

# L'APPROCHE RÉALISTE POUR ÉVALUER LES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ : ÉCLAIRAGES THÉORIQUES

## Autrices

Ségolène Malengreaux  
Dominique Doumont  
Isabelle Aujoulat

Service universitaire de promotion de la santé  
de l'Université catholique de Louvain



Avec le soutien de



# UNE PUBLICATION DU RESO SERVICE UNIVERSITAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN



**AUTRICES :** Ségolène Malengreaux, Dominique Doumont, Isabelle Aujoulat

**SOUS LA DIRECTION DE:** Pr. Isabelle Aujoulat (UCLouvain/IRSS-RESO)

## REMERCIEMENTS :

Les autrices remercient pour leur collaboration à la réflexion, leurs apports dans ce travail et leurs relectures :

- François Alla et Linda Cambon (Université de Bordeaux-Inserm/BPH)
- William D'Hoore et Bénédicte Scheen (UCLouvain/IRSS-RESO)
- Manon Beauvarlet et Myriam De Spiegelaere (ULB/École de Santé Publique)
- Emmanuelle Caspers et Mira Goldwicht (Service Public Francophone Bruxellois/Service de la Santé)

Et les partenaires de la recherche-action participative [ProSess](#)

- Marie Bourcy et Anouk Dufour de l'asbl Alzheimer Belgique
- Hélène Poorteman et Caroline Rasson de l'asbl Fonds des Affections Respiratoires
- Myriam Dieleman et Christophe Moeremans de la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial
- Soline Gilles et Vinciane Saliez de l'asbl I.Care

**GRAPHISTE :** Théophile Pitsaer (UCLouvain/IRSS-RESO)

## POUR RÉFÉRENCER CE DOCUMENT :

Malengreaux S., Doumont D., Aujoulat I. L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé : éclairages théoriques, Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO, 2020

**RETROUVEZ TOUTES LES PUBLICATIONS DU RESO  
A L'ADRESSE SUIVANTE : <http://www.uclouvain.be/reso>**

AVEC LE SOUTIEN DE :



# TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	5
I. Introduction.....	6
II. L'évaluation des interventions de promotion de la santé.....	8
1. Promouvoir la santé des populations .....	8
2. Enjeux et défis de l'évaluation des interventions de promotion de la santé .....	9
III. « Est-ce que la promotion de la santé marche ? ».....	12
1. L'architecture des programmes.....	14
2. Les liens causaux entre l'intervention et l'effet .....	19
2.1 La causalité générative.....	19
2.2 Un outil pour l'analyse.....	20
3. Les étapes d'une évaluation réaliste.....	24
Étape 1 – Définir les objectifs de l'évaluation.....	26
Étape 2 – Expliciter la théorie de programme initiale.....	26
Étape 3 – Formuler les hypothèses de configurations Contexte- Mécanisme-Effet.....	27
Étapes 4, 5 et 6 – Récolter et analyser les données suivant les méthodes définies.....	28
Étape 7 – Réviser la théorie de programme .....	31
Étape 8 – Informer la prise de décision interventionnelle.....	33
IV. Perspectives et conclusions.....	34
Bibliographie.....	37

## LISTE DES FIGURES ET ENCADRÉS

Figure 1 : Les stratégies de promotion de la santé définies dans la Charte d'Ottawa.....	8
Figure 2 : Les grands défis de l'évaluation en promotion de la santé.....	9
Figure 3 : C'est quoi une théorie de programme ?.....	15
Figure 4 : La configuration contexte-mécanisme-effet (CME).....	20
Figure 5 : Les configurations contexte-mécanisme-effet (CME).....	21
Figure 6 : Le cycle d'une évaluation réaliste.....	25
Encadré 1 : Exemple d'une intervention fictive de promotion de la santé en milieuscolaire.....	7
Encadré 2 : Les programmes sont ancrés dans un contexte : illustration avec l'intervention fictive.....	16
Encadré 3 : Les programmes sont actifs : illustration avec l'intervention fictive.....	16
Encadré 4 : Les programmes sont des systèmes ouverts : illustration avec l'intervention fictive.....	17
Encadré 5 : La théorie de programme de l'intervention fictive.....	22
Encadré 6 : Les configurations CME de l'intervention fictive : application du cadre d'analyse.....	23
Encadré 7 : Les questions évaluatives posées au sujet de l'intervention fictive..	26
Encadré 8 : Les hypothèses de configurations CME de l'intervention fictive.....	27
Encadré 9 : Les méthodes de récolte des données pour tester les configurations CME de l'intervention fictive.....	29
Encadré 10 : Les méthodes d'analyse des données pour tester les configurations CME de l'intervention fictive .....	30
Encadré 11 : La révision de la théorie de programme de l'intervention fictive.....	31
Encadré 12 : La théorie de programme révisée de l'intervention fictive.....	32
Encadré 13 : Les décisions interventionnelles pour améliorer l'intervention fictive.....	33
Encadré 14 : Application du cadre d'analyse adapté par Linda Cambon, François Alla et leurs collègues à la configuration CME 4 de l'intervention fictive.....	34
Encadré 15 : Application du cadre d'analyse adapté par Bruno Marchal, Sara Van Belle et leurs collègues à la configuration CME 4 de l'intervention fictive....	35

## ABRÉVIATIONS

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CPS	Compétences Psycho-Sociales
Configurations CME	Configurations Contexte-Mécanisme-Effet

## AVANT-PROPOS

Les synthèses de connaissances réalisées par le service universitaire de promotion de la santé UCLouvain/IRSS-RESO (RESO)<sup>I</sup> visent à soutenir les intervenants de promotion de la santé, qu'ils soient professionnels, décideurs ou scientifiques, dans leurs pratiques en partageant les connaissances en promotion de la santé. Au travers de la réalisation de supports de partage de connaissances, nous entendons favoriser l'accessibilité et l'appropriation des savoirs issus de la littérature scientifique et grise et les savoirs issus de l'expérience.

À Bruxelles, le Plan Stratégique de promotion de la santé<sup>II</sup>, qui suit l'adoption en février 2016 du décret relatif à la promotion de la santé par le Parlement francophone bruxellois, énonce à la page 53 que « [l'évaluation] visera à comprendre comment et pourquoi un projet ou programme fonctionne, ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes (« *Realist Evaluation* ») ». Dans le cadre de la mission de partage des connaissances du RESO, cette synthèse se propose de clarifier ce qui est entendu par « *realist evaluation* » (FR : évaluation réaliste) .

**Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.**

---

<sup>I</sup> <http://uclouvain.be/reso>, consulté le 12 décembre 2019

<sup>II</sup> <https://www.spsb.brussels/>, consulté le 12 décembre 2019

# I. INTRODUCTION

---

Ces dernières années, l'évaluation réaliste fait l'objet d'un nombre croissant de publications scientifiques, notamment dans le domaine de l'évaluation de programmes de santé publique.<sup>1</sup> Cette approche de l'évaluation présente en effet un certain nombre d'avantages pour l'évaluation de programmes dont il est difficile de (dé)montrer la complexité des processus à l'œuvre. C'est le cas des programmes de promotion de la santé, caractérisés par des actions menées sur différents niveaux et impliquant une diversité d'acteurs dans des contextes exerçant une grande influence sur les programmes.<sup>2</sup>

Les programmes de promotion de la santé sont majoritairement élaborés, mis en œuvre et évalués par des personnes, aux disciplines variées et travaillant dans des milieux tout aussi divers. La tâche évaluative repose le plus souvent sur ces personnes, que nous nommerons « intervenants » dans la suite de ce travail. L'approche réaliste est encore peu connue des intervenants en promotion de la santé. Les raisons de cette méconnaissance sont multiples, mais ont notamment trait à l'absence d'écrits didactiques en français à destination des intervenants, qui clarifient les concepts de l'approche réaliste et son opérationnalisation.

Dès lors, l'objectif de ce travail est de lever le voile sur cette approche évaluative pour mieux comprendre en quoi elle est pertinente pour évaluer les programmes de promotion de la santé. Cette synthèse est destinée aux intervenants qui mènent des interventions de promotion de la santé et se questionnent sur leurs pratiques. Elle est également à destination des décideurs politiques qui mettent en œuvre des politiques de promotion de la santé et qui eux aussi questionnent leurs décisions et pratiques. Nous espérons que les éclairages que nous apportons au travers de ce travail feront naître chez le lecteur un intérêt pour l'approche réaliste.

Notons que l'attention que nous portons à l'évaluation réaliste n'exclut pas l'intérêt d'autres approches évaluatives et d'autres pratiques, que nous ne détaillerons pas ici.

Tout au long de ce travail, nous utilisons un exemple **fictif** d'une intervention de promotion de la santé à l'école pour illustrer nos propos. Nous présentons cette intervention fictive dans l'encadré 1 ci-après.



### **Encadré 1 : Exemple d'une intervention fictive de promotion de la santé en milieu scolaire**

*Prenons l'exemple d'une intervention de promotion du bien-être en milieu scolaire élaborée par une association de prévention du harcèlement et du suicide. Ce programme s'organise sur 2 niveaux : le niveau institutionnel et le niveau pédagogique.*

*Au niveau institutionnel, le programme prévoit d'organiser un comité bien-être au sein de l'école, soutenu par un facilitateur issu de l'association qui a pour mission d'encourager la participation de tous les membres de ce comité. Ce comité est composé de la direction, de représentants de l'équipe pédagogique et de représentants d'élèves. Il a pour objectif de mobiliser l'ensemble de l'école sur la thématique du bien-être au travers d'actions ciblées et collectives qui permettront d'améliorer le bien-être des élèves.*

*Au niveau pédagogique, le programme propose de former les enseignants de 1<sup>ière</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> primaire aux compétences psychosociales (CPS) telles qu'avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress et ses émotions, savoir communiquer, etc. afin qu'ils intègrent des activités de renforcement des CPS dans le quotidien de leurs classes. Le développement des CPS est, selon la littérature, une stratégie de prévention de problématiques comme le harcèlement scolaire, le suicide, etc.*

*Dans notre exemple, le programme est mis en oeuvre dans l'école primaire X à la demande de la direction. Cette dernière a constaté une augmentation des comportements inappropriés entre élèves d'une part, et entre les élèves et les enseignants d'autre part. L'association connaît un peu l'école, car elle s'y est rendue à plusieurs reprises pour bien comprendre la demande de la direction avant de proposer ce programme.*

## II. L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ

### 1. Promouvoir la santé des populations

La promotion de la santé est une approche de santé publique guidée par des principes éthiques pour plus de **justice sociale**<sup>3</sup> et basée sur des **théories issues de diverses disciplines**<sup>4</sup>. Cette approche s'inscrit pleinement dans une définition holistique et positive de la santé, considérée comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »<sup>5</sup>

La promotion de la santé s'est développée suite au constat que pour améliorer la santé des populations, les solutions construites sur un modèle biomédical, c'est-à-dire centré sur la maladie, ne suffisent pas et doivent être complétées par des solutions construites sur un modèle écologique, qui intègre une vision large de ce qu'on appelle les **déterminants de la santé**, répartis en 4 grandes familles : les facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et liés au système de soins et de santé.<sup>3</sup>

La promotion de la santé est souvent présentée à l'aide de la Charte d'Ottawa, signée par la Belgique en 1986 lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé.<sup>6</sup> Avec cette Charte, les signataires insistent sur la nécessité d'une nouvelle démarche de santé publique, qui mette en place les **conditions** indispensables pour conférer « *aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.* »<sup>6</sup>

Figure 1 : Les stratégies de promotion de la santé définies dans la Charte d'Ottawa



Source : UCLouvain/IRSS-RESO, 2020

La Charte détaille **5 stratégies d'action** pour atteindre cet objectif (cf. figure 1 ci-contre) : renforcer les capacités individuelles, renforcer l'action communautaire, créer des milieux de vie favorables à la santé, réorienter les services de santé et élaborer des politiques publiques favorables à la santé. Au travers de la diversité et de la complémentarité de ces stratégies, on comprend que la promotion de la santé relève d'une responsabilité partagée par une large variété de profils d'intervenants : des politiques, des institutions, des associations, des professionnels, des citoyens ...

