

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/237490802>

# Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé 1

Article · November 1999

---

CITATIONS

25

---

READS

6,663

2 authors:



David McQueen  
Universität Bern

191 PUBLICATIONS 4,784 CITATIONS

SEE PROFILE



Laurie M Anderson  
University of Washington Seattle

67 PUBLICATIONS 39,946 CITATIONS

SEE PROFILE

# Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé<sup>1</sup>

Article  
traduit

David V. McQueen and Laurie M. Anderson

CDC, Atlanta

---

## Résumé :

La notion de données probantes implique une référence importante à la causalité et à la preuve. Elle est habituellement utilisée pour montrer qu'une chose en rend une autre plus probante, plus évidente. L'essai clinique randomisé, considéré par plusieurs comme le devis de recherche le plus adéquat pour fournir des données probantes concernant une intervention, est cependant d'une utilité limitée en promotion de la santé, puisque peu adapté aux interventions complexes fondées sur des approches de population. Même si les intervenants et les chercheurs en promotion de la santé sont actuellement soumis à de fortes pressions pour justifier leurs travaux par des données probantes, il n'y a pas encore de consensus dans le milieu de la promotion de la santé sur ce qui constitue justement une donnée probante. Domaine de connaissance encore nouveau, la promotion de la santé n'a pas encore établi ses propres règles de preuve ou même une définition de la preuve, et ce malgré que plusieurs auteurs aient écrit sur le sujet. Trois questions restent irrésolues à propos des données probantes en promotion de la santé. La première concerne les règles de la preuve. Ces règles sont habituellement liées à des corpus disciplinaires plutôt qu'à des objets de recherche. Or, la promotion de la santé représente une approche d'intervention qui n'est pas fondée sur une discipline particulière. Une deuxième question est liée à l'absence de consensus concernant une hiérarchie de la preuve. Il y a présentement dans le cadre de l'intervention communautaire et de l'évaluation de ces programmes de vifs débats sur ce qui constitue un élément de connaissance et une donnée probante, et même sur l'applicabilité de cette notion de données probantes au sujet de l'évaluation des interventions communautaires. La dernière question est liée à l'idée que l'existence de règles de la preuve qui soient simples et universelles soit fondamentalement en porte-à-faux avec la complexité des interventions basées sur des approches multidisciplinaires.

**Mots clefs :** Données probantes, interventions communautaires, complexité.

---

*« In general, unscientific beliefs are held independently of anything we should regard as evidence in their favor. Because they are absolute, questions of evidence are regarded as having little or no importance. » (Irving M. Copi, Introduction à la logique, 1961)*

## L'essor de la discussion au sujet des données probantes

Les praticiens tant en médecine qu'en santé publique sont aujourd'hui contraints

de fonder leurs décisions sur des données probantes. En promotion de la santé, un domaine interdisciplinaire recoupant considérablement celui de la santé publique, la question des données probantes a également, depuis peu, fait l'objet d'une attention soutenue. Par exemple, lors de son congrès en mai 1998, la 51<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé a encouragé tous ses États membres à « adopter une approche basée sur les données probantes pour les pratiques et les politiques de promotion de la santé et à utiliser toutes les méthodologies quantitatives et qualitatives existantes (OMS, 1998). »

À première vue, le débat sur les données probantes peut être perçu uniquement comme un problème académique soulevant des questions d'épistémologie et de logique, ou un sujet pour les cercles de discussion et les philosophes de la science. Une brève réflexion montre que l'idée à la base de la notion de donnée probante est étroitement liée à des questions très pragmatiques. On veut des preuves avant d'entreprendre des actions, dépenser de l'argent, résoudre des problèmes et prendre des décisions en connaissance de cause. L'utilisation des notions de preuve et de données probantes est, à l'heure actuelle, au cœur des débats de santé publique. Une donnée probante est un fait ou une donnée utilisée, ou qui pourrait être utilisée afin de prendre une décision, prononcer un jugement ou résoudre un problème. Lorsqu'elle est utilisée dans les règles d'un bon raisonnement et en accord avec les principes de l'évaluation, une donnée probante répond à la question « pourquoi » lorsque celle-ci est posée par rapport à un jugement, une décision ou une action. (Butcher, 1998)

Cet article explore le discours sur la preuve et les données probantes dans les domaines de la promotion de la santé et de l'évaluation en promotion de la santé. Il ne fournira pas au lecteur un ensemble d'outils ou de principes sur la façon d'établir des preuves en promotion de la santé. Cette tâche est abordée dans de nombreux documents. Elle est également le thème de nombreux ateliers et présentations lors de réunions professionnelles (Nutbeam & Vincent, 1998). Dans cet article, notre intention est d'examiner quelques-unes des nombreuses hypothèses qui sous-tendent la nature de la preuve.

## Preuve et données probantes

Le mot « preuve » est ordinairement utilisé pour décrire une chose qui permet d'en prouver une autre. Par exemple, le fait qu'un lac soit entièrement gelé est une indication ou un signe qu'il a fait très froid. Des mots tels que: apparent, manifeste, évident, palpable, clair ou net peuvent également être utilisés pour décrire des choses ou des événements qui sont évidents et qui possèdent tous la même caractéristique, à savoir la certitude. Ceci est une définition très stricte à

de nombreux points de vue. Il est impossible de ne pas percevoir ce qui est « évident ». Bref, le mot « preuve », tel qu'il est utilisé au quotidien est porteur de nombreuses attentes; peut-il y avoir un doute s'il existe une « preuve »?

En termes légaux, la « preuve » a un sens différent. Par exemple, dans un procès au criminel, les preuves sont présentées dans le but de prouver que quelque chose s'est produit avec certitude, c'est-à-dire sans le moindre doute. Les jurés et les juges évaluent la solidité des preuves avant de prendre une décision de culpabilité ou d'innocence. Ainsi, nous rencontrons des expressions telles que: « les preuves irréfutables nous portent à conclure, sans le moindre doute, que l'accusé est coupable. » Un tel langage semble étranger au domaine de la promotion de la santé, mais il se situe exactement dans le cadre de travail embrassé par Tones (1997) dans un récent éditorial. « En conséquence, je dirais que nous devrions rassembler les preuves de la réussite en utilisant une sorte de *principe judiciaire*. Je veux dire par là que nous devrions fournir les preuves qui conduiraient un jury à s'impliquer et à agir même si la preuve n'est pas disponible à 100%. » Il est intéressant de noter que la preuve, telle qu'elle est présentée dans un cadre judiciaire occidental, est souvent un assortiment d'histoires, de récits de témoins, de témoignages de policiers, d'opinions d'experts, et de science médico-légale; bref, elle provient fréquemment de sources multiples ainsi que de personnes dans un large éventail d'expertise. En ce sens, les preuves requièrent l'interprétation de récits.

La preuve peut également être comprise comme le produit de l'observation, parfois pendant une durée très longue. Une telle preuve est souvent décrite comme empirique ou résultant de l'observation; parfois, elle est décrite comme preuve résultant de l'expérience. Dans certains cas, une perspective théorique sous-tend les observations, comme c'est le cas pour les observations darwiniennes qui ont conduit à une théorie de l'évolution. L'observation en tant que preuve est souvent liée à la notion que des données servent de preuves. Cet usage est très courant en santé publique. Lorsqu'elles sont mobilisées à des fins de décision, ces preuves deviennent des données probantes.

Dans son livre «The beak of the finch: a story of evolution in our time» et qui lui a valu le prix Pulitzer, Weiner (1995) explore en profondeur la notion d'observation en tant que preuve; il a utilisé des recherches sur le bec du pinson pour raconter l'histoire de l'évolution. Il illustre la façon dont les techniques modernes d'observation et de collecte de données peuvent mettre en lumière les mécanismes opérationnels de la sélection naturelle. Il démontre comment le fait d'enregistrer soigneusement des mesures de façon répétée pendant plusieurs années permet de construire la base de la preuve permettant de démontrer que le processus de sélection peut à la fois être mesuré et observé.

Deux points cruciaux peuvent être déduits de la discussion qui précède. Premièrement, il n'existe pas de hiérarchie implicite de la preuve; une personne est jugée coupable sans le moindre doute, mais le fait que les preuves proviennent d'une pathologie médico-légale ou de récits de témoins n'est pas pertinent. Deuxièmement, la preuve est souvent le résultat d'un mélange complexe d'observation, d'expérience et d'argumentation théorique.

## Promotion de la santé et définitions

Quand la promotion de la santé commença à percer dans les années 1970 et 1980, il fallut consacrer beaucoup de temps et d'efforts à la définition de ce domaine. Des documents, tel «Concepts et principes» publié en 1984 par l'OMS, démontraient la nécessité d'élaborer un cadre qui en définirait les repères et les limites.

