

Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action

Point de vue

Claire Chamberland

Université de Montréal

Angèle Bilodeau

Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-Centre

Introduction

Les quatre articles de ce dossier thématique proposent une lecture intéressante de la nature et de l'évolution du champ de la promotion de la santé, membre encore jeune de la grande famille de la santé publique ainsi que du rôle de la recherche dans la constitution de ce champ de pratique. Que ce soit parce que le territoire qu'elle couvre est vaste et imprécis, que ses méthodes d'intervention puisent à diverses sources, que ses stratégies d'évaluation sont parfois criticables ou encore que sa capacité à influencer le changement semble dans certains cas, paraître limitée, il nous semble, à l'instar de ce que souligne Didier Fassin, que la promotion de la santé demeure perpétuellement en quête d'identité et de légitimité. Nous commenterons chacun des articles en faisant ressortir ce double enjeu à travers différents questionnements au coeur des pratiques en promotion de la santé.

La santé publique aux prises avec le syndrome des personnalités multiples et des chocs culturels

D'entrée de jeu, Didier Fassin introduit un questionnement qui plonge les commentateurs dans l'expectative dubitative. Trois propositions structurent son regard insolite, voire un peu ironique, sur la santé publique. Premièrement, c'est une discipline (ou plutôt un champ d'action?) traversée par une quête identitaire polarisée entre d'une part, sa tradition centrée sur la protection, la maladie et une perspective normative et socio-réglementaire (valeur négative) et d'autre part, son orientation vers un idéal, voire une nouvelle exigence culturelle du mieux-être, commandant de nouvelles conventions généralement mieux servies par une perspective communautaire et interactive. Deuxièmement, cette évolution n'est pas uniquement source de tension identitaire, elle engendre aussi

un sentiment persistant d'insécurité, du fait que le territoire de la santé publique s'élargit jusqu'à sembler sans limites, en même temps que ses moyens s'amenuisent. En fait, ses balises, «entre un amont dans lequel elle se perd et un aval duquel elle veut s'extirper» ne sont clairement perceptibles du fait même de ses appartenances disciplinaires et professionnelles multiples, allant «de la médecine à la politique» en passant par la philosophie morale et l'éthique. D'où sa posture multi/inter/transdisciplinaire. Troisièmement, les tendances hautement métacognitives (rhétoriques) de la santé publique seraient elles-mêmes, selon l'auteur, la contrepartie de son peu de prise sur le réel et sur le changement.

Cette étonnante réflexion permet d'explicitier les paradoxes auxquels est confrontée la santé publique contemporaine. Visiter le passé permet parfois de mieux comprendre le présent et surtout d'aborder l'avenir. La santé publique a d'abord été et est toujours un levier administratif, subordonné au pouvoir qu'il soit monarchique ou démocratique, pour éloigner ou échapper aux menaces environnementales, qu'elles soient physico-chimiques ou biologiques. C'est ce qui lui a donné naissance. Les impératifs de survie sont toujours prioritaires et appellent bien souvent à des approches coercitives ou normatives. On comprendra dès lors que les domaines traditionnels de protection (maladies infectieuses, santé environnementale) à la naissance de la santé publique soient les seuls à être encadrés par une loi d'exception. Les Directeurs de santé publique sont à cet égard plus ou moins l'équivalent des Directeurs de la protection de la jeunesse. À ce niveau d'action, on déborde souvent les mesures «volontaires», les pratiques relèvent du type administratif et technocratique. Les objectifs et les moyens sont définis par le politique mais aussi par les experts qui, eux, proviennent de disciplines scientifiques et techniques qui ont aussi leur histoire. La science expérimentale, ses conventions et l'épistémologie positiviste qui la caractérisent, domine l'univers intellectuel des experts dans la partie «dure» de la santé publique. La surveillance épidémiologique, l'identification de normes, la confection d'indicateurs variés, bref, la centration sur le technogramme (Callon, 1986 ; Callon & Latour, 1986) sont autant d'exemples qui procèdent d'une logique d'explication et d'action en

conformité avec l'épistémologie positiviste et la méthode expérimentale. En somme, les savoirs du volet «dur» de la santé publique sont fortement marqués par l'approche de développement des connaissances des sciences expérimentales et des techniques alors que ses approches de planification et de programmation sont de type technico-administratif, parfois impératif et sous le contrôle de règlements et de normes diverses établis par des experts scientifiques. L'approche rationaliste est à l'oeuvre.

«L'information, en permettant au règne technique d'inscrire en lui l'ordre symbolique, réalise la clôture du système technicien sur lui-même. La rationalisation intégrale de la vie autrefois annoncée par Max Weber, se réalise sous nos yeux.»

(Dominique Lecourt, cité dans Truffaut 2000).

