

Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé?

Summary

Why do we worry about evidence in health promotion?

This paper, in a sociological and historical perspective, aims at positioning the main issues linked to the idea of utilizing evidence-based practices in health promotion. It begins to do so by looking at the international evolution of health promotion and evidence-based practices, and by providing definitions for these concepts.

In a second section, the paper analyzes how the evidence based practices approach has confronted the field of health promotion, especially since the second half of the 1990s. It argues that this has occurred in the context of the evaluative concerns put forward by governments all over the world, in order to downsize their publicly funded health systems. The reaction, often negative, of the health promotion field to evidence-based practices is also documented.

Finally, some methodological and political issues raised by the idea of utilizing evidence-based practices in health promotion are presented. The paper concludes that this approach is far from a panacea but has potential limited utilization for certain kinds of health promotion practices. Alternative suggestions on how to establish "best practices" in this field are also offered.

Keywords: Health promotion – Evidence-based practices – Socio-historical analysis.

Le but de cet article est de comprendre pourquoi, surtout à partir de la seconde moitié des années 1990, le champ de la promotion de la santé a commencé à se demander s'il devait baser ses interventions sur des données probantes. Il est divisé en trois sections. D'abord, je proposerai brièvement

quelques repères sur les origines de la promotion de la santé et de l'idée de baser des interventions sur des données probantes; je proposerai aussi une définition de chacun de ces concepts.

Dans un second temps je m'attarderai au débat assez orageux qui a cours depuis quatre à cinq ans dans le champ de la promotion de la santé, sur la pertinence et l'utilité de baser les interventions dans ce domaine sur des données probantes. Ce débat s'insère dans un autre, plus large et qui date du début des années 1990 environ, sur la démonstration de l'efficacité des interventions en promotion de la santé. Je me servirai à cet effet d'une importante étude canadienne, faite par une équipe du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé (Jackson et al. 2001), qui analyse de manière comparée 17 grandes entreprises nationales et internationales visant à dégager des données probantes pour inspirer les pratiques de promotion de la santé.

Finalement, dans un troisième et dernier temps, je ferai ressortir certains des enjeux importants qui sont soulevés par l'utilisation des données probantes en promotion de la santé et proposerai quelques conclusions que je dégage de ces débats et enjeux.

Le point de vue défendu ici n'est pas celui d'une personne qui, comme plusieurs auteurs (Rootman et al. 2001; Noack & McQueen 1988) participent activement aux réflexions sur l'évaluation et les données probantes en promotion de la santé depuis fort longtemps. Il n'est pas non plus celui d'un méthodologue, quoique j'aie en tant que chercheur en promotion de la santé des positions épistémologiques et méthodologiques bien précises (O'Neill 1996). Les propos que je développe ici sont plutôt ceux d'une personne qui, avec une approche sociologique et historique, analyse l'évolution générale des champs de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé depuis presque une trentaine d'années au Québec, au Canada et sur le reste de la planète.

Promotion de la santé et pratiques basées sur des données probantes: quelques points de repère

La promotion de la santé: origines et évolution

C'est principalement durant la première moitié des années 1980, suites aux démarches de l'OMS-Europe pour mettre en place les grands rêves de la santé pour tous en l'an 2000 et des soins de santé primaires, que le vocable *promotion de la santé* a commencé à être systématiquement utilisé (Kickbusch 1986).

Pour plusieurs un peu partout à travers le monde (Pederson et al. 1994), c'est vraiment 1986 qui est l'année où l'expression a finalement pris la place qu'on lui connaît maintenant, avec la proclamation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (WHO 1986) lors de la première conférence internationale tenue sur le sujet, dans la capitale canadienne.

Cette place n'est pas née du vide cependant. En effet, c'est en construisant sur les acquis de plusieurs décennies de pratiques internationales en éducation sanitaire (ou éducation pour la santé), mais aussi en prenant quelque peu distance avec ces pratiques, que le concept "moderne" de promotion de la santé s'est constitué (Pederson et al. 1994) dans la première moitié des années 1980. Le rôle de l'Organisation mondiale de la santé (Kickbusch 1986; WHO 1984), en interaction notamment avec le gouvernement fédéral canadien qui faisait office de pionnier en ce domaine de puis le fameux rapport Lalonde de 1974 (1974), a été déterminant à cet effet.

Depuis 1986 particulièrement, le champ de l'éducation sanitaire s'est donc élargi et transformé un peu partout en celui de la promotion de la santé. Toutefois, cette transformation ne s'est pas faite de la même manière dans tous les pays. En maints endroits, le vocable *promotion de la santé* n'est pas encore beaucoup utilisé, celui d'éducation pour la santé demeurant dominant. La France est un excellent exemple d'un pays où, tant dans le titre des institutions nationales que dans le vocabulaire courant, c'est l'expression éducation pour la santé qui persiste, pour désigner toutefois un contenu conceptuel très voisin de ce qu'ailleurs on appelle promotion de la santé. La Suisse à cet égard, avec sa fondation *Promotion Santé Suisse*, semble pour sa part davantage près de la plupart des pays dans le libellé de ces concepts.

Au début du 21^e siècle, la tension entre éducation sanitaire et promotion de la santé persiste donc toujours, que ce soit dans les organisations professionnelles et scientifiques de nombreux pays, les États-Unis notamment. Elle transparaît même encore dans le nom de la grande organisation internationale qui rassemble les spécialistes de partout sur la planète dans les deux domaines: *L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé* (www.IUHPE.org).

C'est pourquoi, lorsque l'on tente de trouver une définition univoque et précise de la promotion de la santé, on nage encore dans un magma pas toujours bien modelé.

La promotion de la santé: une définition

Prenons par exemple deux des définitions les plus répandues sur la scène internationale, celle de la Charte d'Ottawa (WHO 1986) et celle de l'ouvrage qui a probablement le plus de notoriété internationale dans le domaine, celui de Green et Kreuter (1999).

Pour la charte, la promotion de la santé est "*un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci*", alors que pour Green et Kreuter, elle est "*toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités*" (traduction libre).