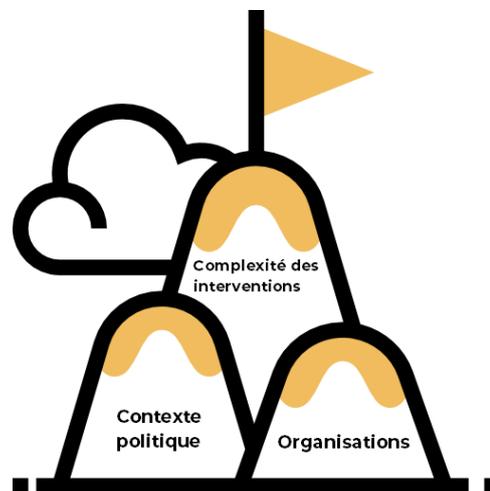
## 2. Enjeux et défis de l'évaluation des interventions de promotion de la santé

De manière générale, le déploiement (voire la reconnaissance) de la promotion de la santé et les moyens qui y sont alloués sont encore très limités. Un des freins à son développement souvent évoqué est la difficulté à comparer les résultats obtenus aux résultats attendus, et à montrer le lien entre l'intervention et les effets. Ce qui revient à en justifier l'efficacité.<sup>2,7,8</sup>

Outre le fait d'en montrer l'efficacité, d'autres **enjeux** sont associés à l'évaluation des interventions, et ce pour les intervenants comme pour les décideurs politiques : améliorer ses pratiques, appuyer des revendications, faire reconnaître un secteur d'interventions, redonner du sens et une légitimité aux pratiques, assurer la continuité des programmes, favoriser une meilleure utilisation des fonds publics, améliorer le pilotage et la visibilité des politiques de promotion de la santé...<sup>9-11</sup>

Malgré les enjeux de l'évaluation des programmes de promotion de la santé, sa mise en œuvre n'est pas chose aisée et de nombreux **défis** attendent les intervenants, les décideurs politiques et les scientifiques. Nous les regroupons ici en trois grands groupes (cf. figure 2 ci-dessous) : les défis liés aux organisations, ceux liés au contexte politique et ceux liés à la complexité des interventions de promotion de la santé.

Figure 2 : Les grands défis de l'évaluation en promotion de la santé



Source : Adaptée de Eucalyp sur [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)

 Un premier grand défi concerne la capacité des **organisations** à mener, de façon régulière et continue, des évaluations et à les utiliser pour ajuster leurs pratiques. Citons par exemple, la faible utilité perçue des évaluations, la charge supplémentaire que peut exercer un processus d'évaluation sur les équipes, l'expertise restreinte des équipes en matière d'évaluation et les ressources financières limitées.<sup>12,13</sup>



Un autre grand défi est lié au **contexte politique** dans lequel se déroulent les interventions, et donc par extension leur évaluation. Pour les organisations, il s'agit de parvenir à articuler les objectifs de l'évaluation entre leur philosophie de travail d'une part, qui guide la mise en oeuvre de l'intervention et est en cohérence avec leur objet social, et les objectifs des décideurs politiques d'autre part, qui financent l'intervention dans le cadre d'un Plan/d'une Politique. Ce défi est particulièrement prégnant en Belgique où une même intervention (sur le plan opérationnel) est parfois financée par plusieurs instances politiques, lesquelles ne sont pas forcément dans des logiques d'évaluation identiques.<sup>14</sup>

Il y a deux caractéristiques du contexte politique qu'il est utile de rappeler pour expliquer les difficultés rencontrées par les décideurs politiques pour apprécier l'efficacité (c'est-à-dire le rapport entre les ressources investies et l'efficacité) de leurs politiques. La première est la durée relativement courte des mandats politiques. La durée des mandats est un frein important pour apprécier les effets des politiques qui s'observent plutôt sur du long terme. La deuxième est le compartimentage des matières politiques, réparties entre les multiples pouvoirs publics. La conséquence est qu'une politique de promotion de la santé va concerner une multitude de décideurs politiques travaillant à différents niveaux. Ainsi, l'efficacité de leurs politiques ne dépendra pas uniquement de la matière dont ils ont la compétence.<sup>14</sup> Les tensions, que ces deux caractéristiques peuvent générer, représentent un défi considérable pour l'évaluation des politiques.



Le plus grand des défis est probablement d'adopter une démarche évaluative capable de tenir (et de rendre) compte de la **complexité** des interventions de promotion de la santé. Dans la littérature<sup>1,15</sup>, la notion de complexité désigne une série de caractéristiques inhérentes notamment aux interventions conçues dans un objectif de promotion de la santé. D'abord, les interventions complexes supposent plusieurs composantes qui interagissent entre elles. Ces composantes ont trait aux personnes impliquées dans l'intervention (l'équipe en charge de l'intervention, les participants, les décideurs, leur histoire et leur organisation, etc.), et aux aspects d'ordre financier, matériel, procédurier, etc. Ces composantes agissent et évoluent en système, c'est-à-dire qu'elles interagissent sur une période et dans un contexte spécifiques.

Ensuite, les interventions complexes se passent en « milieu réel », c'est-à-dire dans des organisations, qui elles-mêmes constituent d'autres systèmes, qui évoluent et s'adaptent, ou non, au gré de l'intervention, et qui vont par conséquent l'influencer. Ainsi, l'intervention se situe à la croisée de plusieurs niveaux de contextes et de systèmes sociaux.

Enfin, les effets qui découlent de ces interventions complexes sont variés, nombreux, et découlent de processus qui se déroulent sur des périodes de temps plus ou moins longues. Par ailleurs, l'influence du contexte est déterminante pour comprendre les relations de causalité entre l'intervention et ses effets. De sorte que l'intervention complexe est indissociable de son contexte.<sup>15-18</sup>

À cela, il faut ajouter que les interventions de promotion de la santé reposent sur une série de principes clés tels que la participation, l'*empowerment*, l'*intersectorialité* et l'équité. Ces principes devraient aussi, selon plusieurs auteurs, guider les démarches évaluatives.<sup>2, 19</sup> Dès lors, une approche évaluative adaptée aux interventions de promotion de la santé devrait avoir une dimension participative et ainsi, inclure les parties prenantes qui ont un intérêt légitime à l'évaluation du programme, telles que l'équipe en charge de l'intervention, les acteurs, le financeur, etc. L'approche évaluative devrait aussi développer les compétences de ces parties prenantes et reposer sur l'apport de diverses disciplines en raison de la multidisciplinarité de ces parties prenantes.<sup>20</sup>

Ainsi, l'utilisation d'approches évaluatives compréhensives qui cherchent à comprendre **comment** les interventions parviennent à engendrer des changements est encouragée pour dépasser les limites d'autres approches évaluatives, qui visent à prouver l'efficacité des interventions en se centrant sur l'existence d'un lien entre l'intervention et ses effets.<sup>2, 16, 21</sup>

### III. « EST-CE QUE LA PROMOTION DE LA SANTÉ MARCHE ? »

---

Cette question est redoutée par les intervenants, les décideurs politiques et les scientifiques œuvrant dans le champ de la promotion de la santé... Non pas parce que la réponse serait « non », mais parce que la question met la personne face à un « mur » : il est évident qu'aucun programme de promotion de la santé ne fonctionne à la perfection pour tout le monde et dans tous les contextes. Si c'était le cas, ce champ d'action ne serait probablement pas en mal de reconnaissance.

En fait, la complexité des interventions de promotion de la santé nécessite de poser la question de l'efficacité différemment. Il s'agit de déplacer l'attention sur le « comment » plutôt que de se limiter à dire si une intervention fonctionne, ou pas. Pour ce faire, l'évaluation réaliste offre une perspective intéressante, car cette démarche va au-delà de la question traditionnelle, en titre de cette partie, pour questionner plutôt : « *Est-ce que ça marche, comment ça marche, pourquoi, pour qui et dans quelles circonstances ?* ». L'objectif de l'évaluation est donc de constater l'effet, mais aussi d'en comprendre la mécanique, le processus à l'origine de cet effet. Cette démarche est pragmatique puisque les résultats visent à réviser, préciser ou réorienter les interventions, autrement dit, à en améliorer la qualité.

En 1997, Ray Pawson et Nick Tilley publient un ouvrage intitulé « *Realistic Evaluation* »<sup>III</sup> dans lequel ils développent leur vision de la pensée réaliste : les origines, les fondements et les premiers repères méthodologiques de l'évaluation réaliste. Tilley explique que dans les années 80, Pawson et lui sont chacun confrontés à l'évaluation de programmes concernant la prévention des crimes. Alors qu'ils ne sont pas des spécialistes de l'évaluation, ils se plongent dans la littérature et deviennent vite sceptiques face aux approches classiques, telles les méthodes expérimentales ou quasi expérimentales, utilisées à cette époque-là pour évaluer tout type de programme.<sup>22</sup> En effet, les relations de causalité entre les (multiples) composantes de ces programmes et de leurs effets sont, d'une part, difficiles à identifier, mais aussi instables dans la durée, et variables selon les contextes. Ils en viennent à proposer une nouvelle approche évaluative, s'inspirant des méthodes d'évaluation guidées par la théorie : l'évaluation réaliste (dite aussi approche réaliste ou démarche réaliste).<sup>23</sup>

Dans le cadre de ce travail, nous ne nous attarderons pas sur ce qui distingue l'évaluation réaliste des méthodes d'évaluation guidées par la théorie, mais nous retiendrons que l'approche réaliste s'inscrit dans la continuité de ces méthodes. Toutes deux ont donc de nombreux points communs. Nous ne nous attarderons pas

---

<sup>III</sup> Pawson R. & Tilley N. (1997). *Realistic Evaluation* London: Sage.

non plus sur l'appartenance philosophique de l'évaluation réaliste, mais nous présentons, de manière succincte, la signification du terme « réaliste » dans l'encadré ci-dessous.

