

# Réflexion sur la recherche en santé publique: des métaphores à la rescousse\*

Ron Levy

Université de Montréal

Point  
de vue

*\*Une première version de ce texte a été présentée dans le cadre de la 4<sup>e</sup> Conférence canadienne en promotion de la santé, Montréal, juin 1996.*

## Résumé:

*En santé publique, la tendance actuelle à associer des méthodes quantitatives et qualitatives est justifiée par le besoin de développer une meilleure compréhension de la complexité du domaine. L'approche multiméthode suscite un intérêt grandissant chez les praticiens et les chercheurs et auprès des organismes subventionnaires. Cependant, la simple addition de techniques qualitatives au coffre à outils méthodologiques des professionnels de santé publique crée une impression illusoire d'enrichissement des études analytiques. Cette pratique a pour effet d'occulter les questions épistémologiques et paradigmatiques liées à la compréhension de la complexité intrinsèque de la santé publique. À travers une série de métaphores, cet article traite du dilemme suivant: si on veut tenir compte de la complexité de la santé publique, comment faire pour renoncer à la vaine croyance dans l'autorité de la certitude et exercer la vertu cynique de la critique?*

**Mots clefs:** Méthodes quantitatives, méthodes qualitatives, complexité, l'approche multiméthode, paradigmes.

## Introduction: faire face à la complexité

La plupart d'entre nous ont toujours cru que la pensée rationnelle scientifique est la voie la plus légitime et la plus valide pour expliquer les phénomènes complexes, définir les lois de la nature et découvrir l'ordre intrinsèque de l'univers. Mais, au cours des dernières années, plusieurs théoriciens (par exemple, Morin, 1990 en particulier; LeMoigne, 1990; Nicolis & Prigogine, 1989; Flood & Carson, 1988) ont critiqué cette croyance en s'appuyant sur le paradigme de la complexité. Un des thèmes centraux de ce discours en émergence porte sur la façon dont le concept de complexité révèle notre inaptitude historique à rendre les « choses » de notre environnement claires et sans ambiguïté, à expliquer comment « tout » fonc-

tionne, à prédire ce qui va arriver ou à décrire l'ordre universel, une bonne fois pour toutes.

Une confiance inébranlable dans la pensée rationnelle est, sans aucun doute, une caractéristique dominante à travers le monde de la santé publique. Par exemple, c'est la pensée rationnelle qui s'exprime à travers l'utilisation des techniques épidémiologiques (assorties parfois de méthodes quasi-expérimentales [Campbell, 1988] ou d'études de cas [Yin, 1994]). Ces techniques sont généralement considérées comme les règles d'or pour expliquer l'ordre perçu du monde de la santé publique. Et, il faut le dire, ces règles d'or résultent d'une vision du monde positiviste ou post-positiviste, c'est-à-dire d'une vision réductionniste d'un monde prédéterminé où la vérité objective est dévoilée grâce à la neutralité de l'observateur, où le déterminisme est fondé sur une ligne stricte de causalité et où la crédibilité

scientifique est obtenue à travers les techniques statistiques probabilistes (Baum, 1995).

Le problème avec ce paradigme traditionnel dominant, notamment en santé publique, est que le champ de la santé publique n'est malheureusement pas très proche de cette vision du monde puisqu'il n'est pas uniquement constitué d'éléments matériels qui peuvent être manipulés dans le calme artificiel d'un laboratoire. La santé et la santé publique sont des concepts, des phénomènes et des problématiques liés à des événements, des expériences, des actions et des pratiques qui naissent des innombrables interactions dans l'environnement social, culturel, psychologique, physique, politique, économique et technique et des négociations constantes à l'intérieur du réseau des acteurs qui sont directement ou indirectement impliqués dans le devenir de leur propre santé et de la santé publique. Et ces acteurs défendent un ensemble de valeurs, de comportements, de réalités et d'intentions à travers leurs projets respectifs pour contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être. Cette définition quelque peu convolutive de la santé et de la santé publique ne réfère pas à un simple assemblage de diverses composantes mais à une représentation du mélange dynamique des formes de vie complexes.

De fait, point n'est besoin de ces contorsions verbales pour comprendre intuitivement que les techniques courantes de recherche épidémiologique et quasi-expérimentale (comme les essais randomisés et les enquêtes) ne peuvent tenir compte adéquatement de la complexité de la santé publique telle que vue à travers un paradigme de la complexité. Et, on ne peut être que terrifié par les manœuvres extraordinaires que permettent ces instruments traditionnels pour réduire le monde complexe de la santé à des ensembles de mécanismes compliqués mais gérables. Qui plus est, cette réduction est justifiée par la nécessité d'exclure "... *plausible rival hypotheses that make comparisons ambiguous and tentative*" (Campbell, 1988, p.147). Voilà un énoncé qui, en une pirouette ahurissante, élimine toutes les conditions raisonnables pour l'étude de la complexité.