L'élargissement du territoire de la santé publique à son volet promotionnel s'est d'abord effectué sans rupture épistémologique. L'approche prescriptive y est appliquée avec le même enthousiasme. Il y a ceux qui savent et ceux qui ignorent et qu'on doit éduquer. «Il ne s'agit plus seulement de faire reculer une épidémie. Il faut que l'hygiène aspire à perfectionner la nature humaine en général [...] l'hygiène publique s'occupe de l'homme en société, et le considère aussi comme une espèce». C'est ce que Piaget appellerait un processus adaptatif de type «assimilatoire déformant». On réfère aux vieux schèmes pour tenter d'incorporer de nouvelles réalités. «Aux prétentions scientifiques, s'ajoutent désormais des aspirations morales [...] le positivisme est non seulement scientifique, il est aussi moral». Le territoire semble en effet sans limites. Et plus on agit en amont, moins on se distingue et plus on se «désécialise», ce qui induit un certain paradoxe pour qui pratique la promotion de la santé et du bien-être à la manière traditionnelle. L'approche rationaliste et expérimentale invite l'expert à découper son objet pour qu'il devienne plus facile à appréhender. Dans cette logique de développement du savoir, l'expert est non seulement spécialiste mais aussi souverain dans le processus de développement des connaissances. À partir du moment où l'on se préoccupe d'éradiquer les «nouvelles morbidités sociales» comme le sida, les sans-abri, la violence familiale, la pauvreté ou encore de promouvoir le bien-être des populations et le développement

social des collectivités, l'approche rationaliste dominante en santé publique convient définitivement moins et ce, tant pour la construction des référents théoriques sur lesquels se fonde la conceptualisation des problématiques que pour les approches de planification et de programmation qui balisent le développement de l'action.

Les défis de la promotion de la santé : une invitation à repenser les approches

L'élargissement du territoire génère une pression « adaptative » en faveur d'un renouvellement des perspectives d'intervention et de recherche dans des avenues où l'approche rationaliste et la science expérimentale ne peuvent être souveraines. D'autres méthodes de recherche découlant d'une approche positiviste ou encore d'autres épistémologies, constructiviste, émancipatoire et critique conviennent mieux aux réalités complexes auxquelles sont désormais confrontés les chercheurs et intervenants en promotion / prévention sociale. La souffrance ne peut être réduite à des problèmes individuels, isolés de l'histoire et du contexte, l'évaluation du risque ne peut se limiter au seul exercice mathématique ; l'intervention ne peut être ramenée à la manipulation de quelques dimensions sans tenir compte de leur contexte ; la perception de la réalité ne peut qu'être plurielle et enrichie par les significations des acteurs principalement concernés (Dallaire, 1998). Cela implique une reconnaissance et une intégration de savoirs multiples (émanant des scientifiques, des praticiens, des populations et des communautés) ainsi que la promotion de logiques de planification et d'action plus interactives et participatives. Ceci paraît constituer une condition incontournable devant favoriser la qualité de l'action dans les champs d'intervention partenariale et intersectorielle tels ceux qu'investit la santé publique actuelle (Bilodeau, à paraître)¹. Différemment des approches rationalistes, les approches de planification de type politique ou communicationnel conçoivent l'action non seulement dans ses éléments techniques mais aussi dans ses dimensions stratégiques et herméneutiques, marquant le retour de l'acteur. Les intérêts des acteurs et le sens qu'ils accordent aux actions se trouvent au cœur du processus de structuration de l'intervention. L'organisation de l'action est aussi affaire de négociations

qui, si elles aboutissent à des compromis acceptables, peuvent produire le niveau de coopération nécessaire pour établir des systèmes d'action complexes, cohérents avec les nouveaux modèles dominants en promotion (l'approche écologique, entre autres) (Bilodeau, à paraître). Il n'y a plus de technogramme sans sociogramme, ces deux faces d'une même réalité s'inscrivant dans une sorte de symétrie où la qualité du produit renvoie à la qualité des arrangements sociaux qui l'ont fait naître, et vice versa (Callon 1986; Callon & Latour, 1986).

Sans parler de rupture et de mise à distance de l'approche rationaliste, centralisée, sectorisée et hiérarchisée (l'expert et l'administratif demeurant en position dominante) largement pratiquée depuis sa naissance, surtout dans les volets « durs » de la santé publique, utiliser d'autres méthodologies et paradigmes paraît très pertinent. Pour des problématiques émergentes dont l'expertise est peu développée ou encore construite par des acteurs issus d'horizons multiples. Là plus qu'ailleurs encore, la modestie a bien meilleur goût ! Le développement des communautés peut difficilement s'élaborer de manière technocratique. Comme le font remarquer McQueen & Anderson, « *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* ».

