliers.

Conclusion

Les organismes de développement et financement de la recherche en santé publique aggrègent quantités de résultats issus de travaux scientifiques sélectionnés pour leur qualité. Ils essaient de trouver dans la recherche des outils efficaces pour répondre à des besoins de connaissances publics. Les enjeux liés à l'utilisation de ces connaissances dans les organisations concernées ou liés à leur intégration dans l'élaboration des politiques et stratégies de santé publique sont fondamentaux et interrogent la question de l'utilité sociale des fonds investis dans ces recherches. L'articulation des savoirs scientifiques et expérientiels dans la pratique et les décisions est l'un des critères majeurs du développement serein de programmes ou stratégies de santé publique en France. Pour ce faire, le transfert de connaissances constitue cette réflexion systémique et appliquée permettant de lier la science au service de l'action.

Les structures publiques de financement de la recherche en santé publique témoignent dans leur mandat du fossé qui parfois persiste entre la recherche, la pratique et la décision publique. Elles portent donc des stratégies plus ou moins élaborées de TC sans même le citer clairement, révélant une difficulté de compréhension conceptuel dans ce domaine en France. Les agences interrogées ont fait part de multiples activités de transfert. En regard du modèle décrit par Lavis et coll. (J. N. Lavis et al., 2002), nous pouvons considérer que la majorité des efforts sont fournis vers des activités de type *Push* et *Pull* (niveau d'interaction faible ou moyen), et ce, de manière non systématique. Les activités de partage des connaissances permettant un échange automatique et maintenu dans le temps (interaction forte) semblent parfois être mises en place avec les autorités publiques compétentes mais pas avec l'ensemble des parties prenantes. Ces activités demanderaient une charge de travail trop importante et un niveau de responsabilité trop élevé dans l'état actuel des organisations. Actuellement, la meilleure pratique semble être celle du partage de l'opération et de la responsabilité du transfert de connaissances entre les chercheurs et les financeurs.

Il est aujourd'hui difficile pour ces agences d'exprimer objectivement l'efficacité de leur stratégie de transfert en termes d'impact. Il semble donc nécessaire pour ces organismes

de mettre en place des méthodologies d'évaluation pour découvrir quelles stratégies de TC ou d'accompagnement au TC sont adaptées pour ensuite concentrer leurs efforts.

Ces organismes pourraient bénéficier largement d'un appel à la coordination de leurs actions en matière de transfert de connaissances. En se regroupant sur cette thématique et en constituant les moyens nécessaires (financement stratégiques, moyens humains) pour définir et opérationnaliser une stratégie commune de transfert de connaissances, la motivation dans le TC gagnerait sûrement en visibilité auprès des communautés de recherche et auprès des pouvoirs publics. Ce regroupement devrait inclure également les instances professionnelles et les représentants civils concernés. Un regroupement de financeurs comme l'IReSP pourrait, par sa position stratégique, constitué un environnement propice au rassemblement des efforts communs des financeurs, des chercheurs, des autorités publiques et des parties prenantes civiles pour le développement du transfert de connaissances

Bibliographie

- Bernheim, E. (2020). Standardisation de l'éthique, utilité sociale de la recherche et rapports de pouvoir : Une expérience de recherche-action pour l'accès à la justice. *Sociologie et sociétés*, 52(1), 101-122. <https://doi.org/10.7202/1076723ar>
- Braverman, L. (2020). The healthcare experience of prostate cancer patients : Exploring the intersection of age and gender. *International Journal of Ageing and Later Life*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.19453>
- 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, 175-201. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134>
- Cambon, L. (2016). *TC-REG : Evaluation d'un dispositif de transfert de connaissances sur les modalités de pilotage et de mise en œuvre de la prévention en région* (Rapport Final; p. 7). ISPED.
- Cambon, L., & Alla, F. (2013). Transfert et partage de connaissances en santé publique : Réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé Publique*, 25(6), 757-762. <https://doi.org/10.3917/spub.136.0757>
- Cambon, L., Alla, F., Souffez, K., Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2017). Démarche probante et transfert de connaissances en promotion de la santé. In *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (p. 537). Presses de l'EHESP. <https://ehesp.hal.science/hal-02393495>
- CNIL. (2018, mai 3). Méthodologie de référence MR-003. CNIL. <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement>
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Eweb:2984. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/764041>