Il importe de souligner, ici, que la capacité des essais randomisés, des enquêtes et des

études cas-témoins et de cohortes à expliquer les causes probables d'un certain nombre important de maladies n'est pas remise en question. La pertinence de ce type de recherche ne fait aucun doute. Cependant, il faut aussi dire que l'approche analytique éprouve quelque difficulté en ce qui concerne l'interprétation de l'expérience de la maladie, des croyances en matière de santé, de la perception des services ou des comportements pour améliorer la santé. Éliminer toute hypothèse concurrente et plausible élimine aussi l'atteinte d'une compréhension de la complexité du monde vécu et, en particulier, d'une compréhension raisonnable de la santé comme phénomène complexe.

En réaction au courant actuel de critique du paradigme positiviste et des limites de ses techniques analytiques de recherche, les protagonistes du positivisme et du post-positivisme ont, pendant la dernière décennie, tenté de s'approprier d'autres techniques pour compenser leur déficience à traiter des phénomènes complexes. Cette stratégie est habituellement appelée « stratégie de triangulation ». Une des nouvelles tendances de la recherche en santé publique, à associer des méthodologies quantitatives et qualitatives est justifiée par le besoin d'atteindre à une meilleure compréhension de la complexité du champ. Cette approche multiméthode suscite de plus en plus d'intérêt chez les praticiens et les chercheurs et auprès des organismes subventionnaires. Toutefois, la simple addition de techniques qualitatives au coffre à outils méthodologiques crée l'illusion d'enrichir les études analytiques. Essentiellement, cette pratique de conjuguer une variété de méthodes à l'intérieur d'un même projet a pour effet d'occulter les questions épistémologiques sur le sens de chacune des méthodes et sur le rôle de la science dans l'édification et le transfert de la connaissance et dans la reconstruction du monde vécu lui-même.

## Qu'est-ce qu'une métaphore?

Une des difficultés persistantes qui se manifeste quand on veut débattre de concepts abstraits ou de pratiques sophistiquées comme la « triangulation » est la tendance à développer un discours qui finit par être tout aussi obtus.

Par contre, l'analogie ou la métaphore pourrait être une approche prometteuse. L'analogie ou la métaphore permet de parler de quelque chose de familier (la source de la métaphore) tout en référant à un autre phénomène qui, pour une raison ou pour une autre, demeure conceptuellement obscur (la cible de la métaphore). La cible de la métaphore qui sera présentée, ici, est la notion de santé, et, plus particulièrement, de santé publique. L'objectif poursuivi est de clarifier, à travers l'image de la métaphore, la complexité inhérente au champ de la santé publique et les problèmes conceptuels qu'entraînent les techniques triangulées.

Pour être acceptable, une métaphore devrait comporter au moins trois niveaux intégrés d'information (Holyoak & Thagard, 1996). Tout d'abord, une métaphore doit comporter une « similarité » facilement détectable avec l'ensemble des caractéristiques associées à la source de la métaphore et avec l'identité globale de la cible de la métaphore. Ensuite, le parallélisme entre les éléments « structurels » de la source et de la cible de la métaphore doit être établi. Enfin, la finalité de la métaphore doit être bien comprise par ceux qu'elle concerne.

La métaphore qui suit est inspirée d'un travail de Collins (1990) qui décrit, très brièvement, la pratique des scientifiques comme l'étude des traces laissées par un camion ou par un grand nombre de camions dans un désert de sable:

*"[The scientists] see the tracks on the desert floor and notice that they provide a complete description of where the truck has been, some notice regular characteristics in the tracks such as the regular indentations caused by the treads and proclaim that this explains the progress of the truck. [...] Others notice more general patterns in the overall shape of the track and by careful analysis fit the shape to something like a mathematical series and try to predict the next few turns..." (p. 44).*

De la même façon, on peut dire que les professionnels de la santé dérivent la plus grande partie de l'information dont ils ont besoin pour intervenir en recherchant, analysant et interprétant les traces laissées par les individus et les populations sur le « sol du désert » de la vie quotidienne.

Pour rendre cette métaphore un peu plus robuste, il faudrait l'appuyer sur des justifications additionnelles en dégagant la similarité globale des deux systèmes (la circulation de camions et la santé) et le parallélisme entre les éléments de la source et de la cible de la métaphore.