Mais alors quelle est l'identité et la légitimité de l'intervenant et du chercheur en promotion de la santé ? Peut-il se penser autrement qu'en expert ? Bilodeau (à paraître) suggère que l'intervenant soit davantage un médiateur / traducteur qui travaille aux convergences et qui se « spécialise » en tant que travailleur de l'interaction, stimulant la confrontation / intégration des savoirs, des vouloirs et des pouvoirs. Dans ces nouveaux arrangements, le chercheur devient un soutien pertinent, un acteur parmi d'autres. On n'échappe plus à la quête de sens, d'identité et de légitimité. Avec la différence que, dans cette voie, cette quête d'identité a le mérite de positionner le chercheur comme l'intervenant dans un rapport plus horizontal avec ses partenaires. L'étendue du territoire commande de savoir sortir de son domaine de spécialisation

pour s'ouvrir à des questionnements, en particulier à ceux qui concernent les limites du savoir acquis (Nadeau, 2000). Cela exige de vivre avec les incertitudes, preuve de jugement et de pouvoir accepter « sereinement » la conjugaison de paradigmes.

Prouver est parfois éprouvant

L'article de McQueen & Anderson sur la pertinence du concept de données probantes en promotion de la santé reprend bien les enjeux d'identité et de légitimité posés par Fassin. On s'interroge d'abord si la promotion de la santé est une science ou un champ de pratique. Si on lui confère le statut de science, comme semble le souhaiter les éditeurs de la très sérieuse revue *American Journal of Health Promotion* depuis plus de 15 ans, sa pratique technologique doit, en toute logique, se conformer aux conventions de cette dernière. Nous avons ci-haut questionné la dominance de l'approche rationaliste dans la planification et le développement des programmes de même que celle de la science expérimentale dans la construction du corpus de connaissances à la base de la compréhension des problèmes. Nous élargirons cette réflexion au domaine de l'évaluation des programmes et de ses méthodes.

D'abord la démarche qui charpente le processus décisionnel en évaluation

Évaluer c'est constater, juger et décider, un processus multidimensionnel par nature. Plusieurs questions jalonnent cette démarche. Quel est l'objet d'évaluation : la conception, la mise en oeuvre ou les effets d'un programme; le produit ou aussi le contexte d'implantation? À partir de quoi : un référent construit par qui ; en se basant sur des savoirs experts ou aussi des savoirs d'expérience? Comment procède-t-on pour produire un constat à partir duquel le jugement se constituera : quels sont les devis, outils, règles et conventions? Qui est impliqué dans le processus évaluatif; l'évaluateur, le décideur, le praticien, la population ou la communauté? Quelle est la finalité visée par l'évaluation : le développement des connaissances, l'analyse décisionnelle ou l'amélioration des pratiques? (Allard, 1996). Plusieurs réponses à ces différentes questions existent; chacune, à sa manière, interroge le caractère plus ou moins probant et scientifique des informations produites.

Le paradigme expérimental

L'approche expérimentale, qui constitue une façon d'être « scientifique », prescrit différentes réponses aux questions identifiées précédemment. Comme le rappellent McQueen & Anderson, le critère ultime pour mesurer de manière opérationnelle l'objet à la base du constat reste souvent la donnée chiffrée. Les normes et référents sont externes et objectifs, qualité que doit aussi rencontrer celui qui pratique l'évaluation. La méthode est un élément primordial dans la constitution d'une donnée probante, le devis expérimental demeurant le choix ultimement valorisé par la communauté scientifique, les devis quasi-expérimentaux deviennent des choix de second ordre. Comment qualifier alors les autres options! En outre, l'approche expérimentale en évaluation met l'accent sur des questions reliées au contenu du programme. On interroge sa qualité intrinsèque, son efficacité spécifique ou sa performance relative. On veut savoir si le produit réalisé correspond à celui qui est attendu, si les objectifs et les moyens sont pertinents et optimaux, compte tenu des ressources injectées. L'évaluation vise à ajuster le programme et à le situer au sein d'un ensemble de solutions optionnelles. L'évaluation est normative et / ou causale. Dans le premier cas, on veut connaître dans quelle mesure le programme implanté est en conformité avec un référent externe préétabli (relié à la mise en oeuvre et aux résultats attendus) alors que dans le second cas on tente d'identifier si les résultats obtenus sont véritablement attribuables au programme (*impact*). La pensée hypothético-déductive est dominante. La reddition des comptes s'effectue en accord avec les prescriptions de la science expérimentale et positiviste.

Il semble donc y avoir un syllogisme implicite dans l'idée que l'amélioration des pratiques passe par la méthode expérimentale, voie royale pour développer des connaissances valides dans les sciences pures et techniques. La notion de données probantes provient de cet univers conceptuel. Développement des connaissances et amélioration des pratiques y sont perçus comme étant reliés de manière contingente, réciproque, voire harmonieuse.