- Couturier, Y., Gagnon, D., & Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique. *Criminologie*, 42(1), 185-199. <https://doi.org/10.7202/029812ar>
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier ? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), 23-35. <https://doi.org/10.3917/lsdle.393.0023>
- Dewey, J. (2009). Le public et ses problèmes. In C. Méadel (Éd.), *La réception* (p. 41-46). CNRS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editionscnrs.18789>
- Dicecca, V., & Guillou, P. (2022). Outil 49. L'étoile du changement. In *La boîte à outils du management* (p. 156-157). Dunod. <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-management--9782100834358-p-156.htm>
- Dupriez, V. (2015). *Peut-on réformer l'école ? : Approches organisationnelle et institutionnelle du changement pédagogique*. De Boeck Supérieur.
- Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. J. E., & Hofmeyer, A. (2006). A guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 25. <https://doi.org/10.1002/chp.48>
- Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine : Lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2621-2632. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.031>
- Gonzalez Block, M. A., & Mills, A. (2003). Assessing capacity for health policy and systems research in low and middle income countries*. *Health Research Policy and Systems*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-1-1>
- Hanney, S. R., Castle-Clarke, S., Grant, J., Guthrie, S., Henshall, C., Mestre-Ferrandiz, J., Pistollato, M., Pollitt, A., Sussex, J., & Wooding, S. (2015). How long does biomedical research take? Studying the time taken between biomedical and health research and its translation into products, policy, and practice. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-13-1>

- Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J., & Kogan, M. (2003). The utilisation of health research in policy-making : Concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-1-2>
- HEMSLEY-BROWN, J., & SHARP, C. (2003). The Use of Research to Improve Professional Practice : A systematic review of the literature. *Oxford Review of Education*, 29(4), 449-471. <https://doi.org/10.1080/0305498032000153025>
- Hersh, A. L., Stefanick, M. L., & Stafford, R. S. (2004). National Use of Postmenopausal Hormone TherapyAnnual Trends and Response to Recent Evidence. *JAMA*, 291(1), 47-53. <https://doi.org/10.1001/jama.291.1.47>
- Hill, G. B. (2000). Archie Cochrane and his legacy : An internal challenge to physicians' autonomy? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(12), 1189-1192. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00253-5](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00253-5)
- Houlfort, N., Descheneaux, J., Labelle, P., Marion, C., Gervais, M.-J., Bourdeau, S., Martel, B., & Leduc, C. (2015). SACO - *Stratégies de transfert et d'utilisation des connaissances*. Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté (2015). <http://www.saco.uqam.ca/>
- Jacobson, N., Butterill, D., & Goering, P. (2004). Organizational Factors that Influence University-Based Researchers' Engagement in Knowledge Transfer Activities. *Science Communication*, 25(3), 246-259. <https://doi.org/10.1177/1075547003262038>
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, 7(4), 187-197. <https://doi.org/10.2188/jea.7.187>
- Jovic, L., Lecordier, D., & Cartron, E. (2020). Prédiction, temps long : Les temporalités de la recherche et de la décision. *Recherche en soins infirmiers*, 142(3), 5-6. <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0005>
- Labrecque, M., & Cauchon, M. (2013). La médecine fondée sur des données probantes est-elle surestimée en médecine familiale? *Canadian Family Physician*, 59(11), 1166-1167.

