

# L'évaluation réaliste pour évaluer les conditions d'efficacité d'interventions de promotion de la santé :

Retour sur 4 expériences en Région de Bruxelles-Capitale

Avril 2024

 UCLouvain

 RESO

 PROSESS

Recherche soutenue par

 Francophones  
Bruxelles



**UNE PUBLICATION DU RESO  
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
DE L'UCLouvain**

**INSTITUT DE RECHERCHE SANTÉ ET SOCIÉTÉ,  
UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN**



**Autrice:** Ségolène Malengreaux

**Sous la direction de:** Pre. Isabelle Aujoulat

**Relecteurs et relectrices:**

- Isabelle Aujoulat et Dominique Doumont (pour le RESO)
- Marie Bourcy (pour Alzheimer Belgique),
- Marion Guémas (pour I.Care),
- Caroline Rasson et Marie Housiaux (pour le FARES)
- Thomas Pierard (pour la FLCPF)

**Mise en page:** CIACO

**Pour référencer ce document:**

Malengreaux S. L'évaluation réaliste pour évaluer les conditions d'efficacité d'interventions de promotion de la santé: retour sur 4 expériences en Région de Bruxelles-Capitale. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain/IRSS-RESO, avril 2024.

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

Avec le soutien de



Avec la contribution de



EDITRICE RESPONSABLE: Isabelle Aujoulat  
UCLouvain/IRSS-RESO, Clos Chapelle-aux-champs, 30 B01.30.14 – 1200 Bruxelles  
Contact: [reso@uclouvain.be](mailto:reso@uclouvain.be)



# Table des matières

---

Introduction générale .....	11
1. Contexte d'émergence de la recherche.....	13
2. L'évaluation des conditions d'efficacité des interventions de promotion de la santé .....	15
Bref tour du champ de l'évaluation de projet.....	15
Les particularités de l'évaluation de projets de promotion de la santé .....	16
L'évaluation réaliste: une approche d'évaluation des conditions d'efficacité .....	17
3. Objectif et méthodes de l'expérimentation de l'évaluation réaliste .....	21
Objectif et question de recherche.....	21
Dispositif de recherche.....	21
Sélection des projets et opérateurs partenaires .....	22
Description des projets et équipes partenaires .....	23
Collecte et analyse des données.....	25
4. Résultats de l'expérimentation de l'évaluation réaliste: description de chaque étape.....	27
Étape 1: Définir le cadre de partenariat .....	29
Leçons et perspectives de l'étape 1 .....	30
Étape 2: Clarifier les raisons et définir les objectifs de l'évaluation .....	31
Leçons et perspectives de l'étape 2 .....	33
Étape 3: Expliciter la théorie de programme initiale .....	35
Leçons et perspectives de l'étape 3 .....	38
Étape 4: Formuler les hypothèses de configurations Contexte-Mécanisme-Effet (CME).....	41
Leçons et perspectives de l'étape 4.....	44
Étape 5: Construire les outils de récolte et collecter les données .....	47
Leçons et perspectives de l'étape 5 .....	51
Étape 6: Analyser les données.....	53
Leçons et perspectives de l'étape 6.....	57
Étape 7: Réviser la théorie de programme initiale.....	59
Leçons et perspectives de l'étape 7 .....	61
5. Conditions de mise en œuvre de l'approche réaliste par des équipes de promotion de la santé.....	63
Condition 1: Soutenir et accompagner par le dialogue .....	63
Condition 2: Penser la rencontre entre les repères de l'évaluation réaliste et de la promotion de la santé.....	64
Condition 3: Adopter une stratégie axée sur les apprentissages.....	64
Condition 4: Inscrire la démarche dans une politique publique axée sur une culture de la réflexivité.....	65
Condition 5: Mutualiser les démarches tout en garantissant leur réciprocité .....	65
Perspectives & conclusions .....	67
Bibliographie .....	69



## Liste des encadrés

---

Encadré 1 - Principales raisons à l'évaluation, objectifs d'évaluation et questions évaluatives en fonction des cas .....	32
Encadré 2 - Explicitation de la théorie d'implémentation par le FARES .....	35
Encadré 3 - Explicitation de la théorie du changement par le FARES.....	36
Encadré 4 - Exemple d'itération entre «récit de terrain – théorie de changement – objectif de l'évaluation» par I.Care .....	36
Encadré 5 - Concepts, modèles et théories identifiés pour formuler la théorie de programme initiale en fonction des cas.....	37
Encadré 6 - Démarches de sélection des effets à investiguer en fonction des cas.....	41
Encadré 7 - Exemples de configurations CME initiales par le FARES .....	42
Encadré 8 - Exemples de configurations CME initiales par I.Care.....	43
Encadré 9 - Exemples de contraintes rencontrées pour la collecte de données par I.Care.....	47
Encadré 10 - Traduction d'une configuration CME en outils de collecte de données par I.Care .....	48
Encadré 11 - Méthodes de collecte de données en fonction des cas .....	50
Encadré 12 - Analyse des données par I.Care.....	54
Encadré 13 - Révision de la théorie de programme initiale par I.Care.....	60

## Liste des illustrations

---

Illustration 1 - Types d'évaluation et dimensions évaluatives .....	16
Illustration 2 - Cycle d'une <i>évaluation réaliste</i> .....	26
Illustration 3 - Analogie du jeu PONG.....	44

## Liste des tableaux

---

Tableau 1 - Diversité des projets inclus au regard des dispositions du Plan .....	23
Tableau 2 - Présentation des cas.....	24
Tableau 3 - Données collectées en fonction des cas.....	26
Tableau 4 - Calendrier des réunions pour chaque étape de la démarche d'évaluation en fonction des cas.....	28
Tableau 5 - Tâches et responsabilités distribuées entre la chercheuse accompagnatrice et les membres de chaque équipe .....	29



## Remerciements

---

Cette recherche n'aurait jamais existé sans le soutien de l'équipe de promotion de la santé de la Commission Communautaire française (COCOF), et tout particulièrement sans la confiance de Mira Goldwicht et Emmanuelle Caspers avec qui le lancement de cette recherche s'est déroulé dans d'excellentes conditions de partenariat.

Bien entendu, ProSess ne serait pas sans la participation des partenaires: Alzheimer Belgique, le FARES, la FLCPF et I.Care. Nous adressons plus spécifiquement nos remerciements à Anouk Dufour, Candice de Meester, Caroline Rasson, Chaïmae Dahrouch, Christophe Moeremans, Delphine Thézé, Franck Struyve, Hélène Poorteman, Jeanne Dupuis, Marie Bourcy, Marie Housiaux, Marika Simmons, Myriam Dieleman, Nicolas Tassin, Soline Gilles et Vinciane Saliez. Nous souhaitons également exprimer notre reconnaissance envers les organisations qui se sont portées candidates pour expérimenter l'*évaluation réaliste*.

La recherche est un processus qui nécessite de pouvoir disposer d'espaces soutenant la réflexivité et l'introspection; ceux-ci nous ont été offerts par le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé et l'asbl Repères. Nous les remercions pour leur disponibilité et leur présence.

Plus largement, nous sommes reconnaissants du soutien que l'ensemble du secteur bruxellois de promotion de la santé nous a témoigné tout au long de la recherche. Malgré la réalité difficile à laquelle ces acteurs et actrices peuvent être confronté·e·s, nous les avons compté·e·s présent·e·s lors des moments d'échanges organisés.

Nous remercions également l'ensemble des relecteurs et relectrices de ce rapport. Leurs suggestions et corrections ont été d'une grande aide dans l'élaboration de ce rapport.

Plusieurs personnes ont participé à ce processus de recherche, parfois sans le savoir, et ont joué un rôle dans les décisions prises et dans notre capacité à faire émerger des résultats utiles: François Alla, Linda Cambon, William d'Hoore, Dominique Doumont, Maïlys Huyberechts, Théophile Pitsaer, Rachelle Rousseaux, Bénédicte Scheen, Thérèse Van Durme. Nous tenions à leur exprimer nos remerciements.



# Introduction générale

---

En vertu de sa mission de service de support en matière d'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, mission déléguée par le gouvernement francophone bruxellois dans le cadre du Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022, le service universitaire de promotion de la santé (ci-après dénommé RESO) s'est intéressé à l'*évaluation réaliste* (1) pour l'évaluation des interventions de promotion de la santé.

Le Plan Stratégique de Promotion de la Santé a défini un ensemble d'objectifs de promotion de la santé pour le territoire bruxellois et a structuré les organisations de terrain (principalement des associations issues de la société, mais aussi des services universitaires comme le RESO) autour de ces objectifs. Ce Plan, outil stratégique et de pilotage de la politique de promotion de la santé bruxelloise, définit l'*évaluation réaliste* comme une approche venant répondre à un des enjeux du Plan en matière d'évaluation de programme. Ces éléments de contexte sont développés dans un premier point du présent rapport (cf. [1. Contexte d'émergence de la recherche](#)).

Le choix du politique d'inviter les organisations de terrain à utiliser l'*évaluation réaliste* pour leurs évaluations de programme fait écho à un intérêt grandissant de la sphère scientifique pour cette approche évaluative. En outre, les organisations de terrain sont en demande de pouvoir apprécier l'efficacité de leurs interventions de promotion de la santé, tout en restant alignées aux principes de participation et de capacitation au cœur des approches de promotion de la santé. L'*évaluation réaliste* étant souvent présentée comme une approche prometteuse à l'appréciation des relations causales entre une intervention, le contexte dans lequel elle se déroule et les effets qui en découlent, elle semble donc apporter une réponse à des besoins de pilotage de politiques publiques et à des besoins de pilotage d'interventions de terrain. Le second point (cf. [2. L'évaluation des conditions d'efficacité des interventions de promotion de la santé](#)) du présent rapport développe en quoi l'*évaluation réaliste* est vue comme une approche prometteuse pour l'étude des « conditions d'efficacité »<sup>1</sup> des interventions de promotion de la santé.

Nous positionnons ce travail comme participant au défi de diminution de l'écart entre les connaissances scientifiques et les connaissances expérientielles, y compris en matière de développement méthodologique. Plus spécifiquement, nous plaçons pour que des approches, ici l'*évaluation réaliste* (progressivement considérée comme une référence dans le champ de l'évaluation de programme), se fraient une voie d'accès, voire viennent bousculer les pratiques évaluatives et la culture évaluative des organisations de terrain.

C'est dans ce contexte et avec ces questionnements que le RESO a expérimenté l'*évaluation réaliste* dans une approche participative et capacitante avec quatre équipes en charge de mener des projets de promotion de la santé dans le cadre du Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022. Accompagnées d'une chercheuse du RESO, que nous appellerons « chercheuse accompagnatrice », ces quatre équipes ont utilisé l'approche réaliste pour évaluer les conditions d'efficacité d'un de leurs programmes de promotion de la santé et ont mené une démarche réflexive sur l'utilisation de cette approche en conditions réelles d'évaluation menée par des équipes de terrain. Cette démarche de recherche participative, plus tard nommée ProSess, avait pour finalité de nourrir les réflexions sur les approches, démarches et outils d'évaluation des conditions d'efficacité susceptibles d'être utilisés pour des interventions de promotion de la santé et par des équipes de terrain. L'objectif et les méthodes de la démarche de recherche par l'expérimentation de l'*évaluation réaliste* avec quatre équipes sont détaillés au point 3 (cf. [Objectif et méthodes de l'expérimentation de l'évaluation réaliste](#)).

Nous décrivons ensuite le déroulement des processus d'expérimentation de l'*évaluation réaliste* menée avec les quatre équipes partenaires, phase par phase, en les illustrant à l'aide de récits de l'expérimentation. Pour

---

1. Cette formulation est suggérée par Linda Cambon, professeure titulaire de la Chaire Prévention de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) à l'Université de Bordeaux

chaque phase de l'*évaluation réaliste*, nous tirons quelques leçons de notre pratique. Ce développement est à découvrir au point 4 (cf. Résultats de l'expérimentation de l'*évaluation réaliste*: description de chaque étape).

Pour terminer ce rapport, nous nous sommes questionnés sur les conditions de mise en œuvre de l'*évaluation réaliste* par des équipes de promotion de la santé et en faisons émerger des perspectives pour les pratiques d'évaluation des conditions d'efficacité des interventions de promotion de la santé (cf. [Conditions de mise en œuvre de l'approche réaliste par des équipes de promotion de la santé](#)).

# 1. Contexte d'émergence de la recherche

---

À la suite de la VI<sup>e</sup> Réforme de l'État belge (2), la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne deviennent en 2014 compétentes en matière de « promotion de la santé et de prévention des maladies et traumatismes ». Cette matière était jusqu'alors une compétence de la Communauté française, qui déployait une politique commune à la Région bruxelloise et à la Région wallonne. À la suite de ce transfert de compétence, les deux Régions développeront chacune une politique de promotion de la santé et de prévention qui réponde aux spécificités de son territoire. C'est sur la politique bruxelloise que la présente recherche se focalise.

En février 2016, le **Décret** relatif à la promotion de la santé en Région de Bruxelles-Capitale est publié (3). Il s'agit du premier de quatre outils politiques. Sur base de ce Décret, la Commission Communautaire Française (COCOF) élabore un **Plan Stratégique** (4) qui s'étend sur 5 ans, de 2018 à 2022 (deuxième outil politique), et qui est accompagné d'un **appel à projets et à candidatures** (troisième outil politique). Ce Plan conduit le gouvernement bruxellois francophone et la COCOF à mandater des organisations pour la mise en œuvre du Plan Stratégique, les conduisant à créer un quatrième outil, le **Plan Opérationnel**. Ce dernier consiste en une série d'« opérateurs » désignés pour mettre en œuvre la politique bruxelloise. Ces opérateurs sont pour la plupart des associations (Association Sans But Lucratif – ASBL), mais également des observatoires et des universités. Chacun mène son propre programme, développé d'abord en interne, puis discuté avec la COCOF et le cabinet de la Ministre Jodogne, qui se devaient d'assurer que l'ensemble de ces programmes contribuent à atteindre les objectifs fixés dans le Décret et le Plan Stratégique.

Les **objectifs généraux** de ce Plan sont de deux ordres: un objectif « santé/bien-être » visant à renforcer les facteurs favorables à la santé, et un objectif « santé/prévention » visant à contribuer de manière ciblée à la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles. Le Plan Stratégique vise également des **objectifs spécifiques**. Parmi ces derniers, un objectif transversal d'amélioration de la qualité des interventions en promotion de la santé est énoncé comme prioritaire, notamment par le soutien à l'évaluation et à la transférabilité.

Le Plan Stratégique de Promotion de la Santé ne définit pas directement ce qui fait un « bon » projet de PS. C'est un article de Linda Cambon, publié en 2008 dans la revue « Santé Publique » et intitulé « Quand la démarche qualité devient un enjeu du développement de la promotion de la santé » (5) qui nous aidera à affiner notre compréhension de ce que peut être une intervention de qualité en PS et à raccrocher ce terme à des questionnements d'actualité dans le domaine de la recherche en PS. Cet article définit la **qualité** comme le fait de rendre transparents et vérifiables les processus et les résultats dans le respect des références éthiques et méthodologiques tout en explicitant ce que l'on entend par succès (5). L'auteure note que les outils et méthodes des démarches qualité peuvent « entraîner une forte consommation de ressources humaines et le risque que l'exigence procédurale de qualité se transforme en exercice procédurier » (5). Face à ce risque de dérive, elle redéfinit la démarche qualité en suggérant d'intégrer le souci de la qualité aux pratiques quotidiennes par le développement d'une culture partagée et d'objectifs communs, par la formalisation de repères et par l'impulsion d'une dynamique commune d'amélioration des pratiques. Elle décrit une démarche qualité qu'elle souhaite capable de « guider, sans enfermer, et légitimer, sans contraindre » (5). Selon Linda Cambon, une telle démarche qualité est « une voie majeure » du développement de la PS et de sa reconnaissance.

Cette analyse coïncide avec un intérêt accru ces dernières années pour l'evidence-based health promotion et l'enjeu de développer les pratiques de PS par la production de données probantes. Dans un domaine interventionnel comme l'est la PS, les données probantes revêtent des caractéristiques un peu différentes de celles des données probantes dans le domaine technique de la médecine par exemple. Ici, **les données probantes** portent sur des solutions à mettre en œuvre en contexte complexe (6, 7).

Ce qui nous amène à la notion de **transférabilité**, que le Plan Stratégique de Promotion de la Santé lie à l'évaluation. Cette notion découle de la complexité des contextes des actions en PS. En effet, la diversité des

facteurs individuels et environnementaux qui interagissent de façon interdépendante et/ou dépendante va influencer les effets d'une action. Dans un autre contexte, ces facteurs influenceront sans doute différemment les effets de l'action. La transférabilité d'une action est donc la mesure dans laquelle les effets d'une action dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte. Les preuves ne se limitent donc pas à définir ce qui marche, mais à décrire comment ça marche. La production de ces preuves permet de légitimer les pratiques, d'objectiver leur validité et de justifier leur financement, mais aussi d'assurer que l'intervention a des effets positifs pour les bénéficiaires. Les questions de transférabilité des pratiques en PS sont donc également centrales pour développer la discipline (6, 8).