Dans une large mesure, le débat pour trouver une définition qui s'ensuivit et continue encore, se concentre autour des questions d'inclusion et d'exclusion. Historiquement parlant, chaque branche de savoir a probablement connu un tel débat. Le résultat final en est généralement une définition plus précise et plus pointue de la discipline en question. Ainsi, nous disons que la discipline établie de la «physique» possède certains concepts caractéristiques, principes, règles et autres paramètres autour desquels s'est

créé un consensus. Enfin, après de longues années d'un usage établi, ce domaine a généré des manuels scolaires, des programmes de formation, une certification, etc. De façon universelle, les érudits reconnaîtront et distingueront un texte de physique d'un texte de biologie, même si certains aspects sont partagés avec d'autres disciplines qui génèrent des sous-disciplines et des spécialisations telle la biophysique. Les paradigmes sont néanmoins clairs, et tous ceux qui pratiquent cette discipline et se considèrent des physiciens les approuvent largement.

Contrairement à la physique, la promotion de la santé n'est probablement pas encore une discipline. Elle ne possède pas non plus de paradigme distinctif. Elle se retrouve plutôt à la jonction d'un univers de disciplines plus vaste. Ainsi, quand la promotion de la santé s'engage dans une tâche particulière et plaide, par exemple, en faveur d'une augmentation des taxes sur les substances nocives pour la santé telles la fumée, la pollution, l'alcool, etc., il se peut que les paradigmes d'évaluation adéquats ne puissent être trouvés dans la littérature sur la promotion de la santé, mais plutôt dans celle d'autres domaines comme les sciences politiques ou l'étude de la maîtrise du plaidoyer. En résumé, une grande partie des pratiques de la promotion de la santé consiste à regarder à l'extérieur de ce domaine afin de trouver des modèles, des données de ce qui fonctionne ainsi que les meilleures méthodes. Cette approche d'une portée très vaste est, en fait, multidisciplinaire. Elle est non seulement un atout, mais aussi une nécessité à ce stade-ci du développement du champ. En termes de données probantes, ceci implique une connaissance élargie de la façon dont les preuves sont collectées et étudiées dans un grand nombre de disciplines différentes.

## Le domaine de la promotion de la santé dans le contexte du débat sur les données probantes.

Bien qu'il soit encore difficile de définir ce qu'est la promotion de la santé, il est relativement

aisé d'établir la liste des caractéristiques de ce domaine. Celui-ci comprend un éventail très large de recherches, programmes et interventions ainsi qu'une composante profondément idéologique. Ce domaine est aussi largement étayé par des théories englobant le contextualisme, le dynamisme, la participation ainsi qu'une approche interdisciplinaire. De plus, on suppose qu'une théorie pertinente émergera des sources multidisciplinaires et qu'elle représentera la recherche émanant de diverses traditions. Enfin, le fait que les théories, recherches et pratiques en promotion de la santé devraient refléter les besoins exprimés par les communautés, les groupes et les consommateurs est souvent soutenu (McQueen, 1993).

Ces dernières années s'est développé le point de vue que l'évolution des pratiques de la promotion de la santé devrait davantage être guidée par des approches qualitatives. Un argument venant soutenir ce point de vue est que l'analyse sophistiquée de données encombrerait de détails superflus ceux qui élaborent les politiques. Par exemple, les concepteurs des politiques ne connaîtraient pas suffisamment la complexité des analyses multivariées ni la façon de les interpréter. Le paradoxe est que dans un domaine multidisciplinaire tel la promotion de la santé, les analyses doivent souvent être complexes. De plus, une analyse qualitative peut être tout aussi difficile à saisir qu'une analyse quantitative. En fait, la complexité est un thème qui a fait une entrée en force dans l'univers de la recherche sur la santé des populations (Dean et al. 1993). Ce thème reflète le travail accompli présentement dans les interventions en promotion de la santé qui prennent en considération les effets combinatoires des actions éducatives, politiques et sociales affectant la santé des individus, des groupes et des communautés. La façon dont les discussions sur les sujets «qualitatif/quantitatif» et «simple/ complexe» seront résolues devrait avoir d'importantes implications pour l'utilisation de données probantes dans ce domaine.

Un point de vue courant en promotion de la santé incorpore la définition donnée par la Charte d'Ottawa, c'est-à-dire le processus permettant aux personnes d'augmenter le contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. De quelle

façon exactement arriver à obtenir ce «contrôle» et cette «amélioration» demeure un sujet de recherche considérable. Toutefois, un facteur clef en promotion de la santé est le rôle du contexte. Pour de nombreuses personnes œuvrant dans ce domaine, le contexte adéquat est la communauté. En effet, Green et Kreuter (1991) nomment la communauté le «centre de gravité» de la promotion de la santé et citent une littérature considérable pour soutenir leur affirmation. Au cours de la dernière décennie, l'idée que la communauté soit le cadre approprié pour la promotion de la santé a été corroborée. Ceci semblerait dériver de la convergence de plusieurs sources incluant l'idéologie, la théorie, l'organisation et la pratique de la promotion de la santé. De plus, l'idée de communauté en tant que cadre adéquat pour les actions de promotion de la santé est en général reliée aux notions de «contrôle» et d'*empowerment*. La participation de la communauté devient ainsi un principe fondamental de la promotion de la santé. L'idée d'une communauté active participante n'est pas nouvelle dans le domaine de la santé publique (Winslow, 1923), mais elle est un principe inhérent à la promotion de la santé et aux interventions en promotion de la santé.

Le concept de communauté véhicule un bagage idéologique important mais si nous acceptons l'idée qu'une communauté active participante est un principe inhérent à la promotion de la santé, quelles preuves devons-nous apporter pour démontrer que la communauté a été impliquée de façon adéquate? Pour répondre à cette question, nous devons comprendre que les communautés ne peuvent être conceptualisées comme des individus, ni être réifiées comme telles. Tandis que des individus, membres d'une communauté, peuvent changer leurs attitudes, leurs opinions et leurs comportements, les communautés ont un comportement collectif. Ainsi, les comportements communautaires doivent être considérés comme ressemblant davantage aux comportements collectifs. Ils sont le résultat de processus collectifs de prise de décisions. Les processus collectifs de prise de décisions ont une base théorique bien distincte des processus individuels de prise de décisions (Coleman, 1964; 1966). Il s'ensuit que de nombreuses considérations concernant l'évaluation, dont le rôle et la nature de la preuve, doivent être conceptualisées en conséquence.

Bien que la promotion de la santé soit caractérisée par le fait que ses fondements se trouvent dans un cadre socio-environnemental complexe, les théories de la promotion de la santé trouvent rarement leur origine dans les phénomènes étudiés. Elles commencent par des idéologies déguisées en théories — des idéologies basées sur des croyances et une compréhension cognitive du monde (McQueen, 1993), des idéologies émanant du vaste héritage socioculturel qui compose, en partie, l'*ethos* de la promotion de la santé. L'héritage socioculturel de la science est basé sur la croyance que la connaissance est un produit des processus sociaux, historiques, culturels et politiques. Une notion telle la « preuve » ne peut pas non plus être séparée des processus sociaux, historiques, culturels et politiques au sein desquels elle s'est développée.

L'hypothèse que le champ de la promotion de la santé est basé sur la science et sur des fondements scientifiques du comportement humain est très largement acceptée dans ce domaine. On pourrait toutefois affirmer que le paradigme qui sous-tend ces fondements scientifiques n'est pas « strictement » scientifique. C'est-à-dire que le point de vue voulant que le comportement humain soit juste un épiphénomène et qu'il est simplement une réponse à des processus physiologiques et neurologiques est largement rejeté. L'argument plutôt mis de l'avant serait que les êtres humains sont des organismes biologiques vivants et opérant à l'intérieur d'une société qui est elle-même le produit du comportement humain. De plus, on pourrait argumenter que la cognition est importante et que le comportement humain fonctionne à l'intérieur du concept général de libre arbitre. Ainsi, s'il fallait modéliser ce comportement à partir d'un paradigme scientifique sous-jacent, ce paradigme serait en parallèle avec un modèle de probabilité. Faisant suite à cette hypothèse, il serait logique de supposer que les questions de mesure suivraient une approche stochastique plutôt qu'une approche déterministe. Si ces hypothèses sont bien celles qui sous-tendent la promotion de la santé, alors il s'ensuit logiquement que les questions de mesure, et donc, en toute logique, les questions relatives à la preuve seraient souvent conceptualisées en termes probabilistes.