La juxtaposition de ces deux définitions permet d'énoncer le problème conceptuel majeur qui empoisonne toujours l'existence de la promotion de la santé (O'Neill 1997). En effet, on utilise encore aujourd'hui cette même expression pour désigner deux éléments fort distincts (O'Neill & Cardinal 1998). Il s'agit d'une part d'une *idéologie*, qui n'est finalement rien d'autre que la philosophie traditionnelle de la santé publique désignée au fil des ans sous les appellations hygiène publique, santé publique, santé communautaire et, plus récemment, nouvelle santé publique (Asthon & Seymour 1988; Martin & McQueen 1989), santé des populations (Evans et al. 1996) ou santé publique écologique (Chu & Simpson 1994; Kickbusch 1989). La définition de l'OMS est l'exemple parfait d'une définition peu spécifique où les aspects d'orientations philosophiques sont dominants.

D'autre part, en particulier chez celles et ceux qui en font un métier, la promotion de la santé est d'abord et surtout d'un ensemble *de pratiques spécifiques* visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel; personnellement, c'est la définition que j'en retiens (O'Neill & Cardinal 1998), dans la lignée de celle de Green et Kreuter (1999). Ces deux dernières définitions sont quant à elles plus près d'une vision opérationnelle du champ, même si celle de la Charte d'Ottawa détient actuellement le haut du pavé.

Cesser d'utiliser l'expression *promotion de la santé* pour en désigner la philosophie et ne la réserver que pour désigner les pratiques spécifiques mentionnées ici aiderait sans doute à clarifier les choses. Cela aurait notamment pour avantage

Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes?

de préciser les rapports entre promotion de la santé et prévention, un autre piège conceptuel qu'on retrouve fréquemment. Si l'on accepte que la promotion de la santé est ce sous-ensemble de pratiques spécialisées du champ de la santé publique qui vise spécifiquement la modification des habitudes de vie ayant un rapport avec la santé, tant dans leurs dimensions individuelles qu'environnementales, alors on peut évidemment déployer des activités de promotion de la santé tant en prévention primaire que secondaire ou tertiaire qu'au moment d'interventions curatives ou de réadaptation. C'est donc l'expertise à intervenir avec compétence sur la dimension comportementale (individuelle et collective) d'un problème qui caractérise la promotion de la santé, et non son idéologie ou le stade de l'histoire naturelle d'une maladie auquel on intervient.

L'idée des données probantes: évolution et définition

Rappelons d'abord que même si elle n'a vu sa popularité exploser qu'au cours des années 1990, avec en particulier les avancées faites par la *Cochrane Collaboration*, l'idée de fonder les interventions des professionnel/les de la santé sur des bases scientifiques rigoureuses ne date pas d'hier. En effet, c'est en 1971 qu'Archibald Cochrane, le célèbre épidémiologiste anglais, publiait son non moins célèbre ouvrage "*Effectiveness and efficiency*". C'est d'ailleurs en hommage à ses travaux que la *Cochrane Collaboration* a été baptisée lors de sa création bien des années plus tard. Dans les années 1970 comme aujourd'hui, pour Cochrane et ses émules, l'idée de base de l'entreprise demeure la même. Tel que son énoncé de mission le stipule: "*La Cochrane Collaboration est une organisation internationale qui vise à aider les gens à prendre des décisions informées à propos des services de santé en préparant, mettant à jour et promouvant l'accessibilité à des revues systématiques sur les effets des soins de santé*" (traduction libre) (www.cochranelibrary.com). Ces revues systématiques sont basées sur des analyses sophistiquées de la littérature scientifique publiée et sont réalisées à l'aide de protocoles précis, par des groupes internationaux de volontaires qui sont souvent les sommités internationales dans leur domaine. Ces revues, en règle générale, n'incluent que des études expérimentales ou quasi expérimentales faites selon la logique des fameux *RCT's*, les *randomized clinical trials*, expression que l'on traduit habituellement en français par essais cliniques randomisés. La méthodologie des *RCT's*, mise à la mode dans le champ de la pratique médicale clinique par les épidémiologistes, vise à mesurer sur des groupes comparables l'effet différentiel de diverses interventions ou de pas d'intervention du tout.

L'intérêt des *RCT's* comme procédure pour évaluer toute intervention dans le domaine de la santé n'a pas séduit que des

épidémiologistes, tels Cochrane. Toujours durant les années 1970, même le sociologue radical John McKinlay en proposait l'utilisation pour décider de ce que les États devraient accepter d'inclure dans leurs systèmes publics de santé (1979).

Ce qui est relativement nouveau, depuis les années 1990 environ, c'est l'acceptation de plus en plus répandue tant par des organisations professionnelles de médecins (Beaulieu et al. 2001), d'infirmières (Morin & Leblanc 2002) ou d'autres praticien/nes que par des gouvernements (Gouvernement du Canada 1997) du fait que les interventions dans le domaine de la santé ne sont pas simplement une forme d'art, reposant sur un intangible jugement clinique. Les pratiques professionnelles seraient des comportements rationnels, prévisibles et systématisables, qu'on peut optimiser de manière scientifique à l'aide des *RCT's* afin qu'ils deviennent les plus efficaces et les plus efficaces possible.

Il ne faut pas oublier cependant qu'au cours des années 1970 et 1980, bien des types de recherche avaient analysé de manière critique, en utilisant habituellement les *RCT's*, les pratiques professionnelles dans le domaine de la santé (Domenighetti 1994; Santé et Bien-être Social Canada 1980; Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec). Pourquoi alors, malgré toutes ces entreprises, ce n'est que dans les années 1990 que la mode des *evidence-based practices* connaîtra autant de succès?