Pour atteindre cet objectif transversal, le Décret de promotion de la santé prévoit la nomination d'opérateurs désignés comme des « **services support** » dont les missions ciblent les professionnel-le-s de terrain et contribuent à la qualité des interventions de promotion de la santé: la méthodologie de projet, la formation continue, la littératie en santé, la communication et nouveaux médias, environnements et comportements favorables à la santé, la prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques, la prévention des IST (dont le VIH et le VHC), et enfin, l'évaluation et la transférabilité. La présente recherche s'inscrit dans l'intention de soutenir les acteurs et actrices de terrain en matière d'évaluation et de transférabilité, soit la dernière de ces missions.

Le Plan Stratégique de Promotion de la Santé cadrerait certains éléments en matière d'évaluation, venant définir les orientations prises dans la présente recherche. D'abord, le Plan Stratégique de Promotion de la Santé propose la définition de l'évaluation suivante: « *L'évaluation est réalisée par et pour les intervenants, elle est respectueuse de leurs pratiques et ressources, elle est le gage de démarches **dynamiques** et de **qualité**. Elle **associe** les publics concernés par l'activité (usagers, bénéficiaires des services, publics-relais, publics-cibles).* » (4, p53) Cette vision sous-entend l'importance d'une démarche qui se veut participative.

Ensuite, le Plan définit une série de fonctions de l'évaluation, dont les deux suivantes incombent aux opérateurs du Plan, avec le soutien du service support en matière d'évaluation et de transférabilité:

« *L'évaluation*

1. *visera à comprendre comment et pourquoi un projet ou programme fonctionne, ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes (« Realist Evaluation »);*
2. *participera à l'objectif de transfert des connaissances et de diffusion de la promotion de la santé.»*  
(4, p53)

Le RESO a candidaté pour devenir ce service support en matière d'évaluation et de transférabilité dont la mission est de « *soutenir les opérateurs dans l'évaluation des projets et programmes* ».

Pour remplir cette mission, le RESO a proposé une recherche en matière d'évaluation qui, au travers d'un processus collectif et itératif, visait à expérimenter l'*évaluation réaliste* avec des opérateurs du Plan. C'est dans ce contexte que la recherche, qui sera plus tard nommée *ProSess*, est née.

## 2. L'évaluation des conditions d'efficacité des interventions de promotion de la santé

---

### Bref tour du champ de l'évaluation de projet

Employé sans mise en contexte, il y a de grandes chances pour que le terme «évaluation» crée des malentendus. En effet, ce terme est utilisé dans de nombreux contextes et peut être compris de diverses manières. Il est dès lors primordial de contextualiser le terme quand on l'utilise, en précisant certains éléments que nous détaillons ci-après.

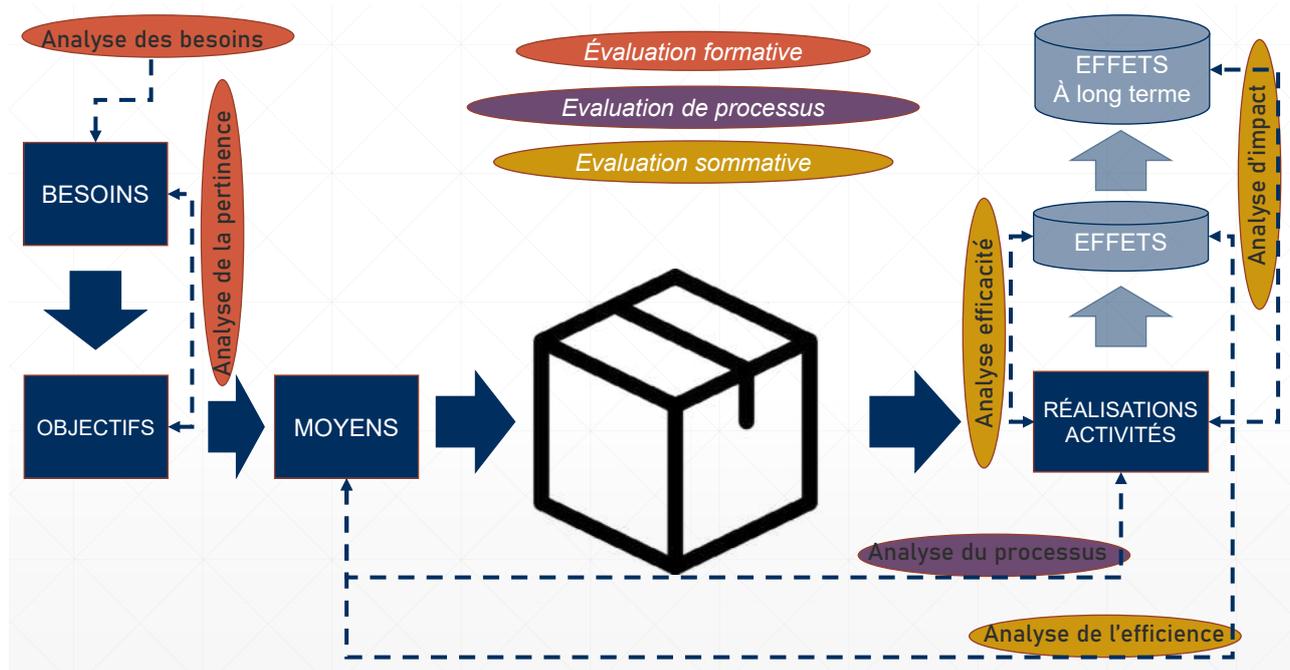
Le terme «évaluation» se rapporte à un «**objet**» (premier élément) dont il est possible d'estimer la valeur, les mérites, les qualités. Ce «quelque chose» peut être varié: il peut être tangible, tel qu'une voiture et un appareil de radiographie, ou il peut s'agir d'un «objet» moins palpable, tel que l'apprentissage d'étudiant-e-s ou des pratiques professionnelles. L'acte d'évaluer va permettre de donner de la valeur à cet objet, qu'il soit tangible ou pas. Quelle que soit la valeur qui va être donnée à cet objet, cela suppose de choisir sur quelle(s) **dimension(s)** (deuxième élément) cette valeur va être estimée. Dans l'exemple de la voiture, on peut souhaiter évaluer sa résistance au choc ou son confort; dans l'exemple de l'apprentissage d'étudiant-e-s, on peut souhaiter évaluer leur compréhension à la lecture ou leur connaissance du système politique belge. En fonction de la ou des dimensions qui vont être examinées, des **approches évaluatives** (troisième élément) seront plus ou moins adaptées: on n'évaluera pas la compréhension à la lecture des étudiant-e-s en leur demandant de réciter le texte par exemple.

En conclusion, parler ou écrire au sujet de l'évaluation présuppose de situer «d'où» l'on parle (ou écrit), c'est-à-dire de rendre explicite l'objet, la ou les dimensions de l'évaluation et l'approche évaluative (et les méthodes). Ceci dans le but de se (faire) comprendre. C'est dans cette optique que nous précisons brièvement ci-après «d'où» nous écrivons ce rapport de recherche.

Dans le champ de la promotion de la santé – ci-après raccourci par l'abréviation «PS» – **l'objet** de l'évaluation est le plus souvent de l'ordre de la deuxième catégorie citée ci-dessus: un réel intangible ou du moins difficilement tangible. Les termes «projet et programme» sont souvent utilisés pour décrire ces «objets de PS». Ce sont donc le plus souvent des «projections», des «plans» mis en œuvre pour atteindre un ou des changements. Sémantiquement, il serait plus juste de dire qu'une fois mis en œuvre, ces projets et programmes deviennent des «interventions ou des actions» de PS, mais dans le langage commun, les termes «projet, programme, action et intervention» sont interchangeables et expriment l'ensemble des étapes d'un cycle de projet comprenant généralement quatre phases: compréhension, conception, implémentation et valorisation (9). Les objets d'évaluation dont il est question dans ce rapport de recherche se rapportent à des projets de PS.

L'évaluation d'un projet - qu'il s'agisse d'un projet de PS ou non - peut porter sur diverses **dimensions**. Plusieurs ouvrages y sont consacrés tels que Peter H. Rossi et ses collègues (10), Astrid Brousselle et ses collègues (11) ou Valery Ridde et Christian Dagenais (12). [L'illustration 1](#), ci-dessous, présente les différentes dimensions sur lesquelles peuvent porter une démarche d'évaluation de projet et les différents types d'évaluation traditionnellement utilisés. La boîte noire dans l'illustration représente quant à elle ce qui se passe dans le réel lorsque le projet est mis en œuvre, nous y reviendrons. Le choix de l'approche (et des méthodes) à adopter dépendra de la (ou des) dimension que l'on souhaite analyser – et donc des objectifs d'évaluation poursuivis.

Illustration 1 - Types d'évaluation et dimensions évaluatives



Source: Adapté de Ridde et Dagenais (2012)

Pourtant cette représentation de l'évaluation de projet (objet – dimension – approche) est un peu simpliste, car de ces éléments va découler une série de questions à clarifier **telles** que *le mandat des personnes en charge d'évaluer le projet? l'utilisation qui va être faite des résultats de l'évaluation? les valeurs que la démarche évaluative va porter?* Les réponses à ces questions vont aussi orienter le choix de la démarche évaluative. Dans le domaine de l'évaluation, les théoricien-ne-s sont d'ailleurs souvent classé-e-s selon qu'ils ou elles ont contribué au développement des modèles et théories de l'évaluation en termes (i) de méthodes, (ii) d'utilisation des résultats, ou (iii) de valeurs (13). Si ces deux dernières catégories peuvent sembler complexifier un peu plus le champ de l'évaluation de projet, elles mettent en exergue l'importance de dépasser une vision normative et objective des démarches évaluatives, et déconnectée des contextes et modalités d'intervention des projets à évaluer. En bref, les 2e et 3e catégories ajoutent une dimension sociale aux démarches évaluatives qui sont souvent perçues comme des actes techniques uniquement.

## Les particularités de l'évaluation de projets de promotion de la santé

Les caractéristiques des projets de PS suscitent plusieurs défis et induisent certains positionnements en matière d'évaluation. Ces particularités nous permettent de revenir sur les notions de **valeurs**, d'**utilisation** et de **boîte noire**, énoncées plus haut. Au préalable, il y a lieu de définir ce qu'on entend par projet de « **promotion de la santé** ».

Parler de « **la promotion de la santé** » revient à parler d'un ensemble de pratiques spécialisées en santé publique, et par extension d'un secteur d'activités spécialisées, mais aussi d'un ensemble de pratiques intégrées aux métiers des secteurs social-santé, une de leurs missions. La PS c'est aussi un champ de recherche et de politiques publiques. Le liant entre ces manifestations réside dans le discours engagé qu'elles supposent: un ensemble de valeurs, de principes et de méthodes qui forme un discours que l'on peut qualifier d'« engagé ».

Historiquement, l'émergence de ce discours réside dans l'idée que la santé des populations est une ressource pour le développement économique et social des États et que la santé ne se développe pas uniquement par la gestion des maladies, mais aussi par l'action d'autres déterminants de la santé, tels que les environnements, les systèmes (d'éducation, l'emploi, etc.), les écosystèmes, les contextes culturels, les comportements individuels, etc. (14) Une série d'événements et de rapports va amener la communauté

internationale, par le biais de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à s'engager vers une nouvelle santé publique dotée d'une visée émancipatrice: la promotion de la santé (14). La Charte d'Ottawa (1986) affirme l'engagement de 38 pays pour des actions visant à développer la santé pour toutes et tous, en «conférant aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé» (15), ainsi se définit encore aujourd'hui la promotion de la santé. Après la Charte d'Ottawa d'autres chartes et déclarations sont venues approfondir et compléter les engagements initiaux, mais elles restent orientées par des valeurs de justice sociale et d'émancipation (*empowerment*), des principes de participation et de lutte contre les inégalités sociales de santé; par une vision positive de la santé, et par des méthodes d'action combinées et intersectorielles («santé dans toutes les politiques») pour agir sur l'ensemble des déterminants de la santé (approche écologique) (16).

Si la PS se définit en termes de valeurs telles que le renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*), la participation, et l'équité, il en est de même pour l'évaluation de son implémentation (17, 18). Les démarches évaluatives en PS entendront servir à renforcer le pouvoir d'agir des individus et communautés et, par conséquent, à contribuer à la réduction des inégalités. Ainsi, les démarches évaluatives en PS n'appartiennent pas uniquement à l'«évaluateur-trice» (celui, celle ou ceux qui évaluent), mais avant tout aux personnes qui pourront se servir des résultats, mais aussi des processus évaluatifs en tant que tels, pour agir sur leur santé et sur l'équité. Sans surprise, la participation des individus et communautés est un moyen pour renforcer leur capacité à agir sur leur santé, mais aussi un résultat en soi. La participation des parties prenantes dans les démarches évaluatives de projets de PS est dès lors une condition à la capacitation, ainsi qu'un résultat à viser. En toute logique, l'équité est une valeur guide dans ces démarches, tant dans la manière de mener les démarches évaluatives que dans les objectifs d'évaluation. En conclusion, les **valeurs** au cœur des démarches évaluatives et l'**utilisation** des démarches et de ses résultats sont des éléments tout autant essentiels à considérer que le choix de l'approche méthodologique.

Revenons tout de même sur cette question du choix de l'approche, et plus spécifiquement sur la notion de «**boîte noire**» (19). Celle-ci renvoie à la définition de l'objet à évaluer (20). Nous en parlions plus haut, les «objets» de PS ne sont pas tangibles – à l'opposé d'une voiture ou d'un appareil de radiologie – voire, la réalité que ces «objets» recouvrent est difficilement définissable, ses frontières sont floues et mouvantes. La métaphore de la boîte noire illustre l'idée que le fonctionnement d'un projet de PS, c'est-à-dire ce qui se passe lorsque des personnes traduisent dans le réel les représentations qu'elles ont du projet, n'est jamais tout à fait visible; son fonctionnement relève de ses interactions avec son contexte qui est par ailleurs dynamique. Cette idée renvoie à la complexité des interventions dont le fonctionnement ne pourra se comprendre que par l'étude des interactions entre l'intervention et le système dans lequel elle prend forme (21). Lorsque le choix de la dimension à évaluer se porte sur l'efficacité d'un projet de PS – c'est-à-dire sur le souhait d'évaluer les effets d'une intervention – les pratiques actuelles se dirigeront vers des approches capables d'ouvrir la boîte noire de l'intervention. Autrement dit, de s'intéresser aux conditions dans lesquelles une intervention produit des changements (effets), pourquoi? comment? pour qui?

### **L'évaluation réaliste: une approche d'évaluation des conditions d'efficacité**

Parmi les approches capables d'ouvrir la boîte noire, on retrouve l'*évaluation réaliste* (1). L'*évaluation réaliste* est une approche évaluative qui vise à donner une valeur à l'efficacité d'un projet, et plus spécifiquement, elle vise à expliquer **de quelle manière** les interventions produisent, ou non, des effets; elle a donc une visée compréhensive. Depuis quelques années, l'*évaluation réaliste* fait l'objet d'une attention grandissante dans la sphère scientifique, surtout dans les champs de la santé et des politiques publiques (22, 23).

Dans une précédente publication<sup>2</sup> (24), nous détaillons les principes théoriques de l'approche réaliste. Nous en rappelons ici brièvement les principes clés et renvoyons le lecteur ou la lectrice à cette publication pour aller plus loin. Celle-ci comprend une bibliographie des auteur-trice-s clés en matière d'*évaluation réaliste*, à laquelle se référer pour en savoir plus.

---

2. Cette publication est téléchargeable [ici](#).

L'évaluation réaliste fait partie de la famille des «évaluations axées sur la théorie». Cette famille regroupe les approches évaluatives qui s'articulent autour de la «théorie de programme», c'est-à-dire la base théorique qui présume comment le programme/projet va produire les changements souhaités. Le plus souvent, cette théorie de programme réside dans les hypothèses de fonctionnement des concepteur-trice-s du projet ou de celles et ceux qui mettent en œuvre le projet. Ces hypothèses de fonctionnement rejoignent ou reposent le plus souvent sur des modèles et théories scientifiquement validés.

Pour évaluer l'efficacité d'interventions complexes, l'approche réaliste propose de mettre la focale de l'évaluation sur **la compréhension des effets** plutôt qu'uniquement sur **le constat des effets**. En ce sens, cette approche a pour objectif de répondre aux questions «comment fonctionne l'intervention? pourquoi? dans quelles circonstances? pour qui?» plutôt que de tenter de répondre à la question «est-ce que l'intervention fonctionne?».

