

Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux

Béatrice Lamboy,
conseiller scientifique,
Direction de la prévention
et promotion de la santé,
Santé publique France.

Trois grandes catégories de connaissances ont été mises en exergue par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [1] : connaissances issues de la recherche scientifique, issues de données recueillies de façon systématique, issues des savoirs tacites (ou connaissances expérientielles). Parmi ces trois types de connaissances, les deux premières sont considérées comme des « **données probantes** », c'est-à-dire des données produites de façon standardisée par un protocole scientifique ou par un recueil systématique [2].

Une intervention en santé publique est « un ensemble d'activités organisées dans un contexte spécifique à un moment spécifique pour produire des biens ou des services dans le but

de modifier une situation problématique [3] ». Cette définition peut être appliquée aux différentes formes d'interventions, des plus « micros » (une brochure d'information) au plus « macros » (un plan de santé).

La notion d'« **intervention probante** » peut renvoyer à deux réalités distinctes. Le plus souvent, le terme d'« intervention probante » est utilisé de manière restrictive. Le mot *evidence* dans son sens littéral se traduit en français par « preuve ». Une intervention est « probante » si son efficacité a été prouvée par des évaluations scientifiques. Une intervention probante de santé correspond ainsi à tous « programmes, pratiques [...] qui se sont avérés efficaces pour améliorer les comportements de santé, les résultats de santé ou les environnements liés à la santé [4] ».

Dans un second cas, la notion d'« intervention probante » renvoie au paradigme d'intervention apparu en médecine dans les années 1990 sous le nom d'« *evidence-based medicine* (EBM) » avec pour objectif d'accroître l'efficacité des interventions en donnant une place plus importante aux données scientifiques [5]. La pratique fondée sur les données probantes est souvent représentée schématiquement par trois cercles qui se recoupent. **Une intervention fondée sur les données probantes** intègre trois types de connaissances : 1) les connaissances scientifiques les plus

pertinentes ; 2) les connaissances expérientielles des professionnels ; 3) les connaissances expérientielles des publics. Ainsi, dans sa définition de la promotion fondée sur les données probantes, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en avant la pluralité et la complémentarité des formes de connaissances [2].

Enjeux

Enjeu 1 : différencier la logique de production des données probantes de la logique d'intervention

La promotion de la santé fondée sur les données probantes mobilise de nombreuses données probantes produites par plusieurs disciplines (santé publique, sociologie, économie, sciences de l'éducation, psychologie...) [2].

Cependant, si la promotion de la santé fondée sur les données probantes utilise ces données produites par la recherche, son objectif, en tant que champ d'intervention, est de répondre aux besoins de santé par la mise en place d'actions les plus efficaces possible au niveau individuel, interpersonnel, communautaire, environnemental et politique [2].

Comme le soulignent Gay et Baulieu [5], « cette appellation (fondée sur les données probantes) donne l'impression que toute l'affaire repose uniquement sur l'appréciation des niveaux de preuve scientifique, alors

L'ESSENTIEL

De plus en plus d'acteurs de la prévention et de la promotion de la santé souhaitent s'appuyer sur les données probantes pour enrichir leurs pratiques. Cependant, dans les faits, la compréhension et l'utilisation des données probantes en prévention et promotion de la santé demeurent encore incertaines. Définitions, enjeux et revue des stratégies efficaces pour faciliter l'utilisation des données probantes.

que ce n'est pas le cas ». La question du niveau de preuve est au cœur du travail scientifique puisqu'elle interroge « l'adéquation du protocole d'étude à la question posée » et in fine la qualité des connaissances produites. Il est convenu de classer le niveau de preuve scientifique en fonction de la nature de l'étude : preuve établie par des essais comparatifs randomisés ou des méta-analyses, présomption de preuve avec des essais comparatifs non randomisés bien menés et des études de cohorte, preuve faible dans les études rétrospectives, les séries de cas, les études épidémiologiques descriptives (Haute Autorité de la santé, 2013).

Ainsi, l'essai comparatif randomisé reste considéré comme le « *gold standard* » pour évaluer l'efficacité des interventions [6]. Il est le protocole d'évaluation qui, par son contrôle maximal des biais, permet de garantir la fiabilité des conclusions de l'étude et de démontrer, au mieux, l'efficacité d'une intervention. Cependant, la « vérité » d'une conclusion (son niveau de preuve) est à distinguer du niveau d'efficacité. Une intervention peut avoir une efficacité élevée et être évaluée par une évaluation présentant un faible niveau de preuve (telle qu'une étude avant/après). Inversement, une intervention peut avoir démontré une efficacité avec un niveau de preuve élevé via un essai comparatif randomisé et présenter un faible niveau d'efficacité dans la pratique.