Je pose comme hypothèse que, bien davantage que la conviction en la rationalité de baser les pratiques sur des données probantes, la principale raison de cet engouement récent est la nécessité de plus en plus grande, pour tout groupe professionnel ou toute intervention, de faire la preuve des résultats qu'elle produits afin de survivre. En effet, cette nécessité s'est manifestée principalement au cours des derniers dix ans, dans un contexte de coupures budgétaires dans les systèmes publics de santé ou de contrôle très serré des pratiques professionnelles par les entreprises privées évoluant dans le domaine, afin de maximiser leurs profits.

On considérera donc pour les fins de cet article, comme c'est habituellement le cas, que les pratiques fondées sur des données probantes sont celles proposées suite à des revues systématiques de littérature scientifique, effectuées sur des recherches scientifiques publiées, et basées principalement sur une méthodologie expérimentale de type *RCT*.

Le débat sur les données probantes en promotion de la santé

L'idée de baser ses interventions sur des données probantes est loin d'être étrangère au champ de la promotion de la santé. On peut même dire qu'elle a suscité, en particulier au cours des cinq dernières années, des débats passionnés et

passionnants (Potvin & Gauvin 2000). Il est important, avant de discuter de ces débats, de les recadrer dans la perspective des préoccupations d'évaluation de l'efficacité des interventions en promotion de la santé.

L'évaluation des interventions en promotion de la santé

La nécessité d'évaluer les interventions en promotion de la santé, que ce soit pour des fins de gestion interne des programmes, de justification de financement ou d'avancée des connaissances scientifiques, ne date pas d'hier: elle est aussi vieille que le champ lui-même. Déjà, au cours des années 1980, plusieurs ouvrages spécialisés se penchaient sur la question et proposaient des stratégies précises à cet effet (Noack & McQueen 1988; Green 1986; Abelin et al. 1987). C'est cependant avec le début des années 1990, dans la foulée du questionnement systématique de l'ensemble des activités financées dans le cadre des systèmes publics de santé, que cette préoccupation est devenue encore plus manifeste. En effet, la volonté de la majorité des gouvernements de s'acheminer vers des budgets non-déficitaires, couplée au fait que les dépenses de santé sont toujours un poste budgétaire très considérable dans tous les pays, ont amené un peu partout un questionnement des services et activités subventionnés par les fonds publics dans ce secteur. En plusieurs endroits, c'est la logique des données probantes qui a été utilisée pour formuler ce questionnement et à cet égard, les activités de promotion de la santé ont beaucoup souffert, étant peu en mesure de faire la preuve de leur efficacité à partir de cette logique. Cela a eu pour effet de jeter un certain discrédit sur la promotion de la santé dans de nombreux pays et ce, même au Canada, ce chef de file international dans le domaine. En effet, au cours des années 1990, le discours de *la santé des populations* (Evans et al. 1996), plus economiciste et plus classique dans sa vision de la science, y a détrôné celui de la promotion de la santé, perçu généralement comme trop vague et pas assez mesurable.

Sentant à plusieurs égards leur discipline menacée par ce mouvement de fond, plusieurs ténors de la promotion de la santé n'ont pas tardé à réagir de diverses manières (Potvin & Gauvin 2000). Au Canada par exemple, alors qu'elles sont plus voisines qu'éloignées (O'Neill et al. 2001), la vision de la santé des populations a été sévèrement critiquée par les tenants de celle de la promotion de la santé, tant sur ses plans épistémologiques et méthodologiques que sur ses postulats idéologiques et ses conséquences politiques (Labonté 1995; Robertson 1998; Coburn et al. 1995; Poland et al. 1998) Sur la scène internationale, afin d'une part de légitimer l'existence de la promotion de la santé dans un contexte de coupures budgétaires mais aussi, d'autre part, d'en profiter pour jeter un coup d'oeil sur l'état des pratiques dans le do-

main, plusieurs entreprises d'envergure ont été conduites durant la seconde moitié des années 1990, sous l'égide notamment de l'OMS-Europe (Rootman et al. 2001) ou de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (IUHPE 1994; 1999), afin de faire le point sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé. La question est encore suffisamment d'actualité pour que l'OMS et l'UIPES créent, en 2001, un comité international conjoint dont le rôle est de continuer à encourager les initiatives visant à démontrer l'efficacité de la promotion de la santé, en intégrant et diffusant les résultats de ces initiatives (IUHPE 2001).

Une étude de 17 initiatives d'analyse des pratiques en promotion de la santé

Un document particulièrement utile effectuée à ce propos une comparaison systématique de 17 entreprises internationales visant à baser les pratiques en promotion de la santé sur des données probantes et en dégage certaines conclusions quant à la manière d'établir des bonnes pratiques dans le domaine (Jackson et al. 2001). Les initiatives analysées étaient de six types et incluait toutes celles qui, en promotion de la santé, ont récemment tenté de statuer sur l'efficacité des interventions avec, pour la majorité, une approche de données probantes telle que nous avons proposé de la définir plus tôt. Le Tableau 1 en dresse la liste.

En plus d'avoir analysé un ensemble particulièrement convaincant tant par sa quantité que par sa diversité, l'étude de Jackson et al. (2001) est aussi intéressante en ce qu'elle énonce d'entrée de jeu sa vision de la promotion de la santé, basée sur la charte d'Ottawa et les 11 caractéristiques décrites dans le Tableau 2, à partir de laquelle les critères d'analyse ont été construits. On peut être en accord ou pas avec cette vision (personnellement, tel qu'exposé plus haut, je ne le suis que partiellement, la trouvant trop idéologique et pas assez technique); elle a au moins le mérite d'être explicite et claire.

Que concluent ces auteur/es de leur analyse comparative? D'abord qu'aucune des 17 initiatives analysées ne répond parfaitement aux besoins du champ de la promotion de la santé, tel qu'eux le définissent du moins. Pour eux (Jackson et al. 2001), le principal problème de *repérage* des études analysées par ces initiatives en est un d'usage quasi exclusif et de la langue anglaise comme langue de publication et de recours principal à la littérature publiée, telle qu'indexée dans "Medline", comme bassin de recrutement d'études; le principal problème de *sélection* en est un de l'usage quasi exclusif des *RCT's* comme critère d'inclusion des études analysées; le principal problème d'*analyse* est celui de n'utiliser que des critères méthodologiques; le principal problème de *synthèse* est que seules quatre des 17 initiatives feraient

Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes?