- LaRocca, R., Yost, J., Dobbins, M., Ciliska, D., & Butt, M. (2012). The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health : A systematic review. *BMC Public Health*, 12(1), 751. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-751>
- Lassnigg, L. (2012). 'Use of current best evidence' : Promises and illusions, limitations and contradictions in the triangle of research, policy and practice. *International Journal of Training Research*. <https://doi.org/10.5172/ijtr.2012.10.3.179>
- Laurent, C., Baudry, J., Berriet-Solliec, M., Kirsch, M., Perraud, D., Tinel, B., Trouvé, A., Allsopp, N., Bonnafous, P., Burel, F., Carneiro, M. J., Giraud, C., Labarthe, P., Matose, F., & Ricoch, A. (2009). Pourquoi s'intéresser à la notion d' « evidence-based policy » ? *Revue Tiers Monde*, 200(4), 853-873. <https://doi.org/10.3917/rtm.200.0853>
- Lavis, J. N. (2006). Research, public policymaking, and knowledge-translation processes : Canadian efforts to build bridges. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 37. <https://doi.org/10.1002/chp.49>
- Lavis, J. N., Guindon, G. E., Cameron, D., Boupha, B., Dejman, M., Osei, E. J. A., Sadana, R., & Research to Policy and Practice Study Team. (2010). Bridging the gaps between research, policy and practice in low- and middle-income countries : A survey of researchers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 182(9), E350-361. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081164>
- Lavis, J. N., Ross, S. E., & Hurley, J. E. (2002). Examining the Role of Health Services Research in Public Policymaking. *The Milbank Quarterly*, 80(1), 125-154. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00005>
- Lavis, J., Ross, S., McLeod, C., & Gildiner, A. (2003). Measuring the impact of health research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(3), 165-170. <https://doi.org/10.1258/135581903322029520>
- Le Bas, C., & Van Pottelsberghe De La Potterie, B. (2002). Le rendement social des activités de R&D en France. Mesure, évolution, différenciation industrielle. *Revue d'économie politique*, 112(2), 255-274. <https://doi.org/10.3917/redp.122.0255>

- Lemire, N., Souffez, K., & Laurendeau, M.-C. (2009, novembre). *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outils d'animation*. INSPQ.
<http://numerique.banq.qc.ca/>
- Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination, and implementation : Who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226-235; discussion 235-237.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb26351.x>
- Marion, C., & Houlfort, N. (2016). Transfert de connaissances issues de la recherche en éducation : Situation globale, défis et perspectives. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 18(2), 56-89. <https://doi.org/10.7202/1036033ar>
- Maunier, S. (2019). Données probantes : Quel rôle pour la recherche qualitative? *Recherches qualitatives*, 38(1), 71-87. <https://doi.org/10.7202/1059648ar>
- Maxwell, R. J. (1984). Quality assessment in health. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 288(6428), 1470-1472.
- McLean, R. K. D., Graham, I. D., Bosompra, K., Choudhry, Y., Coen, S. E., Macleod, M., Manuel, C., McCarthy, R., Mota, A., Peckham, D., Tetroe, J. M., & Tucker, J. (2012). Understanding the performance and impact of public knowledge translation funding interventions : Protocol for an evaluation of Canadian Institutes of Health Research knowledge translation funding programs. *Implementation Science: IS*, 7, 57. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-57>
- Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B., & Perry, B. W. (2007). Knowledge Transfer and Exchange : Review and Synthesis of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 729-768. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00506.x>
- Morgan, A. (2013). The benefits and challenges of evidence based public health : The experience of the National Institute for Health and Care Excellence. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 287-289. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.008>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series : Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9-18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa* (WHO/EURO:1986-4044-43803-61666). Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/349653>

Préambule à La Constitution de l'Organisation Mondiale de La Santé, 2 Actes officiels de l'OMS 100 (1948).

Rampin, R., & Rampin, V. (2021). Taguette : Open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*, 6(68), 3522. <https://doi.org/10.21105/joss.03522>

Rhéaume, J. (2016). Changement. In *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 67-74). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0067>

Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Seminars in Perinatology*, 21(1), 3-5.
[https://doi.org/10.1016/s0146-0005\(97\)80013-4](https://doi.org/10.1016/s0146-0005(97)80013-4)

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., 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>

Sur, R. L., & Dahm, P. (2011). History of evidence-based medicine. *Indian Journal of Urology*, 27(4), 487. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.91438>

Talbot, N. (2017). Fortin, M- F. et Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3e édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 43(1), 264-265.
<https://doi.org/10.7202/1042088ar>