L'utilisation de l'évaluation réaliste suggère un certain basculement de paradigme dans le sens où les fondements de l'approche reposent sur une certaine école de pensée, le réalisme critique, qui pose plusieurs postulats quant à la nature des programmes<sup>3</sup>. Le réalisme critique différencie le réel, l'actuel et l'empirique pour comprendre ce qui «est» (trois niveaux ontologiques). Le **réel** est formé par ce qui existe indépendamment de notre expérience ou de ce qu'on en connaît et peut générer des mécanismes causaux capables de produire des changements. Les objets du réel peuvent être produits par de la matière physico-chimique (par des processus physiques et chimiques) ou par de la matière sociale (par les interactions humaines). **L'actuel** concerne les «événements» qui se définissent comme l'interprétation qui est faite (par les individus) des mécanismes causaux résultant de l'agencement des objets du réel. **L'empirique** est la signification qui est donnée à cette interprétation. Si le niveau de l'empirique est socialement construit il n'en demeure pas moins qu'il existe des mécanismes causaux. (25)

Dans cette conception, un projet de PS est un événement (niveau de l'actuel) et vient répondre à l'interprétation que l'on a d'une problématique (niveau de l'actuel) résultant néanmoins de mécanismes causaux activés par un certain agencement des objets du réel (niveau du réel). Les activités du programme vont introduire dans le réel un nouvel agencement des objets du réel qui activeront des mécanismes causaux en mesure d'améliorer la problématique (niveau du réel). L'objectif de l'évaluation sera de mettre en évidence ces mécanismes et les agencements du contexte dont ils résultent, et le rôle transformateur du projet de PS dans ces interactions (niveau de l'empirique).

L'évaluation réaliste vise donc à comprendre les liens causaux entre une intervention et ses effets. Cette recherche de causalité est au cœur de l'approche réaliste, qui suppose une vision d'une causalité dite «générative», reposant sur le réalisme critique. C'est-à-dire, qu'en adoptant une approche réaliste, il faut considérer que ce n'est pas l'intervention qui produit des effets, mais que c'est la **rencontre** entre les **ressources** créées par l'intervention et certaines caractéristiques du **contexte** qui va actionner (ou non) un ou plusieurs **mécanismes** chez les individus, collectivités, environnements, qui produiront à leur tour des **effets**. Par conséquent, Ray Pawson et Nick Tilley (1), les théoriciens de l'évaluation réaliste, proposent d'utiliser un moyen heuristique pour étudier cette causalité générative qui consiste à formuler des hypothèses de fonctionnement en termes de «Contexte + Mécanisme = Effet», appelés «configurations contexte-mécanisme-effet (CME)». Par une démarche empirique, il s'agira de donner la preuve de ces hypothèses de fonctionnement.

Dans la sphère scientifique, l'évaluation réaliste a été qualifiée par certain-e-s de Ferrari<sup>4</sup> des approches évaluatives. Ce qualificatif vient du fait qu'elle permet de dépasser les difficultés liées à l'étude de l'efficacité

---

3. Nous renvoyons le lecteur ou la lectrice intéressé-e d'en savoir plus vers un article de Louise Potvin, Angèle Bilodeau et Sylvie Gendron intitulé «Trois conceptions de la nature des programmes: implications pour l'évaluation de programmes complexes en santé publique» (2012).

4. Selon les termes employés par Pierre Blaise lors d'une discussion informelle ayant eu lieu à Paris dans le cadre d'un colloque intitulé «Recherche interventionnelle pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé» du 10 au 11 janvier 2019.

d'interventions complexes. C'est une approche qui trouve peu de résonance dans les pratiques évaluatives des professionnel-le-s de terrain, qui sont pourtant confronté-e-s aux mêmes défis de démonstration de l'efficacité de leurs interventions, par exemple en raison d'enjeux de redevabilité croissants.

Dans un récent travail de revue de la littérature (26), nous avons relevé que l'utilisation de l'*évaluation réaliste* dans le champ de la PS permet de mettre en évidence les relations de causalité entre une intervention et son contexte, mais se fait rarement dans une **approche participative et émancipatrice**. Pourtant l'*évaluation réaliste* semble donner une place importante aux équipes qui implémentent les interventions dès lors que l'utilisation de l'approche suppose de partir de leurs interprétations du fonctionnement supposé du projet et se termine par une révision des interprétations qu'en font les équipes. Dans un autre travail de revue de la littérature (27), nous avons approfondi cette question de la participation des parties prenantes aux démarches d'*évaluation réaliste* (au-delà du champ de la PS). Il en résulte que les démarches participatives en *évaluation réaliste* sont très variées en termes de types de parties prenantes impliquées, de leur intensité de participation, et des méthodes d'implication, mais sont rarement capacitanes.

À la lumière de ces éléments et des particularités de l'évaluation de projet de PS (cf. ci-dessus), l'inscription de l'*évaluation réaliste* comme une approche à privilégier dans le Plan Stratégique de Promotion de la Santé bruxellois (cf. Contexte d'émergence de la recherche) constitue un contexte singulier pour explorer l'utilisation de l'*évaluation réaliste* par des professionnel-le-s de terrain, de manière participative et dans la perspective d'améliorer leur capacité à évaluer et à adapter leurs projets sur base des résultats d'*évaluations réalistes*.



## 3. Objectif et méthodes de l'expérimentation de l'évaluation réaliste

---

### Objectif et question de recherche

L'expérimentation de l'évaluation réaliste s'est déroulée sur 3 années, entre octobre 2018 et juillet 2020; une dernière année qui fut fortement bousculée par la pandémie de COVID-19. La démarche de recherche a été orientée par le postulat selon lequel l'amélioration des pratiques évaluatives, et plus particulièrement en matière d'évaluation des conditions d'efficacité des interventions dans le champ de la PS, contribuerait à déployer davantage les stratégies de PS pour répondre aux enjeux sociétaux.

Bien entendu, l'utilisation de l'évaluation réaliste par des professionnel-le-s de terrain soulève un certain nombre de questions et de défis, et suggère de se détacher de sa dimension scientifique pour la rendre davantage pragmatique tout en préservant certaines de ses caractéristiques fondamentales et sa valeur ajoutée. Se pose, dès lors, la question suivante: **quelles sont les conditions de mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain ?**

L'objectif poursuivi par cette expérimentation était d'**explorer l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain en charge de projets de PS**. Le dispositif de recherche devait permettre à des équipes d'évaluer, avec l'approche réaliste, un ou plusieurs de leurs projets de PS financés dans le cadre du Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022. Ce rapport ne porte pas directement sur les résultats des évaluations menées par les équipes participantes, mais sur le processus de mobilisation de l'évaluation réaliste par ces équipes.

En décembre 2018, lors de la matinée de lancement de la recherche à laquelle participèrent les principaux partenaires, un nom émerge pour la recherche: *ProSess*, pour **P**romotion **S**anté **E**valuation **S**outien au **S**ecteur. Un nom qui met donc l'accent sur l'importance des processus à l'œuvre dans les stratégies d'intervention et la nature *soutenante* aux pratiques évaluatives de la recherche.

### Dispositif de recherche

Nous avons créé un **contexte d'évaluation mixte**, où la chercheuse accompagnatrice a soutenu des équipes à mettre en application l'approche *réaliste* pour l'évaluation d'un ou plusieurs de leurs projets. Une des exigences posées dès le départ de la recherche était que les **équipes** s'engageant dans le processus d'expérimentation soient composées de minimum deux personnes. Par équipe, nous entendons les personnes qui participent à la mise en œuvre du projet (*à évaluer*) ou connaissent en détail les aspects de mise en œuvre du projet. De plus, il était demandé que chaque équipe identifie en son sein une « personne de référence », c'est-à-dire un membre de l'équipe qui serait la personne de liaison entre l'équipe et la chercheuse accompagnatrice.

Nous nous sommes reposés sur un principe de **réciprocité** entre les intérêts de l'équipe de recherche (RESO) et ceux des équipes impliquées dans la recherche. Si l'initiative de la recherche provient d'une équipe de recherche, les personnes qui ont participé ont eu l'occasion d'ajuster les conditions de recherche afin qu'elles tiennent compte de leurs réalités. Entre avril et juin 2018, le projet de recherche a été présenté à quatre reprises dans des espaces de concertation et auprès de différentes parties prenantes (opérateurs du Plan)<sup>5</sup>. Ces présentations ont notamment servi à affiner la pertinence de nos constats en les mettant à l'épreuve des réalités des parties prenantes.

Un autre principe de la démarche d'expérimentation était que les équipes participantes gardent le pouvoir

---

5. 19/04/18: Présentation du projet de recherche aux membres de l'institut de recherche santé et société (IRSS)

25/05/18: Présentation du projet de recherche au conseil consultatif (COCOF)

31/05/18: Présentation du projet de recherche aux services piliers lors de la concertation SESU

28/06/18: Présentation du projet de recherche aux professionnel-le-s de terrain

décisionnel tout au long du processus d'*évaluation réaliste*. L'accompagnement par la chercheuse se devait de soutenir les équipes à utiliser l'approche *réaliste* en contexte réel, dans une **démarche émancipatrice et participative**. La démarche d'accompagnement se situait entre l'apport de repères théoriques et méthodologiques et l'appui à une prise de distance. L'accompagnement se déroulait au sein des locaux de chaque équipe participante à raison d'une réunion de travail par mois, qui rassemblait l'équipe et la chercheuse accompagnatrice. En dehors des réunions, les contacts se faisaient par mail ou par téléphone.

Enfin, l'accompagnement s'est déroulé d'octobre 2018 à juillet 2020, soit pendant 22 mois. Bien entendu, la recherche n'a pas été épargnée par la pandémie de COVID-19, qui a entraîné certaines adaptations au dispositif initial, telles que l'organisation des réunions à distance, et qui a aussi exercé une influence sur la mise en œuvre de l'*évaluation réaliste*, nous y reviendrons plus loin.

Notre dispositif de recherche correspond à une **étude de cas multiples** (28) où chaque cas (au nombre de 4) représente une *équipe* ayant mis en œuvre (avec l'accompagnement de la chercheuse) l'*évaluation réaliste* d'un *projet* de PS. Dès lors, les méthodes rapportées ci-après visent une analyse approfondie de quatre processus de mise en œuvre de l'*évaluation réaliste* par des équipes de PS.

## Sélection des projets et opérateurs partenaires

En juillet 2018, le RESO a lancé un appel aux opérateurs du Plan pour participer à la recherche. L'objectif de l'appel était de retenir 4 projets, qui allaient constituer les «terrains de recherche».

À la suite de cet appel, 8 opérateurs ont fait connaître leur souhait de participer à la recherche en proposant un de leur projet comme «terrain» d'application de l'*évaluation réaliste*. Au terme de l'analyse de leurs formulaires d'intention, un groupe de 4 projets devait ensemble, témoigner d'une certaine représentativité de la diversité des projets financés par le Plan. Nos critères de diversité étaient les suivants :

3. l'ancienneté du projet (selon s'il s'agit d'un nouveau projet ou d'un projet implémenté depuis plusieurs années),
4. les stratégies d'action mobilisées dans le projet (en référence avec les stratégies d'action énumérées dans le Plan),
5. les axes du Plan couverts (les axes suivants sont éligibles pour cette phase de la recherche: santé mentale, modes de vie, personnes vulnérables, milieu carcéral, assuétudes ou santé sexuelle/IST dont VIH et VHC),
6. et les niveaux d'action (1<sup>re</sup> ligne ou 2<sup>e</sup> ligne).

Six personnes ont activement participé au processus de sélection: 5 personnes membres de l'équipe du RESO (Isabelle Aujoulat, William D'Hoore, Dominique Doumont, Ségolène Malengreaux et Bénédicte Scheen) ainsi que Thérèse Van Durme (UCLouvain/IRSS), personne extérieure au RESO, expérimentée en *évaluation réaliste*.

Dans un premier temps, nous avons classé les projets en fonction des critères de diversité cités ci-dessus. Les éléments clés ci-après ont ensuite guidé l'analyse, effectuée d'abord de manière individuelle et indépendante, puis de manière collective entre les 6 personnes impliquées. Ces éléments n'avaient pas pour finalité d'analyser la pertinence ou la qualité du projet, mais plutôt de questionner l'intégration des projets au processus de la recherche. Les 5 éléments clés qui ont guidé nos analyses et échanges étaient définis comme suit:

- Une description claire et précise des actions (pour préfigurer la capacité à définir la théorie d'intervention)
- Une expérience et/ou un intérêt pour les questions d'évaluation (y compris le fait d'avoir prévu un temps d'évaluation dans la demande de financement)
- Une motivation en cohérence avec les objectifs de la recherche (notamment intérêt pour la deuxième étude et la dimension collective de la recherche)

- Des ressources humaines a priori suffisantes à consacrer à ce projet
- Le niveau d'appropriation des concepts de PS afin d'assurer un équilibre dans le groupe

La présélection à laquelle nous sommes parvenus au terme de nos échanges a ensuite été présentée aux représentantes de la COCOF afin de recueillir leur avis et perception quant à la représentativité du groupe par rapport au Plan.

Finalement, ce processus a permis de constituer un groupe de 4 projets pour cette recherche. Outre le fait qu'ils respectent globalement les 5 éléments clés préalablement cités, les 4 projets reflètent une certaine diversité lorsque l'on applique les critères de diversité utilisés, comme le montre le [tableau 1](#) ci-dessous.

Tableau 1 - Diversité des projets inclus au regard des dispositions du Plan

Critères de diversité	Dispositions du Plan	Nombre de projets concerné parmi les 4 projets inclus
1. Ancienneté des projets	Nouveaux projets < 2 ans	2
	Projets implémentés > 2 ans	2
2. Stratégies d'action mobilisées	Accueillir, orienter, aller vers	1
	Favoriser l'accès au matériel de prévention, d'information et aux infrastructures	3
	Informier et sensibiliser	2
	Former, renforcer les savoirs, compétences, aptitudes	3
	Soutenir et organiser la participation des usagers, bénéficiaires, proches	0
	Accompagner des projets, équipes, personnes	2
	Travailler en réseau et en intersectorialité	1
	Récolter des données	0
	Faire de la recherche	0
	Évaluer	0
3. Axes du Plan couverts	Développer des plaidoyers	0
	Santé sexuelle/IST, VIH, VHC	1
	Milieu carcéral	1
	Modes de vie	1
	Personnes vulnérables	1
	Assuétudes	0
4. Niveaux d'action	Santé mentale	0
	1 <sup>er</sup> ligne	2
	2 <sup>e</sup> ligne	2

## Description des projets et équipes partenaires

Nous nous intéressons à la mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain en charge de concevoir, implémenter et évaluer des projets de PS financés par le Plan. Chaque cas est défini par deux dimensions: l'opérateur – et plus spécifiquement l'équipe participante – et le projet sur lequel l'expérimentation a porté. Le [tableau 2](#), ci-dessous, présente chaque cas par le biais de ces deux dimensions. Dans la suite de ce rapport, nous désignerons désormais chaque cas à l'aide du nom de l'opérateur.