Tableau 1 Liste des 17 initiatives analysées, par type d'initiative

<p>(a) Bases de données internationales de revues systématiques de la littérature constamment mises à jour (générales mais incluant une composante promotion de la santé):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cochrane Collaboration – National Health Service Centre for Reviews and Dissemination (Royaume-Uni) <p>(b) Séries de revues systématiques de la littérature sur des sujets précis (menées sur plusieurs années et dédiées en tout ou en partie à des sujets de promotion de la santé):</p> <ul style="list-style-type: none"> – U.S. Guide to Community Preventive Services – Public Health Division of the Department of Human Services in Victoria (Australie) – Evidence for Policy and Practice Information Coordinating Centre in UK – Overviews of research literature by Central West Health Planning Information Network (Ontario, Canada) – Public Health Research Education and Development program reviews (Ontario, Canada) <p>(c) Publications réalisées à un moment dans le temps (qui synthétisent l'état des pratiques dans un ou plusieurs domaines de la promotion de la santé)</p> <ul style="list-style-type: none"> – International Union for Health Promotion and Education, 1994 – International Union for Health Promotion and Education, 1999; report "The Evidence of Health Promotion Effectiveness" – International Best Practices in Heart Health 1998 (Ontario, Canada) <p>(d) Revues spécifiques produites dans le cadre d'un projet particulier</p> <ul style="list-style-type: none"> – National Forum on Health 1998 (Canada) – Health Promotion Effectiveness in Alberta (Alberta, Canada) – University of Toronto Centre for Health Promotion: Symposium on Effectiveness of Health Promotion, 1996 <p>(e) Cadres d'analyses des pratiques proposés mais pas encore opérationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> – Campbell Collaboration – Kahan and Goodstadt's "Best Practices in Health Promotion; Framework to Assess Reviews or Syntheses" (Ontario, Canada) <p>(f) Évaluations économiques (une base de données et une revue de la littérature utiles à la promotion de la santé)</p> <ul style="list-style-type: none"> – National Health Service Economic Evaluations Database (Royaume Uni) – "An Ounce of Prevention... What are the Returns?"; Centres for Disease Control and Prevention of the US Department of Health and Human Services
--

Source: Jackson et al. (2001), pp. 3–4, traduction libre

Tableau 2 Caractéristiques de la promotion de la santé utilisées pour analyser les 17 initiatives

<ol style="list-style-type: none"> 1) Les résultats à court et moyen autant qu'à long termes sont considérés. 2) Les processus sont considérés autant que les résultats. 3) L'accent est mis sur les populations et les communautés davantage que sur les individus. 4) L'accent est mis sur une combinaison de stratégies d'intervention davantage que sur une seule. 5) Plusieurs disciplines et secteurs sont impliqués. 6) L'accent est mis sur les déterminants de la santé et leurs interactions (v.g.: environnement social, économique et physique) 7) L'accent est mis sur l'implication des clients ou membres de la communauté dans la conception d'interventions adaptées, la recherche et l'évaluation. 8) Des approches qualitatives et quantitatives sont utilisées en recherche et en évaluation. 9) L'accent est mis sur des théories et croyances en promotion de la santé, qui se manifestent à plusieurs niveaux de chaque projet (ex.: la santé est positive, holistique et à plusieurs niveaux). 10) L'accent est mis sur les valeurs de la promotion de la santé (santé optimale pour tous, justice sociale, partage du pouvoir, sensibilité et respect pour l'écologie, enrichissement de la vie individuelle et collective). 11) Il existe un lien avec les processus politiques et sociaux aux divers paliers gouvernementaux, locaux et autres (avec un accent particulier mis sur les stratégies de développement de politiques publiques favorables à la santé et d'<i>advocacy</i>).

Source: Jackson et al. (2001), p. 3, traduction libre

réellement des synthèses bien intégrées de l'état d'une pratique; et, finalement, ils soulignent que plusieurs bonnes pratiques existent quant à la *dissémination des résultats* dans des formats simples et visant explicitement les preneur/es de décisions. En attendant que puisse être mise en place une stratégie de revues systématiques davantage congruente avec les besoins de la promotion de la santé, Jackson et al. (2001) suggèrent que les résultats produits par trois des 17 initiatives étudiées soient utilisés: ceux du "U.S. Guide to Community Preventive Services", de la *Cochrane Collabora-*

tion ainsi que du *National Health Service Centre for Reviews and Dissemination* du Royaume-Uni.

Quelques enjeux soulevés par le débat sur les données probantes en promotion de la santé

Le travail de Jackson et al. (2001) permet notamment de soulever certains des enjeux qui se posent quand on se préoccupe de données probantes en promotion de la santé. En voici cinq, qui permettent de baliser plusieurs des

dimensions à considérer et de soulever quelques dilemmes importants lorsqu'on se préoccupe de la question.

Premier enjeu: les conséquences d'une définition

Dépendamment de la vision de la promotion de la santé qu'on adopte, l'approche des données probantes sera plus ou moins pertinente. En effet, si l'on souscrit à la vision dominante de la promotion de la santé, telle que véhiculée à partir de la Charte d'Ottawa et reprise par Jackson et ses collègues, il est bien certain que les valeurs mêmes qui fondent cette vision tendent à s'opposer à plusieurs des valeurs qui sous-tendent les démarches scientifiques classiques des entreprises visant à produire des données probantes. La vision sociale, collectiviste, participative et politique de la Charte a en effet peu à voir avec l'objectivité, la neutralité politique, la rationalité et l'importance de la science comme base à la prise de décision auxquelles réfèrent habituellement les bâtisseurs de données probantes. Pour la vision dominante en promotion de la santé, l'approche des données probantes serait donc difficilement utilisable.