Tetroe, J. M., Graham, I. D., Foy, R., Robinson, N., Eccles, M. P., Wensing, M., Durieux, P., Légaré, F., Nielson, C. P., Adily, A., Ward, J. E., Porter, C., Shea, B., & Grimshaw, J. M. (2008). Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation : An international study. *The Milbank Quarterly*, 86(1), 125-155. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00515.x>

Vidal, L. (2015). Les savoirs des sciences sociales : Débats, controverses, partages. In *Les savoirs des sciences sociales : Débats, controverses, partages*. IRD Éditions.
<https://books.openedition.org/irdeditions/10806>

WHO. (2005). *The bamako call to action on research for health* (World Health Organization).

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_12Add2-en.pdf

World Health Organization. (2013). *The World Health Report 2013*. World Health Organization.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85761/9789240690837_eng.pdf?sequence=2

Zarinpoush, F., Sychowski, S., & Sperling, J. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances*.

https://sourceosbl.ca/sites/default/files/resources/files/kte_framework-mar9-french.pdf

Liste des annexes

Annexe 1



Enquête Transfert de connaissances (TC)

Investigateur : Antoine Beal (pharmacien-M2 PSP à l'EHESP)
Direction du travail : Marion Porcherie (PhD – Ing.Rech EHESP)

Destinataires : Directions et services scientifiques d'organismes/agences/instituts proposant des activités de développement et financement de la recherche en santé publique

Objet : note d'information – réalisation d'une enquête qualitative sur les activités de transfert de connaissances

Mesdames et Messieurs professionnel.le.s des agences et instituts de santé publique,

Je vous informe de la tenue d'une enquête qualitative sur la thématique du transfert de connaissances en santé publique : *L'implication d'organismes de financement de la recherche en santé publique dans le transfert et l'utilisation des connaissances : réflexions au sein de plusieurs agences en France*. Ce travail est mené dans le cadre d'un **mémoire de recherche de Master 2 de santé publique à l'EHESP**.

Cette étude s'inscrit dans un contexte de prise en considération croissante par les autorités de santé de l'intérêt des activités de transfert des connaissances (TC) en santé publique en France. La présente enquête permettra d'élargir le champ d'étude sur la place et le rôle des organismes de développement et financement de la recherche dans le transfert de connaissances et essaiera de répondre aux questions de recherche suivantes :

- *Que savons-nous des efforts déployés spécifiquement par les agences de développement et de financement de la recherche en santé publique pour engager ou promouvoir le transfert de connaissances ? (Activités de diffusion/dissémination/valorisation/échange des buts et résultats)*
- *Quelles sont les attentes de ces organismes à l'égard des chercheurs pour le TC ?*
- *Quelles sont les capacités de ces organismes à soutenir le TC ?*

Dans ce cadre, je propose de mener des entretiens semi-directifs auprès de professionnels exerçant au sein de ces organismes. Après une prise de rendez-vous et le choix du mode de communication (présentiel, distanciel, téléphone), **l'entretien durera environ 1 heure et sera totalement anonymisé**. Il s'organisera autour de 4 axes précisés au début de l'entretien.

Vous serez libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette enquête à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'enquête, les informations vous concernant seront conservées de manière anonyme sauf opposition de votre part. Votre temps est précieux, je vous remercie par avance pour la considération que vous m'accorderez.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données et aux considérations éthiques et réglementaires de ce type d'enquête, **l'ensemble des témoignages recueillis seront anonymisés, modifiables et retirables à tout moment. Ils seront utilisés dans un but unique de recherche.**

Vous remerciant par avance de la confiance que vous me témoignez et de votre participation, je reste à votre disposition par mail antoine.beal@inserm.fr pour tout renseignement complémentaire concernant ce travail.