Pour quiconque veut étudier l'organisation de la santé, il se trouve, dans la littérature, une grande variété de modèles de systèmes de santé. Ces modèles peuvent aussi être décrits comme des « cartes du territoire » de la santé. Ces cartes comportent, généralement, différentes voies que les individus ou les populations peuvent utiliser pour franchir les obstacles environnementaux, sociaux, culturels et économiques et atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés en terme de santé, de bien-être et de prospérité. Contandriopoulos (1994) fournit une telle carte (Figure 1). Dans ce modèle, une série « d'autoroutes » passe par une typologie de l'environnement, des modalités organisationnelles, des états de santé, des mécanismes biologiques et psychologiques et des niveaux de connaissance pour atteindre le but ultime de la santé et du bien-être. Il n'est pas nécessaire d'avoir une imagination débordante pour faire l'analogie entre ce genre de modèle général qui trace la trajectoire d'un « épisode de soins » et une carte géographique (Figure 2) qui détaille les routes, chemins de fer, rivières, montagnes, villages et villes et que l'on utilise pour planifier un « voyage » d'une région à une autre.

Une autre similarité entre la source et la cible de la métaphore se situe au niveau des composantes de chacun des systèmes. Dans le système de santé, c'est-à-dire la cible de la métaphore, on arrive à mesurer et à évaluer le progrès d'un groupe ou d'une population dans son « voyage » vers la santé, le bien-être et la prospérité en se servant des indicateurs de santé. Les indicateurs les plus couramment utilisés sont: la mortalité, la morbidité, l'incapacité et les facteurs de risque (les facteurs biologiques et environnementaux, les modes de vie et le système de soins et de services) (Pineault & Goulet, 1995). De façon générale, ces indicateurs constituent les traces que les professionnels de santé publique suivent pour expliquer comment, quand, où

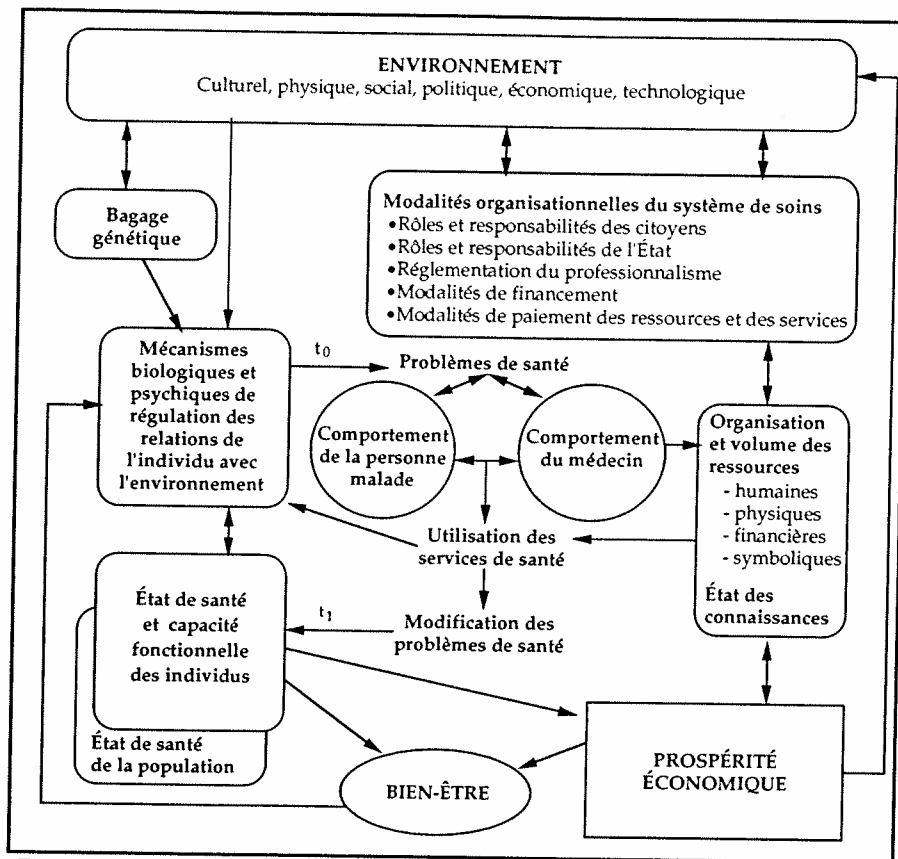


Figure 1. Le système de santé (tiré de Contandriopoulos, 1994)

et pourquoi les populations parviennent ou non à atteindre les objectifs de santé que la société considère comme acceptables. De la même manière, si on voulait expliquer, décrire et comprendre le flux de circulation entre deux villes, par exemple, faudrait-il développer des indicateurs de ce genre.

Il n'est probablement pas déraisonnable de croire que les scientifiques qui étudient la santé de la population et que ceux qui étudient la circulation de camions utilisent des techniques assez semblables. Un groupe de camions et un groupe de personnes peuvent être perçus comme analogues dans leur recherche, pour l'un, d'atteindre une localité prédéterminée et, pour l'autre, un état de santé optimal. Au cours de leur cheminement respectif, les camions et les personnes laissent, derrière eux, une grande variété de traces et de pistes. Ce sont ces traces et ces pistes que la science traditionnelle recherche, dénombre, observe, mesure et analyse en vue de décrire les comportements des individus et des groupes et d'en dégager des modèles systématiques et, à partir de ces

modèles, d'en proposer des théories pour prédire des événements futurs.