Étant donné la diversité des recherches et des pratiques en promotion de la santé, un autre élément à prendre en considération est : qui est « nous » quand la question « Que voulons-nous dire par donnée probante ? » est posée. Dans de nombreux domaines de la science, cette question est superflue. Le « nous » fait référence à des chercheurs bien établis dans leur discipline et menant des recherches de façon paradigmatique. De plus, la réponse est la même pour tous les publics. Par exemple, la réponse à la question de savoir quels paramètres de propulsion sont nécessaires afin d'envoyer un engin spatial de la Terre sur la Lune est la même pour un ingénieur russe instruit que pour un ingénieur américain instruit. De plus, la réponse est la même pour un partisan de l'exploration de l'espace russe que pour un partisan de l'exploration de l'espace américain. Toutefois, le moyen le plus efficace pour obtenir du financement pour la mission spatiale vers la Lune est un problème fort différent selon le contexte, et spécifique aux caractéristiques des politiques menées dans le pays en question.

On pourrait explorer l'exemple ci-dessus plus en profondeur à la lumière des préoccupations de la promotion de la santé. Le désaccord, les différends et le dialogue joueraient un rôle crucial. Dans la première partie de l'exemple, le désaccord et les différends ne sont pas des éléments essentiels. Alors qu'il pourrait y avoir des discussions probabilistes sur la quantité et le type de carburant nécessaire afin d'atteindre la vitesse de libération, on peut en toute sécurité formuler le postulat que les estimations des ingénieurs américains et russes au sujet du carburant nécessaire seraient relativement proches. Ils utiliseraient les mêmes équations pour effectuer leurs calculs, inscriraient les mêmes forces gravitationnelles et prendraient en considération les mêmes options quant au combustible. S'il devait y avoir des différences, elles seraient mises sur le compte d'erreurs de calcul ; un consensus serait le résultat le plus probable. Bref, les désaccords, les différends et le dialogue seraient minimales. Ce serait tout le contraire en ce qui concerne le plaidoyer pour obtenir des fonds. Il est difficile d'imaginer que les stratégies russes et américaines se ressemblent moindrement. De plus, il y aurait sans doute des désaccords, des différends et un dialogue au

sein de divers groupes et personnes, sans aucune connexion avec la «science» du voyage spatial.

## Définition des données probantes dans le contexte de la promotion de la santé

Présentement, les mots «preuve» et «données probantes» sont populaires, et tout le domaine de la médecine basée sur les données probantes peut être considéré comme un sujet à la mode (Sackett et al., 1996). Ce domaine est aussi fréquemment évoqué en promotion de la santé et dans les discussions sur la santé de la population. Pourquoi en est-il ainsi? En compulsant la littérature existante en matière d'histoire et de philosophie des sciences, on ne trouvera pas de débat approfondi sur la preuve. Le mot «preuve» et l'expression «données probantes» sont rarement utilisés, et lorsqu'ils le sont, c'est souvent uniquement dans le cadre d'un débat plus large sur les données, l'observation, les contextes ainsi que d'autres aspects de la recherche scientifique (Suppe, 1977). La meilleure réponse au regard de l'intérêt actuel pour la pratique basée sur les données probantes pourrait se trouver dans le fait que le climat sociopolitique lui a permis de prospérer en mettant l'accent sur les soins de santé en tant qu'élément déclencheur. Il faut également souligner que la pratique basée sur les données probantes n'a débuté sa carrière que récemment dans le domaine de la santé publique. Sans toutefois perdre de vue le fait que cette approche en est à ses balbutiements, la réalité est que quiconque travaillant dans le domaine de la santé publique doit à présent tenir compte de la prolifération d'ateliers et de séminaires, ainsi que des attentes croissantes par rapport à la pratique basée sur les données probantes. L'activité se généralise. Au Canada par exemple, il y a eu la récente publication des documents commandés par la conférence nationale sur la santé, les données probantes et l'information (CHA, 1998). Aux États-Unis, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) a pris les devants et soutient un groupe de travail américain, non fédéral et indépendant, pour produire avant l'an 2000, un document majeur de directives en matière

de services de prévention communautaire. Le but du document est de définir, catégoriser, résumer et évaluer la qualité des données probantes concernant l'efficacité des interventions axées sur la population, ainsi que leur capacité à produire un impact sur des résultats spécifiques. Le Guide établira le résumé des connaissances sur l'efficacité et les coûts des interventions axées sur la population en termes de prévention et de contrôle. Il émettra des recommandations au sujet de ces interventions, proposera des méthodes basées sur la preuve afin de les appliquer et identifiera un programme de recherche en matière de prévention (Pappaioanou & Evans, 1998).

Les recommandations du Guide concernant les interventions seront fondées sur la solidité des données démontrant leur efficacité, leurs dangers et leur capacité à être généralisées. Afin de catégoriser la solidité d'un ensemble de données de recherche pour déterminer l'efficacité d'une intervention spécifique à créer un impact sur un résultat donné, le Groupe de travail prend en considération les facteurs suivants: 1) la pertinence du devis d'évaluation afin de pouvoir attribuer avec confiance le changement d'un résultat, à l'intervention en question; 2) la qualité de l'exécution de l'étude; 3) le nombre d'études; 4) la cohérence des résultats; 5) la taille des effets observés; et dans de rares circonstances, 6) l'opinion d'experts (CDC, 1999). En ce qui concerne la pertinence des devis de recherche utilisés pour l'évaluation, le Groupe de travail considère présentement comme étant les plus adéquates les études comprenant des groupes de contrôle et des mesures prospectives de l'exposition et des effets (par exemple les essais cliniques ou communautaires avec ou sans randomisation, les études avec des groupes de contrôle comprenant de multiples mesures en pré test et en post test ou les études de cohortes prospectives). Le Groupe de travail juge modérément adéquates les études rétrospectives de même que celles présentant des mesures multiples en pré test et en post test mais sans groupe de comparaison (par exemple, les études de cohortes rétrospectives, les études cas-témoin). Enfin, le Groupe de travail estime moins adéquates, les études ne comprenant qu'une seule mesure en pré test et en post test sans groupe de

contrôle ou les études transversales mesurant simultanément l'exposition et les effets (devis ad hoc). Le Groupe de travail a observé que les stratégies de prévention axées sur la population comportent souvent des composantes multiples et complexes et que les essais randomisés ne seraient ni applicables ni souhaitables pour évaluer l'efficacité des interventions communautaires. Ce qui est remarquable à propos de ce projet, ce sont les efforts et le temps investis pour établir une façon de catégoriser et de définir la qualité des données résultant de travaux de recherche. Dans le cas de ce groupe de travail, beaucoup d'efforts ont été consacrés à définir ce qu'est une donnée probante (CDC, 1999).

## Preuve et indicateurs

Afin de fournir une toile de fond permettant de comprendre le lien entre les types de preuves et les questions concernant l'évaluation des programmes de promotion de la santé, nous proposons d'examiner plusieurs questions épistémologiques fondamentales : quelle est la nature de la preuve, de la science et de la vérification ; quel est le lien entre la théorie de la promotion de la santé et les « règles de la preuve » ; quel est le lien entre l'observation, en tant qu'approche méthodologique, et la preuve ; comment la rigueur est-elle définie dans le cadre de l'évaluation ; où la notion d'erreur entre-t-elle dans le cadre de l'évaluation ; et, comment la question de la causalité joue-t-elle un rôle dans le cadre de l'évaluation ? Selon nous, les leçons apprises suite à l'échec des tentatives menées pour élaborer des indicateurs sociaux satisfaisants sont un cas d'école permettant d'illustrer comment les questions épistémologiques s'imbriquent dans la réalité.

La base de la mesure en sciences sociales est l'attribution d'une valeur numérique à un concept. Par exemple, le concept de statut social se trouve au centre de nombreuses recherches en sciences sociales et dans le domaine de la santé. La plupart des gens s'entendent pour affirmer que le statut social est un concept multidimensionnel. Il est généralement déterminé par des facteurs concrets tels le revenu, le niveau d'instruction, l'emploi, etc. Le statut social est toutefois aussi considéré comme lié à de nombreux facteurs contextuels et culturels tels l'âge, la race, le genre,

l'origine ethnique, le milieu familial, l'apparence, pour n'en citer que quelques-uns. Bref, c'est un concept très complexe. En général, l'approche empruntée par ceux qui mesurent ce concept consiste d'abord à développer et à élaborer un plan de catégorisation afin de classer tous les degrés d'instruction, de revenu, etc. pertinents au concept, à sélectionner le nombre de parties qui le composent, puis à déterminer comment les associer ou les évaluer à l'intérieur du concept. Enfin, des chiffres sont attribués aux différentes catégories et valeurs dans lesquelles se présente le concept. Bref, la complexité du concept (statut social) est réduite à une échelle de mesures, ceci dans le but de créer une attribution numérique pour chaque valeur du concept afin de pouvoir le manipuler de façon mathématique. L'hypothèse épistémologique qui sous-tend cette démarche est qu'en manipulant l'attribution numérique, nous élaborons *de facto* une méthode pour manipuler le concept. Dans le domaine de la recherche, l'hypothèse que les chiffres attribués sont linéaires ou ordinaux est souvent émise. Ainsi, d'un point de vue conceptuel, une personne dont le statut social obtient le score « 4 » a deux fois plus de statut social qu'une personne obtenant « 2 ». Dans l'usage courant, un indicateur social est essentiellement un concept auquel peut s'appliquer une attribution numérique.