Etudiant investigateur principal : Antoine Beal - Tél : 0649235945 - Mail : antoine.beal@edu.ehesp.fr

Directrice de mémoire : Mme Marion Porcherie – EHESP - Mail : marion.porcherie@ehesp.fr

Date : 14/05/2024

Signature Antoine Beal :

Annexe 2

Début de l'entretien					
Investigateur : A BEAL	Interviewé : Structure :	Date :	Heure :	Lieu :	Type d'enregistrement :
Présentation de l'investigateur (1min)	<ul style="list-style-type: none"> - Salutations - Étudiant M2 à l'EHESP spécialité Promotion de la santé et Prévention – Stagiaire à l'IReSP au sein du pôle addictions - Cadre pédagogique : réalisation du mémoire de recherche de M2 				
Présentation de la thématique du mémoire (1min)	<ul style="list-style-type: none"> - Thème du mémoire : le transfert et l'utilisation des connaissances (pluralité des termes : transfert, mobilisation, utilisation, application, échange, valorisation, dissémination, diffusion des connaissances) - Définition : « <i>processus dynamique qui comprend la synthèse, la diffusion, l'échange et l'application des connaissances issues des études scientifiques afin d'améliorer la santé, fournir des services et politiques et/ou produits de santé plus efficaces et renforcer le système de soin</i> ». Finalement, cela correspond à tous les efforts/initiatives déployés par une organisation pour transférer les connaissances scientifiques et tacites afin qu'elles soient utilisées (ou non) par ses publics cibles. - Si besoin d'explicitation : proposer exemple séminaire Cnam/IReSP – note politique - Titre mémoire : L'implication d'organismes de financement de la recherche en santé publique dans le transfert et l'utilisation des connaissances : réflexion au sein de l'IReSP en France. 				
Présentation de l'objectif de l'étude (1min)	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : faire une description des attentes, des freins et leviers, des initiatives et activités développées par les organismes de développement et de financement de la recherche en SP en matière de TC - Nous recueillons donc de manière anonyme les témoignages et idées des services scientifiques de plusieurs agences de financement de la recherche sur ce thème. 				
Présentation des « règles » de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler les règles => entretien semi-directif : expression libre - anonymat – non-jugement – accord/désaccord à n'importe quel moment de l'entretien et après l'entretien 				
Accord de participation	<ul style="list-style-type: none"> - Demander pour l'entretien - Demander pour l'enregistrement 	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus			

Thème 1 : Généralités et présentation de l'organisme (*but : descriptif général ~ 15 min*)

Pouvez-vous présenter votre institution/agence/organisme (dans les grandes lignes) ?

Pistes :

- Quelle est sa mission principale/son mandat ?
- Pouvez-vous décrire l'historique de création de l'institution/agence/organisme ?
- Est-il possible de décrire l'organisation générale ?
- Quels sont ses domaines d'action et thématiques ?

Pouvez-vous décrire succinctement vos principaux programmes de financement de la recherche ?

Pistes :

- Quelle est leur forme ? (AAP/Libre/Annuel ou non/thématische ou général ... ?)
- Somme totale allouée ?
- « Typologie » de recherche financée ? (méthodes de recherche et disciplines)

Est-il possible d'évoquer vos principales sources de financement ?

Pistes :

- Bailleurs unique ou multiples bailleurs ?
- Fonds généraux ou ciblés ?

Si vous en avez, comment élaborez-vous vos axes prioritaires de recherche/financement ?

Pistes :

- Avez-vous des rencontres régulières (ou des liens directs) avec des instances décisionnaires (autorités de santé, ministère, directions publiques) pour l'échange et l'identification des priorités de recherche ou pour étendre vos activités ? De même avec des parties prenantes (associations de patients, instances professionnelles, universités et école, CHU..etc)
- Les priorités de recherche sont-elles compilées et disponibles pour les chercheurs et leurs réseaux ?
- Assurez-vous la tenue d'un site internet ? (Présentant notamment : les axes de recherche, les projets en cours, les données des projets terminés, une description des recherches en cours...)
- Disposez-vous d'une liste des autres organisations pouvant-être intéressées par les résultats des recherches que vous financez ?