Par exemple, les épidémiologistes et les biostatisticiens étudient essentiellement les traces laissées, sous une forme ou sous une autre, par les individus, les groupes et les sociétés. Les traces de « santé », comme les traces laissées par les camions et leurs occupants, sur le sable du désert, dans leur déplacement de la ville "A" à la ville "B", sont utilisées par les épidémiologistes pour identifier les causes et, par là même, proposer des explications sur la façon dont la condition X et la maladie Y fonctionnent comme elles le font. Et ces conclusions viennent néces-

sairement de l'interprétation des traces que X et Y ont laissées dans leur sillage. La même approche peut être appliquée aux professionnels de la santé qui se spécialisent, par exemple, dans

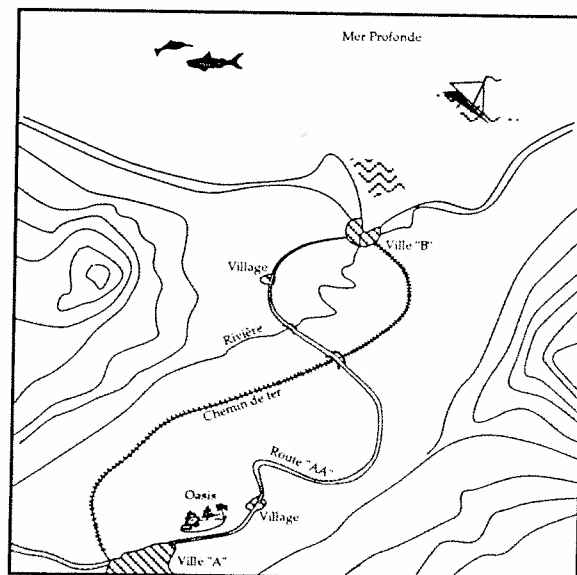


Figure 2. Le système cartographique

l'évaluation des technologies de la santé, dans l'étude de la gestion et de l'utilisation des services de santé, en démographie, en toxicologie, en économie de la santé et même en sociologie et en anthropologie médicales. Toutes ces disciplines attendent que les camions soient passés pour commencer leurs études. Parfois, elles observent directement la circulation des camions à partir d'une cachette commode (pour ne pas influencer la trajectoire des camions), et parfois, elles peuvent interroger la population locale sur ce qu'elle pense de la circulation des camions. Mais, la plupart du temps, elles portent leur attention sur les traces mesurables ou descriptibles laissées par les camions. Et, si elles sont observées pendant une longue période de temps ou pour un grand nombre de camions ou sur une vaste étendue géographique, ces traces procurent assez de données pour être manipulées mathématiquement et statistiquement. En évacuant ainsi par des moyens méthodologiques *"plausible rival hypotheses that make comparisons ambiguous and tentative"*, la science traditionnelle maintient sa chère croyance dans la probité du réductionnisme, de l'impartialité et de la causalité. Mais, en même temps, elle détruit toute capacité à reconstruire la complexité intrinsèque du monde vécu à l'étude alors que l'essence même des phénomènes complexes réside dans leurs contradictions et leurs paradoxes.

Toutefois, on reconnaît de plus en plus que la santé publique a une autre mission qui la distingue de la plupart des autres disciplines de la santé. La santé publique et, en particulier, la promotion de la santé, impliquent, jusqu'à un certain degré, la participation des individus et des groupes à l'atteinte de la santé, du bien-être et de la prospérité (OMS, 1986). Il arrive que les professionnels de la santé publique n'étudient pas seulement les traces et les pistes laissées par le « camion » de la santé mais qu'ils montent aussi dans le camion et participent, avec le chauffeur et les passagers, aux processus complexes de négociation de la destination et de pilotage.

Le paradoxe de la santé publique devient alors évident. Quand quelqu'un aide à conduire le camion et à choisir la destination, il ne peut, en même temps, étudier les traces que le camion et les passagers laissent sur le sable du désert. Ce paradoxe est à la base de l'incommensurabi-

lité. Si on considère une méthodologie de recherche qui focalise seulement sur l'analyse soi-disant « neutre » des traces et une autre qui implique tous les acteurs dans une démarche de santé, il devient clair que les deux méthodes sont incommensurables. L'objet lui-même de chaque étude est différent. Les deux approches sont non seulement incommensurables mais, au surplus, elles sont paradigmatiquement antagonistes. Elles ne procèdent pas de la même idéologie.