Les chercheurs en promotion de la santé ont travaillé d'arrache-pied pour développer des indicateurs sociaux. Un des moteurs de ce développement est l'évaluation. Puisque, pour de nombreuses personnes, la preuve par excellence est une donnée chiffrée, beaucoup considèrent à l'intérieur comme à l'extérieur de ce domaine, que les indicateurs sociaux quantitatifs fournissent de meilleures données probantes pour illustrer le succès des interventions. Par exemple, dans le cas où un programme de promotion de la santé est mis en place au sein de la population pour réduire le tabagisme chez les jeunes adultes, on aimerait voir dans ce groupe et avec le temps, une diminution de la consommation de tabac en rapport avec l'introduction et l'application d'interventions auprès du groupe. Dans ce cas, l'indicateur du taux de tabagisme est simple, clair et facilement mesurable.

La recherche d'indicateurs en tant que solution au problème des données probantes



reflète, de nombreuses façons, l'idée générale que le problème de la preuve peut être conceptualisé en termes du devis de recherche. Macdonald a suggéré d'associer de façon complémentaire trois éléments d'évaluation afin d'obtenir un devis de preuve global et adéquat (Macdonald, 1996; Macdonald et al., 1996). Le premier élément comprend des méthodes de recherche qualitatives se concentrant sur le processus ou sur l'évaluation formative. Le deuxième élément inclut le développement d'indicateurs intermédiaires et indirects pour la mise en œuvre des interventions; et le troisième élément associe des indicateurs de succès intermédiaires à des éléments permettant de mesurer l'efficacité en termes de résultats de santé. Ainsi, les indicateurs jouent un rôle clef dans le devis d'évaluation afin de fournir des données probantes sur les programmes en promotion de la santé. De nombreux chercheurs ont continué à élaborer cette approche d'une preuve composite aux multiples facettes. Ils soutiennent qu'une combinaison de devis de recherche englobant les approches qualitatives, les processus d'évaluation, ainsi que la concentration sur les indicateurs, fourniront des données probantes concernant le succès des programmes de promotion de la santé (McQueen & Novak, 1998; Sanson-Fischer, 1996; Tones, 1997).

## Histoire et philosophie de la science et nature de la preuve

La science peut être définie très simplement comme la meilleure explication d'un phénomène à un moment donné. Une telle définition intègre une perspective historique. Dans le cadre d'une telle définition, la biologie d'Aristote ou l'explication du mouvement des planètes de Ptolémée, bien qu'elles soient actuellement rejetées, sont clairement des explications scientifiques. Non seulement ces deux exemples sont-ils «scientifiques», mais ils ont de surcroît régné en maîtres pendant des millénaires en tant qu'explications de phénomènes. Ceci n'est pas une réalisation mineure pour l'humanité. Même si nous nous tournons vers une définition plus rigoureuse telle celle du dictionnaire

Webster: «connaissance systématisée dérivée de l'observation, de l'étude et de l'expérimentation menées dans le but de déterminer la nature ou les principes de ce qui est étudié», les scientifiques de l'Antiquité s'y conforment très bien et étaient exemplaires pour leur époque. Ils ont également produit la preuve de l'existence de phénomènes dans le contexte de leur science.

De nombreux mots contenus dans toute définition de la science nous interpellent. Ceci est tout particulièrement le cas de définitions qui nous confrontent avec des complications venant de mots tels «connaissance systématisée», «observation», «nature», etc. Chacun de ces mots amène en effet une série de concepts supplémentaires et de questions qu'il faut aborder. Même si les réponses satisfaisantes à ces questions supplémentaires ont été trouvées, nous nous voyons confrontés à un élément pondérable plus large, à savoir: «La promotion de la santé est-elle une science, et les activités de la science peuvent-elles être appliquées aux initiatives de promotion de la santé?» Pour les fins de la présente discussion, nous considérerons que la promotion de la santé est une initiative scientifique et que les caractéristiques et questions que soulève la science s'appliquent de la même façon à la promotion de la santé.

Le fait que de nombreuses personnes considèrent la recherche en promotion de la santé comme une science est bien étayé dans la littérature. Par exemple, *l'American Journal of Health Promotion*, une publication américaine, chef de file dans ce domaine, a publié depuis sa création une série de comptes rendus sur la recherche en promotion de la santé (Green, 1986) soutenant que la promotion de la santé devrait adhérer à des principes scientifiques rigoureux. En 1986, dans le premier numéro, une série d'articles était intitulée: «Un modèle d'évaluation: cadre de travail pour l'élaboration d'une évaluation rigoureuse des initiatives de promotion de la santé». En 1994, environ une décennie plus tard, le rédacteur en chef et l'éditeur ont réitéré cette série avec l'annonce d'un «Rapport sur l'état de la science». Ils annoncèrent que chaque article serait une «recension systématique de la documentation, menée par un scientifique qualifié, et dont le sujet serait l'impact d'un type donné de promotion de la santé sur des résultats spécifiques.» (O'Donnell & Anderson, 1994).

Depuis ce temps, le *Journal* a régulièrement publié des comptes rendus sur l'état de la science de la promotion de la santé (Anderson, 1998). Cette série a ceci de remarquable qu'elle classe les interventions en promotion de la santé sur la base d'un système d'évaluation des résultats produits par la recherche. L'échelle de points se situe entre *cinq étoiles* pour des résultats probants et *une étoile* pour des résultats insuffisants. Les résultats probants sont basés sur une «relation de cause à effet entre l'intervention et les résultats, soutenue par un nombre conséquent d'études bien élaborées avec des groupes de contrôle randomisés». Les résultats insuffisants sont basés sur le fait que «les preuves de la recherche soutenant les relations sont fragmentées, non expérimentales et/ou opérationnalisées de façon médiocre». Notamment, l'avant-dernier point de l'échelle octroyant *deux étoiles* est caractérisé par des «études multiples pertinentes avec la relation, mais sans l'appui d'études bien élaborées avec des groupes de contrôle randomisés». Il est clair que l'*American Journal of Health Promotion* a mis l'accent sur la question de la qualité des résultats et de la preuve qui en découle.

Bien que de nombreuses personnes dans le domaine considèrent la promotion de la santé comme une science, c'est aussi un champ de pratiques. Cette dualité a des implications sur la preuve. Historiquement, la technologie a été considérée comme distincte de la science car elle est l'application de la science. On fait souvent référence aux «sciences appliquées». Toutefois, la réalité a toujours démontré qu'il existe un continuum entre les sciences pures et les sciences appliquées. Ainsi, la physique théorique tend à se fondre avec la physique expérimentale et ensuite avec l'ingénierie; la théorie psychologique mène à la psychologie clinique. De même, les domaines de la théorie et de la recherche en promotion de la santé et la pratique de la promotion de la santé dans les interventions de promotion de la santé forment un continuum. Ceci est important, car la notion de données probantes peut être conceptualisée différemment selon qu'il s'agit d'alimenter la théorie ou de démontrer que quelque chose fonctionne.

Dans l'ensemble, les données en résultats qui alimentent la théorie peuvent être considérées comme plus abstraites et plus difficiles à concep-

tualiser que les résultats servant à démontrer que quelque chose fonctionne. Dans ce dernier cas, on constate généralement qu'il est plus facile de trouver des résultats basés sur des expériences contrôlées. Dans le cadre des sciences physiques ou biologiques où il est difficile de mener des expériences contrôlées par exemple en astronomie, en géologie ou en biologie de l'évolution—les preuves scientifiques doivent être fondées sur l'observation complexe et détaillée d'événements incontrôlés. Ainsi, la théorie de l'évolution est demeurée sans preuve expérimentale jusque vers la fin du 20<sup>e</sup> siècle car les observations effectuées en vue d'obtenir des preuves étaient de nature complexe et composées de variables aléatoires multiples (Weiner, 1995). Même la physique de la relativité s'appuie moins sur l'expérience réelle que sur le *Gedankenexperiment* classique (Suppe, 1977).