Force nous est de constater que ce postulat résiste mal à une observation un tant soit peu

minutieuse du terrain. Les contraintes des règles de la preuve ne concordent pas toujours avec les besoins et intérêts des acteurs, les contraintes organisationnelles ou les exigences des relations entre les organisations. Un programme, si justifié soit-il, doit conjuguer avec le contexte dans lequel il est implanté et se déployer de manière adaptative, s'il ne veut pas mourir de sa belle mort (Cameron, Karabanow, Laurendeau & Chamberland, sous presse; Chamberland & al., 1998). À cet égard, nous partageons le point de vue de McQueen & Anderson, à savoir :

« 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 [...qui] sont extrêmement empiriques et caractérisées par l'observation et la classification plutôt que par des efforts de manipuler le sujet à l'étude ».

Le paradigme réaliste

À l'instrumentalisme un peu naïf des tenants du paradigme expérimental, obsédés par le contrôle de biais externes au programme, dont l'intégrité du processus est assurée par la distance de l'évaluateur et l'exclusion des autres acteurs dans la démarche évaluative, s'oppose une alternative très sérieuse en évaluation de programme. Le paradigme réaliste qui, sans rejeter l'utilité de méthodes scientifiques, se soucie d'associer les différents acteurs concernés par le programme (Allard, 1996). À l'instar des nouvelles pratiques de planification et de développement de programmes énoncées plus haut, l'évaluation doit aussi être aussi interactive et participative. Cette perspective en évaluation paraît d'autant plus nécessaire lorsqu'il n'existe pas de scénario ou de patrimoine de savoir faire pour une problématique donnée ou encore dans les contextes d'action en partenariat. Elle adapte ses pratiques à l'état de développement du programme (Allard, 1996). Les jugements sur l'objet évalué ne portent pas seulement sur la justification de l'action (son contenu) mais aussi sur sa faisabilité (Chamberland & al., 1998). La qualité d'un produit ne se limite pas seulement à la solidité du modèle (qualité intrinsèque) mais aborde des enjeux contextuels tels sa force d'entraînement auprès d'acteurs stratégiques ou le niveau d'ancrage des solutions envisagées (adaptabilité aux dynamiques

du milieu) (Bilodeau, à paraître). En fait, la mise à l'épreuve d'un programme va bien au-delà de ses aspects techniques pour inclure des dimensions comme la qualité de la mobilisation ou de la concertation (le sociogramme). L'environnement n'est pas une covariable dont on doit isoler l'effet mais compose une partie intégrante de la réalité à incorporer dans le devis d'évaluation. Cela implique que l'évaluateur et les acteurs puissent négocier leurs perceptions et référents, la performance du programme étant ainsi jugée à partir de critères définis par les acteurs et aussi par des sources indépendantes (*référents internes et externes*). Les règles et conventions à la base des *méthodes de recherche* et sur lesquelles s'appuient les descriptions et les explications sont plurielles (et non universelles); elles empruntent parfois aux épistémologies positivistes, expérimentale ou descriptive (devis avec groupe témoin randomisé ou non) et parfois aux épistémologies constructivistes (construction *a priori* ou *a posteriori* d'une théorie du programme). La finalité de ces évaluations est de toute évidence centrée sur l'amélioration des pratiques. L'évaluation est partie prenante de l'action et les acteurs sont parties prenantes de l'évaluation (Bilodeau, Allard, Chamberland & al., 1998). La reddition des comptes doit se soucier de ceux qui sont directement impliqués dans l'action.

L'évaluation ne se limite pas seulement à des fins descriptives. Elle s'intéresse aussi à l'explication, car elle peut générer quantité de connaissances sur les théories de l'action, c.-à-d. sur les processus qui produisent des impacts. La production des connaissances inclut aussi la pensée inductive et fait appel aux intuitions des acteurs; les connaissances générées sont ancrées dans les milieux et ne font pas l'économie des savoirs d'expérience plus souvent communiqués par tradition orale et trop peu souvent explicités dans des formats littéraires et académiques. Enfin les connaissances et les pratiques peuvent évoluer conjointement par le biais de stratégies de recherche centrées sur le développement de l'action. À cet effet, Bronfenbrenner (1979) rappelle les propos de son premier mentor, Walter Dearborn «if you want to understand something, try to change it». En fait, l'approche évaluative est plus souvent pragmatique-empirique qu'expérimentale (Pawson & Tilley, 1998).