## Deux modèles conceptuels

Le but de cette métaphore était de faire comprendre les différences essentielles entre l'observation (des traces du camion) et le pilotage (du camion). Quand on parle de triangulation de méthodes de recherche ou de leur compatibilité, il faut avoir une idée juste de la signification de chacune des méthodes et du résultat de leur utilisation concurrente.

Les deux modèles conceptuels qui suivent permettent de faire ressortir les différences essentielles qui existent entre les deux visions. Le premier (Figure 3) propose une représentation de la vision positiviste traditionnelle (dans sa position extrême ou fondamentaliste) de la pratique scientifique. Un certain nombre de croyances newtoniennes et cartésiennes dominent le paradigme. L'observateur croit qu'il évolue dans un monde ordonné et prédéterminé. En outre, il croit (avec la technique du double insu, par exemple) qu'il peut se soustraire totalement à ce monde et en observer des parties, d'une position neutre et isolée. Ce faisant, il croit qu'il n'exerce aucune influence sur le phénomène qu'il étudie. Cette perspective neutraliste a été vivement critiquée par les théoriciens de cette fin de siècle. Mais en pratique, même si elle est conceptuellement reconnue comme illusoire, cette notion de l'observateur neutre demeure très prédominante en sciences humaines et sociales. L'observateur examine, décompose et analyse des phénomènes en les scrutant à travers une lentille conceptuelle qui est façonnée par les trois axiomes de base du positivisme, c'est-à-dire le réductionnisme, la neutralité et la causalité. L'objet observé est extrait de son environnement et, par voie de conséquence, est con-

sidéré comme un objet-en-soi; ses fonctions sont représentées en termes de relations cause-effet. La représentation de l'élément à l'étude (phénomène, objet) qui en résulte est qualifiée d'isomorphe au monde réel.

C'est ainsi que l'observateur scientifique construit, pièce par pièce, la connaissance de ce qu'on croit être le monde réel. La validité des résultats de ses travaux (c'est-à-dire des résultats considérés vrais) et la façon dont il cherche à convaincre ses pairs et la société en général de la probité de ses investigations sont fondées sur des règles épistémologiques et méthodologiques strictes qui dictent les techniques d'observation et de reproductibilité des expériences. Bref, le sujet (l'observateur neutre) est isolé de l'objet (le phénomène à l'étude) et le projet (la découverte) ou la finalité de ses travaux vise

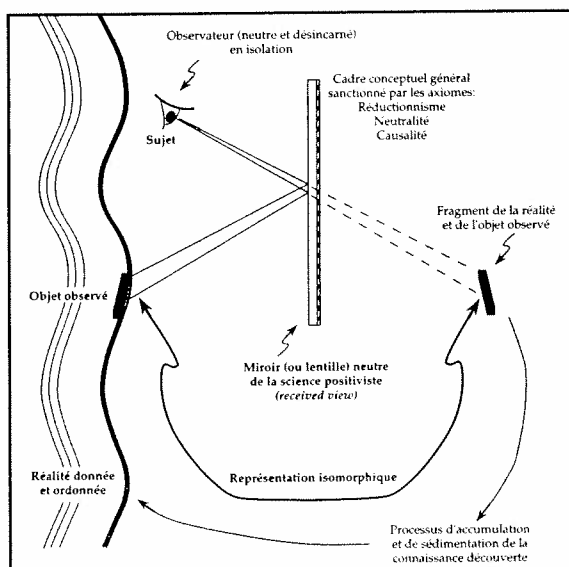


Figure 3. Modèle conceptuel du positivisme

essentiellement à développer de nouvelles connaissances sur un objet. Et, parce que les résultats de son observation s'appuient sur un échantillon statistiquement représentatif, ils deviennent généralisables et applicables, ailleurs, à des situations similaires.

En contrepartie, la Figure 4 offre une représentation conceptuelle du paradigme émergent du constructivisme. Les différences entre les deux paradigmes sont éclatantes. Tout

d'abord, l'observateur-créditeur (par exemple, le chauffeur du camion) est considéré comme une partie, une parcelle d'un monde socialement construit. Le monde vécu n'est pas considéré comme ordonné ou prédéterminé mais comme la résultante d'une négociation humaine continue. Le sujet (le chauffeur) est partie de l'objet (le voyage négocié en collaboration avec les autres participants) et partie aussi du projet collectif (la traversée du désert). La triade objet-sujet-projet transforme nécessairement le monde vécu dans lequel elle existe. Les participants réfléchissent sur (ou repensent) leur monde vécu et le recréent en utilisant une lentille conceptuelle basée sur les axiomes du paradigme constructiviste, c'est-à-dire sur la fabrication, la non-neutralité et la récursivité. Toute représentation du monde vécu de l'ensemble objet-sujet-projet est considérée comme homo-