## La théorie de la promotion de la santé devrait définir les méthodes

Contrairement au monde relativement rangé des laboratoires de la génétique moléculaire, l'univers de la promotion de la santé est la communauté, imprégnée d'un contexte historique et politique fait de relations sociales complexes et fluides. Contrairement à ce qui se passe dans un laboratoire d'expérimentation où les variables peuvent être manipulées par l'observateur, la promotion de la santé s'appuie sur l'action sociale et la participation de la communauté. Nous sommes confrontés, au sein de la communauté, à une myriade de facteurs de médiation et d'interaction en rapport avec la santé, difficiles à justifier et encore plus à contrôler. Dans la théorie de l'évolution par la sélection naturelle de Darwin, un cadre de travail était fourni aux scientifiques leur permettant de comprendre les phénomènes qu'ils observaient et d'accéder au niveau suivant—une nouvelle découverte. Bien que multidisciplinaire dans son essence, la promotion de la santé s'est principalement appuyée sur des théories cognitives du comportement et quelques théories structurelles bien élaborées du changement social et de la santé (McQueen, 1996).

Les initiatives de promotion de la santé englobent des stratégies multiples opérant à des niveaux multiples. Les actions de mesures, tout particulièrement, représentent un défi alors que les concepts sont flous ou bien sujets à débat, discours et spéculation. Lorsqu'il faut exiger la « preuve » des effets d'un programme de santé communautaire, comment sélectionner les phénomènes pertinents? Lorsque des propositions d'initiatives sont en compétition, quelle logique sous-tend et guide nos décisions? Et enfin, que pouvons-nous apporter en termes de nouvelles connaissances au sujet des pratiques gagnantes en promotion de la santé communautaire?

E.O. Wilson (1998) a dit récemment : « la preuve scientifique se forme par addition; elle se construit par l'apposition astucieuse de blocs de preuves, des plans et du mortier de la théorie ». La connaissance doit être placée dans son contexte afin de communiquer un sens. Des fondements logiques sont nécessaires afin d'arrimer l'expérience et la connaissance obtenues lors d'inventions communautaires. La théorie offre un cadre de travail. Dans les modèles participatifs de promotion de la santé, il est essentiel d'élaborer des hypothèses théoriques explicites afin d'arriver à une entente quant aux moyens pour promouvoir la santé de la communauté. Sans théorie, comment évaluer la « preuve »? Celle-ci n'a de sens qu'à la lumière de la théorie qui a permis de la construire. Des modèles d'un phénomène sont construits à partir d'observations dans le but de tenter d'expliquer le phénomène dans un sens plus large. Ceci est la première étape visant à assembler des observations en un schéma cohérent. Des élaborations plus en profondeur utilisent un raisonnement inductif et déductif afin de tenter de discerner des schémas pertinents ou des lois qui puissent s'appliquer au phénomène et construire une théorie. Une théorie est supérieure à un modèle car elle ne se contente pas d'expliquer des observations relatives à un phénomène. Elle prédit les événements.

Afin d'illustrer la différence entre une théorie et un modèle, examinons la théorie de l'action rationnelle décrite par Coleman. Il fait référence à cette théorie comme étant la dynamique entre la structure sociale et les acteurs à l'intérieur de cette structure dans laquelle «...chaque acteur contrôle certains intérêts et

certaines ressources à l'intérieur de certains événements et de certaines ressources... » (Coleman, 1988). Une composante conceptuelle de cette théorie est le capital social et les hypothèses qui le sous-tendent. Le capital social fait référence aux relations et aux normes au sein d'une communauté. La confiance, la coopération et l'implication civique pour le bien commun en sont des exemples. Le capital social, en parallèle avec le concept de capital financier, suppose que l'investissement générera des profits; dans ce cas, il s'agit du bien public. Une deuxième hypothèse établit que, à mesure que le capital social augmente grâce à l'implication civique, les institutions publiques servent mieux la communauté. Coleman décrit un modèle d'écoles qui favorisent l'achèvement des études secondaires comme un facteur du capital social. Il affirme que non seulement le capital social des familles, mais aussi le capital social de la communauté entourant ces écoles renforcent la probabilité que les étudiants obtiendront leur diplôme de fin d'études. Le modèle décrit une série spécifique d'interactions desquelles découlent les écoles qui favorisent l'achèvement des études secondaires, tandis que la théorie fournit un cadre de travail afin d'expliquer les relations plus larges entre l'engagement civique et les institutions sociales dont les communautés bénéficient. Le phénomène de l'implication civique, bien que complexe, peut être observé plus simplement à travers certains des éléments qui le composent tels la fréquentation des églises ou le bénévolat communautaire. Ainsi, un modèle permettrait d'établir les liens nécessaires afin de rassembler les diverses observations en une description plus riche du phénomène de l'implication civique. En résumé, une théorie telle l'action rationnelle, fournit les fondements permettant d'élaborer des modèles pour divers résultats et relations sociales complexes (programmes communautaires pour les jeunes, comportements de vote, utilisation des loisirs par la communauté).

Malheureusement, lorsqu'ils choisissent des méthodes de recherche, de nombreux chercheurs en promotion de la santé placent « la charrue avant les bœufs ». C'est-à-dire que la méthodologie de recherche mène l'exploration au lieu de permettre à la théorie et aux modèles de fournir les fondements conceptuels pour l'avancement des connaissances. Les chercheurs

peuvent trouver des méthodes appropriées grâce à la compréhension conceptuelle qu'apportent la théorie et les modèles de phénomènes complexes. Par exemple, de nombreux chercheurs dans le domaine de la santé utilisent de façon inadéquate les essais randomisés. Bien que cette méthodologie soit valide et adéquate pour tester de nombreuses hypothèses concernant les phénomènes physiologiques pour lesquels les modèles décrivent des relations simples et directes (par exemple, la relation entre un médicament et une réaction physique), elle est inappropriée pour de nombreux phénomènes sociaux complexes tels ceux que l'on rencontre souvent dans la recherche en promotion de la santé. Avant de choisir une méthodologie, les chercheurs devraient acquérir une compréhension conceptuelle à partir de la théorie et des modèles des phénomènes explorés. Cette approche a non seulement le potentiel d'augmenter les connaissances, mais aussi celui d'induire de meilleures théories et de meilleurs modèles.

## La rigueur scientifique

Les défis que le domaine de la promotion de la santé rencontre quant à son statut scientifique reposent souvent sur des questions de rigueur des méthodes utilisées afin d'accumuler des connaissances. Ces défis impliquent souvent que toute discipline méritant le qualificatif «scientifique» doit découvrir des généralisations universelles concernant la matière qui en est le sujet et utiliser une approche stricte, systématique et logique. Malheureusement, fourvoiement et confusion sont souvent le résultat de l'idée erronée que la méthode scientifique consiste, avant tout, à mener des expériences contrôlées avec une rigueur statistique. En fait, sa raison d'être est essentiellement de tenter de transformer des perceptions en quelque chose de significatif. Au stade où il est possible de mener des expériences contrôlées et d'appliquer des statistiques standardisées, beaucoup a déjà été appris (Loehle, 1996).

La promotion de la santé est un domaine récent et multidisciplinaire de la santé publique. Les méthodes et les buts des scientifiques en promotion de la santé ont emprunté de nom-

breuses voies. Ceci soulève la question suivante: une activité aussi pluraliste à l'intérieur de ce domaine n'est-elle pas contradictoire avec la notion de rigueur scientifique? Dans leur étude de l'histoire des sciences, Fiske et Shweder (1986) notent: «Dans une science saine, la clarté du but est une vertu aléatoire. Certaines activités importantes semblaient, à l'origine, être sans objet et les scientifiques qui ont des buts précis en tête s'orientent souvent dans des directions contradictoires ou bien ils se prennent l'un l'autre pour cible. De façon typique, dans une science en développement, le travail à la fine pointe est hautement contesté.» Ainsi, une mise en garde accompagne l'utilisation de critères standardisés, explicites et précis pour juger et réguler le développement d'une science. Il ne faut pas confondre rigueur et convention.

Les méthodes servant à produire des résultats de recherche en promotion de la santé sont nombreuses et variées. Elles comprennent des études de cas, des études de corrélation, des analyses narratives, des études expérimentales et quasiexpérimentales, des entrevues et des enquêtes, des études épidémiologiques et ethnographiques entre autres. La nature de la question guide le choix des techniques de recherche. Le besoin d'étudier des phénomènes dans leur cadre naturel est particulièrement pertinent en promotion de la santé. Certains phénomènes peuvent être étudiés de façon satisfaisante en laboratoire, mais les généralisations établies à partir des résultats de laboratoire peuvent ne pas être valides en raison des caractéristiques de l'environnement du laboratoire. Il peut s'avérer impossible d'étudier certains phénomènes sociaux en-dehors de leur environnement naturel. Ainsi, il peut s'avérer plus important d'examiner des échantillons représentatifs de situations ou d'environnements plutôt que de sujets. Les conséquences de certains phénomènes—par exemple, la densité de la population, la cohésion sociale de la communauté, l'égalité des revenus, etc.—peuvent ne pas être abordées de façon appropriée en-dehors de l'environnement naturel. Le fait de réduire les phénomènes sociaux à des variables au niveau de l'individu—par exemple, le revenu annuel, le nombre d'années d'instruction, etc.—limite notre capacité à comprendre leurs effets sur la communauté.