Une légitimité à construire au-delà du credo des sciences expérimentales

En somme, les règles de preuve sur lesquelles se baser pour statuer sur l'efficacité ou la performance d'une intervention doivent pouvoir s'ajuster à la diversité des pratiques et des contextes qu'on observe dans les faits sur le terrain. Ces règles, nous le rappelent McQueen & Anderson, reposent précisément sur un ensemble de conventions, lesquelles peuvent varier selon la posture épistémologique adoptée et la discipline. La preuve est-elle basée sur une donnée chiffrée mise en lien avec un référent externe construit par un expert? Ou résulte-t-elle d'un jugement négocié entre acteurs issus d'horizons variés (évaluateur, décideur, gestionnaire, intervenant, population). Dans le premier cas, on est dans ce que Guba & Lincoln (1989) nomment la troisième génération de l'évaluation qui a vu naître (et ce n'est pas un hasard) la science de l'évaluation et la reconnaissance de l'évaluateur comme expert (Allard, 1996). Dans le second cas, on passe à des générations ultérieures où «*les preuves requièrent l'interprétation de récits variés*». Comme les actions empruntent fréquemment à de multiples disciplines, aucune règle de preuve propre à une discipline particulière ne peut a priori prévaloir. «*Il faudrait spécifier les convergences et les divergences et considérer des règles pour des champs d'action*».

Une pratique dominée par le savoir expérimental (référents externes) et qui néglige les savoirs d'expérience (référents internes) est condamnée à n'évoluer que très lentement. Comme l'affirmait Rostand, «*Attendre d'en savoir assez pour agir en toute lumière, c'est se condamner à l'inaction*». Force nous est de constater que les savoirs produits par les conventions provenant des sciences expérimentales demeurent très silencieux à propos de la production de transformations sociales, un domaine pourtant non négligeable du travail en promotion de la santé.

La vie des projets pilotes : approche expérimentale ou développementale?

L'article de Pluye, Potvin et Denis soulève une fois de plus l'inadéquation des conceptions rationaliste et expérimentale, mais cette fois appliquée aux enjeux d'intégration des projets en promotion de la santé au sein des organisations. Cette conception tient d'une logique linéaire de diffusion allant de l'élaboration, à l'implantation, à l'institutionnalisation des projets qui découlerait d'une chaîne de décisions prenant appui sur des données probante, relativement à la démonstration de leurs effets. Les auteurs proposent plutôt une conception de l'intégration² des projets de promotion de la santé comme la résultante d'apprentissages organisationnels et de processus décisionnels engageant les acteurs et leurs logiques d'action. Les projets pilotes y sont vus comme des occasions de développement de savoirs qui deviennent consensuels chez les acteurs, comme des expériences entraînant des changements dans les routines organisationnelles. L'intérêt de cette conception, en contrepartie de l'approche d'expérimentation sociale, est de reconnaître la spécificité historique et socioculturelle des organisations et de soutenir une approche d'implantation adaptative plutôt que programmée, favorisant la réinvention de ces projets par les organisations hôtes et leur adéquation aux différents contextes, ce que différents auteurs ont déjà reconnu comme une condition de succès en promotion de la santé (Berman, 1980; Rogers, 1983; Brunk et al., 1990).

La critique de Pluye, Potvin et Denis énoncée contre la conception étapiste et rationaliste de l'institutionnalisation des projets de promotion de la santé a le mérite de modifier l'angle de vue du déploiement des projets pilotes en promotion de la santé, en replaçant les acteurs organisationnels au centre du processus d'intégration et de son analyse, plutôt que d'y placer l'expérimentation et ses résultats. Placer les acteurs au centre du processus accroît significativement le potentiel explicatif de l'approche, la routinisation des projets pilotes pouvant être comprise en fonction des processus décisionnels engageant les acteurs organisationnels et donc selon les intérêts et

la contingence, comme le suggèrent les auteurs qui se basent sur la littérature produite sur les organisations. Une telle conception permet de considérer la diversité des enjeux reliés au contexte interne et externe de l'organisation qui mobilisent les acteurs, enjeux parmi lesquels ceux qui sont reliés aux projets de promotion de la santé ne sont pas forcément centraux.

Le chercheur, un acteur parmi d'autres

Pour un rationaliste, la décision d'intégrer ou de ne pas accepter un projet pilote dans les processus réguliers d'une organisation est déterminée par la démonstration qui est faite de son efficacité. Les résultats constituent alors une condition nécessaire, voire suffisante, pour éclairer la prise de décision. Les recherches sur cette question nous révèlent plutôt le caractère limité de l'influence des résultats, aussi probants soient-ils. À cet égard, Pluye et ses collègues font état de conclusions éclairantes à propos des conditions qui facilitent ou défavorisent l'apprentissage organisationnel. Des résultats positifs n'entraîneraient aucun effet direct. En fait, lorsqu'un programme est jugé potentiellement positif, il doit d'abord être reconnu par le milieu; un effet éventuellement positif est donc dépendant de la perception des acteurs. L'ancrage culturel du programme de même qu'une tendance de l'organisation à innover facilitent son intégration; les facteurs organisationnels opèrent plus efficacement que le caractère méritoire du projet. Les conditions de la pérennité d'un projet seraient attribuables plus à des enjeux de faisabilité qu'à des questions de justification. Un modèle solide mais peu inséré dans les dynamiques locales compte peu de chance de durer. Par contre un programme perçu mal implanté, évalué non efficace, la présence d'une alternative jugée plus performante ou encore des changements dans le milieu peuvent conditionner le rejet d'un programme. Les facteurs organisationnels et les perceptions des acteurs, même biaisées, sont en somme déterminants pour faire vivre ou mourir une initiative.