Cependant si, comme je le propose, on considère la promotion de la santé comme un ensemble de pratiques spécialisées visant le changement planifié des comportements humains et des environnements sociaux reliés à la santé (O'Neill & Cardinal 1998), alors une pluralité de valeurs peuvent cohabiter. L'utilisation de données probantes, en particulier pour les interventions plus individuelles pour lesquelles des devis expérimentaux ou quasi-expérimentaux sont plus faciles à développer, peut alors devenir à la fois faisable et appropriée.

Second enjeu: les croyances épistémologiques

La production et l'utilisation de données probantes s'inscrit habituellement dans une vision de la science bien particulière héritée des sciences de la nature du 19^e siècle et encore largement dominante dans l'univers biomédical: celle du modèle expérimental de type positiviste. Or, lorsque comme en promotion de la santé notre objet est le comportement humain, dans ses dimensions individuelles et collectives, le type de science approprié n'est plus nécessairement le positivisme: les grands débats épistémologiques qui ont cours dans les sciences humaines et sociales depuis plus de 150 ans en témoignent éloquentement. Pour plusieurs, qu'on les nomme phénoménologistes, herméneutes ou, dans leur mouture plus contemporaine constructivistes, la science à produire lorsque notre objet est l'être humain ne peut ni ne doit être de même nature que celle produite pour étudier les autres objets de l'univers (O'Neill 1996).

Or le champ de la promotion de la santé, attendu son inscription dans l'univers de la santé publique et des sciences de

la santé encore largement dominé par la profession médicale et une vision biomédicale des choses (Kickbusch 1989), a fort peu de légitimité pour recourir à des visions plus riches et plus complexes de la science que celles proposées par le positivisme classique. Pourtant, ces visions seraient très utiles, sinon nécessaires, pour développer les connaissances scientifiques requises pour planifier les changements de comportements et d'environnements souhaités (Lincoln 1992). Et ces visions proposent des démarches méthodologiques qui s'éloignent généralement très radicalement de la méthode expérimentale et des *RCT's*, souvent perçus comme anachroniques et inappropriés si l'on veut produire une science utilisable et signifiante (Labonte & Robertson 1998).

Ce sont ces croyances épistémologiques et les types de devis méthodologique qu'elles inspirent, bien davantage que la vieille querelle stérile du quantitatif et du qualitatif, qui me semblent au cœur des débats à tenir sur les fondements scientifiques de la promotion de la santé (O'Neill 1996). Comme tout type de croyance, les croyances épistémologiques sont fortement ancrées chez les scientifiques qui y adhèrent, souvent inconsciemment, et sont ainsi extrêmement difficiles à remettre en cause. La réflexion épistémologique est donc un des enjeux majeurs pour qui se préoccupe de données probantes en promotion de la santé; s'y intéresser davantage, comme le font si bien McQueen et Anderson (2000), amènerait notamment à réfléchir sur la nature de l'évidence requise pour être convaincu de la valeur d'une intervention, nature qui peut fort bien varier selon le point de vue épistémologique adopté.

Troisième enjeu: les limites méthodologiques des RCT's

Même pour celles et ceux qui adhèrent à la vision positiviste de la science et à la méthode expérimentale qui sous-tendent les *RCT's*, les défis à établir l'efficacité de la promotion de la santé selon cette approche sont considérables et, pour de nombreux types d'interventions, à toutes fins pratiques insurmontables.

En effet, si dans des conditions de laboratoire avec des rats génétiquement identiques on peut en arriver, toute chose étant égale par ailleurs, à ne faire varier qu'une variable indépendante à la fois et à établir hors de tout doute raisonnable son effet sur la variable dépendante, dans les conditions naturelles de vie des êtres humains il en va tout autrement. Comment trouver des sujets vraiment comparables? Comment contrôler les facteurs confondants? Comment être certain hors de tout doute que c'est vraiment l'intervention, et non quelqu'autre facteur, seul ou généralement en interaction avec d'autres, qui est responsable du changement?

Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes?

Même si cela est difficile, dans le cas de l'étude du comportement individuel des trésors d'ingéniosité ont cependant été déployés depuis des dizaines d'années pour inventer des devis quasi-expérimentaux (Campbell & Stanley 1963), pour développer des manières de recruter et de conserver ses sujets, pour perfectionner des techniques d'analyse statistique de plus en plus puissantes et précises. C'est toutefois quand l'unité d'analyse et d'intervention, comme c'est très fréquemment le cas en promotion de la santé, n'est plus l'individu mais bien le groupe, la communauté ou l'ensemble d'une société, et ce pour des phénomènes dont l'évolution s'étend sur des décennies, que mettre sur pied des devis de recherche expérimentaux ou quasi-expérimentaux devient non seulement financièrement prohibitif, mais questionnable sur le plan même de la valeur scientifique des résultats produits par une telle entreprise.

Quatrième enjeu: faire passer l'évidence dans les pratiques

Pour le bénéfice de l'argumentation, admettons que pour de nombreuses interventions biomédicales, tel que décrit dans les centaines de revues systématiques de la *Cochrane Collaboration* par exemple, on soit raisonnablement certain que telle ou telle pratique est préférable. Encore faut-il qu'elle soit adoptée par les personnes visées! C'est précisément l'expertise de la promotion de la santé de s'attaquer au changement planifié des comportements, que ce comportement soit celui d'un patient, d'un décideur politique ou, dans le cas qui nous intéresse ici, celui d'un/e professionnel/le de la santé.