## Caractéristiques du *réalisme critique*



Premièrement, le réalisme reconnaît **qu'il n'y a pas de vérités et de connaissances absolues et finales**, car elles passent systématiquement au travers le filtre du cerveau humain. Cependant, il est possible de parvenir à une compréhension raisonnablement proche de la réalité. On peut donc comprendre si, comment et pourquoi un programme fonctionne, mais on n'atteindra jamais la certitude ou la preuve définitive qu'un programme fonctionne.

Deuxièmement, le réalisme considère que **ce qui est de l'ordre du social est autant réel que ce qui est de l'ordre du matériel**, car dans les deux cas, les effets sont réels. Ceci implique d'abord que les programmes et les politiques sont réels et ont donc de réels effets, et ensuite, que les constructions sociales influencent les programmes, car elles sont tout autant réelles.

Troisièmement, le réalisme soutient que **tous les systèmes sociaux sont des systèmes ouverts**, car en réalité, les systèmes n'ont pas de frontières tangibles, elles sont plutôt poreuses et flexibles : les personnes, les idées, les ressources, entrent et sortent du système. Ceci implique plusieurs choses pour l'évaluation. D'abord, cette idée implique qu'il faut fixer les limites

du système évalué, même si celles-ci n'existent pas clairement dans la réalité. De plus, le programme, comme système ouvert, n'est pas statique, il évolue dans le temps de façon complexe et interactive. Enfin, cette idée implique que les effets observés résultent d'interactions à l'intérieur, mais aussi au travers du système dans ses interactions avec d'autres systèmes. Les effets d'un programme ne sont donc pas « simplement » la résultante du programme.

Le réalisme se trouve en fait au carrefour entre le positivisme et le constructivisme. Pour les **positivistes**, un programme n'est dit efficace que si ses effets ont pu être démontrés en les comparant entre un groupe de participants et un groupe de non-participants. Pour les **constructivistes**, par contre, il est impossible d'isoler les effets d'une intervention de son contexte. Dès lors, les connaissances sur les effets d'une intervention sont un jugement subjectif. Le réalisme se situe entre ces deux paradigmes pour trouver un équilibre entre la réalité dite objective et la réalité dite subjective.

Source : Westhorp, 2018.

# 1. L'architecture des programmes

Image : <https://www.animations-evenements.com/prod/defi-kapla/>



Le terme « programme »<sup>IV</sup> peut revêtir plusieurs sens et fait l'objet de plusieurs définitions, qui se différencient parfois de manière très subtile. Dans ce travail, nous retenons la définition suivante :

« [Un programme est un] ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent. Il se justifie sur la base de besoins définis comme une carence ou un manque qui affecte des individus, une collectivité ou une société. Il est sous le contrôle d'une ou de plusieurs personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement. Il est mis en place pour transformer des choses ou l'état d'une chose. »<sup>24</sup>

Comme le soulignent Valery Ridde et ses collègues, au cœur de cette définition il y a la notion de transformation. Ainsi, tout programme de promotion de la santé vise à produire des changements en vue d'une amélioration de la situation pour les personnes concernées, bien qu'il puisse aussi produire des changements inattendus (bénéfiques, neutres ou nuisibles).<sup>25</sup>

L'approche réaliste considère que ce n'est pas le programme qui produit des changements. En fait, ce sont les **ressources** offertes par le programme qui permettent aux **individus** de le faire « marcher ». Autrement dit, les individus rendent possibles les changements grâce aux ressources offertes par le programme. Au centre de l'approche réaliste, il y a 4 caractéristiques essentielles pour comprendre comment un programme « transforme » une situation<sup>26</sup> :

- ◆ Les programmes reposent sur des **théories**,
- ◆ ils sont ancrés dans un **contexte**,
- ◆ ils sont **actifs** et
- ◆ ils sont ce qu'on appelle des « **systèmes ouverts** ».

Nous développons ci-dessous ces caractéristiques, qui sont essentielles pour comprendre l'approche réaliste.

---

<sup>IV</sup> Dans le contexte de la promotion de la santé en Région de Bruxelles-Capitale, et plus particulièrement, dans le cadre du Plan Stratégique de Promotion de la Santé, nous comparons le terme « programme » utilisé dans notre travail comme un synonyme de « projet » tel que défini dans le Plan Stratégique de Promotion de la Santé. Nous utilisons également les termes « intervention » et « programme » de manière interchangeable.



**Tout programme repose sur une théorie, qu'elle soit explicite ou implicite.**

Cela signifie que toute intervention est pensée et construite dans un but de changement et repose sur une base théorique qui présume comment l'intervention va produire ce changement. Cette base théorique constitue la théorie de programme, c'est-à-dire l'ensemble des suppositions qui envisagent comment un programme va permettre de changer une situation. On pourrait dire que ces suppositions constituent l'architecture du programme ou le modèle logique du programme.<sup>26</sup>

*Figure 3 : C'est quoi une théorie de programme ?*



Source : Adapté de [www.ramesesproject.org](http://www.ramesesproject.org) (traduction libre)

L'idée est que tout programme est une somme de théories avant d'être mis à l'épreuve du réel. Autrement dit, tout programme naît d'abord dans l'imagination d'une ou de plusieurs personnes, qui formulent, souvent implicitement, une série d'hypothèses pour arriver à un changement. Ces suppositions forment ensemble, tels des chaînons, une théorie qui est ensuite mise en œuvre dans le « monde réel ».

Ainsi, la théorie de programme s'apparente à l'architecture du programme, exprimée avec des mots, un schéma, un tableau, ou autre, qui montre les liens entre ce qui doit être fait, pourquoi c'est ce qui doit être fait et comment – en le faisant – le programme est supposé produire des changements dans son contexte de mise en œuvre. Ainsi, la théorie de programme énonce l'idée qu'on a de : Comment ça marche, pourquoi, pour qui et dans quelles circonstances ?

L'encadré 5, page 22, illustre la théorie de programme de l'intervention fictive.



**Les programmes sont ancrés dans un contexte** avec lequel le programme

interagit et qui peut modifier ses effets. Les effets se comprennent donc au travers du contexte dans lequel le programme se déroule. Bien souvent la limite entre le contexte et l'intervention est d'ailleurs floue.<sup>18</sup> Par contexte, on entend par exemple les capacités individuelles des acteurs clés (aptitude, capacité, motivation, intérêt, etc.), les relations interpersonnelles (communication, influence, etc.), le cadre institutionnel (culture, règles formelles et informelles, etc.) ou le contexte plus large (politiques, législation, climat économique, etc.).



### Encadré 2 : Les programmes sont ancrés dans un contexte : illustration avec l'intervention fictive

*Si le programme de promotion du bien-être, présenté ci-dessus, était mis en œuvre dans une autre école que l'école primaire X, il fonctionnerait très certainement différemment. Plusieurs éléments du contexte peuvent expliquer ces différences : la qualité du leadership de la direction, la qualité des relations entre les différentes parties prenantes, la concordance entre la formation et les valeurs personnelles des enseignants, etc.*



**Les programmes sont actifs** dans le sens où les programmes ne généreront des effets que si les personnes touchées par les programmes réagissent à celui-ci et ne restent pas passifs. Ceci s'explique par le fait que ce n'est pas le programme qui crée le changement, mais les personnes (leur raisonnement, leurs ressources, leurs représentations, etc.) en réponse au programme. L'évaluation devrait permettre de comprendre comment ces personnes réagissent au programme.



### Encadré 3 : Les programmes sont actifs : illustration avec l'intervention fictive

*Dans notre exemple, c'est l'engagement des enseignants formés vis-à-vis du programme qui déterminera s'ils intégreront des activités de renforcement des CPS dans le quotidien de leurs classes. Ce ne sera que si les enseignants décident de revoir leur programme pour intégrer ces activités de renforcement des CPS que le programme transformera la situation et génèrera des effets. Si les enseignants restent passifs et ne se mettent pas en action, le programme ne génèrera pas de transformations.*



**Les programmes sont des systèmes ouverts.** En lien avec la caractéristique précédente, on considère que le programme et son contexte forment un système, c'est-à-dire un ensemble de composantes interventionnelles et contextuelles qui sont en relation.<sup>18</sup> Ce système est « ouvert », car il n'a pas de frontières tangibles qui l'isolent du reste. Il est impossible d'isoler complètement un programme des facteurs susceptibles de l'influencer tels que les changements politiques, les médias, le turnover des professionnels, les relations entre programmes, etc. Certains auteurs<sup>18</sup> proposent de parler de « système interventionnel » plutôt que d'« intervention », pour mettre en avant ces interactions dynamiques entre le contexte et le programme.



#### Encadré 4 : Les programmes sont des systèmes ouverts : illustration avec l'intervention fictive

*Le programme peut être affecté par la médiatisation d'un cas de harcèlement ou de suicide ou par la mise en place d'un plan politique prévention suicide qui définit des objectifs au niveau national par exemple.*



### Pourquoi la théorie de programme est-elle centrale ?

La théorie de programme est une réponse méthodologique à la porosité et à la nébulosité des frontières du système dans lequel se déroule l'intervention. Comme expliqué plus haut, l'intervention se déroule dans un système ouvert, ce qui peut « troubler » l'évaluation. La théorie de programme permet de fixer, le temps de l'évaluation, les limites du « système interventionnel »<sup>18</sup> afin d'en évaluer les processus de changements à l'œuvre. Ainsi, la théorie de programme a un rôle central pour élargir la focale de l'évaluation à une compréhension des processus à l'origine des effets d'une intervention.<sup>27</sup>

*« Dans le cadre d'une évaluation réaliste,  
les participants sont autorisés à réinventer ou à modifier les programmes,  
afin que ceux-ci répondent à leurs besoins,  
et qu'ils puissent en tirer un sentiment d'appropriation »<sup>28</sup>*



### Comment expliciter la théorie de programme ?

Concrètement, la première étape d'une évaluation de type réaliste est d'explicitier la théorie de programme, c'est-à-dire de mettre en valeur, de façon claire et complète, les suppositions qui présument comment, pourquoi, pour qui et dans quelles circonstances les activités d'un programme vont produire les changements attendus.