Tableau 2 - Présentation des cas

Nom de l'opérateur participant	Présentation des équipes participantes	Présentation des projets évalués à l'aide de l'évaluation réaliste
<p><b>Alzheimer Belgique</b> (Alzheimer BE)</p> 	<p>Pendant la majeure partie du processus d'expérimentation, l'équipe participante était composée de trois personnes: la directrice, la chargée de communication et une chargée de projet. La chargée de communication a été absente une partie de la recherche en raison d'un congé de maternité. Avec le financement du Plan, l'ASBL Alzheimer BE bénéficiait pour la première fois d'un financement de PS relativement pérenne (pour une durée de 3 ans, renouvelable pour 2 ans).</p>	<p>Le projet évalué consistait à accompagner les professionnel-le-s et les politiques locales à l'adaptation des services susceptibles d'être fréquentés par des personnes atteintes de la maladie d'alzheimer et leurs proches (ex: services communaux, loisirs, services de santé, etc.) afin de développer des réseaux de soutien formels et informels et de créer un environnement social soutenant. Cette stratégie se traduit par la mise en réseau de structures et organisations professionnelles telles que des coordinations de soins, des maisons médicales, des communes, des associations, etc. qui, ensemble, se mettent en action au niveau local pour améliorer la qualité de vie des personnes confrontées à la maladie d'Alzheimer vivant dans le quartier ainsi que leurs aidants proches.</p>
<p><b>Le Fonds des Affections RESpiratoires</b> (FARES)</p> 	<p>Dans un premier temps, seules l'équipe régionale (deux chargés de projet) et la coordinatrice du département ont participé à la recherche. À partir de 2020, une représentante de l'autre équipe régionale, qui avait participé à l'animation de la formation, a rejoint le processus d'expérimentation. Il y a eu deux remplacements au sein de l'équipe sur la durée de la recherche. L'organisation est expérimentée dans le domaine de la PS.</p>	<p>Le projet évalué était une nouvelle formation intitulée «Tous acteurs de prévention» destinée aux professionnel-le-s relais issus des secteurs de l'éducation, de la santé et du social qui peuvent avoir des rôles et des relations très différents avec les jeunes, mais qui sont toutes et tous confronté-e-s aux difficultés des jeunes, en matière de consommations à risque. La formation visait à développer la capacité de ces professionnel-le-s de la jeunesse à adopter une posture d'acteur ou actrice de prévention tabagique dans le cadre de leur fonction.</p>
<p><b>La Fédération Laïque de Centres de Planning Familial</b> (FLCPF)</p> 	<p>Le chargé de projet et la coordinatrice du département ont participé à la recherche. Le chargé de projet a été absent pour maladie au début de l'année 2020, suivi un peu plus tard de la coordinatrice. D'un commun accord avec le directeur de la structure, la participation de la FLCPF à la recherche a pris fin en avril 2020, 3 mois avant la fin de l'accompagnement. Considérant l'implication de l'équipe sur la majorité du temps de recherche, nous avons décidé, en accord avec la FLCPF, de ne pas exclure ce cas du présent rapport.</p>	<p>Le projet évalué, nommé Be.Tested, visait à déployer le Test Rapide à Orientation Diagnostique (TROD), méthode de dépistage rapide du VIH, en Centres de Planning Familial (CPF). Le projet repose sur l'animation par la FLCPF d'une concertation rassemblant plusieurs CPF (sur base volontaire) qui font à la fois l'expérimentation de l'intégration du TROD dans leur équipe, et construisent les repères qui permettront à d'autres CPF de développer cette nouvelle pratique. L'objectif final est d'améliorer le dépistage du VIH auprès des publics davantage exposés au risque de contracter le VIH, tels que les hommes gays et bisexuels, ou ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), et les personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne.</p>



L'équipe était composée de trois travailleur·euse·s de première ligne et de la directrice. Quelques mois après le début de la recherche, une stagiaire a rejoint l'équipe, puis a été embauchée par l'asbl et a donc poursuivi sa participation à la recherche, avec une fonction de support aux équipes de première ligne (en matière d'évaluation et de plaidoyer notamment). Il s'agissait de la plus jeune des 4 associations participantes (créée 5 ans avant le début de la recherche).

Le programme évalué porte le nom de *Care Connexion* et se déroule dans une prison pour femmes. Il se décline en 4 projets dont deux ont fait l'objet de l'expérimentation de l'*évaluation réaliste*: projet d'accompagnement individuel en cellule et projet d'action au préau. Les deux projets visent à améliorer la prise en charge globale (médicale et psychosociale) des détenues ; à leur donner la possibilité d'agir pour leur santé ; à améliorer l'environnement pour renforcer le bien-être et à améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins pendant la période d'enfermement et lors du transfert ou de la libération. Les stratégies déployées sont, elles, différentes puisque l'accompagnement en cellule consiste à répondre à leurs demandes d'accompagnement individualisé et global dans leur environnement intime tandis que le projet au préau consiste à aller vers les détenues pour aborder des sujets en collectif et lors des temps en extérieur, au préau, qui sont des temps exemptés de la présence de surveillant·e·s.

## Collecte et analyse des données

Comme expliqué plus haut, ce rapport ne vise pas à présenter les résultats des évaluations menées par les équipes participantes, mais à tirer des leçons de la mobilisation de l'*évaluation réaliste* par ces équipes. Dès lors, les données que nous présentons ici et qui ont été analysées par la chercheuse accompagnatrice ne sont pas les données collectées par les équipes elles-mêmes lors de l'évaluation de leurs projets. Il s'agit des données collectées par la chercheuse accompagnatrice en vue de répondre à sa question de recherche qui, pour rappel, est: **Quelles sont les conditions de mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain ?**

Notre analyse repose sur plusieurs sources d'information, collectées par la chercheuse accompagnatrice tout au long des 4 processus d'expérimentation de l'*évaluation réaliste*:

- Un focus group en novembre 2019 animé par Dominique Doumont et Bénédicte Scheen – toutes deux chercheuses au RESO - ayant rassemblé des représentant·e·s de chaque équipe ainsi que la chercheuse accompagnatrice. Cette dernière y participait avec sa casquette d'accompagnatrice.
- Des entretiens semi-directifs filmés et réalisés par la chercheuse accompagnatrice avec des représentant·e·s de chaque équipe, ainsi qu'un entretien de la chercheuse accompagnatrice réalisé par Dominique Doumont. Ces entretiens ont été filmés, car ils ont été utilisés pour le montage de capsules vidéos (voir plus loin).

*Le focus group et les entretiens avaient pour objectif de documenter l'influence de l'accompagnement sur les capacités à évaluer:*

- Les réunions de travail auxquelles la chercheuse accompagnatrice a activement participé, dont une grande partie a été enregistrée et retranscrite pour une analyse approfondie.
- Les comptes rendus de réunion réalisés par les équipes participantes pour la plupart ou par la chercheuse accompagnatrice pour quelques-uns.

À ces sources d'information s'ajoute le cahier de recherche de la chercheuse accompagnatrice. Le [tableau 3](#) présente les sources de données collectées pour chacun des 4 cas.

Tableau 3 - Données collectées en fonction des cas

	Nombre de réunions (nombre de réunions enregistrées et retranscrites) <sup>b</sup>	Nombre de comptes rendus de réunion	Nombre de participants au focus group (Novembre 2019)	Nombre d'entretiens semi- directifs filmés (septembre 2020)
I.Care	22 (16)	14	3	3
Fares	20 (15)	13	2	3
Alzheimer BE	22 (14)	12	2	2
FLCPF <sup>a</sup>	13 (10)	10	2	-
<b>TOTAL</b>	<b>77(55)</b>	<b>49</b>	<b>9</b>	<b>8</b>

<sup>a</sup> La FLCPF s'est retirée de la recherche en avril 2020

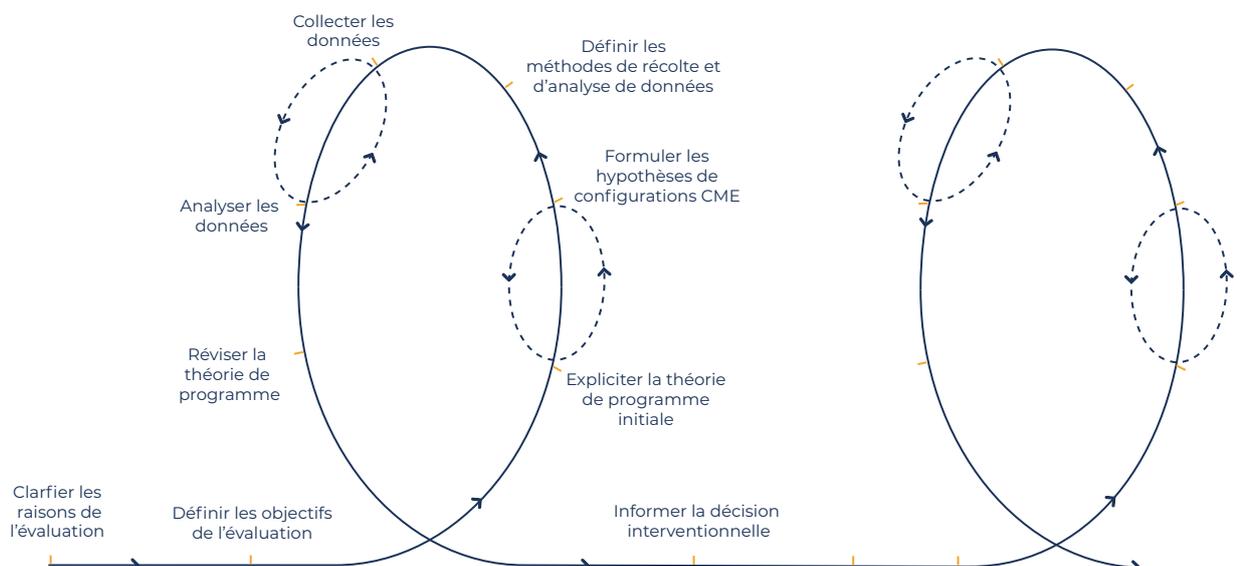
<sup>b</sup> Nous avons commencé à enregistrer les réunions à partir de la troisième réunion avec chaque cas. Autrement, les raisons pour lesquelles certaines réunions n'ont pas été enregistrées peuvent être dues à une distraction de la chercheuse accompagnatrice ou au moment de la transition des réunions en virtuel pendant les premiers mois de la pandémie de COVID-19.

Pour l'analyse de ce corpus de données, relativement conséquent, nous avons commencé par identifier, pour chaque cas, l'objet ou les objets de chaque réunion en fonction des étapes du cycle de l'évaluation réaliste (cf. [Illustration 2](#)).

Ensuite, nous avons analysé les retranscriptions de réunions et/ou les comptes rendus et le cahier de recherche afin de produire une description globale de la manière dont chaque étape s'est déroulée, tout en tenant compte des spécificités des cas. Cette description globale est donc le résultat de l'analyse des 4 expérimentations de l'évaluation réaliste découpée en fonction des étapes d'une évaluation réaliste.

Dans la présentation des résultats de notre analyse (cf. [point 4](#)), nous ferons usage d'exemples illustratifs tirés de l'expérience de ces 4 expérimentations, néanmoins les rapports des 4 évaluations ne seront pas présentés dans le présent document. Ceux-ci appartiennent aux partenaires et n'avaient pas pour finalité d'être rendus publics. Cependant, des capsules vidéos, réalisées par le MiiL, ont permis aux équipes partenaires de partager leur expérience. Ces capsules sont visibles sur le site du RESO: <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/prosess.html>

Illustration 2 - Cycle d'une évaluation réaliste



Source: Adapté de Malengreaux, et al. (12)

## 4. Résultats de l'expérimentation de l'évaluation réaliste : description de chaque étape

---

Dans cette partie, nous donnons une description de la manière dont chaque étape de l'évaluation réaliste s'est déroulée avec les équipes participantes. La description globalise les différents processus d'expérimentation tout en mettant en exergue certaines spécificités de la manière avec laquelle chaque équipe a mobilisé l'évaluation réaliste.

Le [tableau 4](#), situé à la page suivante, montre pour chaque étape du cycle d'une évaluation réaliste (cf. [Illustration 2](#)), le nombre de réunions qui y ont été consacrées par chacune des équipes. Il illustre également la répartition des réunions dans le temps consacré à cette recherche (22 mois, entre octobre 2018 et juillet 2020).

L'objectif de cette recherche étant de documenter l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain, nous avons limité l'analyse des récits d'évaluation d'Alzheimer Belgique et de la FLCPF aux étapes de l'évaluation réaliste qu'ils ont achevées. Autrement dit, l'étape d'élaboration des configurations CME pour Alzheimer BE et l'étape de collecte de données pour la FLCPF.

**Nous attirons l'attention sur le fait que ce tableau ne doit en aucun cas servir à comparer les équipes qui avaient chacune leurs réalités, contraintes, ressources et objectifs d'évaluation.**

Dans la suite de cette 4<sup>e</sup> partie, nous donnons, pour chaque étape, son objectif et décrivons comment le travail s'est déroulé avec les 4 équipes ainsi que les difficultés rencontrées, les aménagements mis en place et les ressources mobilisées pour les surmonter. Nous concluons chaque étape en tirant quelques leçons et perspectives pour mener une évaluation réaliste de manière participative, et plus précisément avec des professionnel·le·s de terrain.

*Compte tenu du fait que la presque totalité des membres des équipes participantes sont des femmes, nous utiliserons le genre féminin lorsque nous ferons référence aux personnes impliquées.*

Tableau 4 - Calendrier des réunions pour chaque étape de la démarche d'évaluation en fonction des cas

Cas	Étapes (E)	Réunions de travail s'étendant entre octobre 2018 et juillet 2020																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
I.Care	E1 – Partenariat	■	■		■																	
	E2 - Objectifs	■				■		■		■	■											
	E3 - Théorie de programme		■	■	■		■					■										
	E4 - CME									■	■											
	E5 - Collecte									■	■	■	■	■	■							
	E6 - Analyse														■	■	■	■	■	■	■	■
	E7 - Révision																			■		■
FARES	E1 – Partenariat	■	■	■																		
	E2 - Objectifs	■				■	■	■														
	E3 - Théorie de programme		■	■	■	■							■									
	E4 - CME								■	■												
	E5 - Collecte								■	■	■	■										
	E6 - Analyse														■	■	■	■	■	■	■	■
	E7 - Révision																			■		
Alzheimer Belgique <sup>a</sup>	E1 – Partenariat	■	■		■																	
	E2 - Objectifs	■				■	■	■			■	■	■									
	E3 - Théorie de programme		■	■	■	■	■	■														
	E4 - CME								■	■												
FLCPCF <sup>b</sup>	E1 – Partenariat	■	■		■																	
	E2 - Objectifs	■						■	■													
	E3 - Théorie de programme		■	■	■	■	■	■				■										
	E4 - CME										■											
	E5 - Collecte											■	■	■								

Note: <sup>a</sup>Alzheimer Belgique a réorienté son objectif d'évaluation, impliquant la mobilisation d'un autre type d'évaluation que l'ER, pour être plus en phase avec les besoins d'évaluation du projet.

<sup>b</sup>La FLCPCF a retiré sa participation au moment de la collecte des données.

## Étape 1: Définir le cadre de partenariat

Tout processus d'évaluation implique des décisions: décider de l'objectif, des méthodes, des participant-e-s, de l'utilisation des résultats, etc. Ce ne sont pas des décisions anodines. Il est donc important de prendre le temps de définir le cadre de travail dans lequel la démarche évaluative va se dérouler.

Comme l'illustre le [tableau 4](#) ci-dessus, la définition du cadre de travail s'est réalisée sur trois réunions au sein de chaque cas bien que ces réunions n'aient pas été uniquement consacrées à définir le cadre de partenariat. L'objectif de cette étape était de clarifier les rôles et responsabilités des membres de chaque équipe et de la chercheuse accompagnatrice.

La définition du cadre a également porté sur des aspects de distribution des tâches liées aux réunions de travail. Le [tableau 5](#) ci-dessous reprend les tâches qui ont été distribuées au sein de chaque équipe, en ce compris la chercheuse accompagnatrice.

Tableau 5 - Tâches et responsabilités distribuées entre la chercheuse accompagnatrice et les membres de chaque équipe

- Prise de notes en réunion
- Mise au propre des notes et rédaction des comptes rendus
- Construction de l'ordre du jour des réunions
- Animation réunion (facilitateur-trice)
- Rappel du contenu de la réunion précédente
- Organisation logistique des réunions
- Rappel des réunions par mail
- Centraliser les absences et prévenir la chercheuse accompagnatrice de l'annulation éventuelle de réunions
- Briefer les absent-es
- Ecrire - Relire – Communiquer autour des documents produits
- Recherche documentaire visant à renforcer la théorie de projet
- Gardien-ne du temps

La chercheuse accompagnatrice a également saisi ce temps pour délimiter l'étendue de son implication. Les limites énoncées se résumaient en ces points:

- Elle ne serait pas amenée à participer à la collecte des données,
- Elle participerait à la rédaction des rapports d'évaluation, mais ceux-ci seraient de la responsabilité des équipes participantes<sup>6</sup>,
- Son accompagnement prendrait fin au terme du temps imparti à cette étude.

Les participantes ont partagé ce qui les motivait à participer à l'expérimentation de l'évaluation réaliste. Ce qui, dans certains cas, a amené des discussions sur les raisons pour lesquelles d'autres collègues ne participaient pas ou sur la pertinence pour certaines personnes de participer aux réunions de travail. L'importance d'une transmission du processus d'évaluation vers le reste de l'organisation et les défis que cela soulevait ont été discutés dans chaque équipe.

Au terme de cette étape, nous avons clarifié les rôles de chacune et ce qui pouvait être attendu de la collaboration. Des aspects plus formels de la collaboration entre les organisations participantes et le RESO ont été formalisés sous la forme d'une convention de partenariat. Celle-ci reprenait les engagements de chaque partie et des aspects de propriété intellectuelle. Les participantes étaient également plus au fait des

6. C'est en raison de ce principe que le présent rapport ne présente pas les rapports d'évaluation. Avec l'autorisation des structures concernées, nous utilisons néanmoins des illustrations provenant de ces quatre évaluations.

dimensions de la démarche de recherche, en arrière-plan de l'accompagnement à l'évaluation. Notons qu'à ce stade, l'*évaluation réaliste* n'a pas encore fait l'objet d'une explication détaillée. Nous y revenons dans le point suivant.