Or, s'il est une évidence scientifique incontournable que des dizaines d'années de recherche fondamentale et appliquée en sciences du comportement ont confirmée *ad nauseam*, c'est l'absence de lien automatique entre les connaissances et le comportement. Et ce, malgré l'ignorance, quand ce n'est le mépris, qu'ont très souvent à l'égard de cette évidence les professionnel/les de la santé, notamment parce qu'elle ne provient pas de leur univers scientifique. Le chemin entre la connaissance et le comportement est en effet balisé de plusieurs variables complexes, peu aisées à manipuler, dont le poids relatif, dépendamment du comportement et de la clientèle, peut varier considérablement (Godin 1991). Ce n'est donc pas parce que la *Cochrane Collaboration* en arrive à la conclusion que telle ou telle pratique professionnelle chirurgicale, pharmacologique ou autre est à adopter ou à abolir, que du jour au lendemain les professionnel/les obtempéreront. Encore faut-il qu'elles ou ils soient au courant, y trouvent un intérêt financier ou autre et que leur environnement professionnel ou organisationnel soit doté de mécanismes favorisant ces pratiques optimales. Les études se penchant sur l'adoption d'une innovation (Ro-

gers & Shoemaker 1973) ont d'ailleurs abondamment démontré depuis longtemps qu'au delà de la volonté individuelle, dans le monde médical comme ailleurs (McKinlay 1981), le chemin des changements de comportements est long, ardu et parsemé de renforts ou d'obstacles souvent très étonnants pour le néophyte.

Dans un ordre d'idées complémentaire, la place de la science dans la prise de décision politique ou organisationnelle est beaucoup moins considérable que l'image un peu naïve et mécaniste qu'on en a parfois. Comme l'a montré un corpus de recherche très considérable en science politique et en sciences de l'administration, l'électorisme, le clientélisme des organisations ou l'avis des proches comptent souvent bien davantage dans ces décisions que toute donnée scientifique, si probante soit-elle (Czada & Windhoff-Héritier 1991). C'est d'ailleurs ce que toute personne ayant un peu d'expérience de gestion sait d'emblée, et qui vient confirmer le vieil aphorisme de John McKnight si populaire en promotion de la santé: *Organisations learn from data, people learn from stories*. D'où la préoccupation de plus en plus marquée, un peu partout, pour améliorer la traduction des acquis de la recherche scientifique dans les pratiques décisionnelles ou interventionnelles (Johnson et al. 1996; Dunn et al. 1994).

Et si cela est déjà très difficile en regard de la modification du comportement d'individus, professionnels ou décideurs, que dire alors de la capacité à faire passer les acquis scientifiques dans les comportements de groupes ou de collectivités?

Cinquième enjeu: les pratiques de qui évaluer?

Ce dernier enjeu est plus carrément politique. En effet, vouloir analyser et transformer les pratiques de promotion de la santé à l'aune des données probantes risque d'avoir des effets pervers indésirables. Si l'on prend le volet plus communautaire de ces interventions, habituellement chichement financé par des deniers publics, la tendance de plus en plus fréquente, pour des raisons d'imputabilité d'autre part fort légitimes, est de vouloir établir hors de tout doute raisonnable que l'argent investi dans ces petits projets, souvent un peu brouillons mais enracinés de manière indéniable dans le quotidien des individus et des communautés, donne des résultats (Thurston et al. 1999). On en vient donc, du moins au Canada et je soupçonne que c'est une tendance ailleurs aussi, à avoir des exigences évaluatives complètement déraisonnables envers ces projets, alors que l'on laisse encore sans évaluation des pans complets des interventions biomédicales infiniment plus coûteuses à la collectivité. Les risques de ces récents débordements sont qu'on en vienne à ne financer que des projets plus classiques, déjà bien subventionnés,

équipés de personnel pouvant répondre à des attentes évaluatives formulées dans une logique de données probantes. Face à cet état de fait, ma position est double.

D'une part, on pourrait considérer l'argent investi dans les initiatives communautaires de promotion de la santé comme une forme de redistribution de la richesse; dans cet esprit, on pourrait tout simplement ne pas les évaluer, sous la foi du lien très abondamment démontré entre diminution de la pauvreté et augmentation de l'état de santé (O'Neill 1989). Si on souhaite les évaluer, il est alors crucial que l'intensité requise pour ce faire demeure dans les limites du raisonnable et ne détourne pas à des fins d'évaluation des ressources qui seraient mieux employées à offrir des services essentiels que les systèmes officiels n'offrent pas ou plus. J'attendrais de plus, pour mettre en œuvre ces évaluations, que des mécanismes systématiques au moins aussi exigeants soient mis en place pour les interventions biomédicales hypercoûteuses dont on ne sait rien de l'efficacité ou de l'efficience.

D'autre part, il existe maintenant toute une littérature sur la recherche participative (Green et al. 1995), de même que des outils concrets d'auto-évaluation (Maltrud et al. 1997; Office of Health Promotion 1992) qui se proposent d'équiper des individus et des communautés afin qu'ils se posent eux-mêmes les questions d'évaluation pertinentes, recueillent les données pour y répondre et réorientent leurs actions en conséquence. C'est bien davantage dans cette direction, que dans celle d'impossibles ou quasi impossibles devis d'évaluation expérimentale ou quasi expérimentale, que l'on devrait continuer à réfléchir et à agir quant à l'analyse des interventions communautaires en promotion de la santé.

Conclusion

Que conclure alors? D'abord, il est évident que de vouloir organiser l'ensemble des pratiques en promotion de la santé à partir d'une logique de données probantes est non seulement irréaliste, mais encore irréalisable. Sans épouser le langage de certains des ténors de la promotion de la santé qui soutiennent que l'approche par les données probantes est incompatible avec ce champ tant à cause des valeurs qu'elle sous-tend que des orientations épistémologiques et politiques qu'elle suppose, on peut néanmoins proposer que cette approche n'est pas la panacée; et ce, même si elle peut à l'occasion être utile, notamment en ce qui a trait aux interventions sur les individus qui se prêtent moins difficilement

au type d'approche méthodologique favorisée par une orientation de données probantes. Il est donc aussi ridicule et inapproprié de vouloir bannir toute approche basée sur des données probantes que de tout vouloir évaluer selon cette orientation. La notion d'oecuménisme méthodologique développée par Haldeman et Lévy (1995) me semble donc des plus intéressantes à cet égard, pour qui veut adopter une approche épistémologique et méthodologique équilibrée et utile.

Mes derniers mots vont à Jackson et al. (2001), une fois de plus. Que suggèrent-ils pour bonifier l'approche des données probantes telle qu'elle existe actuellement, afin de la rendre plus conforme à leur vision de la promotion de la santé?