## Pourquoi les données probantes sont-elles aussi cruciales en médecine clinique ?

La notion d'«erreur» est un anathème pour la médecine clinique moderne. Dans son livre sur l'expérimentation humaine, Silverman (1985) rapporte de nombreux exemples de désastres et de morts causées par l'application rituelle de traitements qui ne sont ni scientifiques, ni prouvés. Il est particulièrement intéressant de noter la longue et obscure histoire de thérapies appliquées avec enthousiasme, sans observation ni reconnaissance de leurs résultats malencontreux. Nous connaissons tous l'histoire douteuse des saignées, des purges, de l'utilisation de métaux lourds et de poisons à la fois pour les soins routiniers et héroïques. En effet, même le 20<sup>e</sup> siècle regorge de traitements désastreux tels l'utilisation inappropriée de la radiation pour des amygdales hypertrophiées et de l'oxygène en haute concentration pour les enfants prématurés.

La médecine basée sur les données probantes peut être perçue comme une protection contre l'«erreur» approuvée scientifiquement. Sackett et al. (1996) et le Groupe de travail sur les données probantes (Evidence Based Care Resource Group, 1994) affirment que la médecine basée sur les données probantes est «l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleurs résultats disponibles afin de prendre des décisions concernant les soins à fournir à des patients individuels.» Plusieurs points sont à noter dans une telle conceptualisation de la médecine basée sur les données probantes. Premièrement, l'expression «données probantes» demeure un terme primitif, sans spécification ou définition supplémentaire. Deuxièmement, le terme légaliste «judicieux» implique que l'intervenant porte un jugement sur la qualité des données probantes. Troisièmement, et de façon plus cruciale, la terminologie se rapporte aux soins et aux résultats de santé de patients individuels. Néanmoins, la meilleure façon d'obtenir une confirmation définitive n'est pas celle se basant sur les résultats d'études de patients individuels. Afin d'obtenir une confirmation définitive, on se tourne plutôt vers la preuve expérimentale apportée par des essais cliniques randomisés; ceci, bien sûr, dans

le cas idéal. Dans la réalité, les soins fournis aux patients sont également le résultat de décisions quant aux risques du traitement par rapport à ses avantages et de considérations de coûts.

Néanmoins, les cliniciens et les personnes possédant une formation médicale utilisent principalement l'expression «données probantes» dans un contexte plus large de hiérarchie de la preuve reposant, en général, sur des expériences et sur les essais cliniques randomisés en particulier. L'idée est que toute procédure ou technique utilisée dans la pratique clinique est fondée sur une recherche au passé solide. Le fait que les techniques ou procédures non soutenues par de nombreux et rigoureux essais devraient être considérées comme plus faibles sur une échelle de preuves ancrée par la recherche n'est pas contesté. La subtilité des résultats n'est pas une caractéristique de la médecine basée sur les données probantes. Le consensus autour des résultats et les interprétations similaires de données est le trait distinctif des approches basées sur les données probantes.

Au sein de la communauté médicale, certaines critiques sont émises concernant la poursuite d'une médecine basée sur les données probantes. En septembre 1997, lors de sa conférence (Cochrane lecture) à la réunion de la *Society for Social Medicine*, Hart (1997) a examiné la notion avec beaucoup de scepticisme. Il a partagé ses réflexions sur l'importance et l'impact du travail original de Cochrane «*Effectiveness and Efficiency*»(1971). Il soutient que les défenseurs de la médecine basée sur les données probantes «acceptent sans aucune critique une définition désocialisée de la science, supposent que les décisions cliniques majeures sont prises au niveau secondaire—celui des spécialistes—plutôt qu'au niveau primaire—celui des généralistes—et ignorent la nature multiple de la plupart des problèmes cliniques, ainsi que la complexité des problèmes sociaux à l'intérieur desquels ceux-ci se manifestent et doivent être résolus.» Il soutient ensuite une position qui se situe en parallèle d'une grande partie de la perspective de la recherche participative menée par les intervenants en promotion de la santé et déclare : «Nous devons travailler à l'intérieur d'un paradigme différent, axé sur le développement des patients en tant que

coproducteurs plutôt que consommateurs. Nous devons continuer à encourager l'accumulation de gains en matière de santé par le biais de décisions partagées en appliquant toutes les preuves pertinentes à l'intérieur d'une définition plus large et socialisée de la science ». La position de Hart est que la médecine basée sur les données probantes est lourdement influencée par les hypothèses de la théorie économique qui la sous-tendent ainsi que par les stratégies récentes de prises de décisions en soins planifiés orientées vers le marché. Il en résulte que les efforts visant à donner au patient un rôle plus actif dans la prise de décision concernant les soins sont contrecarrés. Ainsi, une majeure partie du contexte des soins, à savoir les connaissances et l'expérience du patient, a tendance à se perdre au milieu des efforts investis dans la quête d'une médecine basée sur les données probantes.

## **Pourquoi la « notion de donnée probante » en promotion de la santé est-elle problématique ?**

La base épistémologique qui sous-tend la promotion de la santé n'est pas la science expérimentale. Les fondements se retrouvent plutôt dans les sciences sociales et comportementales. Jusqu'à un certain point, en effet, certains sous-groupes à l'intérieur de ces sciences modèlent leur recherche et leur pratique sur celles de la science expérimentale, comme par exemple la psychologie clinique. Toutefois, la majeure partie de la science sociale est non expérimentale. Même dans des domaines très quantitatifs tels la sociologie et l'économie, la manipulation de variables par les chercheurs n'est pas une caractéristique, tandis que les expériences sont largement absentes dans des disciplines telles l'anthropologie ou les sciences politiques. On pourrait soutenir que la plupart des sciences sociales et comportementales sont extrêmement empiriques et caractérisées par l'observation et la classification plutôt que par des efforts pour manipuler le sujet de l'étude.

Dans les situations où les variables sont manipulées intentionnellement, ou bien dans lesquelles il existe une volonté de les manipuler comme, par exemple, dans le contexte d'un changement des connaissances, des attitudes et du comportement, le devis de recherche peut rarement posséder la structure rigoureuse d'une expérience. C'est-à-dire, comme nous l'avons déjà mentionné par ailleurs, qu'il existe une lacune au niveau du contrôle de toutes les variables pertinentes et qu'il est impossible d'avoir recours à un groupe de contrôle pour effectuer des comparaisons. Le maximum que nous puissions obtenir est le devis quasi expérimental maintes fois cité.

Une caractéristique importante des interventions en promotion de la santé est le fait qu'elles impliquent la participation, idéalement sur une base équitable, à la fois des chercheurs et des sujets de la recherche. Le devis de recherche idéal entraînerait l'effondrement de la dichotomie artificielle entre les chercheurs et les sujets de la recherche. Cette caractérisation de la promotion de la santé et les hypothèses qui en découlent rendraient un devis de recherche expérimental rigoureux complètement inadéquat et, du fait que la notion de « donnée probante » est si étroitement associée à la notion de devis expérimental rigoureux, tant au niveau historique que dans les mentalités des chercheurs, l'utilisation du terme « donnée probante » en promotion de la santé est extrêmement contestable.

L'utilisation laxiste du terme « donnée probante » en promotion de la santé représente un défi. Pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, il est grand temps d'affirmer que l'application laxiste de cette terminologie empêchera sérieusement la pratique de la promotion de la santé de se concentrer sur la meilleure façon d'élaborer et d'évaluer les interventions. Ce serait un mauvais service à rendre à ceux qui ne sont pas familiers avec la base épistémologique de la promotion de la santé que de les induire en erreur en créant des attentes découlant de la science clinique. Les personnes possédant une expérience biomédicale sont souvent les plus critiquées car elles appliquent des attentes inadéquates à la recherche en promotion de la santé. Mais on pourrait avancer que ces personnes ne font qu'appliquer des attentes fondées sur

leur vision du monde, car ceux et celles œuvrant en promotion de la santé ne réussissent pas à leur faire comprendre le fondement théorique et l'épistémologie de la promotion de la santé moderne, ni à leur en faire prendre conscience.