Thème 2 : Le transfert de connaissances et ses activités

Sous-thème 2.1 : Identification du concept de TC et des besoins à transférer (*but : Identifie-t-on le TC au sein de l'instance ? Identifie-t-on les instances de décision dans le domaine d'activité et leurs besoins spécifiques ? Traduit-on ces besoins en question de recherche ? ~ 15 min*)

Nous évoquons le transfert des connaissances, comment le définiriez-vous au sein de votre institut/agences/organisme ?

Pistes:

- Sous quel mot ou locution habituelle parlez-vous des activités permettant de diffuser, disséminer, favoriser l'utilisation des connaissances issues des travaux que vous financez ?
- Cela vous évoque-t-il des activités/initiatives au sein de votre institut/agence/institution ?

Sous-thème 2.2 : Production de données utiles à la prise de décision ou l'évolution des pratiques/environnement...etc ? (but : description des exigences de l'organisme envers les travaux de recherche financés ? ~ 15 min)

Comment se déroule la soumission, la sélection, le suivi et la finalisation des projets de recherche que vous financez ?

Pistes :

- Est-il possible de décrire le processus de sélection des projets ? (Modalités de sélection, contrôle externe...etc.)
- Procédez-vous à une activité de suivi des projets de recherche en cours ? Avec, par exemple, un soutien administratif, un soutien scientifique externe, un soutien sur la communication ou la mise en lien avec des parties prenantes...etc.
- L'écart temporel entre l'attribution du financement et le début de la recherche est généralement raisonnable ?
- Selon vous, les chercheurs sont-ils conscients des contraintes/impératifs administratifs/temporels-financiers/objectifs qui s'imposent à votre institution/agence ? Question du temps « utile » ?

Pouvez-vous décrire vos exigences envers les chercheurs concernant les activités de transfert de connaissances (ou de diffusion des résultats) de leurs travaux ?

Pistes :

- Dans les soumissions de projet de recherche, une budgétisation des activités de transfert de connaissances (ou plus simplement, de valorisation des résultats) est-elle demandée ?
- Avez-vous des exigences en termes de publication scientifique ? Et pour la communication grand public ?
- Financez-vous des travaux de recherche participatives ou interventionnelles ?

Comment envisagez-vous la considération/la confiance des parties prenantes/instances décisionnaires sur la qualité des travaux que vous financez ?

Pistes :

- Considérez-vous que les publications liées aux travaux financés sont accessibles pour les parties prenantes et les instances décisionnaires ?
- Les résultats des recherches financés sont-ils généralement transmis aux parties prenantes et instances décisionnaires ? Les considèrent-ils ?

Sous-thème 2.3 : Les moyens à disposition pour le TC (but : disposez-vous des moyens appropriés pour diffuser les résultats de recherche à leurs publics cibles ? ~ 25 min)

Quelle est la compréhension des chercheurs financés des notions de transfert et d'utilisation des connaissances qu'ils produisent ? Comment se saisissent-ils de ce sujet ?

Pistes :

- Les chercheurs vous évoquent-ils régulièrement leurs attentes en termes d'impact de leur recherche ?
- Sont-ils familiers avec les activités de diffusion de leurs résultats ? Auprès de quel.s public.s ?

Selon votre organisme, comment les chercheurs financés s'assurent-ils du passage de leurs résultats vers leur.s public.s cible.s et partie.s prenante.s ?

Pistes :

- *Les chercheurs convertissent-ils leurs résultats en messages exploitables par le ou les publics cibles de la recherche ?*
- *Ont-ils les compétences nécessaires en communication pour le transfert de connaissances tel que définis au début ?*
- *Ont-ils le temps et les moyens (financiers, matériels, humains) de réaliser des activités de transfert de connaissances ?*
- *Considèrent-ils que le transfert des connaissances issues de leur travaux est de leur responsabilité ?*
- *Des chercheurs étudient-ils le TC dans vos travaux financés ?*

Comment votre institut/agence/organisme s'assure-t-elle du passage des résultats des recherches financées vers leurs publics cibles et parties prenantes ?