Au niveau de *l'approche générale*, ils proposent de maintenir l'orientation de clarté des protocoles d'analyse et de travail en équipes internationales sur une base continue, adoptée par les meilleures initiatives déjà en place; ils souhaitent toutefois un enrichissement des équipes pour qu'elles soient davantage interdisciplinaires et qu'elles incluent des usagers. Du côté de *l'identification et de la sélection* des interventions à analyser, ils suggèrent d'aller au-delà de l'anglais et au-delà de "Medline", en utilisant des bases de données bibliographiques susceptibles d'accueillir une diversité d'approches méthodologiques; ils recommandent aussi de considérer la littérature grise, pas juste les publications scientifiques classiques. Au niveau *de l'analyse et de la synthèse*, ils incitent à utiliser d'autres critères que seulement la méthodologie pour évaluer la qualité d'une intervention (par exemple: la fidélité aux valeurs de la promotion de la santé, les préoccupations de processus autant que de résultats etc.); ils proposent néanmoins de maintenir une analyse de la qualité méthodologique de l'étude, mais à partir de critères qui font place à divers devis de recherche, incluant mais allant au delà des RCT's. Finalement, quant à *la diffusion des résultats*, les pratiques actuelles leur semblent un très bon départ, dans la mesure où on se préoccuperait davantage de la population générale comme public cible.

Il existe donc certainement un avenir un avenir pour l'utilisation des données probantes en promotion de la santé, mais à l'intérieur de certaines limites, dans la mesure où elles ne sont pas perçues comme la seule et unique manière d'évaluer les pratiques dans ce domaine et dans la mesure où il demeure de la place pour d'autres types de démarche qui, très souvent, restent les seules disponibles pour fournir un jugement éclairé sur la capacité d'une intervention à produire des résultats.

Résumé

Cet article, dans une perspective historique et sociologique, vise à positionner les grands enjeux liés à l'idée de baser les interventions en promotion de la santé sur des données probantes (*evidence-based practices*). Le texte retrace d'abord l'évolution internationale des notions de promotion de la santé et de pratiques basées sur les données probantes, et en fournit une définition.

On s'attarde ensuite à montrer pourquoi et comment l'idée des pratiques basées sur les données probantes s'est étendue au champ de la promotion de la santé, surtout depuis la seconde moitié des années 1990, dans la mouvance d'une préoccupation évaluative déployée partout à travers la planète par des gouvernements en mal de contrôler les coûts des systèmes publics de santé. On présente aussi la réaction, souvent assez négative, du champ de la promotion de la santé à la mode des données probantes.

Finalement, certains grands enjeux que soulève cette mode pour la promotion de la santé sont évoqués, que ce soit sur les plans politique ou méthodologique. L'article conclut que les données probantes sont loin d'être la panacée, bien qu'elles puissent avoir une utilisation limitée pour certains types de pratiques dans ce domaine. Des suggestions sur des manières alternatives d'établir ce qu'est une "bonne pratique" en promotion de la santé sont aussi offertes.

Zusammenfassung

Warum machen wir uns in der Gesundheitsförderung so viele Gedanken um beweiskräftige Daten?

Dieser Artikel will aus einem soziologischen und historischen Blickwinkel die wesentlichen Fragen, die mit der Idee der Verwendung von beweisbasierten (*evidence-based*) Verfahren in der Gesundheitsförderung einhergehen, ausleuchten. Zunächst wird die internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung und der beweisbasierten Verfahren betrachtet sowie entsprechende Definitionen dieser Konzepte geliefert.

Im Weiteren analysiert der Artikel, wie der Ansatz der beweisbasierten Verfahren, besonders seit der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre, den Bereich der Gesundheitsförderung erfasst hat. Dies ist in Zusammenhang mit Bedenken im Bereich der Evaluation geschehen, die von Regierungen der ganzen Welt geäußert wurden, um die öffentlich finanzierten Gesundheitssysteme abzubauen. Die oft negative Reaktion der Gesundheitsförderung auf beweisbasierte Verfahren wird ebenfalls dokumentiert.

Zuletzt werden einige methodische und politische Fragen aufgeworfen, die mit der Idee der Verwendung von beweisbasierten Verfahren in der Gesundheitsförderung in Zusammenhang stehen. Dieser Ansatz ist weit davon entfernt, ein Allheilmittel zu sein, aber es gibt gewisse Anwendungsmöglichkeiten für bestimmte Verfahren in der Gesundheitsförderung. Es werden Alternativen für die Festlegung „bestmöglicher Verfahren“ in diesem Bereich vorgeschlagen.

Références

Abelin T, Brzezinski ZJ, Carstairs V, eds. (1987). *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: World Health Organization.

Ashton J, Seymour H (1988). *The new public health, the Liverpool experience*. Liverpool: Liverpool Press.

Beaulieu MD, Battista R, Blais R (2001). À propos de l' "Evidence-based medicine". *Ruptures* 7: 120–34.

Campbell D, Stanley JC (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.

Chu C, Simpson R, eds. (1994). *Ecological public health: from vision to practice*. Toronto: University of Toronto Centre for Health Promotion and Participation.

Coburn D, Poland B, Eakin J, et al. (1995). Comments on Why are some people healthy and others not. *Health Can Soc* 3: 169–76.

Cochrane A (1971). *Effectiveness and efficiency*. Abingdon: Burgess.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. <http://www.aetmis.gouv.qc.ca/>

Czada RM, Windhoff-Héritier A, eds. (1991). *Political choice: institutions, rules, and the limits of rationality*. Boulder: Westview Press

Domenighetti G (1994). *Marché sanitaire: pour une stratégie informative du consommateur*. In: Bastien R, Langevin L, LaRocque G, et al., eds. *Promouvoir la santé: réflexions sur les théories et les pratiques*. Montréal: RÉFIPS.