Même non explicitée, la théorie de programme a toujours existé, elle est en filigrane des décisions et des pratiques des intervenants du programme (qu'ils aient conçu le programme ou non). Pour l'explicitier, il y a donc lieu de les interroger, voire d'avoir une dynamique participative avec l'équipe qui met en œuvre le programme, le ou les coordinateurs et l'évaluateur (si extérieur à l'équipe). Cette dernière proposition est soutenue par plusieurs auteurs<sup>27, 29</sup> qui y voient une condition primordiale pour que l'évaluation permette de faire évoluer le programme. Adopter une approche participative pour expliciter la théorie de programme permettrait d'accroître la validité de l'évaluation qui s'ensuit et sa vraisemblance aux yeux des intervenants<sup>29</sup>, mais aussi

de parvenir à une compréhension approfondie du programme, partagée par les personnes qui le mettent en œuvre<sup>30</sup>.

La théorie de programme peut être explicitée avec l'aide de documents portant sur le programme tels que des rapports d'activités ou des formulaires de demande de subvention. Une autre source importante est la littérature scientifique et professionnelle. Bien souvent, les programmes de promotion de la santé reposent sur des concepts clés qui sont largement étudiés dans la littérature tels que la littératie en santé, les compétences psychosociales, l'*empowerment*, l'estime de soi, etc. Analyser ces concepts au regard de son programme peut venir appuyer ou préciser des hypothèses que l'on aurait formulées au préalable.

### **Quelques questions qui peuvent aider à expliciter la théorie de programme**



- ◆ Quels changements le programme vise-t-il ou pourrait-il générer ?
- ◆ Qui est visé par le programme et quels changements le programme cherche-t-il à produire chez ces personnes ?
- ◆ Qu'est-ce que le programme leur fournit ou leur procure pour atteindre ces changements ?
- ◆ Se pourrait-il qu'il y ait des réactions différentes au programme en fonction du profil de personnes ? Quels seraient ces profils et comment pourraient-ils réagir différemment ?
- ◆ Comment le contexte dans lequel le programme se déroule pourrait-il être décrit ?
- ◆ Quels éléments du contexte pourraient influencer le programme et comment ?
- ◆ ...

## 2. Les liens causaux entre l'intervention et l'effet

Ce qui distingue particulièrement la démarche réaliste d'autres approches d'évaluation, est la **vision de la causalité**, appelée causalité générative, qu'elle suggère et qui constitue le cœur de la démarche.<sup>31</sup>

### 2.1 La causalité générative

Le modèle de la causalité générative peut se comprendre en la confrontant à son modèle opposé : le modèle de la causalité successionniste. Selon ce modèle successionniste, le lien causal existe dès lors que l'on peut montrer la relation directe entre l'intervention et l'effet de manière répétée, successive.

À l'opposé, selon le principe de la causalité générative, ce n'est pas l'intervention qui produit des effets, car prise seule, celle-ci n'est qu'une théorie. L'intervention n'est donc pas causale. Par contre, la rencontre entre les **ressources** amenées par l'intervention et les éléments du **contexte** dans lequel l'intervention est menée peut (ou pas) actionner un ou plusieurs **mécanismes** qui produiront l'**effet**. Ce mécanisme explique le lien de causalité entre une ou plusieurs ressources de l'intervention, le contexte de cette dernière et l'effet qui en découle.<sup>32</sup>

L'évaluation réaliste s'inscrit dans ce dernier modèle de causalité générative et vise à mieux comprendre les liens de causalité « contextualisés » pour être en mesure de dire pourquoi, comment, pour qui et dans quelles circonstances une intervention fonctionne, ou pas. Le lien causal se comprend au travers de 3 concepts-clés : l'effet, le contexte et le mécanisme.

L'**effet** (E) est le résultat de la réaction des personnes en réponse aux ressources du programme dans le contexte d'implantation de celui-ci. Il peut s'agir d'effets attendus ou non attendus. Par exemple, des effets sur la santé ou le bien-être, des effets sur un service ou une organisation, des effets en lien avec l'utilisation d'un service ou l'engagement de personnes, etc. (cf. encadrés 5 et 6)

Le **contexte** (C) est compris ici comme les facteurs extérieurs au programme (donc qui préexistent à l'intervention) qui ont pourtant un impact sur celui-ci. Par exemple : des normes culturelles, des valeurs, des représentations, des caractéristiques du public ou des intervenants (âge, sexe, compétences, expériences, etc.), des événements historiques, des conditions économiques, des politiques publiques, des éléments de l'environnement social et physique, etc. (cf. encadrés 5 et 6)

Le **mécanisme** (M) est la réponse des personnes aux ressources offertes par le programme. Il est activé par des facteurs contextuels et exerce une sorte de force qui conduit aux effets. La réponse des personnes peut être d'ordre cognitive, émotionnelle, consciente ou inconsciente, positive ou négative, etc. (cf. encadrés 5 et 6)



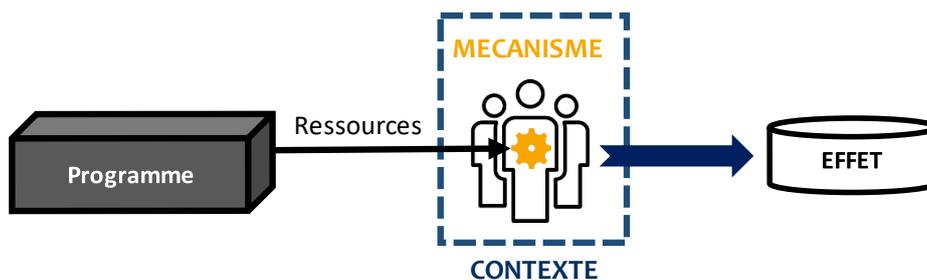
Pawson et Tilley utilisent la métaphore de l'horloge pour expliquer le concept de « mécanisme » : on voit les aiguilles bouger, mais pour comprendre comment elles bougent, il faut démonter l'horloge et aller examiner l'intérieur, car en surface, on ne voit que les effets du mécanisme intérieur.<sup>33</sup> Les mécanismes, au sens réaliste, sont souvent **cachés**, voire **invisibles**, ce qui ne les empêche pas d'être réels dans le sens où ils génèrent des **effets**. Ils sont également **sensibles au contexte**. Cette caractéristique implique qu'il ne faut pas voir les mécanismes comme universels, mais contextualisés. Enfin, les mécanismes peuvent être **individuels ou collectifs**.<sup>28, 34, 35</sup>

## 2.2 Un outil pour l'analyse

C'est en étudiant les liens causaux qu'il est possible de dire si un programme fonctionne, ou pas, comment, pour qui et dans quelles circonstances. Ainsi, Pawson et Tilley ont développé un outil d'analyse de ces liens causaux. Cet outil met en lien les 3 concepts-clés cités ci-dessus et porte le nom de « **configurations Contexte-Mécanisme-Effet** », abrégées « configurations CME ».<sup>33</sup>

La notion de « configuration » implique que ces 3 éléments clés forment, ensemble, un système qui explique le lien de causalité entre le programme et l'effet. La figure 4, ci-dessous, illustre comment l'approche réaliste explique les liens de causalité. Le programme procure des ressources aux individus. À la rencontre d'éléments du contexte, ces ressources vont activer (ou pas) des mécanismes chez ces personnes. Ces mécanismes produisent, à leur tour, des changements (des effets).

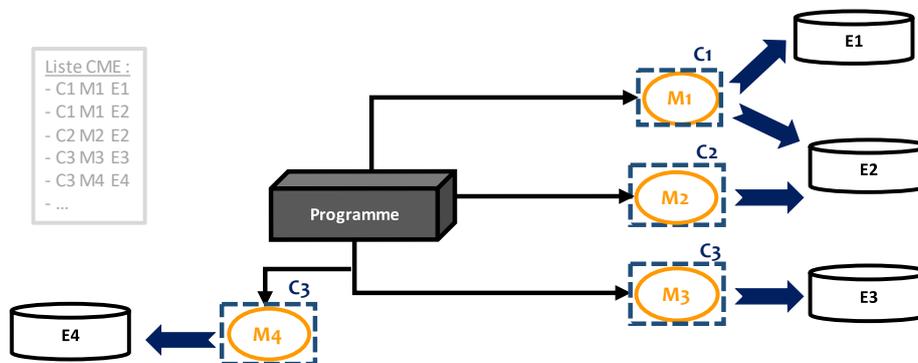
Figure 4 : La configuration contexte-mécanisme-effet (CME)



Source UCLouvain/IRSS-RESO, 2020

Une configuration CME n'explique pas, à elle seule, les liens de causalité entre un programme et ses effets. Ceux-ci seront expliqués par une multitude de configurations CME comme le montre la figure 5 ci-dessous.

Figure 5 : Les configurations contexte-mécanisme-effet (CME)