Sackett *et al.* [7] nous rappellent que l'*evidence-based medicine* (EBM) est avant tout une pratique qui « requiert une approche bottom-up¹ ». Elle mobilise les meilleures données probantes et les intègre aux données expérientielles pour construire les meilleures interventions possible et répondre, au mieux, aux besoins de santé des populations.

Enjeu 2 : structurer la démarche d'utilisation des données probantes

La nécessité d'utiliser les données probantes pour optimiser les interventions en prévention et promotion de la santé et accroître leur efficacité est aujourd'hui reconnue. Cependant, dans la pratique, les freins et

les obstacles au transfert et à l'utilisation des données probantes sont nombreux ; ils sont bien documentés dans la littérature et largement constatés sur le terrain [4 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11].

Un des freins est d'ordre représentationnel. Bien que s'opposant aux faits [8], la croyance en la « capacité naturelle » de diffusion des données probantes est encore largement partagée (et grandement inconsciente). Cette croyance est au cœur du « *paradigme du transfert de connaissances dit conceptuel* [9] » qui reste encore largement majoritaire en France et qui se caractérise par : 1) des liens distants et non définis entre le monde de la recherche et celui de la pratique ; 2) l'absence d'interactions structurées entre scientifiques et praticiens ; 3) des connaissances scientifiques perçues comme ayant intrinsèquement une valeur « de vérité » et d'utilité, et de fait, comme ayant la capacité (naturelle) d'influencer la société et de générer intrinsèquement des applications pratiques ; 4) des applications pratiques qui restent sous la responsabilité des praticiens ; 5) des chercheurs qui sont dans des univers académiques, centrés sur l'avancement des connaissances ; 6) la non-reconnaissance de la nécessité de structurer le transfert de connaissances pour qu'il soit opérant [9].

Ainsi, contrairement au postulat de ce « *paradigme conceptuel* », pour que le processus de transfert (NDLR : au sens de « traduction », de « translation ») et d'utilisation des données probantes puisse être effectif, il est nécessaire qu'il soit accompagné par une diversité de stratégies facilitantes [9].

Enjeu 3 : des stratégies efficaces pour faciliter l'utilisation des données probantes

Stratégies en lien avec les milieux de la recherche

La stratégie 1 vise à accroître la production de données probantes utiles pour la pratique.

La majorité des données produites aujourd'hui sont des données probantes observationnelles qui

portent sur les problèmes de santé et leurs facteurs de risque, alors que les données probantes susceptibles d'intéresser le plus les acteurs de la prévention et promotion de la santé sont les données probantes sur les facteurs de protection et sur les interventions.

Pour pallier à ces freins majeurs, les problématiques de recherche devraient être co-construites avec les acteurs de la prévention et promotion de la santé (PPS), qu'ils soient professionnels de terrain, responsables de structures ou décideurs.

Les recherches interventionnelles doivent être plus nombreuses ; elles devraient diversifier leurs objets d'étude (facteurs d'efficacité, d'implantation...) et accorder plus de place aux questions de validité externe (résultats en situation naturelle).

La stratégie 2 vise à faciliter le développement d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé (PPS).

Peu d'interventions probantes (ayant démontré leur efficacité) sont actuellement disponibles en PPS en France. Parmi ces interventions probantes, nombreuses sont des interventions probantes développées et évaluées à l'étranger qui peuvent poser des problèmes d'implantation [8].

Les interventions de terrain les plus prometteuses en PPS pourraient donner lieu à des recherches évaluatives afin d'estimer leur caractère probant. Les recherches interventionnelles portant sur les questions d'adaptation pourraient être largement développées [12]. Une stratégie de recherche et développement pourrait être mise en place.

Stratégies en lien avec les milieux du transfert de connaissances et de pratiques

En France, les acteurs en charge de transformer les données probantes en connaissances et pratiques utiles pour l'action ne sont pas identifiés ni structurés.

La stratégie 3 vise à mettre en forme et à disposition des praticiens les données probantes.

Des structures et des professionnels pourraient être clairement dédiés à ce travail de transfert des données probantes vers les acteurs

de la PPS (voir article *Savoirs scientifiques et issus de l'expérience en promotion de la santé : un rôle d'interface pour l'École des hautes études en santé publique, dans ce dossier central*). Des documents de synthèse, des référentiels et des lignes directrices pourraient être produits en fonction des acteurs ciblés.

La stratégie 4 vise à mettre à disposition les interventions probantes et à faciliter leur appropriation.