Enfin, à l'instar de McQueen & Anderson, les auteurs Pluye, Potvin et Denis réhabilitent l'approche d'observation, en contrepartie de l'approche expérimentale, comme fondement méthodologique de l'explication (de l'élaboration

de la preuve), approche plus adaptée à la promotion de la santé qui opère en milieu naturel, dans des environnements incontrôlés. Ainsi, la perspective théorique et méthodologique de Pluye, Potvin et Denis renoue-t-elle avec les épistémologies subjectivistes, dont l'usage est largement répandu en sciences sociales, au profit de l'explication dans le champ de la promotion de la santé, un champ qui peut difficilement, au risque d'errer, faire l'économie de la représentation subjective que se font les acteurs d'un événement ou d'une expérience.

L'approche écologique : un territoire qui s'élargit et une complexité qui grandit

Retracer l'évolution des approches en prévention-promotion, c'est aussi faire l'histoire de la prise de conscience collective de la complexité des problématiques de santé et de bien-être ainsi que des solutions qui doivent conséquemment être imaginées, le plus en amont possible des situations indésirables. Les explications que nous élaborons à propos des phénomènes sociaux et du bien-être révèlent en fait les processus d'attention sélective des chercheurs et des praticiens. Trois modèles ont successivement façonné leurs représentations: les modèles biomédical, de la santé communautaire et écologique (Chamberland, 1996). Le premier, plus ancien, s'inscrit dans la logique médicale de l'explication non pas plutôt de la maladie mais de son absence. On insiste sur l'élimination des facteurs pathogènes fréquemment associés, à l'occurrence de problèmes, telle que documentés par les études épidémiologiques. Les facteurs de risque considérés sont surtout individuels, parfois familiaux, le modèle d'action étant centré sur la réduction des déficits. Les approches de programmation et d'évaluation s'accommodent bien de la perspective rationaliste et du paradigme expérimental. Le modèle dit de santé communautaire introduit, dans l'étiologie des problèmes, les facteurs reliés au stress. Les stratégies de *coping*, la promotion des compétences et le soutien social enrichissent désormais les plans d'action. Les préoccupations environnementales, bien timides dans les modèles

précédents (se limitant aux facteurs reliés à la famille et au réseau social) accroissent leur importance avec l'installation du modèle écologique. On s'intéresse aux transactions entre les personnes et leur environnement que celui-ci soit proximal ou distal. La conceptualisation de la santé ou du bien-être englobe autant les déterminants individuels que structurels. Les solutions envisagées devraient théoriquement être aussi généreuses que les explications proposées «allant des changements collectifs dans les pratiques, les comportements, les styles de vie et les environnements». Les approches de planification, de développement et d'évaluation des programmes doivent de plus en plus composer avec cette complexité croissante, marquée par le retour des acteurs. La narration de cette évolution rappelle les propos de Fassin concernant l'élargissement du territoire.

Une rhétorique à l'œuvre?

C'est ainsi que l'approche écologique en promotion de la santé physique, mentale ou sociale, invite chercheurs et intervenants à déployer des stratégies d'action de plus grande envergure. Se pose dès lors la question de l'écart entre l'enthousiasme rhétorique du modèle et le réalisme pragmatique des pratiques. Les chercheurs peuvent soutenir un processus de réflexion critique utile pour aider à évaluer cet écart. Lévesque et coll. ont développé un outil qui cherche à spécifier le niveau d'écologisme des interventions en même temps qu'à opérationnaliser le modèle d'action (réfèrent). Cette avancée contribue aux pratiques de type écologique en promotion de la santé sur deux plans. En permettant aux praticiens d'explicitier l'action déployée, l'outil contribue au jugement d'implantation porté sur l'intervention; en explicitant le réfèrent écologique, il favorise une réflexion sur la qualité du programme, eu égard à son caractère écologique (jugement de vraisemblance). Cet exercice a le mérite de questionner le niveau d'actualisation réelle de cette approche dans les pratiques en promotion de la santé. En effet, on constate que les stratégies visant à modifier les individus et les organisations ou *settings* proches des milieux de vie des populations sont largement dominantes. Les actions ciblant le politique comptent pour environ 7% et elles

tiendraient davantage du type socio-réglementaire. Chamberland et ses coll. (2000) ont sensiblement observé le même phénomène dans leur analyse de plus de 300 projets de prévention / promotion au Québec dans le secteur enfance / jeunesse / famille.