Dunn E, Norton P, Stewart M, et al., eds. (1994). *Disseminating research, changing practices*. Thousand Oaks: Sage.

Evans R, Barer M, Marmor T, eds. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*; Montréal et Paris: PUM et John Libbey Eurotext.

Godin G (1991). *L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs*. *Sci soc santé* 9: 67–94.

Gouvernement du Canada (1997). *Forum national sur la santé, rapports de synthèse et documents de référence, vol 2*. Ottawa: Gouvernement du Canada.

Green L, George A, Daniel M, et al. (1995). *La recherche participative en promotion de la santé au Canada: bilan et prospectives*. Ottawa: Société Royale du Canada.

Green L, Kreuter M (1999). *Health promotion planning, an educational and ecological approach*. 3rd ed. Mountain View: Mayfield.

Green LW (1986). Measurement and evaluation in health education and health promotion. Paolo Alto: Mayfield.

Haldeman V, Levy R (1995). Oecuménisme méthodologique et dialogue entre paradigmes. *Can J Aging 14*: 37–51.

IUHPE (1994). Un outil d'analyse des études d'efficacité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé: mise au point, utilisation et recommandations. Utrecht: Centre néerlandais de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.

IUHPE (1999). The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Paris: International Union for Health Promotion and Education.

IUHPE (2001). Minutes of the First Meeting of the Steering Group on the Global Programme on Health Promotion Effectiveness. Paris: International Union of Health Promotion and Health Education.

Jackson S, Edward R, Kahan B, Goodstat M (2001). An assessment of the methods and concepts used to synthesize the evidence of effectiveness in health promotion: a review of 17 Initiatives. Toronto: Canadian Consortium of Health Promotion Research. <http://www.utoronto.ca/chp/chp/consort/synthesifinalreport.pdf> (accessed July 2003).

Johnson JL, Green LW, Frankish CJ, et al. (1996). A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention. *Can J Public Health: 87(Suppl 2)*: S5–10.

Kickbusch I (1986). Health promotion, a global perspective. *Can J Public Health 77*: 321–7.

Kickbusch I (1989). Good planets are hard to find. Copenhagen: FADL.

Labonté R (1995). Population health and health promotion: what do they have to say to each other. *Can J Public Health 86*: 165–8.

Labonté R, Robertson A (1998). Delivering the goods, showing our stuff: the case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. In: Thurston W, Sieppert J, Wiebe V, eds. Doing health promotion research: the science of action. Calgary: University of Calgary Health Promotion Research Group: 41–62.

Lalonde M (1974). Nouvelle perspective de la santé des canadiens. Ottawa: Gouvernement du Canada, Ministère des approvisionnement et services.

Lincoln YS (1992). Fourth generation evaluation: the paradigm revolution and health promotion. *Can J Public Health 83 (SI)*: S6–S11.

Maltrud K, Polacsek M, Wallerstein N (1997). A workbook for participatory evaluation about community initiatives. Albuquerque: New Mexico Partnership for Healthier Communities and University of New Mexico.

Martin C, McQueen D, eds. (1989). Readings for a new public health. Edinburgh: Edinburgh University Press.

McKinlay J (1979). Epidemiological and political determinants of social policies regarding the public health. *Soc Sci Med 13*: 541–59.

McKinlay JB (1981). From “Promising Report” to “Standard Procedure”: seven stages in the career of a medical innovation. *Health Soc 59*: 374–411

McQueen D, Anderson L (2000). Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures 7*: 79–98.

Morin D, Leblanc N (2002). La pratique infirmière basée sur des données probantes, de quoi parle-t-on au juste? *L'infirmière du Québec 2002*.

Noack H, McQueen D, eds. (1988). Special issue on health promotion indicators. *Health Prom Int 3*: 1–125.

Office of Health Promotion (1992). Health indicators workbook: a tool for healthy communities. Victoria: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

O'Neill M (1989). Community health projects in Quebec: can they participate significantly to promote the health of the population in the years to come? *Health Prom Int 4*: 189–98.

O'Neill M (1996). Entre l'ontologique et les statistiques: un point de vue sur les méthodes de recherche en promotion de la santé. *Ruptures 3*: 144–56.

O'Neill M (1997). Promotion de la santé: enjeux pour l'an 2000. *Can J Nurs Res 29*: 63–70.

O'Neill M, Cardinal L (1998). Les ambiguïtés de la promotion de la santé au Québec. *Rech Sociograph 39*: 9–37.

O'Neill M, Pederson A, Rootman I (2001). La promotion de la santé au Canada: déclin ou mutation? *Ruptures 7*: 50–9.

Pederson A, O'Neill M, Rootman I, eds. (1994). Health promotion in Canada; provincial, national and international perspectives. Toronto: W.B. Saunders.

Poland B, Coburn D, Robertson A, et al. (1998). Wealth, equity and health care: a critique of a “population health” perspective on the determinants of health. *Soc Sci Med 46*: 785–98.

Potvin L, Gauvin L (2000). Recherche et transformation des pratiques professionnelles en promotion de la santé: avant-propos. *Ruptures 7*: 52–7.

Robertson A (1998). Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. *Health Prom Int 13*: 155–66.

Rogers EM, Shoemaker F (1973). Communication of innovations. Glencoe: Free Press.

Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al., eds. (2001). Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: World Health Organization.

Santé et Bien-être Social Canada (1980). Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. Hull: Gouvernement du Canada.

Thurston W, Wilson D, Felix R, et al. (1999). Health promotion effectiveness in Alberta: providing the tools for healthy Albertans. Calgary: University of Calgary Health Promotion Research Group

World Health Organisation (1984). Discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

World Health Organisation (1986). La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: WHO; Association canadienne de santé publique et Santé et Bien-être social Canada.

Adresse pour correspondance

Michel O'Neill, PhD
Faculté des Sciences infirmières
Université Laval
Québec, Qc, Canada, G1K 7P4
Tél.: +1 418 656-2131 poste 7431
Fax: +1 418 656-7825
e-mail : Michel.O'Neill@fsi.ulaval.ca