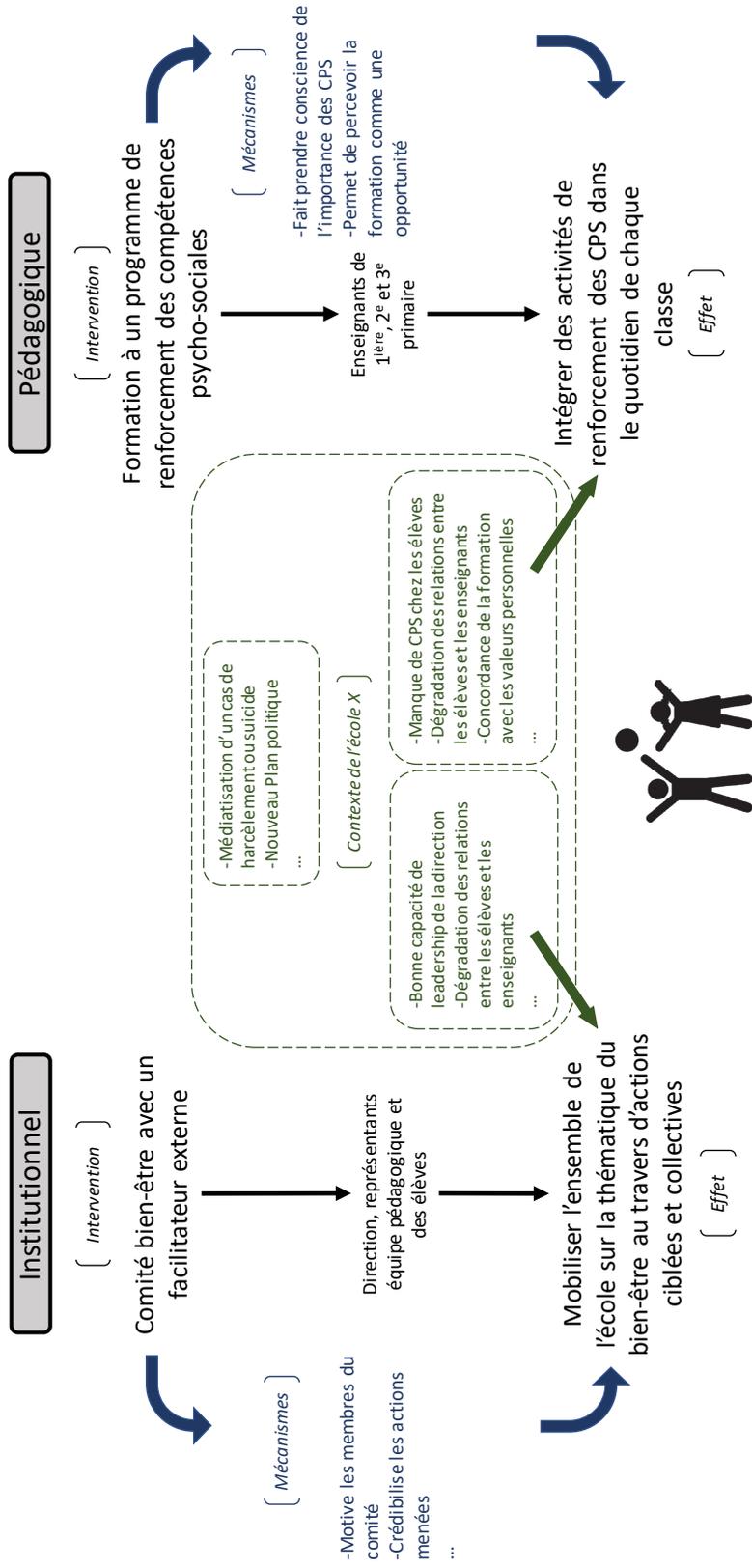
Source : UCLouvain/IRSS-RESO, 2020

L'évaluation réaliste consiste alors à formuler ces configurations CME pour ensuite les tester afin de les confirmer, réviser, préciser ou nuancer. De cette manière, la théorie de programme va aussi être précisée, ce qui aura comme conséquence de faire évoluer le programme. C'est là que réside l'objectif de l'évaluation réaliste : mieux comprendre comment, pour qui, pourquoi et dans quelles circonstances fonctionnent les programmes afin de les améliorer.

Dans une évaluation réaliste, la théorie de programme est formulée sous la forme de configurations CME. Ces configurations CME seront testées dans le processus évaluatif afin de les confirmer, les réviser, les préciser ou les nuancer. Ainsi, les modifications apportées à ces configurations, et donc à la théorie de programme, permettront de prendre des décisions afin d'améliorer le programme.

L'encadré 6 propose une application du cadre d'analyse des configurations CME à l'intervention fictive de notre exemple. Ces configurations peuvent être lues en vis-à-vis de l'encadré 5 illustrant la théorie de programme de l'intervention sous forme de schéma. La théorie de programme de notre exemple est ainsi illustrée de deux manières : sous forme schématique et sous forme de texte.

### Encadré 5 : La théorie de programme de l'intervention fictive



Augmenter le bien-être des élèves

Source : UCLouvain/IRSS-PESO, 2020

### **Encadré 6 : Les configurations CME de l'intervention fictive : application du cadre d'analyse**

*Au départ de la théorie de programme présentée dans l'encadré 5, nous identifions les éléments de contexte (C) et de mécanisme (M) et les effets (E) (il s'agit d'hypothèses). Chaque interaction formulée constitue une configuration CME.*

*Pour rappel, au niveau institutionnel, on prévoit que la création d'un comité bien-être, rassemblant les parties prenantes et animé par un facilitateur extérieur, permette la mobilisation de l'ensemble de l'école sur la thématique du bien-être au travers d'actions ciblées et collectives. Voici deux configurations CME possibles pour expliquer le lien entre cette action et l'effet attendu :*

*Configuration CME 1 : Si le facilitateur est extérieur et encourage l'intégration et la participation active de tous les membres dans le comité (C) au sein d'une école où les relations entre les enseignants et les élèves se sont dégradées (C), alors les membres du comité seront motivés (M) à mener des projets ensemble, ce qui contribuera à mobiliser l'ensemble de l'école (E).*

*Configuration CME 2 : Si la direction a une bonne capacité de leadership (C) et prend un rôle actif dans le comité (C). Cela contribuera à mobiliser l'ensemble de l'école (E), car le comité sera plus crédible aux yeux des élèves et des enseignants (M).*

*Au niveau pédagogique, on prévoit que la formation des enseignants leur permette d'intégrer des activités de renforcement des CPS dans le quotidien de leurs classes. Voici deux configurations CME possibles qui expliquent le lien entre cette action et l'effet attendu :*

*Configuration CME 3 : Si la formation (C) permet aux enseignants de se rendre compte que les élèves manquent de CPS (M1), alors ils prendront conscience de l'importance des CPS (M2), ce qui contribuera à ce qu'ils intègrent des activités de renforcement des CPS dans le quotidien de leur classe (E).*

*Configuration CME 4 : Si la formation (C) permet l'introspection (M1) dans un contexte où les relations entre les élèves et les enseignants se sont dégradées (C), alors les enseignants percevront les activités de renforcement des CPS comme une opportunité pour faire évoluer leurs relations avec les élèves (M2). Ce qui contribuera à ce qu'ils intègrent ces activités dans le quotidien de leur classe (E).*

### 3. LES ÉTAPES D'UNE ÉVALUATION RÉALISTE

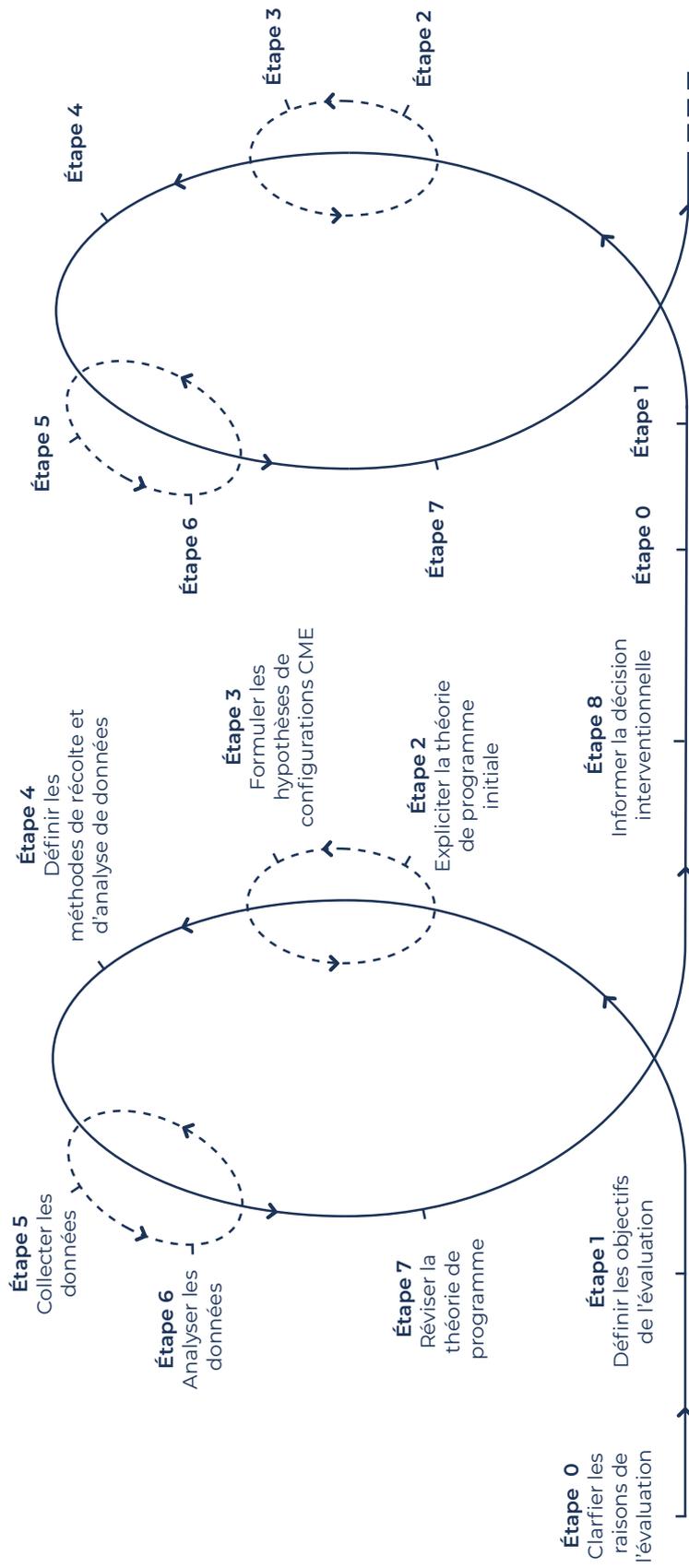
La finalité de l'évaluation réaliste est d'améliorer les programmes en précisant et en approfondissant la théorie de programme au terme de l'évaluation. Ainsi, la démarche réaliste s'apparente à un cycle dont l'objectif n'est pas d'arriver à une théorie de programme universelle, mais de produire des connaissances utiles pour améliorer l'intervention.<sup>31</sup> Ce cycle peut être divisé en 8 étapes. Le processus est itératif, les étapes peuvent se chevaucher et les allers-retours entre les étapes sont inévitables. De plus, une fois arrivée au bout du cycle, la théorie de programme révisée peut faire l'objet d'une nouvelle évaluation qui vient la préciser davantage, etc.

La figure 6, ci-dessous, montre les 8 étapes suivantes :

- ◆ Étape 1 – Définir les objectifs de l'évaluation
- ◆ Étape 2 – Expliciter la théorie de programme initiale
- ◆ Étape 3 – Formuler les hypothèses de configurations Contexte-Mécanisme-Effet
- ◆ Étapes 4, 5 et 6 – Récolter et analyser les données suivant les méthodes définies
- ◆ Étape 7 – Réviser la théorie de programme
- ◆ Étape 8 – Informer la prise de décision interventionnelle

Nous développons ci-dessous ces différentes étapes en les illustrant du même exemple utilisé ci-dessus.