## Leçons et perspectives de l'étape 1

Le fait de travailler en contexte d'évaluation mixte<sup>7</sup> a plusieurs implications pour les organisations participantes. Notre démarche a soulevé l'importance des réflexions relatives à la composition de l'«équipe d'évaluation»<sup>8</sup>. En effet, le fait de faire partie ou non de l'équipe d'évaluation vient interroger des motivations personnelles (comme le fait de se sentir capable ou compétent-e, légitime, intéressé-e ou juste concerné-e) et des enjeux institutionnels (la dynamique d'équipe, l'utilisation des temps de travail ou les relations hiérarchiques). Ainsi, il s'avère nécessaire de créer un espace où ces réflexions peuvent être discutées et faire l'objet d'adaptations dans la gouvernance de la démarche évaluative. Un temps de familiarisation et de cadrage semble primordial pour créer des conditions favorables à la participation de chaque personne et pour poser un cadre de sécurité et des repères communs, essentiels à une démarche participative et émancipatrice.

---

7. Pour rappel, par «contexte d'évaluation mixte» nous faisons référence à la combinaison d'une évaluation interne (ou autoévaluation) – c'est-à-dire impliquant des personnes impliquées dans le projet ou programme à évaluer – et une évaluation externe – c'est-à-dire impliquant des évaluateurs indépendants du projet ou programme à évaluer (ici, la chercheuse accompagnatrice).

8. Le terme «équipe d'évaluation» fait référence au groupe de personnes qui va planifier, mener et conclure une démarche évaluative.

## Étape 2: Clarifier les raisons et définir les objectifs de l'évaluation

L'objectif de cette étape était de se mettre d'accord, au sein de chaque équipe, sur les objectifs de la démarche évaluative. Pour ce faire, nous avons exploré les raisons qui poussaient l'équipe à vouloir évaluer, les besoins du projet et les finalités attendues de la démarche évaluative. Il s'agissait de tenir compte et reconnaître que différentes motivations à l'évaluation co-existaient au sein de l'équipe, telles que d'améliorer la qualité de l'intervention, montrer sa valeur aux bailleurs de fonds ou en interne, témoigner de sa pertinence vis-à-vis des bénéficiaires. Néanmoins, ces discussions ont mis en évidence l'importance des attentes du (ou des) bailleur(s) de fonds dans les motivations à la réalisation et l'utilisation de l'évaluation ; ce au sein de toutes les équipes participantes.

Cette étape a été essentielle pour aligner les objectifs d'évaluation (et donc les ambitions) aux moyens disponibles. Il s'agissait d'évaluer quelque chose d'évaluable, dans les limites de ce qui était possible avec les ressources disponibles, tant en termes de temps que de moyens financiers. Il nous semblait important d'être pragmatique dans ces expérimentations de l'approche *réaliste*.

Le calendrier des réunions (cf. [Tableau 4](#)) illustre le cheminement itératif qu'il y a eu entre cette deuxième étape (la définition des objectifs de l'évaluation) et la troisième étape (l'explicitation de la théorie de programme initiale). Nous avons observé que les raisons à l'évaluation du projet étaient d'abord peu précises, mais permettaient de se familiariser avec les enjeux de l'évaluation identifiés par les unes et les autres. Une fois le travail sur la théorie de programme entamé (étape 3), les discussions autour de l'objectif d'évaluation étaient plus contextualisées et ancrées dans les besoins de développement du projet, et moins guidées par des motivations de valorisation. Ce travail itératif s'est avéré nécessaire, car au plus nous affinions notre compréhension du projet au plus ses besoins et nos questionnements s'affinaient et se priorisaient. Il a donc fallu avoir une vision relativement claire et partagée de l'objet d'évaluation<sup>9</sup> pour pouvoir définir les objectifs d'évaluation et les questions évaluatives avec chacun des cas.

En nous donnant comme objectif de recherche d'expérimenter l'*évaluation réaliste*, nous avons, en quelques sortes, tronqué la définition des objectifs d'évaluation puisque la nécessité d'utiliser l'*évaluation réaliste* a orienté le choix des objectifs et des questions évaluatives. Pour permettre aux équipes de « mesurer » ce que l'*évaluation réaliste* permet de mettre en lumière, une réunion a été consacrée à la présentation de l'approche *réaliste* par la chercheuse accompagnatrice lors de la 5<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> réunion, selon les cas. Malgré cette approche évaluative prédéfinie, qui supposait de se poser la question des conditions d'efficacité du projet, il a été important de vérifier, avec chaque équipe, d'une part que cette question servait effectivement le développement du projet, et d'autre part que l'équipe trouvait un intérêt à une évaluation des conditions d'efficacité. L'[encadré 1](#) ci-dessous retrace les raisons, objectifs et questions évaluatives des 4 cas. Le cas d'Alzheimer Belgique illustre bien l'importance d'avoir creusé la théorie de programme et l'objectif de l'évaluation en parallèle et d'avoir questionné l'intérêt de se poser la question des conditions d'efficacité du projet.

---

9. Par « objet d'évaluation » nous faisons référence au projet/programme/intervention concerné par la démarche évaluative.

**Principales raisons à l'évaluation, objectifs d'évaluation et questions évaluatives pour chacun des cas**

Alzheimer Belgique	<p>L'équipe tire le constat que certaines relations de partenariat nouées avec des services communaux reposent sur des principes en contradiction avec les objectifs de l'équipe, c'est-à-dire produire des changements pérennes et favorables dans l'environnement local des binômes aidant-aidé. Il y avait une volonté de l'équipe de pouvoir expliquer ces différences pour réorienter les stratégies de concertation d'Alzheimer Belgique. En novembre 2019 (après l'étape 4), l'équipe a réorienté son objectif d'évaluation afin que la démarche évaluative ait plus de sens pour le développement du projet et les enjeux institutionnels. Ainsi la démarche évaluative se centrerait sur une analyse de la pertinence, et plus spécifiquement sur la question suivante: <i>En quoi le projet d'Alzheimer Belgique répond-il aux besoins des personnes en charge de la politique locale des aînés et en quoi prend-il en compte les spécificités de leur contexte?</i> L'approche réaliste n'était dès lors plus adaptée, mais l'accompagnement par la chercheuse accompagnatrice s'est malgré tout poursuivi dans cette nouvelle orientation.</p>
FARES	<p>Au moment où la question de l'objet de l'évaluation s'est posée, l'équipe était en train de développer une nouvelle formation à destination des professionnel-le-s relais. Elle a donc souhaité saisir l'opportunité de construire en parallèle le dispositif de formation et son évaluation. L'objectif de l'évaluation était de mieux comprendre <i>comment, pour qui et dans quelles circonstances, cette formation favorise l'intégration d'un rôle d'acteur de prévention tabagique chez les participant-es?</i></p>
FLCPF	<p>Au moment de démarrer cette évaluation, Be.Tested avait acquis un peu d'expérience et se préparait à inclure de nouveaux Centres de Planning Familial (CPF). Néanmoins, la FLCPF se posait beaucoup de questions sur la portée de leur approche et souhaitait la documenter avant d'élargir la concertation. Ainsi, l'objectif de l'évaluation était de documenter les effets du projet Be.Tested à trois niveaux: au niveau de l'intégration de la pratique du TROD en CPF, au niveau de l'appropriation du plan de communication visant les HSH et SAM et au niveau de l'utilisation qui est faite de la fiche COBATEST (un outil de collecte de données utilisé par un réseau d'organisations européennes et asiatiques offrant des services de dépistage du VIH).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Comment et dans quels contextes les CPF partenaires ont implanté le TROD au sein de leur organisation ?</i></li> <li>2. <i>Comment les CPF se sont approprié le plan de communication ? Comment ils ont eu une attention particulière sur les publics spécifiques HSH et SAM ?</i></li> <li>3. <i>Comment les TRODeurs et TRODeuses remplissent la fiche COBATEST ? Quels sont les freins et leviers rencontrés pour remplir la fiche COBATEST ? et quelles sont les pratiques des TRODeurs et TRODeuses ?</i></li> </ol>
I.Care	<p>Au moment de l'évaluation, l'équipe d'I.Care entamait une réflexion quant à la « transférabilité » de ce projet dans d'autres prisons, et notamment dans des prisons pour hommes. L'évaluation devait donc aider l'équipe à envisager cette transférabilité.</p> <p>De plus, plusieurs situations et échos des professionnel-le-s de la prison motivaient l'équipe à investiguer et porter son attention sur les effets de leurs actions, et en particulier sur les effets inattendus de leur présence en prison. Plus spécifiquement et en lien avec les deux actions au centre de cette évaluation (i.e. PowWow et Cellul'air), l'équipe s'est intéressée au vécu des détenues et des professionnel-le-s de la prison quant à leur présence presque quotidienne dans les espaces de vie tels que les cellules et le préau :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Quel sens les détenues donnent-elles au fait que l'équipe d'I.Care les rencontre dans leur cellule (dans le cas de l'action Cellul'air) ?</i></li> <li>2. <i>Quel sens les détenues donnent-elles au fait que l'équipe d'I.Care soit présente au préau (dans le cas de l'action PowWow) ?</i></li> <li>3. <i>Quel sens les professionnel-le-s donnent-ils à la présence d'I.Care en prison ?</i></li> </ol>

## Leçons et perspectives de l'étape 2

L'enjeu de redevabilité externe – c'est-à-dire de répondre aux exigences d'évaluation (pouvant prendre la forme de normes) d'une autorité externe (souvent le financeur) – était une attente de la démarche d'évaluation exprimée par toutes les équipes, et particulièrement par les personnes exerçant une fonction de coordination ou de direction. Notre contexte de recherche se caractérisait par un bailleur de fonds particulièrement intéressé par les démarches évaluatives axées sur la réflexivité et sensibilisé aux défis méthodologiques de l'évaluation de l'efficacité d'interventions complexes. Les équipes ont dès lors pu s'engager dans un objectif d'évaluation visant la compréhension des conditions d'efficacité tout en ayant l'assurance que cet objectif correspondait aux attentes du bailleur de fonds. Nous considérons que l'«alignement» des attentes du bailleur de fonds aux objectifs d'une *évaluation réaliste* a joué un rôle déterminant.

Nous tirons également le constat que le fait d'avoir attendu plusieurs réunions avant de présenter l'*évaluation réaliste*, et donc amener des aspects techniques et complexes autour de la table, a été propice au développement d'une dynamique où les membres des équipes se sentaient en possession du processus et des échanges.



## Étape 3: Expliciter la théorie de programme initiale

La théorie de programme initiale a été élaborée en trois phases par chaque équipe. Nous avons démarré en représentant les composantes du programme et sa logique de mise en œuvre. Cette première phase visait à formuler la **théorie de l'implémentation du programme** qui consiste en une représentation simplifiée des composantes de la mise en œuvre d'un programme. Nous avons ensuite fait évoluer cette représentation en l'axant sur le fonctionnement du programme (deuxième phase), appelé **théorie du changement**, qui permet de représenter la logique de changement du programme; elle vient expliquer de quelle manière le programme est supposé générer du changement. La troisième et dernière phase consistait à « nourrir » notre compréhension de la causalité présumée du programme en utilisant des modèles et des théories scientifiquement éprouvés pour renforcer sa pertinence, aboutissant dès lors à la **théorie de programme au sens réaliste**. Ces trois phases ont occupé entre 4 à 7 réunions de travail.

→ Première phase: identifier et organiser les composantes du programme – **la théorie de l'implémentation**

Les composantes traditionnelles de la théorie de l'implémentation d'un programme que l'on a identifié et organisé étaient les suivantes:

- Les caractéristiques de la problématique à laquelle le programme répond.
- Les caractéristiques du ou des public(s) ciblé(s) par les activités.
- Les activités menées dans le cadre du programme.
- Les changements attendus et observés à court, à moyen et à long terme.
- Les facteurs contextuels influençant *a priori* positivement ou négativement l'atteinte de ces changements.

Si la théorie de l'implémentation a tendance à simplifier à outrance un programme, elle a eu le mérite d'introduire un dialogue entre les membres de l'équipe dans lequel chacune se sentait capable de contribuer en mobilisant son expérience. Pour dialoguer autour de ces composantes et parvenir à une vision collégiale de la théorie d'implémentation, nous avons utilisé des *flipcharts* et des *post-it*® sans contraintes de nombre, mais en prenant le temps de discuter des contradictions éventuelles ou divergences de perception (cf. [Encadré 2](#)).

Encadré 2 - Explication de la théorie d'implémentation par le FARES

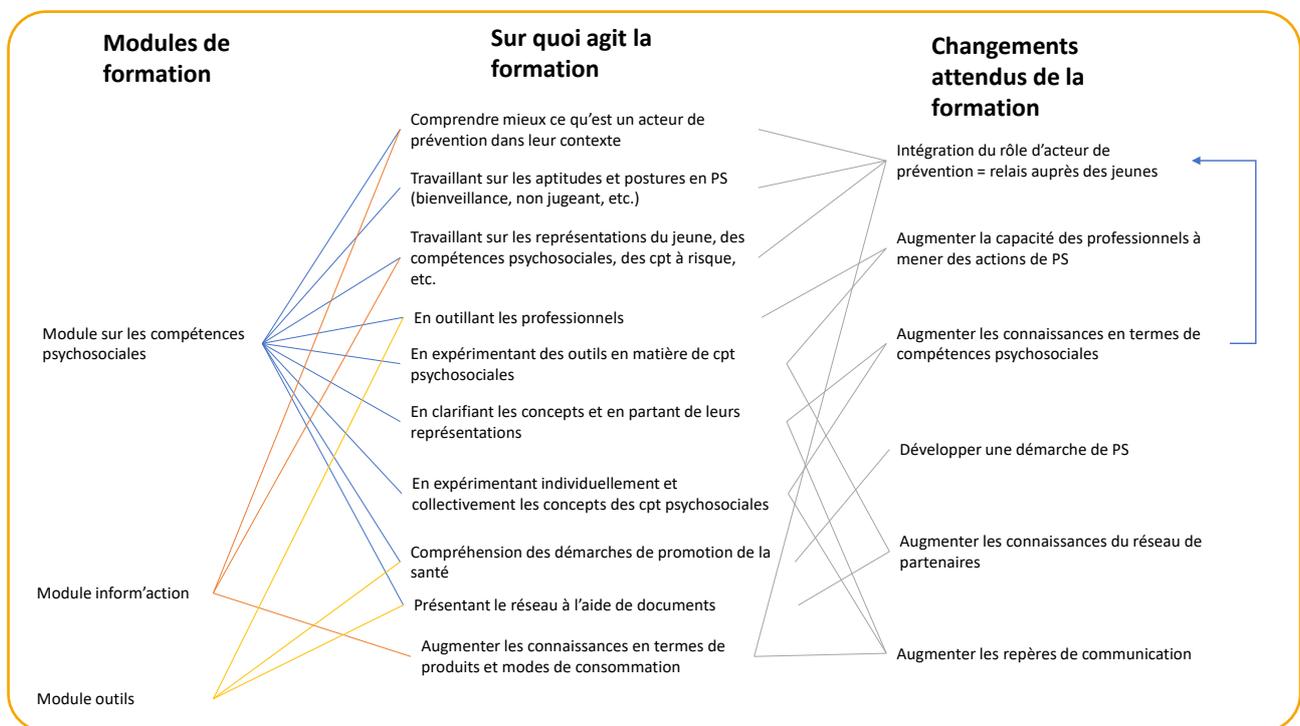


→ Deuxième phase: relier les composantes pour mettre en évidence des hypothèses de fonctionnement – **la théorie du changement**

Enumérer les composantes d'un programme ne dit rien des liens explicatifs entre celles-ci. Le passage à la théorie du changement implique dès lors de se poser la question de comment on pense que les composantes du programme vont produire les effets attendus, autrement dit les changements. De manière similaire entre les équipes, cette étape a impliqué des allers-retours entre des éléments très concrets issus du terrain et une prise de hauteur sur ceux-ci afin de dégager du commun entre les éléments. Il a donc été aidant de décortiquer des récits de terrain concrets afin d'y relever les hypothèses de fonctionnement du programme.

Comme l'illustre l'[encadré 3](#), ce travail engendre une représentation plus complexe du programme et l'interconnectivité entre un programme et son environnement. Dans cette deuxième phase, ce n'est finalement pas la représentation de la théorie du changement à laquelle nous pouvions aboutir qui a été intéressante pour la suite du travail, mais plutôt la nature des discussions.

Encadré 3 - Explicitation de la théorie du changement par le FARES



Au fur et à mesure des réunions, un travail de «filtrage» des informations a été opéré, dans le but de ne garder que celles qui apparaissaient les plus pertinentes pour l'explication des changements attendus des programmes. Ce filtrage a pu également se faire en choisissant les effets sur lesquels travailler. C'est d'ailleurs lors de cette étape que le sujet de l'objectif de l'évaluation est revenu sur la table, autrement dit l'étape 2 expliquée ci-dessus. À ce titre, le cas d'I.Care est une illustration des effets de cette itération entre «récits de terrain – théorie de changement – objectif de l'évaluation», voir l'[encadré 4](#).