Les interventions probantes devraient pouvoir être identifiées et identifiables par tous les acteurs. Le *catalogue des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé* [13] de Santé publique France poursuit cet objectif de recension et de présentation.

La mise en œuvre de ces interventions probantes nécessite aussi un accompagnement (formation, coaching, assistance technique, mise en réseau entre pairs) de la part des « milieux et acteurs du transfert » afin de permettre une appropriation solide et durable par les praticiens [4].

Stratégies en lien avec les milieux de pratique

La stratégie 5 vise à développer les compétences des professionnels concernant les données probantes.

Les professionnels de la prévention et promotion de la santé (PPS) présentent de grandes disparités quant à leurs connaissances des données probantes et à leurs capacités à les utiliser dans leur pratique. Que ce soit en formation initiale ou continue, par des séminaires ou du coaching, il est nécessaire de pouvoir renforcer les compétences des acteurs de la PPS afin qu'ils puissent davantage accéder aux données probantes et les utiliser de façon autonome.

La stratégie 6 vise à donner les moyens aux praticiens pour réaliser des interventions probantes.

Les interventions probantes auraient besoin d'un soutien humain et financier pérenne et intégré pour se développer et être incorporées à moyen et à long terme dans les pratiques courantes [4].

De nombreuses interventions de terrain pourraient être optimisées et gagner en efficacité et en scientificité grâce à l'appui et aux conseils de « professionnels du transfert » et de chercheurs spécialisés dans les interventions probantes.

Conclusion

La compréhension des données probantes et de leur utilisation dans la pratique remet en question le modèle unique et « idéalisé » construit sur une vision hiérarchique de descente « naturelle » des connaissances scientifiques dans la pratique [10]. L'enrichissement des pratiques de prévention et de promotion de la santé par les données et les interventions probantes ne pourra se faire sans le recours à une diversité de stratégies et de dispositifs d'accompagnement impliquant, dans tous les cas, une rencontre et une reconnaissance mutuelle des connaissances scientifiques et des savoirs issus de l'expérience. ■

1. Du bas vers le haut, NDLR.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lemire N., Souffez K., Laurendeau M.-C. *Animer un processus de transfert de connaissances—Bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2009 : 59 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- [2] Smith B. J., Tang K. C., Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 2006, vol. 21, n° 4, p. 340-345. En ligne : <https://academic.oup.com/heapro/article/21/4/340/688495>
- [3] Contandriopoulos A. P., Champagne F., Denis J.-L., Avargues M.-C. Evaluation in the health sector: concepts and methods. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2000, vol. 48, n° 6 : p. 517-539.
- [4] Leeman J., Birken S. A., Powell B. J., Rohweder C., Shea C. M. Beyond « implementation strategies »: classifying the full range of strategies used in implementation science and practice. *Implementation Science*, 2017, vol. 12, n° 1 : art. 125. En ligne : <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0657-x>

- [5] Gay B., Beaulieu, M.-D. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 2004, vol. 5, n° 3 : p. 171-183. En ligne : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2004/03/pmed20045p171.pdf>
- [6] Vaidya N., Thota A. B., Proia K. K., Jamieson S., Mercer S. L., Elder R. W. *et al.* Practice-based evidence in community guide systematic reviews. *American Journal of Public Health*, 2017, vol. 107, n° 3 : p. 413-420. En ligne : <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303583>
- [7] Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J. A., Haynes R. B., Richardson W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *The British Medical Journal*, 1996, vol. 312, n° 7023 : p. 71-72. En ligne : <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>
- [8] Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé publique*, 2014, vol. 26, n° 6 : p. 783-786. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783.htm>
- [9] Denis J.-L., Lehoux P., Champagne F. Knowledge utilization in health care: from fine-tuning of dissemination to "contextualization" of knowledge. In C. f. Lemieux-Charles L., Langley A. (éd.), *Multiple*

perspectives on evidencebased decision-making in health care. Toronto : université de Toronto, 2004.

- [10] Munerol L., Cambon L., Alla F. Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 5 : p. 587-597. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-587.htm>
- [11] Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé publique*, 2017, vol. 29, n° 1 : p. 31-39. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-1-page-31.htm>
- [12] Movsisyan A., Arnold L., Evans R., Hallingberg B., Moore G., O'Cathain A. *et al.* Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: a systematic review of guidance. *Implementation Science*, 2019, vol. 14, n° 1 : art. 105. En ligne : <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13012-019-0956-5.pdf>
- [13] Santé publique France. *Catalogue des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé*. 15 janvier 2020. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>