Pistes :

- *Existe-t-il un dispositif permettant de détecter les résultats de recherche prioritairement transférables ?*
- *Proposez-vous des services de valorisation et de transfert des connaissances auprès des équipes de recherche ? Des professionnels de votre structure travaillent-ils spécifiquement sur ce sujet ?*
- *Existe-t-il des incitations financières ou des aides financières spécifiquement dédiées à des actions de transfert de connaissances ou spécifiques pour la communication autour des résultats ?*
- *Le transfert de connaissance est-il nommé explicitement dans les dossiers de candidature ?*
- *La forme des rapports finaux des projets de recherche est-elle adaptée pour être transmise directement à des acteurs de la décision ou des publics cibles ?*
- *Coordonnez-vous des réunions ou activité de valorisation des résultats auprès des décideurs publics ?*
- *Avez-vous des liens avec des médias pour la diffusion de résultats de recherches financées, par exemple sur un sujet faisant l'actualité ?*
- *Disposez-vous d'outils interne de communication des résultats ? (Journal interne, newsletters, base web des résultats ..etc)*
- *Réfléchissez-vous à la manière dont les résultats des recherches que vous financez peuvent-être utilisés ?*
- *Financez-vous des réseaux de recherche avec la mention explicite d'un rôle de diffusion et de valorisation de leur travaux scientifiques ?*

Sous-Thème 2.4 : Aide à la décision (but : apportez-vous une aide aux décideurs publics pour mieux utiliser les résultats des recherches financées ? ~ 15 min)

Comment assurez-vous des échanges et un lien dynamique avec les décideurs publics / les autorités de santé / les établissements d'enseignements supérieurs / les réseaux de recherche en santé publique / les réseaux professionnels ?

Pistes :

- *Organisez-vous des expertises collectives sur des thématiques précises ?*
- *Existe-t-il une newsletter de votre établissement avec des résultats de recherche ? Qui sont ses cibles ?*
- *Votre structure est-elle en capacité / a-t-elle les moyens de produire des revues systématiques sur un sujet de recherche précis ?*
- *Organisez-vous des séminaires/conférences/tables-rondes/activités de diffusion ouvertes à l'ensemble des publics ?*

Master 2 – Promotion de la Santé et Prévention

Promotion 2023/2024

L'implication d'organismes de financement et développement de la recherche en santé publique dans le transfert et l'utilisation des connaissances : réflexions au sein de plusieurs agences de financement en France

Résumé :

La recherche en santé et la traduction de données et de programmes probants jouent un rôle central pour porter la santé des populations. Les activités de recherche en santé peuvent éclairer l'ensemble du spectre des actions et politiques en santé. Pour catalyser cette relation entre sciences et actions ou décisions en santé publique, le transfert de connaissances (TC) se définit 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* » (Lemire et al., 2009). En France, pour relever les défis soulevés par le TC, les organismes de développement et de financement de la recherche en santé publique occupent une place stratégique, à l'interface entre les chercheurs et les réseaux savants et/ou professionnels ainsi que les pouvoirs publics. Régulièrement, des liens sont aussi opérés avec des acteurs concernés de la société civile. Une étude qualitative a été menée avec la réalisation d'entretien semi-dirigés auprès d'un échantillon sélectionné d'acteurs clés au sein de plusieurs organismes de développement et financement de la recherche en santé publique en France. Ces données ont été complétées par des données d'observation et des données documentaires. L'objectif était de décrire la place, la volonté et les initiatives déployées concernant le transfert des connaissances au sein de ces organismes. L'analyse thématique a décrit 5 dimensions fondamentales décrivant l'implication des organismes de financement de la recherche en santé publique dans le transfert des connaissances. Les structures publiques de financement de la recherche en santé publique témoignent dans leur mandat du fossé qui parfois persiste entre la recherche, la pratique et la décision publique. Elles portent donc des stratégies plus ou moins élaborées de TC sans même le citer clairement, révélant une difficulté de compréhension conceptuel dans ce domaine en France. De nombreuses pistes d'amélioration et initiatives sont en discussion au sein de ces agences. La question de l'évaluation de ces activités de TC doit être envisagée dès maintenant.

Mots clés :

Santé publique, recherche, transfert des connaissances, données probantes, valorisation de la recherche, agences de financement, initiatives

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.