Encadré 4 - Exemple d'itération entre «récit de terrain – théorie de changement – objectif de l'évaluation» par I.Care

Initialement le programme d'I.Care ne visait pas de changements auprès des professionnel·le-s du milieu carcéral (agents pénitentiaires, direction, soignants). Cependant, plusieurs récits de terrain ont encouragé l'équipe à inclure, dans leur théorie du changement, les effets de leurs interventions en prison sur ces professionnel·le-s, et même de s'en intéresser dans le cadre de l'évaluation, comme le démontre leurs objectifs d'évaluation présentés dans l'[encadré 1](#).

→ *Troisième phase: ancrer la théorie du changement dans des modèles et des théories scientifiquement éprouvés pour renforcer la pertinence des hypothèses de fonctionnement – la théorie de programme initiale*

Le passage à une théorie de programme au sens *réaliste* permet de joindre une compréhension scientifique à la théorie du changement du programme. Par ce procédé, on cherche à vérifier que notre compréhension du fonctionnement du programme a d'emblée une fondation robuste et éprouvée, mais aussi à clarifier et compléter notre compréhension à partir des travaux théoriques existants. Il y a d'abord eu un travail d'identification des théories les plus pertinentes dans le cas de chaque programme. Ensuite, il y a eu un travail de contextualisation des théories identifiées aux réalités du programme à évaluer.

Lors de cette phase, le rôle de la chercheuse accompagnatrice a été d'aider les équipes à naviguer dans les concepts et modèles théoriques pour identifier ces théories explicatives plus générales, issues de différentes disciplines, et capables de renforcer les hypothèses de fonctionnement pressenties. Cette mission s'est avérée difficile à mettre en œuvre en raison du calendrier, qui était serré et identique entre les 4 démarches évaluatives, et de la diversité des programmes et par conséquent des théories à identifier. L'[encadré 5](#) reprend les concepts, modèles et théories identifiés, ayant été retenus par les quatre équipes pour élaborer les hypothèses de fonctionnement.

Si identifier les « bonnes » théories a été complexe, il s'est avéré que les utiliser l'a été encore davantage. Leur utilisation n'a pas été aisée pour les équipes qui avaient du mal à percevoir comment ces théories pouvaient les aider dans la démarche évaluative. Le fait d'ajouter des théories explicatives nous amenait à prendre davantage de hauteur et à explorer des dimensions abstraites, ce qui a créé un inconfort palpable chez certaines personnes. La chercheuse accompagnatrice s'est adaptée aux souhaits et possibilités des équipes concernées, pour ne pas imposer certains approfondissements théoriques.

**Encadré 5 - Concepts, modèles et théories identifiés pour formuler la théorie de programme initiale en fonction des cas**

<b>Concepts, modèles et théories identifiés pour formuler la théorie de programme initiale de chaque programme</b>	
Alzheimer Belgique	- Le fonctionnement des collaborations (29) - Les partenariats communautaires (30) - Les environnements socialement soutenant pour la santé (31)
FARES	- Les paradoxes entre identité personnelle et professionnelle (32)
FLCPF	- Les changements organisationnels (33)
I.Care	- Le <i>care</i> (34)

Au fur et à mesure des trois phases, nous montions sur une « échelle de l'abstraction », c'est-à-dire que nous entrions progressivement dans des sphères éloignées du terrain, tout en faisant régulièrement des liens avec des récits de terrain. La conséquence de ces allers-retours entre le concret et l'abstrait est qu'il pouvait s'avérer compliqué de se comprendre mutuellement et de garder une cohérence d'ensemble entre les termes employés, certains conceptualisés et d'autres plus « bruts ».

Notons que seule l'équipe du FARES était amenée à formuler une théorie de programme sur un projet (une formation en l'occurrence) qui n'avait pas encore été mis en œuvre. Dans leur cas, les récits de terrain provenaient de leur expérience de formateur et pas du « terrain » directement concerné par la démarche évaluative.

Au terme de cette troisième étape (et donc des trois phases) d'explicitation de la théorie de programme, nous avons des productions différentes en fonction des cas et de leur manière de travailler : des tableaux, des schémas, des PowerPoint. Il s'agit d'une étape importante, notamment parce que la théorie de programme

va jouer un rôle de boussole tout au long de la démarche évaluative : elle aide à cibler les questions évaluatives les plus pertinentes en fonction des moyens disponibles, à construire les outils de collecte de données et à les analyser, .... Au-delà d'être une boussole, la théorie de programme représente aussi un outil de dialogue qui facilite les échanges entre les personnes impliquées dans la démarche évaluative. Il a donc été bénéfique de l'élaborer collectivement et de donner le temps aux personnes impliquées de se l'approprier.

Pourtant la construction de la théorie de programme en collectif pose de nombreux défis. Entre autres par rapport au choix des mots pour exprimer une idée, à leur sens, et à leur rôle dans le fonctionnement du projet. Trouver les bons mots pour traduire ce qui se passe sur le terrain n'est pas évident, et ce particulièrement dans des équipes multidisciplinaires où les notions de référence peuvent différer. Cependant, les équipes avaient globalement une vision assez collégiale du fonctionnement de leur programme.

Les échanges que nous avons eus lors de cette étape sont venus questionner des choses souvent considérées comme « évidentes » par l'équipe, or les remettre en question collectivement peut amener à faire évoluer sa perception du projet et de son fonctionnement. Dès lors, cette étape a eu des effets sur le programme. Elle a permis de l'ajuster de manière réfléchie sans attendre les résultats de l'évaluation, comme dans l'exemple d'I.Care relaté dans l'[encadré 4](#).

### Leçons et perspectives de l'étape 3

Notre protocole de recherche spécifiait que nous ne voulions pas venir avec des outils prédéfinis afin de laisser les équipes élaborer leur propre conceptualisation de leur théorie de programme. Cependant, il s'est avéré que les contours des programmes à évaluer n'étaient pas suffisamment clairs et partagés par l'ensemble des participantes que pour directement formuler la théorie de programme initiale au sens *réaliste*. En raison des difficultés ressenties par les équipes et du temps consacré à cette étape de l'évaluation, il nous semble utile de développer davantage de repères visant à guider les équipes de terrain à la théorisation de leurs projets et programmes.

La théorie d'implémentation et la théorie du changement ne sont pas des outils propres à l'*évaluation réaliste*, mais dans notre démarche participative ceux-ci se sont avérés précieux pour progressivement amener les équipes à prendre de la hauteur sur leur programme (qui plus est en parallèle de sa mise en œuvre) et en dégager des hypothèses de fonctionnement. Ils ont également aidé à dépasser une vision du programme fortement influencée par les enveloppes financières dont il bénéficie. Notons enfin que peu de participantes avaient, au préalable de la recherche, fait l'expérience d'une réflexion théorique à l'aide de ce type d'outil. Pour les participantes ayant des repères, même théoriques, l'exercice s'est avéré plus confortable.

Il nous semble, par ailleurs, pertinent d'accroître les pratiques d'analyse de l'évaluabilité qui permet de vérifier la capacité de l'évaluation à produire des résultats utiles en « préparant » un programme à son évaluation. Ce type d'étude est exploratoire et relativement rapide, et plusieurs expériences montrent son potentiel pour l'amélioration des programmes (35). Généralement, on reconnaît les quatre conditions d'évaluabilité suivantes (35) :

- les objectifs du programme et les informations prioritaires sont bien identifiés et définis,
- les objectifs du programme sont plausibles,
- les données pertinentes peuvent être obtenues à des coûts raisonnables et
- la manière d'utiliser les résultats de l'évaluation chez les utilisateurs potentiels est clarifiée.

Nous pensons qu'il devrait être envisagé de renforcer la capacité des équipes à « préparer » leur projet à une démarche évaluative. Cette étape de notre démarche a par ailleurs eu des effets bénéfiques sur l'implémentation du programme (par exemple en adaptant ce dernier sans attendre la fin de l'évaluation) et sur l'organisation (par exemple en développant une vision partagée du programme entre les membres de l'équipe).

Une manière de préparer un programme à son *évaluation réaliste* est par ailleurs de repérer en amont le (ou les) modèle(s) et théorie(s) sur le(s)quel(s) repose l'efficacité présumée du programme. Nous partageons ci-avant la difficulté qu'avait révélée l'usage de théories et modèles existants dans la construction des programmes. À ce titre, nos résultats suggèrent que les programmes et projets de PS gagneraient en qualité si les acteurs et actrices étaient soutenu·e·s dans cet exercice.

#### Note théorique pour comprendre l'étape 4 : les configurations contexte-mécanisme-effet (CME)

La théorie de programme initiale permet «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». Au terme de cette étape, on s'attend à avoir une vision partagée par l'équipe du chemin causal qui explique **comment, pourquoi et pour qui l'intervention est supposée participer à l'atteinte de changements**. Au sens de l'évaluation réaliste, la théorie de programme revêt un caractère scientifique dans le sens où elle repose sur des modèles ou théories éprouvés scientifiquement. C'est pourquoi une *évaluation réaliste* suit bien souvent une revue de la littérature qui permet de repérer ces modèles et théories scientifiques capables d'expliquer le fonctionnement d'un programme.

**Les configurations contexte-mécanisme-effet (CME)** sont l'outil principal de l'évaluateur-trice réaliste, «une heuristique», c'est-à-dire un raisonnement/une méthode qui nous aide à parvenir à une compréhension d'un phénomène (ici d'un programme) raisonnablement proche de la réalité. Ces configurations CME sont les témoins d'une démarche de recherche visant à mettre en évidence un certain modèle de causalité, dit génératif.

Les configurations CME se composent de trois types d'éléments qui, **une fois mis en relation**, expliquent comment et pourquoi l'intervention est susceptible de générer des effets. Ces configurations supposent que ce n'est pas l'intervention qui cause des effets, mais la réaction du système dans lequel est implémentée l'intervention, produite par l'introduction des «ressources» de l'intervention. Une configuration CME se lit de la manière suivante: «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**.» .

Avec cette étape de formulation d'hypothèses de configurations CME, on cherche finalement à formuler des hypothèses plausibles qui peuvent être vérifiées à travers une démarche de collecte et d'analyse de données. Le raisonnement vise à expliciter comment notre intervention produit des effets par le biais de ces hypothèses CME, que nous savons réfutables, mais que nous espérons être au plus proche de ce que nous pensons être «vrai». Contrairement à une approche déductive, nous savons que ce ne sont que des hypothèses et qu'elles sont donc incertaines. Ce mode de raisonnement est en fait très naturel et porte le nom d'abduction. Inconsciemment, nous raisonnons de manière abductive: nous écartons les hypothèses que nous pensons peu probables pour expliquer un phénomène.

Source : Malengreaux et al. 2020

## Étape 4: Formuler les hypothèses de configurations Contexte-Mécanisme-Effet (CME)

Cette 4<sup>e</sup> étape a été relativement rapide puisqu'elle s'est déroulée sur 1 à 2 réunions (cf. [Tableau 4](#)) selon les cas. Pour des raisons pragmatiques, notamment liées au caractère expérimental de la démarche, nous avons fait le choix de cibler les effets des programmes pour lesquels nous souhaitions comprendre les conditions d'efficacité. Dès lors, le passage de la théorie de programme initiale (cf. [Étape 3](#)) aux hypothèses de configurations CME (cf. la [note théorique à la page 40](#)) a d'abord impliqué de « choisir » l'effet ou les effets que chaque équipe voulait expliquer. Pour faire ce choix, les équipes ont eu des démarches de priorisation différentes, synthétisées dans l'[encadré 6](#).

### Encadré 6 - Démarches de sélection des effets à investiguer en fonction des cas

Alzheimer Belgique	Les membres de l'équipe ont numéroté les effets attendus ou observés mis en évidence dans la théorie de programme initiale et les ont classés selon l'importance qu'elles y attachaient. Chacune a ensuite partagé et expliqué son classement. S'en est suivi un consensus sur les effets qui feraient d'une attention particulière dans la démarche évaluative.
FARES	L'équipe a dès le départ formulé sa théorie du changement au regard de l'effet principalement visé. Les configurations CME ont dès lors été formulées au regard de cet effet.
FLCPF	L'équipe a choisi de se centrer sur les effets attendus les plus significatifs du succès du programme.
I.Care	L'équipe a choisi de se focaliser sur le principal effet de chacun des 5 projets de son programme, puis de se focaliser sur ceux qui leur semblaient soit les plus interpellant ou les plus représentatifs du succès du programme.

Une fois que l'équipe s'est mise d'accord sur l'effet ou les effets qu'elle voulait expliquer, chacune des équipes s'est posée la question suivante: « de quelle manière notre intervention a-t-elle changé les conditions de la situation problématique, au point d'entraîner une réaction de la part des individus qui expliquerait l'effet attendu ? ». Nous nous sommes ainsi lancées dans un raisonnement visant à formuler la (les) hypothèse(s) causale(s) la (les) plus probable(s) qui expliquerai(nt) comment et pourquoi l'intervention considérée a généralisé cet effet, ou va généraliser cet effet. Dans le cas du FARES (cf. [Encadré 1](#)), les configurations CME formulées reposaient uniquement sur l'expertise de l'équipe et les concepts et modèles repérés (cf. [Encadré 5](#)), mais pas sur base de l'expérience acquise par l'implémentation de la formation, puisqu'il s'agissait d'une nouvelle formation. Dans les trois autres cas, les hypothèses formulées étaient d'emblée ancrées dans l'expérience de l'implémentation de chacun des programmes.

Le terme « hypothèse » est utilisé pour marquer le côté réfutable/provisoire des relations de causalité que nous cherchons à mettre en évidence. Le travail d'évaluation visait plutôt à préciser ces hypothèses de sorte qu'elles puissent se vérifier dans certaines situations, et dès lors affiner la compréhension des conditions d'efficacité des programmes.

Les hypothèses ont été formulées à l'aide de l'heuristique Contexte – Mécanisme – Effet (CME) (cf. [note théorique en page 40](#)), à laquelle nous avons ajouté les *ressources* fournies par l'intervention. Dans notre démarche, il s'est avéré aidant de formuler des hypothèses CME en nommant l'action de la ou des ressources de l'intervention. De cette manière, les configurations semblaient plus concrètes et plus ancrées dans l'intervention.

Les notions de « mécanisme » et de « contexte » n'ont pas été évidentes à mobiliser. La première a suscité des critiques de certaines personnes qui ne trouvaient pas dans la définition *réaliste* de la notion en raison

du manque de place donnée aux déterminants de la santé. Selon plusieurs participantes, les mécanismes recherchés pour la formulation des hypothèses de configuration induisaient de mettre l'accent sur des dimensions cognitives et psychologiques au détriment d'autres forces du système.

*« En promotion de la santé, on parle de déterminants sociaux [...] de la santé. Pas en termes d'adhésion, légitimité, sentiment d'appartenance, ... ça peut être des déterminants, mais ce n'est vraiment pas sur ces leviers-là qu'on a l'habitude de réfléchir et sur lesquels on cherche à agir. Donc je trouve qu'on est propulsé avec cette méthode [l'évaluation réaliste] dans des dimensions d'expériences sociales, qu'on mobilise assez peu en fait. »*

Focus Group novembre 2019

La notion de « contexte » a demandé aux équipes de se détacher d'une vision descriptive et dichotomique (freins vs. leviers) des aspects du contexte, qui ne permettait pas de comprendre de quelle manière ces aspects interagissaient avec l'intervention et en expliquaient les effets.

À cette étape de la démarche, nous nous sommes donnés l'opportunité de formuler des configurations CME approximatives et embryonnaires. L'important était que ces hypothèses soient assez probables aux yeux des équipes que pour être documentées à l'aide d'une collecte de données en lien avec leur projet (cf. [Étape 5](#), ci-dessous).

La première hypothèse CME a été la plus complexe et la plus longue à formuler, mais très vite, les membres des équipes se sont approprié le mode de raisonnement « CME » et les configurations suivantes ont été plus rapides à formuler. Ce travail de formulation s'est réalisé pour chaque cas à l'aide d'un tableau (à l'image de l'[encadré 7](#) ci-dessous) mettant en relation le contexte (externe à l'intervention), les éléments de l'intervention (ressources), le ou les mécanismes à l'œuvre et l'effet que l'on cherchait à expliquer.