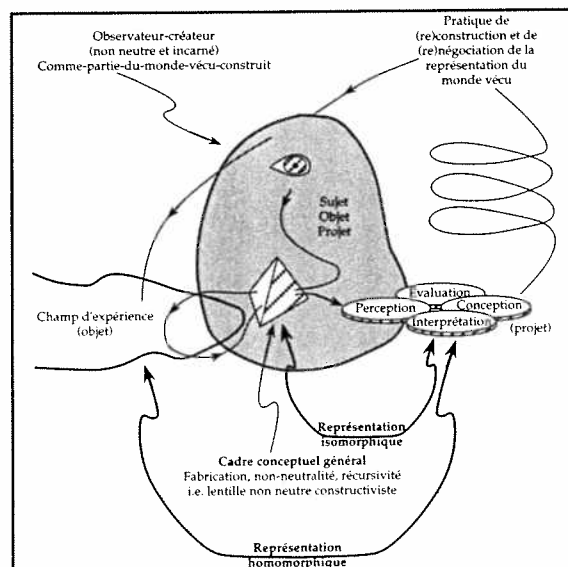


Figure 4. Modèle conceptuel du constructivisme

morphe à ces axiomes puisque ces derniers constituent les vecteurs essentiels du processus de transformation du monde vécu.

Le résultat final, c'est-à-dire la reconstruction du monde vécu reste, cependant, et de façon significative, une transformation purement locale. Ainsi, l'expérience de reconstruction d'un monde vécu en particulier n'est ni généralisable, ni transférable à d'autres communautés. À travers leur réflexion et leurs actions, les partici-

pants réalisent ce qu'ils croient être le mieux pour atteindre leurs buts et toute connaissance acquise, grâce à cette expérience, peut être librement appropriée par d'autres acteurs, à une autre période, ailleurs ou dans une autre situation.

## Le problème de l'utilisation mixte des stratégies de recherche

Il est très courant, de nos jours, d'entendre des chercheurs défendre et utiliser une stratégie méthodologique mixte dans leurs investigations scientifiques (par exemple, Creswell, 1994; Sechrest & Sidani, 1995; Reichardt & Ralliss, 1994). De fait, cette stratégie signifie, habituellement, l'utilisation concurrente de techniques de recherche quantitatives et qualitatives pour aborder un problème particulier. Plus souvent qu'autrement, le concept de « triangulation » est servi comme justification à la rigueur méthodologique et est perçu comme pouvant produire un ensemble plus riche de résultats. Les techniques de mesure et d'analyse quantitatives triangulées avec des méthodes d'entrevue et d'interprétation sont considérées compatibles et, si elles sont bien menées, plus avantageuses que les stratégies monométhodologiques (Brocklesby & Cummings, 1995).

Bien qu'elle soit conceptuellement intéressante, cette vision est essentiellement fondée sur la métaphore de la triangulation qui est une technique utilisée par les arpenteurs et les navigateurs. Cependant, cette notion de triangulation a été interprétée de façon très primaire et très étroite de telle sorte que son utilisation reste douteuse. Dans ce cas, la triangulation est perçue comme avantageuse parce qu'elle permet d'étudier un objet à partir de sites d'observation différents. Bien que, sans aucun doute, cette vision de la triangulation apporte de l'information additionnelle (Figure 5), il n'en demeure pas moins qu'elle dénature les conditions fondamentales du concept de triangulation (Blaikie, 1991; Haldemann & Levy, 1996).

Dans l'univers des arpenteurs et des navigateurs, la détermination de la position d'un objet (sa position sur une carte géographique,

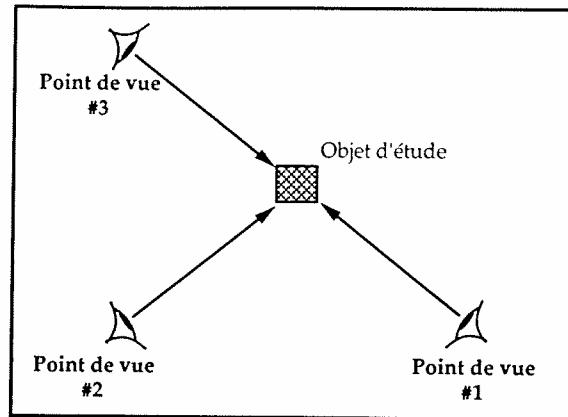


Figure 5. Vision naïve de la triangulation (tiré de Haldemann & Levy, 1996)

par exemple) se fait en reliant toutes les observations de l'objet à un point de référence connu ou normalisé. La Figure 6 illustre ce processus où l'objet à l'étude peut être identifié en précisant ses coordonnées par rapport à un point de référence à l'intérieur d'un ensemble connu de coordonnées. En d'autres mots, puisqu'un ensemble