Figure 6 : Le cycle d'une évaluation réaliste



Source : Adapté de Marchal B., van Belle S., et collègues, 2012

## Étape 1 – Définir les objectifs de l'évaluation

La première chose à faire est de **clarifier les raisons** pour lesquelles une évaluation va être menée. Se poser cette question permet de préciser et prioriser les questions évaluatives que l'on va investiguer, c'est-à-dire ce que l'on cherche à évaluer. Cela permet aussi d'augmenter les chances que les conclusions de l'évaluation soient utiles pour les parties prenantes de l'évaluation. On commence donc par se demander « à quoi et à qui vont servir les réponses des questions évaluatives que je vais investiguer ? »

Une fois les objectifs de l'évaluation clarifiés, les **questions évaluatives** peuvent être définies. Il est primordial de prioriser les questions évaluatives que l'on souhaite investiguer, car aucune évaluation ne pourra répondre à toutes les questions que l'on pourrait se poser. Le choix des questions évaluatives (et leur priorisation) est influencé par les raisons de l'évaluation, mais aussi par une série de facteurs comme les connaissances déjà existantes sur le programme, l'accessibilité des données, l'ancienneté du programme, etc.

### Encadré 7 : Les questions évaluatives posées au sujet de l'intervention fictive

*L'association de prévention du harcèlement et du suicide qui a élaboré l'intervention de promotion du bien-être souhaite l'évaluer pour s'assurer qu'elle atteint effectivement les effets attendus et touche le public ciblé. Les questions évaluatives que l'association pourrait se poser sont les suivantes :*

- 1. Comment le comité bien-être a-t-il facilité la mobilisation de l'ensemble de l'école sur la thématique du bien-être ? Comment qualifier la mobilisation de l'école sur la thématique bien-être ?*
- 2. Comment la formation a-t-elle aidé les enseignants à intégrer des activités de renforcement des CPS dans le quotidien de leur classe ? Comment et quels enseignants ont intégré des activités de renforcement des CPS à l'école ?*

## Étape 2 – Expliciter la théorie de programme initiale

La théorie de programme guide la démarche réaliste aux différentes étapes qui suivent. En début de cycle, nous parlons de théorie de programme initiale dans le sens où celle-ci précède l'évaluation. Il s'agit donc de la théorie avec laquelle démarre le processus évaluatif. Il est important de préciser que si la théorie de programme fait office de guide, elle ne devrait pas devenir un dogme. Il y a lieu de rester ouvert aux nouveaux éléments ou explications qui pourraient émerger pendant le processus évaluatif. La théorie de programme est en effet destinée à évoluer.

L'encadré 5 « La théorie de programme de l'intervention fictive » en page 2 illustre la théorie de programme initiale du programme de notre exemple fictif.

### Étape 3 – Formuler les hypothèses de configurations Contexte-Mécanisme-Effet

Sur base de la théorie de programme initiale, des hypothèses de configurations CME sont formulées en réponse aux questions évaluatives que l'on se pose. Il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une liste de mécanismes, d'une liste d'effets et d'une liste d'éléments du contexte. Chaque configuration formulée devrait pouvoir être lue comme une phrase liant les éléments C-M-E.

Comme annoncé au début de cette partie, les allers-retours entre l'étape 2 et 3 sont inévitables. Si la théorie de programme initiale de notre exemple fictif arrive avant dans ce travail, c'est uniquement à des fins didactiques. Lors de la réalisation de cette synthèse, nous avons aussi procédé à des allers-retours entre l'encadré 5 et l'encadré 6.

#### Encadré 8 : Les hypothèses de configurations CME de l'intervention fictive

*Pour faciliter la compréhension du lecteur, nous avons présenté nos hypothétiques configurations CME dans l'encadré 6 à la page 23. Ces configurations CME proposent des réponses possibles aux questions évaluatives (posées dans l'encadré 7). Nous les remettons ci-dessous en guise de rappel.*

*En réponse à la première question évaluative :*

**Configuration CME 1 :** *Si le facilitateur est extérieur et encourage l'intégration et la participation active de tous les membres dans le comité (C) au sein d'une école où les relations entre les enseignants et les élèves se sont dégradées (C) alors les membres du comité seront motivés (M) à mener des projets ensemble, ce qui contribuera à mobiliser l'ensemble de l'école (E).*

**Configuration CME 2 :** *Si la direction a une bonne capacité de leadership (C) et prend un rôle actif dans le comité (C). Cela contribuera à mobiliser l'ensemble de l'école (E), car le comité sera plus crédible (M) aux yeux des élèves et des enseignants.*

*En réponse à la deuxième question évaluative :*

**Configuration CME 3 :** *Si la formation (C) permet aux enseignants de se rendre compte que les élèves manquent de CPS (M1), alors ils prendront conscience de l'importance des CPS (M2), ce qui contribuera à ce qu'ils intègrent des activités de renforcement des CPS dans le quotidien de leur classe (E).*

**Configuration CME 4 :** *Si la formation (C) permet l'introspection (M1) dans un contexte où les relations entre les élèves et les enseignants se sont dégradées (C), alors les enseignants percevront les activités de renforcement des CPS comme une opportunité pour faire évoluer leurs relations avec les élèves (M2). Ce qui contribuera à ce qu'ils intègrent ces activités dans le quotidien de leur classe (E).*

## Étapes 4, 5 et 6 – Récolter et analyser les données suivant les méthodes définies

L'approche réaliste ne propose pas une méthode spécifique de collecte et d'analyse des données. Ces méthodes (et outils) sont choisies en fonction de la nature des données à récolter pour tester les configurations CME : méthodes qualitatives et quantitatives, ou mixtes. Les outils de récolte devront être pensés pour permettre de documenter l'existence ou non de chaque élément C-M-E et pour apprécier les liens entre ces éléments.

Vouloir tester des hypothèses préétablies, ne veut pas dire que les réponses des participants leur sont suggérées. Les outils doivent permettre de vérifier que la manière dont on pense que le programme fonctionne correspond à la manière dont il a fonctionné en « milieu réel ».

L'analyse devrait être rigoureuse et en référence à des modèles d'analyse éprouvés qui peuvent être adaptés à chaque situation. Dans une évaluation réaliste, les configurations CME aident à construire le modèle d'analyse, car l'analyse des données devrait permettre de confirmer, adapter ou infirmer ces configurations CME.

### Encadré 9 : Les méthodes de récolte des données pour tester les configurations CME de l'intervention fictive

Pour des raisons de lisibilité du document, nous ne développons à titre d'exemple que les méthodes de récolte et d'analyse des données que pour tester les configurations CME 3 et 4 qui répondent à la deuxième question évaluative de l'association.



Récolte

Imaginons que l'association prévoit de tester ces configurations en deux temps : en fin de formation et un an après la formation. Ce procédé lui permet d'évaluer l'effet attendu des configurations 3 et 4 qui ne pourra être apprécié que l'année scolaire suivant la formation.

Les mécanismes et les éléments de contexte des configurations 3 et 4 portent sur les perceptions des participants. L'association choisit de récolter des données à partir de méthodes qualitatives, et plus précisément à l'aide d'un focus group, car cette méthode permet d'approfondir et de retracer le vécu de la formation avec les participants et la signification qu'elle a eue pour eux. Le focus group leur semble également être une méthode facile à mettre en place, car il peut se faire en fin de formation quand les participants sont tous réunis. Les animateurs pourraient poser les questions suivantes lors du focus group :

1. Comment décririez-vous le niveau de CPS des élèves de votre classe ?
2. Comment est-ce que le niveau de CPS des élèves influence votre travail au quotidien ?
3. Selon vous, quel rôle joue l'école dans le renforcement des CPS des enfants ?
4. Qu'avez-vous apprécié ou moins apprécié dans la formation ?
5. Comment pensez-vous utiliser ce que vous avez appris lors de la formation ?

Ces questions permettront d'obtenir des données descriptives (sur le contexte et sur la formation) et des données explicatives (sur les effets et sur les mécanismes).

D'autres outils peuvent également être envisagés pour récolter des données sur des aspects des configurations qui ne se retrouveraient pas dans ces questions.

Dans notre exemple fictif, l'association choisit d'envoyer un questionnaire aux enseignants formés et à la direction de l'école pour évaluer l'effet attendu un an après la formation. Ce questionnaire permet, à l'aide de questions fermées et ouvertes, d'évaluer comment les activités de renforcement des CPS ont été réellement intégrées par les enseignants formés. Dans le questionnaire, l'association pourrait poser les questions suivantes : avez-vous intégré des activités de renforcement des CPS dans votre pratique tout au long de l'année ? à quelle fréquence ? à quel moment de la journée ? quelles activités appréciez-vous particulièrement et pourquoi ? quels constats tirez-vous de l'année écoulée ? quelles difficultés rencontrez-vous ? avez-vous l'intention de poursuivre ces activités l'année prochaine et pourquoi ? etc.

### Encadré 10 : Les méthodes d'analyse des données pour tester les configurations CME de l'intervention fictive



#### Analyse

*L'analyse des données apporte des éclairages sur les configurations CME. Dans les propos des participants du focus group, l'association cherche à vérifier si les mécanismes supposés sont effectivement « activés » et à comprendre comment ceux-ci opèrent : sont-ils mis en lien avec les éléments du contexte supposés ? les participants ont-ils l'intention d'intégrer des activités de renforcement des CPS ? quelles projections font-ils ? observons-nous effectivement l'effet attendu ?*

*Ces questions d'analyse reflètent les éléments des configurations CME, mais les données peuvent montrer d'autres liens que ceux formulés dans la théorie de programme. Lors de l'analyse, il faut donc rester ouvert à d'autres hypothèses.*

*L'analyse du focus group pourrait montrer que les configurations CME 3 et 4 expliquent partiellement comment la formation permettrait l'intégration d'activités de renforcement des CPS. Pour rappel, au moment du focus group, l'association n'a pas encore évalué l'intégration effective des activités de renforcement des CPS.*

*Imaginons que les participants du focus group rapportent qu'ils ont ressenti une forme de pression à agir pour le bien-être des élèves parce qu'ils voyaient que l'ensemble de l'école s'était mobilisé, notamment dans le cadre du comité bien-être. Cette forme de pression n'avait pas été identifiée comme un mécanisme dans la théorie de programme initiale, mais le sera dans la théorie de programme révisée.*

*L'analyse des questionnaires envoyés aux enseignants formés pourrait montrer que tous les enseignants formés ont intégré les activités en début d'année, mais que plusieurs d'entre eux ont abandonné en cours d'année. Une des raisons qui est revenue dans plusieurs questionnaires est en lien avec le niveau de vocabulaire de certains élèves. Les enseignants qui ont relevé cette difficulté disent avoir décidé d'arrêter le programme, car ils avaient peur de stigmatiser les élèves ayant des difficultés à s'exprimer.*

## Étape 7 – Réviser la théorie de programme

Au terme de l'analyse des données, il devrait être possible de préciser, ajuster ou réviser la théorie de programme initiale. Les résultats peuvent permettre de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre et comment ceux-ci fonctionnent, d'identifier de nouveaux mécanismes supposés, de mieux comprendre comment les facteurs du contexte déclenchent ou pas un ou plusieurs mécanismes, ou encore de mieux comprendre les effets, prévus ou non prévus, qui résultent de la rencontre des mécanismes et des éléments du contexte. Cette boucle devrait à son terme permettre de répondre aux questions évaluatives posées et permettre aux acteurs de réviser leur programme en conséquence.