Encadré 7 - Exemples de configurations CME initiales par le FARES

Contexte	Intervention des formatrices (= ressources)	Mécanismes	Effet
Représentation normative et moralisatrice de la prévention auprès des jeunes	- Questionner le schéma classique de prévention - Encourager l'introspection et la prise de recul quant à sa pratique - Partage d'expériences	Sentiment d'efficacité personnelle	
Statut tabagique des participants	- (Re)définir le rôle d'acteur de prévention - Créer une relation de confiance avec le jeune	Sentiment de légitimité et sentiment de cohérence	Développer une posture d'acteur ou actrice de prévention
Relation asymétrique (adulte-jeune)	- Apporter des repères de communication - Reconnaître les connaissances du jeune - Redéfinir l'adolescence	Réajustement du rôle et des responsabilités de chacun	
Le manque d'expertise	- Reconnaître les difficultés individuelles et institutionnelles - Renforcer les collaborations en réseau	Démystification du rôle d'acteur de prévention	
Temporalité	- Définir et intégrer le processus de promotion de la santé	Motivation à mobiliser les parties prenantes de son institution	

### Exemples de lecture des configurations CME initiales

*Ainsi, l'une des hypothèses d'efficacité est que si la formation permet aux participant.e-s de mettre en question leurs représentations de ce que signifie «faire de la prévention» auprès des jeunes (ressources) dans un contexte où ces représentations sont le plus souvent associées à une vision moralisatrice et normative de la prévention (contexte), alors les participant.e-s développeront une posture d'acteur ou actrice de prévention (effet) parce qu'ils et elles se sentiront davantage capables (efficacité personnelle – mécanisme) de jouer ce rôle dans le cadre de leurs missions professionnelles.*

*Autre hypothèse CME: si la formation permet aux participant.e-s de développer une approche de prévention en cohérence (ressource) avec leur statut tabagique (contexte), alors ils développeront une posture d'acteur ou actrice de prévention (effet) parce qu'ils se sentiront davantage légitimes et motivés (sentiment de légitimité et sentiment de cohérence – mécanisme).*

Dans le cas d'I.Care, l'équipe observait des effets différents en fonction des personnes et a d'emblée formulé une contre-hypothèse comme détaillée dans l'[encadré 8](#). L'évaluation du projet visait dès lors à documenter ces deux hypothèses pour préciser dans quelles conditions celles-ci opéraient.

Cette quatrième étape s'est donc clôturée par la formulation de configurations CME, entre 3 à 5 configurations selon les cas, sur lesquelles l'ensemble de l'équipe de chaque cas a marqué son accord, dit autrement, des configurations que les équipes croyaient probables.

#### Encadré 8 - Exemples de configurations CME initiales par I.Care

Autre exemple avec le cas d'I.Care dont une des configurations initiales a été formulée de la manière suivante:

*Le projet Pow Wow fonctionne selon l'hypothèse que si l'équipe d'I.Care apporte aux détenues au préau (contexte) une présence, de l'écoute, du non-jugement et de la considération (ressource) alors le préau deviendra un espace et un moment «en santé» (effet) parce que cet espace de liberté (relative) sera perçu positivement et les détenues y éprouveront un sentiment de sécurité (mécanismes).*

*A contrario, le projet Pow Wow ne fonctionne pas selon l'hypothèse que si l'équipe d'I.Care s'immisce au préau qui est un espace exempté de la présence de professionnel-le-s (contexte), alors cette intervention pourrait créer des frictions avec certaines détenues et dès lors risquer de perdre le lien (effet) parce que celles-ci se sentiraient dépossédées de cet espace de «liberté» (mécanisme).*

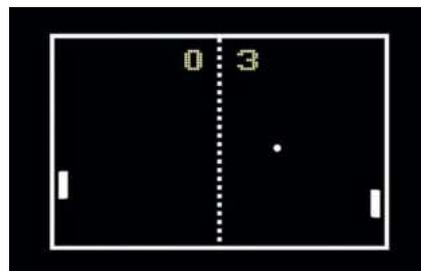
Pour différentes raisons, la littérature (concepts, modèles, théories) identifiée à la fin de l'étape 3 a finalement très peu soutenu la formulation des configurations CME. D'abord, les équipes ont manqué de temps pour prendre connaissance de la littérature hors des réunions de travail, qui plus est d'une littérature principalement anglophone. Après 6 mois de travail très théorique des étapes 1 à 4, il y avait aussi une forme de fatigue de l'abstrait au sein des équipes et un besoin d'entrer dans le concret. À ce stade, la chercheuse accompagnatrice n'a pas non plus souhaité imposer ce travail théorique qui aurait pu engendrer un désengagement des équipes.

Pendant cette 4<sup>e</sup> étape, le rôle de la chercheuse accompagnatrice a été plus intense et ses propositions plus attendues de la part des équipes. Dans un premier temps, il a fallu trouver l'enthousiasme pour l'exercice qui a vite semblé abstrait à certaines. Dans une démarche habituelle de recherche, ce travail se fait, le plus souvent, hors du terrain, en *huis clos* et par l'équipe de recherche qui implémente l'évaluation réaliste. Dans notre contexte d'expérimentation, la chercheuse accompagnatrice devait aider les équipes à capter l'information importante *in vivo*, ce qui représentait un défi non négligeable. Elle a participé à l'élaboration des CME de deux manières: (i) en proposant des configurations CME dont la pertinence était évaluée par chaque équipe au regard de leurs expériences de terrain, ou (ii) en ajustant leurs propositions d'éléments de contextes, de mécanismes et d'effets pour les traduire en configurations CME. Ainsi, si la maîtrise de

l'évaluation réaliste par la chercheuse accompagnatrice a été déterminante pour accompagner ce travail, les contributions des équipes l'ont été tout autant.

Une autre difficulté rencontrée par les équipes a été de parvenir à «regarder» leur intervention sur un même niveau. Là où certaines pouvaient avoir tendance à regarder les choses en détail, d'autres analysaient les choses à un niveau plus global. Un peu à l'image du jeu **PONG**, si les membres d'une même équipe ne se trouvaient pas tous sur un même niveau, les discussions pouvaient tomber dans le vide ou ne pas accrocher l'attention des autres. La difficulté pour chaque membre, dont la chercheuse accompagnatrice, était donc de naviguer entre ces différents niveaux d'analyse. En ce sens, le fait d'avoir passé un certain temps ensemble a aidé à comprendre où l'autre se situait. Ce qui n'a pas empêché de parfois se perdre dans des détails et dans des discussions connexes. Comme l'a dit une des participantes, la difficulté a été «d'ajuster en permanence le zoom de son appareil à penser».

Illustration 3 - Analogie du jeu PONG



#### Leçons et perspectives de l'étape 4

Nous constatons que les propos des acteurs et actrices, leurs exemples, leurs récits de terrain regorgent de CME. Pourtant leur identification est complexe si on ne «lit» pas ces propos avec cette lunette CME. Il est aisé de se perdre dans des niveaux de détails excessifs pour formuler dès le départ des hypothèses fines et détaillées. Or, de notre expérience, les hypothèses qui paraissent les plus simples sont celles qui sont aussi les plus intéressantes à investiguer pour les équipes. Ce qui nous amène à penser que pour une utilisation par des équipes de terrain, il faut oser formuler des configurations brutes pour les affiner à travers la démarche d'évaluation plutôt que de chercher à partir de configurations détaillées.

Par ailleurs, cette heuristique «CME» a été initialement conçue à des fins de recherche et s'entoure donc d'une série de critères de rigueur qui, dans une démarche scientifique, sont essentiels au développement des connaissances. Dans un contexte d'évaluation interne, ces critères de rigueur sont moins prioritaires puisque l'objectif est de prendre des décisions «interventionnelles» capables d'adapter au mieux les interventions à leur contexte d'implémentation, et ce dans la perspective d'améliorer leur efficacité.

### Note théorique pour comprendre les étapes 5 et 6 - La collecte et l'analyse de données dans une évaluation réaliste

Le courant dans lequel se situe l'approche réaliste, détaillé dans notre document théorique, est le *réalisme critique*. Ce courant reconnaît qu'une réalité existe, mais que nous en aurons toujours une compréhension imparfaite. Il se trouve au croisement du positivisme, qui affirme que la réalité peut être appréhendée et du constructivisme, qui affirme que la réalité est une construction sociale. Il est fréquent d'associer des méthodes à ces deux philosophies; le positivisme impliquerait plutôt des méthodes quantitatives et le constructivisme s'associerait mieux aux méthodes qualitatives. L'approche *réaliste* ne propose pas de méthodes spécifiques pour accéder à la connaissance; elle fait de la place aux perspectives quantitatives, qualitatives, et mixtes.

L'objectif de la collecte de données est de disposer d'un matériau suffisamment représentatif du réel dans lequel s'opérationnalise le projet; ce réel étant bien entendu multiple. Les outils de collecte de données sont donc conçus pour explorer de quelle manière un programme fonctionne pour les différentes parties prenantes du programme.

Un des outils de collecte les plus utilisés en *évaluation réaliste* est l'entretien, qui est souvent associé à d'autres méthodes comme des focus groups, des documents (demande de subside, rapports, comptes rendus, etc.), des observations, des questionnaires, etc.

L'analyse des données doit permettre de confirmer, infirmer ou adapter les configurations CME. En fonction du degré d'analyse, les résultats peuvent générer plusieurs types de conclusions (classés dans une logique successive):

**Palier 1:** Confirmer, infirmer, préciser chaque élément de la théorie de programme initiale ET repérer d'éventuels nouveaux éléments.

**Palier 2:** Confirmer, infirmer, préciser la nature (C, M ou E) de chaque élément anticipé ET attribuer une nature (C, M ou E) aux nouveaux éléments.

**Palier 3:** Confirmer, infirmer, préciser la relation de causalité entre les éléments C, M et E de chaque configuration initialement formulée ET identifier de nouvelles configurations CME.

**Palier 4:** Confirmer, infirmer, préciser les relations entre les configurations CME.

Notons que dans une visée scientifique, l'*évaluation réaliste* devrait permettre de démontrer les liens entre les C, M et E à l'aide de données et d'un argumentaire articulé.

Source: Malengreaux et al. 2020



## Étape 5: Construire les outils de récolte et collecter les données

Cette 5<sup>e</sup> étape s'est déroulée en deux phases, d'abord par la construction des outils de récolte de données utiles à l'analyse des hypothèses CME et ensuite par la collecte des données sur le terrain. La collecte des données ayant été réalisée par les équipes, en dehors des réunions et sans le soutien de la chercheuse accompagnatrice, les réunions de travail ont principalement porté sur la préparation des outils de collecte de données et sur des moments consacrés à partager l'avancement de la collecte des données. En moyenne, 4 réunions ont été consacrées à ces sujets entre juin 2019 et mai 2020, en fonction des cas. L'élaboration des outils de collecte de données a été travaillée en réunion, collectivement, mais il y a toujours eu une personne au sein de chaque équipe (souvent la personne de référence) qui, entre les réunions, retravaillait les outils, la formulation des questions, la structure, la présentation, etc., parfois avec l'aide de la chercheuse accompagnatrice.

*«En fait, on a travaillé en deux temps [sur le guide d'entretien]. Une première fois en réunion, mais c'était un peu compliqué de mettre par écrit. On a travaillé à l'oral. Et finalement, moi, dans un deuxième temps, en les [les questions du guide] relisant, je me suis dit: «ah, il y a quelque chose qui me chipote». Et finalement, j'ai eu des retours [des collègues] par mail plus facilement. Et, du coup, c'est pour ça que j'ai modifié plusieurs fois [le guide d'entretien].»*

Propos d'une participante lors d'une réunion consacrée à la définition des méthodes de collecte des données

Les ressources et contraintes avec lesquelles chaque équipe devait d'organiser, qu'elles soient humaines, matérielles, organisationnelles ou en termes d'agenda, ont été clarifiées. Nous avons donc rapidement dressé le calendrier de la collecte des données et les ressources nécessaires à sa réalisation. Bien entendu, la pandémie de COVID-19 détectée en Belgique dès mars 2020 s'est présentée comme une contrainte pour toutes les équipes. L'[encadré 9](#) relate d'autres exemples de contraintes prises en compte par I.Care pour organiser sa collecte de données.

### Encadré 9 - Exemples de contraintes rencontrées pour la collecte de données par I.Care

L'équipe d'I.Care a décidé d'évaluer deux de ses projets, ainsi qu'une hypothèse concernant les effets de leur programme sur les professionnel-le-s de la prison. Il y avait ainsi trois démarches de collecte de données en parallèle. Le contexte carcéral présente, sans surprise, des contraintes pratiques à prendre en compte, telles que l'impossibilité d'enregistrer des entretiens ou des focus groups, voire de disposer de quoi écrire. Les détenues, publics visés par les projets d'I.Care et l'évaluation, présentent une grande diversité de profils culturels, linguistiques et socio-économiques. Ces réalités ont dû être prises en compte dans la construction des outils de collecte de données. Au moment de lancer la collecte de données auprès du personnel, un incident a compliqué la relation entre l'équipe d'I.Care et le personnel pénitentiaire. La collecte de données a par conséquent été repoussée pour favoriser son acceptabilité. Cette dernière contrainte n'était pas anticipée et a eu un impact non négligeable sur la démarche évaluative.

Le travail d'élaboration des outils de collecte de données a débuté en parallèle de la 4<sup>e</sup> étape de formulation des hypothèses de configurations CME. Ces dernières ont servi de balises tout au long de cette étape. Autrement dit, nous avons construit les outils (questions du guide d'entretien, grille d'observation, guide du focus group, etc.) de sorte que les données collectées documentent chaque élément des configurations CME, ainsi que les liens et interactions entre ces éléments. Les éléments CME orientent les outils de collecte pour que ceux-ci permettent de poser les « bonnes » questions, d'observer les « bonnes » choses aux « bons »

endroits chez les « bonnes » personnes, ... Il ne s'agit pas pour autant d'avoir une « question » par configuration, mais plutôt, qu'ensemble, les données collectées permettent de rendre compte de chaque configuration (cf. [note théorique à la page 45](#)).

Le fait que l'étape 4 (configuration CME) et l'étape de construction des outils de collecte se chevauchent partiellement a permis de préciser certaines configurations CME. En effet, la construction des outils de collecte a mis en lumière des éléments importants pour certaines personnes qui ne transparaissaient pas dans les discussions abstraites relatives aux configurations CME.

Nous devons rester attentives à l'influence que les outils de collecte pouvaient avoir sur le projet en tant que tel. La cohérence entre les valeurs et principes soutenus dans le projet et la démarche évaluative était fondamentale pour les équipes. Ainsi, les membres des équipes envisageaient fréquemment les conséquences éventuelles de la collecte des données sur le projet, par exemple pour garantir que les outils n'entraient pas la relation de confiance construite entre les intervenant·e·s de terrain et les publics.

La connaissance qu'ont les équipes des publics auprès desquels elles interviennent, voire l'empathie qu'elles ont pour ceux-ci, a été essentielle dans cette phase de construction des outils. Leur capacité à se mettre à la place de l'autre et à comprendre leurs difficultés et leurs contextes de vie/de travail a été déterminante pour penser les modalités de la collecte de données adaptées (par exemple en termes d'accessibilité) et pertinentes. L'[encadré 10](#) donne un exemple de traduction d'une configuration CME en outils de collecte de données.

#### Encadré 10 - Traduction d'une configuration CME en outils de collecte de données par I.Care

Reprenons l'une des hypothèses CME du projet d'I.Care au préau d'une prison (cf. [Encadré 8](#)), qui était formulée de la sorte :

Le projet Pow Wow fonctionne selon l'hypothèse que si l'équipe d'I.Care apporte aux détenues au préau (contexte) une présence, de l'écoute, du non-jugement et de la considération (ressource) alors le préau deviendra un espace et un moment « en santé » (effet) parce que cet espace de liberté (relative) sera perçu positivement et les détenues y éprouveront un sentiment de sécurité (mécanismes).

A contrario, le projet Pow Wow ne fonctionne pas selon l'hypothèse que si l'équipe d'I.Care s'immisce au préau qui est un espace exempté de la présence de professionnel·le·s (contexte), alors cette intervention pourrait créer des frictions avec certaines détenues et dès lors risquer de perdre le lien (effet) parce que celles-ci se sentiraient dépossédées de cet espace de « liberté » (mécanisme).

Pour tester cette hypothèse, l'équipe a utilisé deux outils : un questionnaire destiné aux détenues et le compte rendu de chacune de leur présence au préau.

Les comptes rendus existaient déjà au moment d'initier cette évaluation. Ils permettaient de collecter les perceptions des professionnel·le·s présent·e·s dans le préau : leurs observations quant à l'ambiance, les sujets abordés avec les détenues, leurs réactions, etc.

Quant à l'enquête, elle permettait de collecter les perceptions des détenues et a été construite expressément pour cette évaluation. Le but de l'enquête était de vérifier la présence des deux mécanismes et des deux effets de nos hypothèses ci-dessus. Compte tenu des potentielles difficultés à la lecture et à l'écriture pour les détenues et de la diversité linguistique, l'enquête se devait d'être courte et accessible au plus grand nombre. Par ailleurs, pour documenter la contre-hypothèse, l'enquête devait aussi bien toucher des détenues potentiellement positives par rapport à la présence de l'équipe d'I.Care au préau que des détenues potentiellement importunées par leur présence.

Avant de distribuer l'enquête dans les cellules, l'équipe souhaitait la prétester auprès de détenues. Un groupe de détenues participant à un projet de santé communautaire d'I.Care a accepté de tester la compréhension de l'enquête. La version francophone de l'enquête est visible ci-après, elle a été traduite en anglais, néerlandais et espagnol.