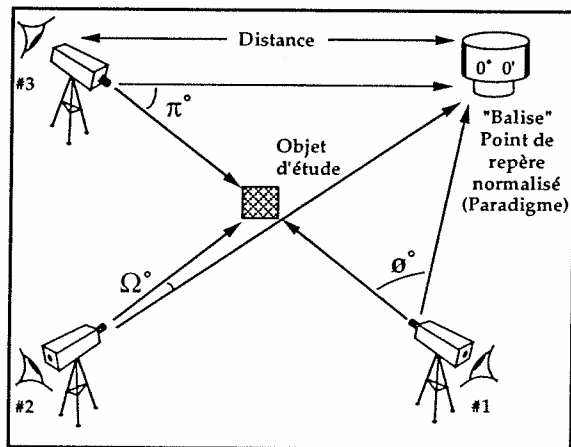


Figure 6. Triangulation (arpentage) (tiré de Haldemann & Levy, 1996)

de coordonnées procède nécessairement d'un système de référence paradigmatique spécifique, le processus de triangulation, en arpentage, procède nécessairement d'un seul et unique système paradigmatique.

Avec cette stratégie d'utilisation mixte d'approches quantitatives et qualitatives, il faut se demander à quel point de référence connu ou système paradigmatique chacune des méthodes



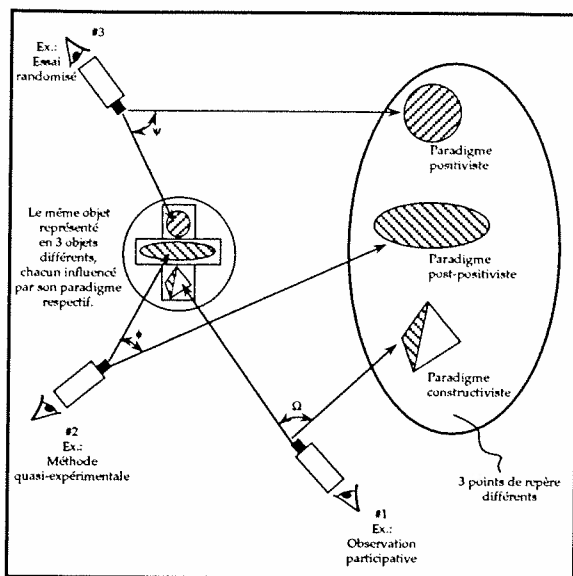


Figure 7. La fausse triangulation

est associée. Les deux méthodes sont-elles reliées à un seul et même point de référence (paradigme) ou à des points de référence différents? Il tombe sous le sens que, s'il y a plus d'un point de référence (paradigme), le concept de triangulation est nul et non avenu. La Figure 7 illustre cette sorte de triangulation manifestement fausse où sont associés essais randomisés, méthodes quasi-expérimentales et observation participative. La raison en est simple. Chaque point de référence (paradigme) s'appuie sur son propre système de coordonnées (valeurs, axiomes) de sorte que l'objet à l'étude est différent, selon le paradigme. Pour en revenir à la métaphore du camion, ou bien on observe les traces laissées par le camion, ou bien on participe au pilotage du camion. On ne peut faire les deux à la fois.

## Conclusion: quelle est la mission de la santé publique?

En sciences humaines et sociales (dont fait partie le champ de la santé publique), il y a une tendance à mêler les paradigmes de recherche ou les stratégies de recherche à l'intérieur d'un même projet. Cette pratique est justifiée par l'impression qu'on améliore la compréhension de la complexité du phénomène à l'étude. Et,

sans qu'elle ne soit dangereuse, cette pratique devrait être considérée avec circonspection si on veut demeurer intellectuellement cohérent. Peut-être la question à laquelle doit répondre tout travailleur en santé publique se trouve-t-elle dans la métaphore du camion et dans la différence entre l'observation des traces du camion et le pilotage du camion.

Pour conclure, une autre analogie: la mission de la santé publique est-elle plutôt apparentée à l'archéologie ou est-elle plus proche de l'architecture?

L'archéologie est une merveilleuse discipline scientifique, parmi les plus nobles. Elle est aussi une pratique qui incarne le processus d'observation des traces et des pistes. En rassemblant, les unes après les autres, les traces laissées par les acteurs du passé, l'archéologie permet de formuler des théories sur l'état des choses, sur la façon dont elles fonctionnaient et même sur leur signification. À bien y penser, la plupart des pratiques scientifiques sont une forme d'archéologie. Y a-t-il vraiment une différence entre la pratique de l'épidémiologie et celle de l'archéologie? Entre la pratique de la toxicologie et celle de l'archéologie? Et ne pourrait-on pas dire la même chose de la pratique de la santé publique? Bien que cette approche archéologique soit éminemment utile et d'importance vitale en santé publique, est-ce là la seule forme de pratique de la santé publique? Et comme on l'a vu précédemment, un praticien ne peut, à la fois, être archéologue et participer au pilotage du camion. Voilà le dilemme.