La conceptualisation et la mesure du degré «d'écologisme» des interventions cardiovasculaires en Carélie du Nord traduit bien les efforts des chercheurs à produire une opérationnalisation convenable du modèle d'action. Leur modèle opérationnel appartient à un paradigme d'évaluation conforme à une logique positiviste et descriptive. On produit d'abord un réfèrent externe, paramètres-clé des pratiques écologiques, à partir duquel différents indicateurs sont élaborés. On parvient ainsi à produire des données chiffrées (constat) qui quantifient dans quelle mesure le programme finlandais est plus ou moins écologique (jugement). Cette approche évaluative contribue à avaliser aux yeux de plusieurs le modèle écologique, en proposant une mesure, élément de preuve de son existence. Cette démonstration contribue à confirmer son statut scientifique au sein de la promotion de la santé, en prenant appui sur une lecture positiviste.

Enrichir le réfèrent: à propos des déterminants structurels et des acteurs

La perspective écologique présentée dans le texte de Lévesque et ses coll. reflète bien l'idée de la complexité des déterminants et des niveaux multiples d'intervention nécessaires pour produire un changement comme la diminution des maladies coronariennes et cérébrovasculaires. L'approche théorique emprunte aussi au modèle médical et à celui de santé communautaire par sa centration autour de la réduction de risques dans les comportements et la promotion d'informations et d'habitudes de vie saines. L'intervention auprès des industries alimentaires est ce qui nous apparaît être l'intervention la plus «distale». L'approche écologique décrite dans cet article demeure toutefois silencieuse à propos des dynamiques structurelles et des rapports sociaux, à la fois comme facteur étiologique et comme élément de solution. Dallaire (1998) souligne l'importance de conjuguer le modèle écologique avec les perspectives

théoriques sociales et critiques. À titre d'exemple, il serait judicieux d'examiner plus attentivement, tant du point de vue conceptuel que stratégique, les liens entre les stress reliés à la modernité et l'incidence de ces maladies, ou entre le capital culturel et économique et l'accès à des aliments sains³. Selon nous, il serait pertinent de continuer à faire évoluer le référent en explicitant les dimensions plus structurelles de l'approche écologique.

De plus, la recherche doit aussi contribuer à fournir non seulement les paramètres reliés à la qualité du produit (technogramme) mais aussi aux conditions sociales qui le structurent et le supportent (sociogramme), à savoir les processus de mobilisation, de controverses, d'accord et de coopération qui ont stimulé l'émergence et le développement de ces interventions. Poser l'intervention de promotion de la santé comme une opération de transformation sociale, comme le proposent Lévesque et al., présente des exigences que leur modèle opérationnel ne satisfait pas entièrement. L'outil mesure avec beaucoup de minutie le réalisé (*le quoi*). Se posent maintenant d'autres questions pour continuer d'alimenter le processus de réflexion critique des intervenants. Penser et observer le changement exige d'en saisir le mouvement. Qui en est l'instigateur? À quel mouvement de mobilisation assiste-t-on? Quelle est la configuration des acteurs? Quelle est leur position sociale (par exemple, sont-ils internes ou externes à la communauté)? Quel est le niveau d'engagement de ceux qui participent? Ou encore comment les conflits se transforment-ils pour générer ou non des accords et éventuellement une action de qualité? Les épistémologies constructivistes et l'approche d'analyse stratégique pourraient encore enrichir la lecture de ces dynamiques complexes (Bilodeau, à paraître).

Conclusion

La promotion de la santé est le membre le plus jeune de la famille de la santé publique. Ce champ d'action révèle cette préoccupation croissante de nos sociétés à agir de manière proactive plutôt que se limiter à réagir à l'urgence. Ses interventions permettent à la santé publique d'agir non seulement sur les facteurs physico-chimiques ou biologiques mais aussi d'aborder les réalités psychosociales, sociologiques, économiques, culturelles ou éthiques associées au bien-être ou au développement social des collectivités. La complexité de l'entreprise constitue un véritable euphémisme! Il n'est donc pas surprenant de constater les doutes et les confusions qui jalonnent ce champ d'intervention tant par ce qui le définit, ses méthodes d'action ou par les règles de preuve qui en légitiment l'action. Les articles publiés dans ce dossier thématique invitent à aborder courageusement cette réflexion nécessaire afin d'esquisser quelques balises qui resteront toujours que provisoires. Le doute n'est pas nécessairement un signe d'insécurité. Il peut au contraire refléter une formidable attitude d'ouverture. Et la recherche peut devenir une alliée dynamique et engagée pour discourir pertinemment sur les actions en promotion. Elle peut surtout, par sa créativité, son interactivité et sa diversité, contribuer à soutenir le développement de l'expertise en promotion de la santé. □

Notes

1—Notons que l'action en partenariat n'est pas exclusive à la promotion de la santé et qu'elle s'avère aussi incontournable dans le volet dur de la santé publique. Que l'on pense au champ de la santé au travail dont l'action repose sur un partenariat public-privé malgré son cadre législatif. En maladies infectieuses, des problématiques telle la prévention du sida ou encore la réduction des problèmes de santé chez les itinérants reposent en bonne partie sur des stratégies d'action participative avec des partenaires qui n'acceptent pas d'emblée le rôle d'expert unique ou dominant de la santé publique.