## Trois questions cruciales non résolues

La première question cruciale est l'établissement d'une base pour les «règles de la preuve». Pour commencer, il semblerait que les «règles de la preuve» soient liées à des disciplines et non pas à des projets. Au fil des années, les disciplines scientifiques—par exemple la physique, la biologie, l'épidémiologie—ont développé leurs critères pour constituer la preuve de la cause, de l'effet, etc. à partir de l'observation et de l'expérimentation. Ainsi, la «méthode scientifique» adéquate est à la fois un produit du développement historique et des caractéristiques observables dans la discipline en question. Il existe des différences entre les disciplines en ce qui concerne les «règles de la preuve». De nombreux projets communautaires en prévention de la santé publique et en promotion de la santé ne sont enracinés dans aucune discipline; ils représentent plutôt un «champ d'action». C'est pourquoi il n'existe aucune structure épistémologique disciplinaire qui sous-tende l'évaluation de ces travaux. Il en résulte donc la nécessité de distinguer les règles qui sous-tendent la preuve pour les disciplines de santé publique mobilisées pour la recherche et l'intervention communautaires, en particulier l'épidémiologie, la psychologie sociale, la sociologie, l'anthropologie et l'éducation en matière de santé. Il faudrait spécifier les convergences et les divergences et considérer des règles pour des champs d'action.

Une partie du problème en vue de développer une base de «règles de la preuve», est la question encore sans réponse d'une échelle ou d'une «hiérarchie» de la preuve. Dans le contexte général de la recherche, de l'intervention et de l'évaluation des programmes communautaires, il existe présentement un important débat afin de savoir ce qui constitue la connaissance dans ce domaine et ce qu'est une donnée

probante, ou même afin de savoir si la notion de donnée probante peut être appliquée à l'évaluation des interventions communautaires. Il n'existe pas de consensus entre les chercheurs et les praticiens dans le domaine autour d'une «hiérarchie de la preuve», et des groupes internationaux ont affirmé (OMS, 1998) qu'il est prématuré de prioriser des types de preuve dans une hiérarchie linéaire. Encore est-il nécessaire de documenter cette absence de consensus, de prendre en considération les «pour» et les «contre» d'un consensus dans le contexte de la prévention communautaire et de suggérer des pistes pour l'avenir.

Enfin, en ce qui concerne les données probantes, la composition complexe des interventions multidisciplinaires fait en sorte que des règles de la preuve simples et universelles sont indéfendables. Les règles de la preuve existantes sont souvent fondées sur des interventions dont les chaînes de causalité sont relativement simples et démontrables et dans lesquelles des facteurs uniques sont manipulés afin de produire des résultats uniques et facilement mesurables.

De nombreuses interventions communautaires dans le domaine de la santé incluent un assortiment complexe de nombreuses disciplines, de multiples variables de mesure aux degrés de difficulté variés, ainsi que des environnements dynamiques et changeants. Bref, afin de démêler toute relation causale, il s'agit de comprendre des champs d'action aux variables aléatoires multiples et qui requièrent une variété complexe de méthodologies et un temps considérable.

De nouvelles analyses peuvent révéler des résultats cruciaux bien des années après une intervention. C'est pourquoi il est primordial de reconnaître la complexité spécifique des interventions communautaires et de suggérer des domaines nécessitant d'être développés afin de mieux comprendre les défis analytiques. Il est important de développer et de renforcer des méthodes d'analyse ainsi que des devis d'évaluation plus appropriés.

La deuxième question importante demeurant sans réponse concerne les indicateurs

c'est-à-dire, de façon plus précise, la recherche et l'identification d'indicateurs en promotion de la santé. Malgré des années de ce que les anti-positivistes pourraient qualifier de «dénigrement systématique de l'indicateur», ou de ce que les personnes à l'inclination plus positive (McQueen & Novak, 1998) pourraient qualifier de «scepticisme de l'indicateur», deux facteurs saillants subsistent: 1) les preneurs de décision s'attendent à obtenir des chiffres dérivés d'indicateurs et, souvent, ils les réclament; et 2) la plupart des praticiens et des chercheurs en santé publique et en promotion de la santé ont été formés à produire et à respecter les données quantitatives ainsi que la valeur des indicateurs qui y sont associés.

Les indicateurs et les rapports basés sur ces données semblent souvent galvaniser l'intérêt et les ressources. Par exemple, voyez l'engouement actuel pour les indicateurs généraux de la santé tels les QALYs et les DALYs. L'OMS a présentement donné son accord et son soutien à un projet de grande envergure concernant le fardeau global de la maladie (Murray & Lopez, 1996). Il s'agit d'un imposant projet pour la planète, dont le but est de développer les *disability adjusted life years* (DALYs) en utilisant des données nationales. Chaque pays entreprend également cette tâche de façon individuelle.

La troisième question cruciale demeurant sans réponse est celle d'une base théorique idoine pour la promotion de la santé. Ce chapitre n'a mis en lumière que quelques-unes des questions théoriques épineuses qui influencent la pratique de la promotion de la santé et l'évaluation des initiatives de promotion de la santé. Depuis les deux dernières décennies, un débat animé a lieu au sujet de la théorie de la promotion de la santé (Anderson, et al. 1998; Dean et al., 1993; Green & Kreuter, 1991) mais il serait prématuré d'affirmer qu'il existe quelque élément se rapprochant d'une théorie généralisée de la promotion de la santé. L'importance de la théorie réside dans le fait qu'elle produit les fondements pour les paradigmes de recherche et de pratique dans un domaine donné. On pourrait affirmer, de surcroît, que plus la base théorique contient de substance et plus elle est cohérente, plus la recherche et la pratique seront crédibles pour la simple raison que la base théorique établit

les paramètres de ce qui constitue la preuve.

Nous avons soutenu ailleurs que les initiatives de promotion de la santé devraient s'inspirer de diverses disciplines et utiliser un large éventail de moyens permettant d'accumuler des données. Du fait que ce domaine utilise toutes sortes de méthodes afin d'effectuer ses interventions, il faudrait développer plusieurs stratégies d'évaluation. Toutefois, la promotion de la santé est un domaine relativement jeune. Elle n'a pas eu le temps d'établir une assise théorique bien ancrée (McQueen, 1996), ou l'ensemble de méthodologies et de techniques qui l'accompagne. Ceci forme un contraste marqué avec l'histoire de la médecine clinique et ses centaines d'années de développement assorties d'un siècle de rigueur expérimentale. Même la base de la promotion de la santé émanant de la science sociale et se trouvant dans la sociologie, l'anthropologie, etc. est relativement récente. Elle émergea essentiellement vers la moitié du siècle dernier et ne développa un intérêt avancé pour la méthodologie que durant la deuxième moitié de ce siècle. C'est pourquoi il n'est pas surprenant de ne trouver aucun paradigme pour la conduite de la recherche en promotion de la santé qui soit largement accepté et, par conséquent, de ne trouver aucun consensus autour des meilleures stratégies d'évaluation.

## Conclusions : optimisme et la voie de l'avenir

Bien que le ton de cet article puisse sembler critique, il devrait davantage être perçu comme une discussion des problèmes plutôt qu'une condamnation de l'état actuel de la méthodologie d'évaluation en promotion de la santé. De plus, il existe de bonnes raisons d'être optimiste. Tout d'abord, la reconnaissance de la complexité du débat sur la preuve met en évidence le fait que les chercheurs et les praticiens ne peuvent pas appliquer les approches courantes d'évaluation aux interventions axées sur la population. En fait, il est maintenant reconnu qu'il est nécessaire de créer des devis de recherche pointus pour des stratégies d'évaluation tenant compte de la diversité, de la multidisciplinarité



et des contextes locaux. Ainsi, la perspective théorique générale émergente en promotion de la santé regroupe la participation, le contexte et le dynamisme. Elle est intégrée à la réflexion sur la création de devis d'évaluation.

La rigueur de la recherche en promotion de la santé requiert l'utilisation de méthodes appropriées aux questions théoriques en présence. Ceci pourrait bien signifier la mise à l'écart des études ponctuelles au profit de la concentration sur la reproduction systématique dans un cadre écologique adéquat. Il pourrait en résulter des études plus intégrées et plus productives et moins de recherche fragmentée et inappropriée. Les disciplines scientifiques et les théories sur lesquelles elles sont bâties requièrent des épistémologies et les méthodologies qui les accompagnent pour leur ouvrir les portes de la découverte au lieu de retarder le processus d'acquisition de nouvelles connaissances.