D'un autre côté, l'architecture, tout comme le génie, ne sont pas des pratiques de type archéologique. L'architecture est synonyme de participation au pilotage du camion et à la décision sur la route à suivre. C'est une pratique qui a pour but de transformer le monde vécu et non pas d'observer des traces et des pistes. En d'autres mots, l'architecture et l'archéologie sont incommensurables.

De toute évidence, il y a des professionnels de santé publique qui ont une pratique du type architectural et on peut les voir, à l'occasion, monter dans le « camion de la santé ». Cela fait surgir quelques questions: en se comportant



de la sorte, ces professionnels ont-ils renoncé à croire dans l'autorité de la certitude analytique, la vérité de la connaissance et la gloire de la recherche généralisable? Et, plus sérieusement peut-être, comment ont-ils pu développer une pratique participative qui conjugue l'incertitude de la critique, la construction de connaissances sans vérité et l'ambiguïté de l'action locale?

Autrement dit, les professionnels de santé publique (pas nécessairement tous) sont-ils prêts à passer de la pratique de l'archéologie de la santé à une pratique de l'architecture de la santé? Finalement, et c'est la question entre toutes, est-il possible de monter en toute sécurité dans le « camion de la santé » et de maintenir l'intégrité historique de ce qui est socialement accepté comme recherche scientifique? □

Traduction: Isabelle Laporte

## Références

- Baum, F. (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40 (4), 459-468.
- Blaikie, N.W.H. (1991). A critique of the use of triangulation in social research. *Quality & Quantity*, 25, 115-136.
- Brocklesby, J., & Cummings, S. (1995). Combining hard, soft, and critical methodologies in systems research: the cultural constraints. *Systems Research*, 12 (3), 239-245.
- Campbell, D.T. (1988). *Methodology and epistemology for social science* (selected papers edited by E.S. Overman). Chicago: The University of Chicago Press.
- Collins, H.M. (1990). *Artificial experts*. Cambridge: The MIT Press.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures*, 1 (1), 8-26.
- Creswell, J.W. (1994). *Research design: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Flood, R.L., & Carson, E.R. (1988). *Dealing with complexity*. New York: Plenum Press.
- Haldemann, V., & Levy, R. (1996). Oecuménisme méthodologique et dialogue entre paradigmes. *Ruptures*, 3 (2), 244-256.
- Holyoak, K.J., & Thagard, P. (1996). *Mental leaps: analogy in creative thought*. Cambridge: The MIT Press.
- Le Moigne, J.-L. (1990). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris: Dunod.
- Le Moigne, J.-L. (1994). *Le constructivisme* (tome 1). Paris: ESF Éditeur.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: ESF Éditeur.
- Nicolis, G., & Prigogine, I. (1989). *Exploring complexity*. New York: W.H. Freeman & Co.
- OMS. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Revue canadienne de la santé publique*, 77, 425-430.
- Pineault, R., & Goulet, L. (1995). Les indicateurs de santé: les utiliser, oui, mais ne pas en abuser. *Ruptures*, 2 (2), 140-150.
- Reichardt, C.S., & Rallis, S.F. (Ed.). (1994). *The qualitative-quantitative debate*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sechrest, L., & Sidani, S. (1995). Quantitative and qualitative methods: Is there an alternative? *Evaluation and program planning*, 18, 77-87.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research* (2nd edition). Thousand Oaks: Sage Publications.

## Remerciements

L'auteur remercie Sylvie Gendron et Louise Potvin pour leurs commentaires judicieux et leurs suggestions ainsi que Diane Crevier pour le travail d'infographie.

## Abstract

*The current tendency in public health research to accommodate both quantitative and qualitative methodologies finds its justification in the perceived need to develop a greater understanding of the complexities of the field. This multimethod approach is gaining support from practitioners, researchers and funding agencies alike. However, the simple addition of qualitative techniques to the methodological toolbox of the public health worker merely creates an appearance of enriching or complementing analytic studies. This practice serves to occult significant historical, epistemological and paradigmatic disputes that are linked to the questioning of the underlying complexity of public health. Through a discursive process using a number of linked metaphores, the paper tries to deal with the question: if we decide to delve into the complexity of public health, how do we then cope with the dilemma of retreating from the vain belief in the authority of certitude by advancing into the cynical realm of the virtue of criticism?*

## Biographie

Ron Levy est professeur au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il est membre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et s'intéresse principalement à la recherche évaluative, à la théorie du système général ainsi qu'à la technique dans le domaine de la santé.