### Encadré 11: La révision de la théorie de programme de l'intervention fictive



#### Résultats

*L'analyse présentée ci-dessus a permis d'une part de montrer l'efficacité partielle de l'intervention et de mieux comprendre les mécanismes et les éléments du contexte qui jouent un rôle dans cette efficacité.*

*Suite à l'analyse, l'association réalise un certain nombre de changements dans sa théorie de programme initiale.*

*Les résultats du focus group l'encouragent à ajouter la configuration CME suivante :*

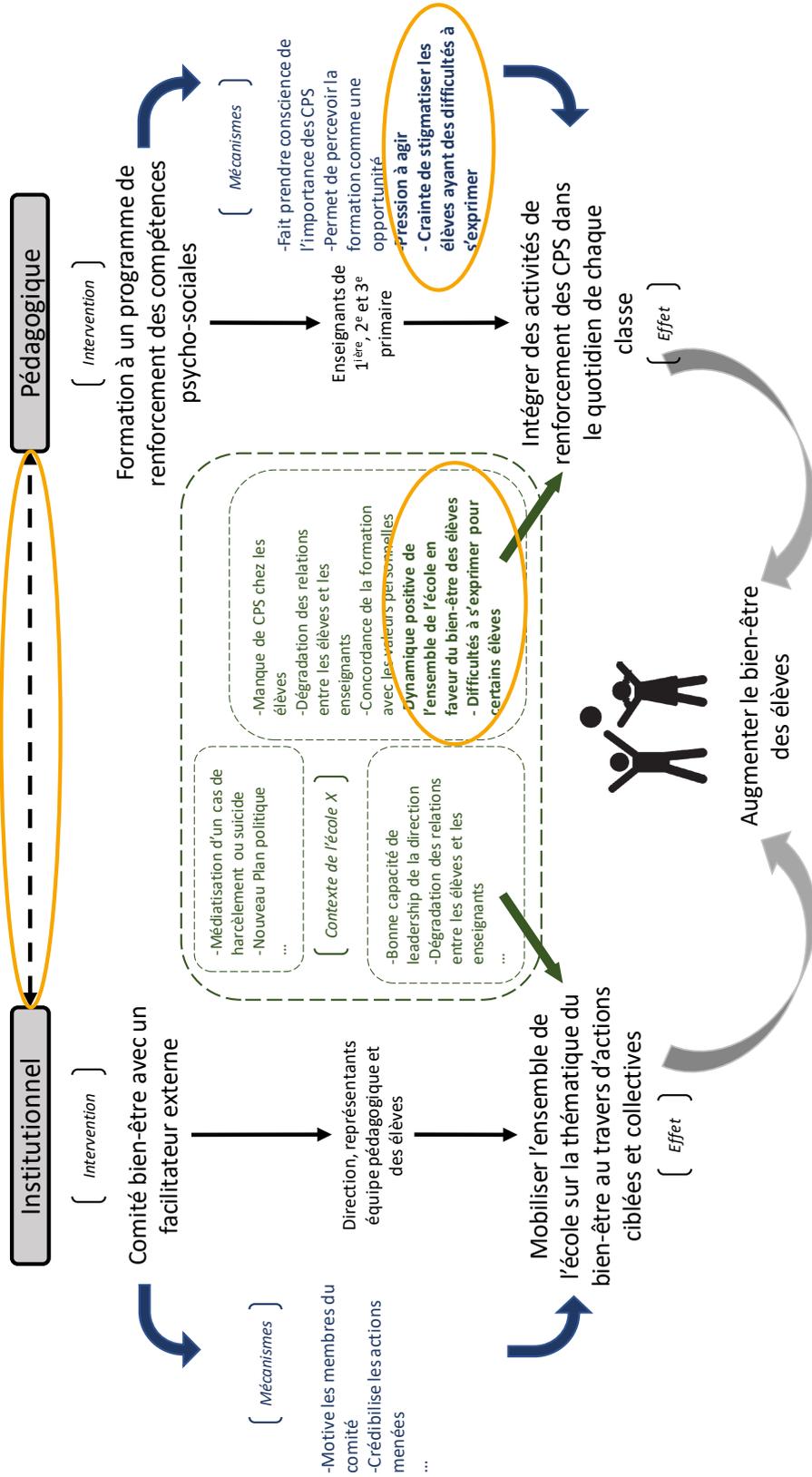
***Configuration CME 5 : Si la formation s'inscrit dans une dynamique de l'ensemble de l'école en faveur du bien-être des élèves (C) alors les enseignants ressentiront une forme de pression à agir (M). Ce qui contribuera à ce qu'ils intègrent ces activités dans le quotidien de leur classe (E).***

*Les réponses au questionnaire ont amené une autre nuance à la théorie de programme :*

***Configuration CME 6 : Si les enseignants observent des difficultés à s'exprimer chez plusieurs élèves (C), alors les enseignants craignent que le programme de renforcement des CPS ne stigmatise ces élèves. Ce qui les pousse à arrêter le programme (E).***

*Ainsi la théorie de programme est révisée en cohérence avec les résultats de l'évaluation. Les éléments en orange dans l'encadré 12 montrent les modifications apportées à la théorie de programme initiale. On y voit l'importance de ces nouveaux éléments.*

Encadré 12 : La théorie de programme révisée de l'intervention fictive



Source UCLouvain/IRSS-RESO, 2020

## Étape 8 – Informer la prise de décision interventionnelle

Cette dernière étape est consacrée à la prise de décision interventionnelle, c'est-à-dire la décision qui concerne l'intervention : sa planification, sa mise en œuvre, son analyse, etc. Les résultats de l'évaluation devraient servir à éclairer ce type de décision.



### **Encadré 13 : Les décisions interventionnelles pour améliorer l'intervention fictive**

*Les résultats de l'évaluation permettent à l'association de mieux comprendre comment fonctionne son projet (et donc de mieux le défendre), mais aussi de prendre des décisions opérationnelles pour améliorer le programme dans l'école x. La configuration CME 6 pourrait par exemple pousser l'association à développer des outils visuels pour les élèves ayant des difficultés à s'exprimer. Elle pourrait aussi créer des ateliers d'échanges de pratiques pour permettre aux enseignants de partager les solutions imaginées pour dépasser cette difficulté.*

## IV. PERSPECTIVES ET CONCLUSIONS

Émilie Robert et Valéry Ridde, deux scientifiques canadiens, ont écrit au sujet de l'évaluation réaliste que « *comprendre les concepts et savoir les opérationnaliser sont deux étapes distinctes* »<sup>1</sup>. À l'heure actuelle, l'évaluation réaliste est davantage une approche utilisée à des fins de recherche mais nous pensons qu'en raison des perspectives prometteuses qu'elle offre, la « démocratisation » de l'évaluation réaliste est un prochain défi à relever. Au fur et à mesure de l'utilisation de l'évaluation réaliste, plusieurs auteurs<sup>36-39</sup> se sont d'ailleurs éloignés d'une approche orthodoxe pour une approche plus pragmatique, en proposant des ajustements au cadre d'analyse des configurations CME pour qu'il soit plus opérationnel et pour en faciliter la compréhension.

Par exemple, Linda Cambon, François Alla et leurs collègues<sup>36</sup> proposent de distinguer au sein du contexte, les éléments du contexte qui agissent en dehors du cadre de l'intervention (notés CE) des éléments du contexte qui agissent dans le cadre de l'intervention (noté CI).

### **Encadré 14 : Application du cadre d'analyse adapté par Linda Cambon, François Alla et leurs collègues à la configuration CME 4 de l'intervention fictive**

*Configuration CME 4 : Si la formation (CI) permet l'introspection (M1) dans un contexte où les relations entre les élèves et les enseignants se sont dégradées (CE), alors les enseignants percevront les activités de renforcement des CPS comme une opportunité pour faire évoluer leurs relations avec les élèves (M2). Ce qui contribuera à ce qu'ils intègrent ces activités dans le quotidien de leur classe (E).*

Une autre adaptation du cadre d'analyse CME est proposée dans une série d'écrits de Bruno Marchal, Sara Van Belle et leurs collègues.<sup>31, 37, 40</sup> Ces auteurs proposent de considérer séparément les acteurs (intervenants et publics) et les ressources offertes par l'intervention.<sup>40</sup> Par conséquent, l'outil d'analyse se baserait sur 5 piliers : l'intervention (I) – le contexte (C) – les acteurs (A) – le mécanisme (M) – l'effet (E), soit ICAMO<sup>∇</sup> en anglais.

<sup>∇</sup> Intervention-Context-Actors-Mechanism-Outcome

**Encadré 15 : Application du cadre d'analyse adapté par  
Bruno Marchal, Sara Van Belle et leurs collègues à la  
configuration CME 4 de l'intervention fictive**

*Configuration CME 4 : Si la formation (I) permet l'introspection (M1) dans un contexte où les relations entre les élèves et les enseignants se sont dégradées (C), alors les enseignants (A) percevront les activités de renforcement des CPS comme une opportunité pour faire évoluer leurs relations avec les élèves (M2). Ce qui contribuera à ce qu'ils intègrent ces activités dans le quotidien de leur classe (E).*

Ces adaptations montrent que la démocratisation de l'approche réaliste est en marche et permettra sans doute d'ouvrir la question « est-ce que ça marche ? » à « comment ça marche ? pour qui ? dans quelles circonstances ? ».

L'évaluation réaliste est une approche attrayante pour les interventions de promotion de la santé. Elle comporte certes des difficultés de mise en œuvre mais offre des perspectives intéressantes. À la lumière des éclairages théoriques développés dans ce travail, nous retenons les perspectives suivantes :

L'approche réaliste fait partie des approches évaluatives ayant été pensées pour produire des connaissances utiles pour améliorer les programmes. Les informations qui émergent tout au long du processus évaluatif sont des données sur lesquelles les intervenants peuvent se reposer pour prendre des décisions éclairées. Dès lors, le processus évaluatif est au service de la prise de décision, qu'elle soit interventionnelle ou politique.