2—La notion d'intégration est utilisée ici dans un sens général pour parler de l'insertion d'un nouveau projet dans une organisation hôte.

3—Le concept de sécurité alimentaire est porteur de cette vision multidimensionnelle qui rallie des actions favorisant l'accès à des aliments suffisants et sains à prix abordables à d'autres actions qui interpellent les inégalités sociales, à l'origine de ces problèmes d'accès (Bilodeau, 2000).

Références

- Allard, D. (1996). *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique*. Thèse de doctorat. Montréal: Université du Québec à Montréal, 252 p.
- Berman, P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation: matching strategies to situations. In H.M. Ingram & D.E. Mann (Eds.), *Why policies succeed or fail*. pp 205-227.
- Bilodeau, A., Allard, D., Chamberland, C., & al. (1998). *L'évaluation participative des priorités régionales de prévention-promotion de la santé et du bien-être. Les premiers pas d'un partenariat en évaluation*. Rapport synthèse. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 225 p.
- Bilodeau, A. (à paraître). *Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en prévention-promotion de la santé et du bien-être, une question d'innovation sociale*. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal, 328 p.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 330p
- Brunk, S.E., Goeppinger, J. (1990). Process evaluation. Assessing re-invention of community-based interventions. *Evaluation and the Health Professions*, 13 (2), 186-203.
- Callon, M. (1986). Élément pour une sociologie de la traduction. *L'Année Sociologique*, 36, 169-208.
- Callon, M., & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Perspective et Faute*, 36, 13-25.
- Cameron, G., Karabanow, J., Laurendeau, M.C., & Chamberland, C. (sous presse). Program implementation and diffusion. In I. Prilleltensky, G. Nelson, & L. Peirson (Eds.). *Promoting family wellness and preventing child maltreatment*. Toronto: Toronto University Press, 31 p.
- Chamberland, C. (1996). Écologie et prévention: pertinence pour la santé communautaire. In R. Tessier & G. Tarabulsy (éd.), *Le modèle écologique dans l'étude du développement humain*. Québec: Presses de l'Université Laval 61-79.
- Chamberland, C., Dallaire, N., Lindsay, J., Hébert, J., Fréchette, L., Beaudoin, G., & Cameron, S. (1998). Les conditions de réussite en prévention/promotion en enfance-jeunesse-famille: une question de justification et de faisabilité. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 171 (1), 37-59.
- Chamberland, C., Dallaire, N., Hébert, J., Fréchette, L., Lindsay, J., & Cameron, S. (2000). Are ecological and social models influencing prevention practices? An overview of the state of affairs in Quebec for child, youth, and family intervention. *Journal of Primary Prevention*, 21 (1), 101-125.
- Dallaire, N. (1998). *Enjeux et voies d'avenir de la promotion/prévention, une réflexion dans le champ enfance-jeunesse-famille*. Thèse de doctorat, Montréal: Université de Montréal, 304 p.
- Guba, E.G., Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park/London/New-Delhi: Sage Publications, 294 p.
- Nadeau, R. (2000). Faut-il de la philosophie à nos scientifiques? *Le Devoir*, 5 avril 2000, A7.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1998). Caring communities, paradigm polemics, design debates. *Evaluation*, 4 (1), 73-90.
- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations*, 3rd edition. New-York: Free Press, 453 p.
- Truffaut, S. (2000). Dominique Lecourt, l'empêcheur de penser en rond. *Le Devoir*, 17 avril 2000, B1.

Biographies

Claire Chamberland est professeure titulaire à l'École de service social de l'Université de Montréal. Depuis 1995, elle dirige l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS) qui est affilié au Centres jeunesse de Montréal (organisme qui donne des services aux jeunes de 0-18 ans en difficulté) ainsi qu'aux deux universités francophones de Montréal. Ses domaines d'analyse et d'action sont l'enfance, la jeunesse et la famille. Ses intérêts de recherche sont les perspectives théoriques et interdisciplinaires du développement des enfants et des jeunes (avec une préférence pour le modèle écologique), la violence familiale (physique et psychologique), les approches préventives et promotionnelles, le développement et l'évaluation de programmes, la continuité et la coordination des pratiques, la socialisation selon le genre.

Angèle Bilodeau est chercheuse en santé publique depuis 1980. Elle détient une maîtrise en sociologie et est candidate au Doctorat en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal. Ses principaux domaines de recherche sont ceux de l'implantation, du maintien et des effets de programmes de promotion de la santé (physique et psychosociale) dans différents milieux (scolaire, de travail, communautaire) et de l'action en partenariat public-communautaire et intersectoriel.