Une deuxième raison d'être optimiste est le fait que la recherche constante d'indicateurs adéquats pour documenter la réussite de la promotion de la santé est à présent mieux documentée. Seul un intervenant naïf en promotion de la santé pourrait croire qu'il existe des solutions simples et uniques pour développer des indicateurs adéquats. De plus, le fait d'avoir reconnu le besoin d'indicateurs a renforcé la prise de conscience que l'infrastructure de base de la santé publique est affectée par les efforts déployés en promotion de la santé. Ces dernières années par exemple, le dépistage des facteurs de risques comportementaux, la multiplication des enquêtes en promotion de la santé et le souci général de surveiller les «styles de vie» se sont considérablement développés dans le monde industrialisé occidental. À ce développement est associée la préoccupation que ces systèmes de surveillance dépassent les préoccupations

traditionnelles de l'étiologie pour s'adresser à la conscience et aux attentes du public. La volonté d'utiliser ces systèmes plus traditionnels dans le but d'évaluer les programmes axés sur la population ainsi que les changements résultant des interventions en promotion de la santé est de plus en plus présente. L'aspect positif de tout ceci est, à notre point de vue, l'attention portée à la santé de la population et un certain détachement par rapport à l'individu. Cette orientation est clairement reliée au courant écologique axé sur la population en promotion de la santé.

Enfin, et de façon plus significative, le débat et la discussion au sujet des données probantes ont conduit à un élargissement de la base de ce qui constitue l'évaluation adéquate en promotion de la santé et tout particulièrement des programmes communautaires de santé publique. Le fait que les interventions en promotion de la santé sont indissociables des questions de politiques, de ressources, d'intérêt communautaire, d'idéologies et d'autres paramètres difficiles à mesurer a toujours été reconnu. De plus, le fait que de nombreuses interventions en promotion de la santé réussissent ou échouent en raison d'«impondérables» connus uniquement des chercheurs et des praticiens a aussi toujours été reconnu. Il n'existe toutefois pas de méthode «adéquate» pour documenter ces impondérables. Ainsi, les chercheurs et les praticiens ont souvent dû se contenter d'accorder une confiance aveugle aux approches d'évaluation traditionnelles qui mettent en évidence des modèles inadéquats. Le débat actuel reconnaît les nombreuses voies existantes pour obtenir des preuves adéquates. Bien que des modèles absolument parfaits n'aient pas encore été définis, la littérature scientifique s'accumule et promet l'identification des meilleurs devis de recherche possibles.□

## Notes

1—Traduction d'un chapitre à paraître dans I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett (eds.), *Evaluation in health*

*promotion: Principles and perspective*. Copenhague : WHO.

## Références

- Anderson, D.R. (ed.) (1998). Database: Research and evaluation results. *American Journal of Health Promotion*, 13(1): 52-56.
- Butcher, R.B. (1998). Foundations for evidence-based decision making. Canada health action: building on the legacy, Vol. 5: *Evidence and Information*, Editions Multimondes, Québec, pp. 259-290.
- CDC, Internet site for the Community Guide: <http://www.health.gov/communityguide>.
- CHA (1998). Canada Health Action: Building on a Legacy, Volume 5: *Evidence and Information*. Editions Multimondes, Québec.
- Cochrane, A (1971). *Effectiveness and efficiency*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Coleman, J.S. (1964). Collective decisions. *Sociological Inquiry*, 34:166-181.
- Coleman, J.S. (1966). Foundations for a theory of collective decisions. *American Journal of Sociology*, 71: 615-627.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital, *American Journal of Sociology*, 94 :95-120.
- Dean, K., et al. (1993). Researching population health: new directions. In: Dean, K., ed. *Population health research: linking theories and methods*. Sage Publications, London, p. 227- 237.
- Evidence Based Care Resource Group (1994). Evidence-based care.1. Setting priorities : how important is this problem? *Canadian Medical Association Journal*, 15: 1249-54
- Fiske DW and Shweder RA, eds. (1986). *Metatheory in Social Science*. Chicago: University of Chicago Press.
- Green, L. (1986). Evaluation model: A framework for the design of rigorous evaluation of efforts in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1(1): 77-79.
- Green, L. & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA Mayfield.
- Hart, J. (1997). What evidence do we need for evidence-based medicine? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 623-629.
- Loehle C. (1996). *Thinking Strategically*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Macdonald, G. (1996). Where next for evaluation? *Health promotion international*, 11(3):171-173.
- Macdonald, G. et. al. (1996). Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research: Theory and Practice*, 11 (3): 367-376.
- McQueen, D.V. (1993). A methodological approach for assessing the stability of variables used in population research on health. In: Dean, K., ed. *Population health research: linking theory and methods*. Sage Publications, London, pp.95-115.
- McQueen, D.V. (1996). The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health Promotion International*, 11(1):27-32.
- McQueen, D.V. & Novak, H. (1998). Health promotion indicators. *Health promotion*, 3(1):73-78.
- Murray C.J.L. & Lopez, A.D., eds. (1996). *The global burden of disease: Vol. 1*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Nutbeam, D. and Vincent, N. (1998). *Evidence-based health promotion: methods, measures and application*. 16th World Conference on Health Promotion and Health Education, San Juan, Puerto Rico, 23 June.
- O'Donnell, M. & Anderson, D. (1994). Toward a health promotion research agenda: state of the science reviews. *American Journal of Health Promotion* 8(6):462-465.
- OMS (1984) EURO, *Health promotion: A discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen.

- OMS (1998). 51<sup>st</sup> *World Health Assembly*, Agenda Item 20, Geneva.
- OMS (1998). WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers*, Pamphlet, WHO (EURO), Health Canada, Ottawa.
- Pappaioanou, M. & Evans, C. (1998). Development of the Guide to Community Preventive Services: A U.S. Public Health Service Initiative. *Journal of Public Health Management Practice*, 4 (2):48-54.
- Sackett, D. et al. (1996). Evidence-based medicine : what is it and what isn't? *British medical journal*, 150 : 1249-54.
- Sanson-Fisher, Redman S., Hancock L., Halpin S., Clarke P., Schofield M., Burton R., Hensley M., Gibberd R., Reid A., Walsh R., Girgis A., Burton L., McClintock A., Carter R., Donner A., Green S. (1996). Developing methodologies for evaluating community-wide health promotion. *Health Promotion International*, 11(3): 227-236.
- Silverman, WA. (1985). *Human Experimentation : a Guided Step into the Unknown*, Oxford University Press, Oxford.
- Suppe, F., Ed. (1977). *The structure of scientific theories*, 2nd ed. University of Illinois Press, Urbana,IL, (1977).
- Tones, K. (1997). Beyond the randomized controlled trial: a case for Ajudicial review. In: Leathar, D.S., ed. *Health education research*, 12(2):1-4.
- Weiner, J. (1995). *The beak of the finch: a story of evolution in our time*, New York, Random House.
- Wilson, E.O. (1998) *Consilience*, New York, Alfred Knopf.
- Winslow, C.-E. A. (1923) *The evolution and significance of the modern public health campaign*. Yale University Press, New Haven, CN.

## Abstract

*Evidence generally implies a strong notion of causality and proof and is commonly used to denote something that makes another thing fully clear. The randomised controlled clinical trial RCT is considered by many the most suitable study design to show that there is evidence for an intervention, but is an inherently limited design for health promotion interventions, being inappropriate for complex interventions that address collective approaches. Although there is presently heavy pressure for health promotion practitioners and researchers to base their work on evidence, there is no consensus yet among the health promotion community on what comprises evidence. Health promotion is a new field and has not established "rules for evidence" or even a common definition of "evidence," although there have been many published papers on the subject. There remain several key unresolved issues related to evidence and health promotion. The first unresolved issue involves rules of evidence. Currently, these rules are tied to disciplines, rather than projects. Many community based public health prevention and health promotion projects are not discipline based, but represent a "field of action." Another issue is that there is no consensus on any "hierarchy" of evidence. Within the general area of community research, intervention and evaluation there is currently great debate about what constitutes knowledge in the field and what is evidence or even whether the notion of evidence is applicable to the evaluation of interventions in communities. The last issue is the idea that the complexity of multi-disciplinary, compound interventions make simple, universal, rules of evidence, untenable.*

## Remerciements

Les auteurs sont particulièrement reconnaissants à Michael Hennessey, Matt McKenna, Marguerite Pappaioanou, Don Nutbeam et Alfred Reutten pour leurs conseils éclairés, leurs annotations et leurs commentaires à des versions précédentes de ce document. Les opinions exprimées sont celles des auteurs. Le texte original anglais a été traduit par Danièle Levy.

Le masculin est employé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

## Biographies

**David V. McQueen** est actuellement adjoint au Directeur général du CDC (Center for Disease Control and Prevention) situé à Atlanta. Il est responsable des politiques globales de promotion de la santé dans ce qui peut être qualifié de cœur du système fédéral américain de santé publique.

**Laurie M. Anderson** occupe un poste de chercheur en santé au CDC (Center for Disease Control and Prévention) depuis près de 20 ans. Ses principaux champs de recherche sont: la prévention des maladies chroniques, la promotion de la santé et la surveillance des facteurs de risque. Elle est impliquée dans le Groupe de travail du CDC pour la production du «Guide to community prevention services».