Parce que l'évaluation réaliste est guidée par les théories, elle suppose une utilisation accrue des connaissances disponibles. Elle a donc intrinsèquement le potentiel de favoriser les échanges entre les chercheurs et les intervenants de terrain, et ainsi de renforcer la concordance des objets de recherche et des besoins de terrain d'une part, et de réduire le fossé entre les connaissances scientifiques disponibles et leur utilisation d'autre part.

Le travail sur l'explicitation de la théorie de programme implique que les perceptions des personnes qui conçoivent et mettent en œuvre l'intervention soient au centre de l'évaluation. Cela suppose un effort de synthèse, qu'il n'est pas évident de faire lorsque l'on est dans l'action au quotidien. Cependant, ce travail donne au processus évaluatif un caractère collectif et valorise les expertises de chacun. Il a ainsi le potentiel de renforcer la capitalisation des données issues des interventions de promotion de la santé et le partage des connaissances.

Le cadre d'analyse des configurations CME est un outil intéressant pour l'évaluation à plusieurs égards. Il permet de circonscrire l'objet de l'évaluation dès le début du processus évaluatif. Les configurations forment également un fil rouge tout au long du processus en informant le type de données à récolter et les instruments de récolte à construire. Si les nuances entre ces concepts-clés, C-M-E, sont difficiles à distinguer,

les configurations CME offrent néanmoins l'opportunité de reconnaître et de tenir compte de la place centrale du contexte dans l'étude des effets des interventions de promotion de la santé.

L'évaluation réaliste implique la collecte d'un grand nombre de données puisqu'elle va au-delà d'indicateurs d'activités et nécessite des données sur le contexte, les mécanismes à l'œuvre et les effets. Ainsi, elle offre une perspective intéressante pour dépasser la culture des résultats et de la performance en mettant davantage l'accent sur la compréhension des effets prévus (et aussi des effets non prévus), plutôt que sur le contrôle des effets (ou la sanction de l'absence d'effets).

Par ailleurs, outre l'objectif d'amélioration de l'intervention, les connaissances produites par l'évaluation réaliste sont à plusieurs égards utiles pour étudier la transférabilité de l'intervention. C'est-à-dire pour évaluer dans quelle mesure « le résultat d'une intervention dans un contexte peut être atteint dans un autre contexte ». <sup>41</sup> Nous ne développerons pas davantage cette notion, mais nous renvoyons les lecteurs qui souhaitent en savoir davantage vers l'article de Linda Cambon et ses collègues sur l'outil ASTAIRE <sup>41</sup>.

En guise de conclusion, l'évaluation réaliste offre des perspectives intéressantes pour les intervenants désireux d'adopter une pratique réflexive et évaluative orientée vers la compréhension des effets, des dynamiques, du contexte des interventions. Notre expérience montre que les intervenants ont naturellement des pratiques réflexives que l'évaluation réaliste permet de valoriser, d'approfondir, d'accompagner. Même si beaucoup de questions restent en suspens quant à son opérationnalisation dans le contexte des interventions de promotion de la santé, nous pensons que le cadre réaliste apporte une réponse à certains défis de l'évaluation de ces interventions, évoqués en introduction de ce travail.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Robert E, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation.*; 2013 ; vol.36 n°3 ; pp.79-108.
2. Jabot F, Pommier J, Guével M-R. Evaluation en promotion de la santé. Dans : *La promotion de la santé - comprendre pour agir dans le monde francophone.* Presses de l'EHESP ; Rennes ; 2017; pp.411-442.
3. Harpet C. Déterminants de la santé et justice sociale. Dans : *La promotion de la santé - comprendre pour agir dans le monde francophone.* Presses de l'EHESP ; Rennes ; 2017; pp.81-95.
4. Nutbeam D, Harris E, Wise W. *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories.* 3rd ed: McGraw-Hill ; 2010.
5. Conférence Internationale de la santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. New York. 1946. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>
6. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa. Première Conférence internationale sur la promotion de la santé Ottawa (Canada) 17–21 novembre 1986. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
7. Cambon L. Quand la démarche qualité devient un enjeu du développement de la promotion de la santé. *Santé Publique.* 2008 ; vol.20 ; pp.513-514.
8. Nutbeam D. Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions. *Health Promotion International* ; 1998; vol.13 ; pp.27-44.
9. Jabot F. Enjeux et pratiques de l'évaluation. *La Santé de l'homme* ; 2007; n°390.
10. Absil G, Demarteau M. De l'évaluation des projets et services à la gestion du territoire. *Revue Education Santé* ; 2012 ; n°283.
11. Mannaerts D. L'évaluation au service d'un objet social : expérience d'une association en promotion de la santé. *Revue Education Santé* ; 2012 ; n°283.
12. Janzen R, Ochocka J, Turner L, Cook T, Franklin M, Deichert D. Building a community-based culture of evaluation. *Evaluation and Program Planning.* 2017; vol.65 ; pp.163-170.
13. Doherty B, Eccleston R, Hansen E, Natalier K, Churchill B. Building evaluation capacity in micro community organisations—more burden than benefit? *Evaluation Journal of Australasia.* 2015 ; vol.15 n°4 ; pp.29-37.
14. Vandoorne C. Des indicateurs d'efficacité pour la promotion de la santé : leurre ou défi ? . *Revue Education Santé.* 2017; n°332.
15. Cambon L, Alla F. Current challenges in population health intervention research. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2019; vol.73 issue11 ; pp.990-992.
16. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008; vol.337.

17. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'évidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2010; vol.58 issue4 ; pp.277-283.
18. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019 ; 19:339.
19. Springett J, Costongs C, Dugdill L. Towards a framework for evaluation in health promotion : methodology, principles and practice. WHO regional publications. 1995.
20. Tremblay MC, Richard L, Brousselle A, Beaudet N. How Can Both the Intervention and Its Evaluation Fulfill Health Promotion Principles? An Example From a Professional Development Program. *Health Promotion Practice*. 2013; vol.14; pp.563-571.
21. Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? *Psychology & Health*. 2004; vol.19; pp.29-49.
22. Tilley N. The middle-range methodology of realist evaluation - Forty years with Realist Ray and their unintended consequences, an affectionate and unfinished middle-range story. Dans *Doing realist research*. SAGE Publications; 2018; pp.16-24.
23. Emmel N, Greenhalgh J, Manzano A, Monaghan M, Dalkin S. *Doing realist research*. SAGE Publications; 2018.
24. Plante J. *Évaluation de programmes*. Presses de l'Université Laval; 1994. Cité dans Ridde V., Dagenais C. Introduction générale à l'évaluation de programmes. *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Les Presses de l'Université de Montréal; 2012; pp.14-32.
25. Ridde V., Dagenais C. Introduction générale à l'évaluation de programmes. *Approches et pratiques en évaluation de programmes*: Les Presses de l'Université de Montréal; 2012 ; pp.14-32.
26. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. 2004. [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf)
27. Chen H-T. *Practical program evaluation. Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. 2nd ed. Mercer University. 2015.
28. Dupin CM. Évaluation réaliste pour la recherche en implémentation. *Soins recherche en soins infirmiers*. 2017; n°814; pp.52-55.
29. Chagnon F, Daigle M, Gervais M-J, Houle J, Béguet V. L'utilisation de l'évaluation centrée sur la théorie du programme comme stratégie d'application des connaissances issues de la recherche; 2009; vol.23 n°1; pp.3-32
30. Harris K. Building sport for development practioners' capacity for undertaking monitoring and evaluation - reflections on a training programme building capacity in realist evaluation. *International Journal of Sport Policy and Politics*; 2018; vol.10; pp.795-814.
31. Dossou J-P., Marchal B. L'évaluation réaliste. Dans: *Évaluation des interventions de santé mondiale Méthodes avancées*. Éditions Esebcel, editor. Sous la direction de Valery Ridde et Christian Dagenais; 2019.
32. Van Belle S., Wong G., Westhorp G., Pearson M., Emmel N., Manzano A., et al. Can "realist" randomised controlled trials be genuinely realist? *Trials*. 2016; vol.17; 313.
33. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation* London. Sage; 1997.

34. Westhorp G. Understanding mechanisms in realist evaluation and research Dans Doing realist research. SAGE Publications; 2018; pp.41-57.
35. Astbury B, Leeuw FL. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. American Journal of Evaluation. 2010; vol.31; pp.363-381.
36. Cambon L, Petit A, Ridde V, Dagenais C, Porcherie M, Pommier J, et al. Evaluation of a knowledge transfer scheme to improve policy making and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: A realist study protocol. Implementation Science. 2017; vol.12.
37. Mukumbang FC, Van Belle S, Marchal B, van Wyk B. An exploration of group-based HIV/AIDS treatment and care models in Sub-Saharan Africa using a realist evaluation (Intervention-Context-Actor-Mechanism-Outcome) heuristic tool: a systematic review. Implementation Science. 2017; vol.12.
38. Willis CD, Saul JE, Bitz J, Pompu K, Best A, Jackson B. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. Public Health. 2014; vol.128; pp.515-524.
39. Steenkamer B BC, Putters K, van Oers H, Drewes H. Population health management guiding principles to stimulate collaboration and improve pharmaceutical care. Journal of Health Organization and Management. 2018; vol.32; pp.224-245.
40. Marchal B, Kegels G, Van Belle S. Theory and realist methods Dans Doing realist research. SAGE Publications; 2018; pp.79-89.
41. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. Santé Publique. 2014; vol.26; pp.783-786.

## L'APPROCHE RÉALISTE POUR ÉVALUER LES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ÉCLAIRAGES THÉORIQUES

L'évaluation réaliste est une approche d'évaluation de programme de plus en plus utilisée pour évaluer des interventions dites « complexes », c'est-à-dire des interventions qui se caractérisent par l'implication d'une multitude d'acteurs et de composantes qui interagissent ensemble dans des systèmes ouverts. Avec des interventions complexes, les processus à l'œuvre ainsi que les effets sont cruciaux à évaluer, mais cette complexité pose de réels défis méthodologiques. L'évaluation réaliste offre des perspectives intéressantes pour dépasser ces défis, bien connus des intervenants, décideurs et chercheurs en promotion de la santé. Cette synthèse de connaissances propose d'éclairer les concepts et principes clés de l'approche réaliste et de mettre en avant en quoi cette approche est pertinente pour l'évaluation d'interventions de promotion de la santé.

[www.uclouvain.be/reso](http://www.uclouvain.be/reso)