Bonjour,

On a besoin de **votre aide** pour améliorer notre **projet au préau**. Pouvez-vous répondre à ces questions ? (Vous pouvez répondre dans votre langue)

1. **Lorsque I.Care est au préau, je me sens :** (entourez le personnage qui te représente)



Pouvez-vous expliquer ?

2. Quelle différence y'a-t-il entre :  
le préau **AVEC LCARE**

le préau **SANS LCARE** ?

Merci pour votre aide ! 😊



Comme expliqué dans les repères de la [note théorique à la page 45](#), l'évaluation réaliste n'est pas liée à une méthode de collecte spécifique. L'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives est possible. Néanmoins, toutes les équipes ont choisi de collecter principalement des données qualitatives, comme le montre l'[encadré 11](#). La phase de collecte des données a démarré en février 2020 pour tous les cas, soit un peu avant le début de la pandémie de COVID-19, mais a dû être pour la plupart arrêtée prématurément ou réorientée en raison du confinement de mars 2020.

## Encadré 11 - Méthodes de collecte de données en fonction des cas

Alzheimer Belgique	L'équipe d'Alzheimer Belgique a fait le choix de mobiliser la technique de l'entretien semi-directif avec guide d'entretien. L'équipe a eu l'occasion de réaliser un entretien (fin février 2020) avant que la pandémie de COVID-19 ne vienne mettre à mal l'utilisation de cette méthode ainsi que la disponibilité des échevins et échevines visé.e.s par les entretiens. L'équipe a donc réorienté son approche en réalisant une enquête en ligne. Il s'agissait d'une enquête composée de questions ouvertes destinée aux échevins et échevines (ou toute autre personne identifiée par l'échevin ou l'échevine comme à même de répondre à l'enquête).
FARES	L'équipe du FARES a organisé sa collecte de données en trois temps. D'abord, par la collecte de données en amont de la formation concernant le profil et les attentes des participant.e.s (par téléphone). Puis, tout au long de la formation, à l'aide d'une grille d'observations que les formateurs et formatrices complétaient après chaque journée de formation. Enfin, par l'utilisation d'une technique d'animation servant à la fois l'évaluation et l'apprentissage des participant.e.s à la formation. Il s'agissait de partager son vécu de la formation au groupe à l'aide de post-it® apposés sur l'image d'un bonhomme dont les parties du corps représentaient différents aspects: apports théoriques et intellectuels appris, ce que je voudrais encore découvrir, ce qui me fait avancer personnellement, etc. Le dernier temps d'évaluation a été réalisé à l'aide d'un focus group et d'un questionnaire interactif (en utilisant l'outil Wooclap®). La collecte de données du FARES n'a pas souffert de la pandémie étant donné que la formation s'est clôturée fin février 2020.
FLCPF	L'équipe de la FLCPF a souhaité utiliser trois outils de collecte de données. L'entretien individuel semi-directif aidé d'un guide d'entretien, une grille d'observation à utiliser lors des visites des centres de planning familial et les données d'un outil de récolte de données quantitatives européen (COBATEST). La collecte de données de la FLCPF a été freinée par la pandémie, mais c'est surtout les arrêts maladie des membres de l'équipe qui ont mis un terme à la collecte.
I.Care	L'équipe d'I.Care a mené deux focus groups avec des détenues ainsi qu'un questionnaire anonyme avec des pictogrammes (cf. <a href="#">Encadré 10</a> ) traduit en plusieurs langues et les données d'observation rapportées dans des comptes rendus complétés par les professionnel.le.s d'I.Care. Le personnel pénitentiaire et les services de santé de la prison ont également été interrogés lors d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été réalisés par des personnes autres que celles présentes en prison pour favoriser une certaine externalité des échanges. Si les focus groups ont eu lieu avant la pandémie de COVID-19, les entretiens avec le personnel ont démarré plus tard et ont dû être arrêtés peu après.

## Leçons et perspectives de l'étape 5

Lors de cette 5<sup>e</sup> étape, nous avons donc créé des modalités de collecte de données à l'image des configurations CME à tester et en cohérence avec :

- les moyens disponibles pour la collecte de données et les contraintes rencontrées et,
- les valeurs et principes d'action du projet à évaluer.

Nous avons aussi privilégié l'utilisation d'outils d'évaluation existants, en les adaptant. Il nous semble important de considérer les pratiques et outils existants des professionnel-le-s lorsque l'on souhaite mener une *évaluation réaliste* avec ceux/celles-ci.

Cette étape a aussi représenté une opportunité de formation pour les équipes en demande de repères méthodologiques en méthodes qualitatives. En effet, la chercheuse accompagnatrice a organisé, dans le cadre des réunions mensuelles, une rapide formation aux méthodes de collecte de données qualitatives. Des repères en termes de méthodes qualitatives (mener un focus group, des entretiens, etc.) préexistaient. Dès lors, cette rapide formation se devait d'en tenir compte et avait pour ambition d'amener les équipes à penser l'application des critères de rigueur de nature scientifique à leurs contextes de terrain.

La préparation de la collecte de données a aussi eu pour effet de venir dénouer des nœuds chez certaines personnes et de remettre du concret dans la démarche. A titre d'exemple, une personne qui, jusqu'à ce qu'on discute des modalités de collecte de données, ne percevait pas le lien entre les étapes précédentes et le produit concret d'une évaluation :

*« J'ai besoin de concret moi, quand c'est trop théorique au bout d'un moment je... Alors qu'il faut une production finale concrète ... il y a un moment où pour moi la liaison ne se fait pas. Et donc là effectivement, la manière dont tu l'as expliqué et le fait qu'il y a une rencontre qui se fait et qu'il y a un déroulement d'entretien qui se prépare et après on traite les données et on a un résultat, ça me tranquillise. [...] On perçoit mieux quelle est la plus-value de cette évaluation avec l'outil même s'il n'est pas créé. Alors qu'avant, ça me paraissait complètement théorique et je ne voyais pas trop comment m'en sortir. »*

Propos d'une participante lors d'une réunion consacrée  
à la définition des méthodes de collecte de données

La liberté « itérative » entre la phase de théorisation et la phase de collecte de données devrait inciter à passer à l'étape de construction des outils de collecte de données même si on a l'impression que les configurations CME ne sont pas tout à fait mûres. Dans le cas contraire, le risque est de s'épuiser à affiner les configurations CME. Les outils de collecte étant des produits concrets, cette phase permet de sortir de discussions abstraites et dès lors remotiver les personnes. Deux articles de la Professeure Ana Manzano (36, 37) portent respectivement sur l'utilisation des entretiens et des focus groups dans l'*évaluation réaliste*. Ceux-ci proposent des adaptations spécifiques à l'*évaluation réaliste* qui pourraient aider à élaborer des repères plus précis à destination des acteurs et actrices de terrain.



## Étape 6: Analyser les données

Cette 6<sup>e</sup> étape est d'abord marquée par le retrait du processus d'une des équipes partenaires, celle de la FLCPF. Pour des raisons indépendantes de la recherche ProSess, la FLCPF a retiré sa participation en mai 2020, peu après avoir réalisé la collecte des données. Rappelons par ailleurs que l'équipe d'Alzheimer BE a réorienté l'objectif de son évaluation en novembre 2019 pour se focaliser sur une analyse de la pertinence des objectifs de son projet (cf. [Encadré 1](#)), et n'a donc pas réalisé une évaluation des conditions d'efficacité à l'aide de l'*évaluation réaliste*. Leur démarche d'analyse des données se distingue donc des démarches d'analyse d'I.Care et du FARES.

Pour les deux équipes qui sont allées jusqu'au bout du travail d'*évaluation réaliste*, I.Care et le FARES, l'étape d'analyse a pris entre 5 à 6 réunions (cf. [Tableau 4](#)). Notons que c'est une étape qui s'est déroulée pendant la pandémie de COVID-19, les réunions de travail se sont donc organisées en visioconférence.

À nouveau, cette étape a commencé en parallèle de la précédente portant sur la collecte de données – dans un cheminement itératif – par l'organisation des données et la préparation de l'analyse. Ces tâches ont permis de mettre progressivement en route l'analyse. Il s'agissait par exemple de retranscrire des notes ou des entretiens/focus groups, de regrouper les données de manière à avoir une vue globale, de construire les prémises des tableaux d'analyse, etc. Très vite, il s'est avéré que ces tâches étaient difficilement réalisables de manière collective, ou du moins que ce serait plus rapide de répartir ce travail d'organisation et de préparation entre les membres de l'équipe. Les tâches ont donc été réparties entre les membres de chaque équipe en fonction des préférences, disponibilités, compétences, expériences et affinités avec les données. Certaines ont préféré travailler en duo, d'autres en solo, parfois avec l'aide de la chercheuse accompagnatrice, mais chaque équipe définissait ses modalités de travail. Pour certaines personnes, ce travail préparatoire a donc demandé un investissement supplémentaire, en parallèle des réunions mensuelles, mais ce fonctionnement a représenté un support considérable pour surpasser certaines difficultés, telles que le fait de pouvoir distinguer ce qui était de l'ordre du mécanisme, des ressources de l'intervention, du contexte et de l'effet, comme l'illustre l'extrait de réunion suivant :

*« Parce que, comme ce que je disais dans le mail, j'ai déjà des éléments qui ressortent en tant que mécanismes, mais, parfois, je les confonds avec les effets, je pense, à mon regard à moi seule. Et, du coup, j'aurais besoin de votre regard pour que l'on valide certaines choses que j'ai pu classer dans soit mécanisme soit effet. [Les éléments de] contexte, je pense que je n'ai pas eu trop de mal, mais c'est plus mécanismes et effets où là... »*

Extrait d'une réunion d'analyse

Comme le montre le [tableau 4](#), la fréquence des réunions (se déroulant jusqu'alors 1x/mois) a augmenté pendant cette 6<sup>e</sup> étape (pouvant aller jusqu'à 3x/mois). Ceci s'explique par le besoin des équipes de rapprocher les temps d'analyse pour ne pas perdre le fil des discussions. Il est probable que les mesures de confinement liées à la pandémie de COVID-19 aient joué un rôle dans la disponibilité accrue de ces deux équipes en raison, par exemple, de l'annulation d'événements ou de l'inaccessibilité de certains terrains<sup>10</sup>.

La démarche d'analyse de données, principalement qualitatives (cf. [Étape 5](#)), consistait en des allers-retours entre une analyse inductive (à partir des données du terrain) et une analyse déductive (à partir des configurations CME initiales). Autrement dit, l'analyse des données consistait à identifier dans les données collectées des éléments agissant comme des éléments de contexte (C), de mécanisme (M) ou d'effet (E) (analyse inductive). Dans le sens inverse, il s'agissait de repérer si et comment les éléments de contexte (C), mécanisme (M) et effet (E) initialement formulés dans les configurations CME lors de l'étape 4 (analyse déductive) se retrouvaient dans les données.

10. Notons qu'à l'inverse, la disponibilité de l'équipe d'Alzheimer Belgique a diminué pendant cette période du fait de l'urgence sociale à laquelle elle devait répondre et des conditions de télétravail des membres de l'équipe, toutes concernées par la fermeture des écoles. Nous reviendrons plus loin sur le cas d'Alzheimer Belgique.

Cette analyse à double sens pouvait aboutir à différents types de résultat, comme expliqué dans la [note théorique de la page 45](#), ci-dessus :

Palier 1: approfondir la théorie de programme initiale.

Palier 2: ajuster l'attribution C, M ou E donnée aux éléments des configurations initiales, et éventuellement ajouter de nouveaux C, M, E.

Palier 3: ajuster les liens entre les éléments C, M, E pour en formuler des configurations au plus proche de la réalité.

Palier 4: mettre en relation les configurations CME entre elles.

La méthode d'analyse des données n'avait pas été prédéfinie. La question du choix des méthodes ne s'est pas posée, parce que, pour les deux équipes, l'analyse thématique est venue de manière très naturelle. La chercheuse accompagnatrice n'a donc pas souhaité complexifier le travail en amenant des méthodes d'analyse plus avancées ou qui sortaient des habitudes des équipes, notamment en raison du calendrier qui ne permettait pas aux équipes de se former à des méthodes spécifiques.

Au terme de l'analyse, les deux équipes qui ont réalisé cette étape avaient des tableaux mettant en vis-à-vis des extraits de données, leurs interprétations en éléments CME et le rôle joué par ces éléments dans le fonctionnement de l'intervention. Elles ont ainsi démontré l'existence de certains éléments conditionnant l'efficacité de leurs projets et la nature *réaliste* de ces éléments, mais ne sont pas allées jusqu'à démontrer le fonctionnement configurationnel des conditions d'efficacité des projets. Autrement dit, elles ont atteint le palier 2, voir ci-dessus et dans la [note théorique de la page 45](#). Nous illustrons ces propos à l'aide de la démarche d'analyse d'I.Care, dans l'[encadré 12](#) ci-dessous.

Plusieurs raisons peuvent expliquer que nous ne soyons pas allées jusqu'au bout des paliers d'analyse. Après presque 2 ans d'une démarche d'évaluation accompagnée, le besoin de clôture était prégnant chez l'ensemble des parties prenantes. Par ailleurs, les résultats obtenus au terme du palier 2 semblaient donner suffisamment de matière à digérer, intégrer et communiquer. Une autre raison était la prudence à ne pas prétendre à une scientificité de leur démarche qui était davantage exploratrice et expérimentale.

Comme annoncé, l'équipe d'Alzheimer a mené une démarche d'analyse de ses données un peu différente de celles d'I.Care et du FARES étant donné qu'elle a évalué la pertinence de son projet et non les conditions d'efficacité. Le type de données collectées ne différait pas tellement de celles des deux autres équipes puisque les outils de récolte ont été construits sur base de la théorie de programme (cf. [Étape 3](#)). Ce qui différencie leur démarche est plutôt le type de réponses obtenues au terme de l'analyse. Alors qu'I.Care et le FARES cherchaient à documenter les conditions d'efficacité de leur projet, Alzheimer Belgique cherchait à s'assurer que les objectifs de leur projet répondaient effectivement aux besoins des personnes en charge des politiques locales des aînés.

Dans ce récit de l'évaluation menée par I.Care, nous partageons la démarche d'analyse que nous avons adoptée pour l'évaluation du projet Cellul'Air, dont l'hypothèse de configuration CME était la suivante :

*Si les personnes détenues bénéficient d'une écoute non-jugeante, d'une présence et de la considération (ressource) dans leur espace personnel (la cellule) (contexte) alors cela renforcera leur estime d'elles-mêmes, leur confiance en elles, leur empathie et leur capacité de mobilisation (effet) parce qu'elles se sentent considérées (mécanisme).*

Dans cette hypothèse, I.Care a mis l'emphase sur la particularité du lieu des rencontres qui se déroulaient en cellule et non au parloir comme c'est habituellement le cas pour les services externes. L'équipe pressentait que cet élément de l'intervention était central dans les conditions d'efficacité du projet.

Pour évaluer cette hypothèse, I.Care a réalisé deux focus groups avec des groupes de détenues ayant rencontré des professionnel-le-s d'I.Care en cellule. La composition des groupes visait à avoir une certaine mixité en termes de vécu de l'accompagnement. Pour l'analyse des données des focus groups (ayant fait l'objet de notes, mais pas d'un enregistrement), une des membres de l'équipe a classé les notes selon que la nature du propos était plutôt d'être un mécanisme, un élément de contexte, un élément de ressources (liées à l'intervention) ou un effet. Ce travail de classement a été reproduit dans un fichier Excel en trois colonnes (cf. premier tableau ci-après) : Contexte, Mécanisme, Effet. La lecture de ce tableau Excel se faisait **en colonne** à ce stade. Ainsi, les éléments de contexte, mécanisme et effet n'étaient pas encore mis en lien, « configurés ». Autrement dit, ce premier travail d'analyse permettait de vérifier la présence de certains éléments pré identifiés dans nos hypothèses et éventuellement d'en identifier de nouveaux (analyse déductive et inductive). Il s'agit donc du premier palier d'analyse des données tel que défini dans la [note théorique à la page 45](#).

Première étape d'analyse des données par I.Care

Contexte	Mécanisme	Effets
Impacts sur la santé, malnutrition très présente.	Elle est accueillante, elle te donne envie de parler, le feeling passe bien, se faire beaucoup. Ce me rassure de la connaître, c'est un repère. Elle m'a aidé pour une adresse, elle m'aide à la rédaction des lettres de rapports, elle m'accompagne dans les démarches. Elle fait du social et psychologique. Elle vient toutes les semaines, ça me convient bien.	Et puis par exemple un truc tout con, j'arrivais pas à dormir à cause du bruit. On me proposait des médicaments, des somnifères, mais moi j'en voulais pas quoi. Et bah j'en ai parlé à XXX, qui m'a apporté des lunettes jaunes et ça m'a changé le vie tout !
« On meurt de faim, le bouffe est épuisante, c'est à des points qu'on donne cette nourriture »	Elle m'a donné un conseil car ma cellule ne fonctionnait pas et I.Care m'a conseillé d'écrire à la commission. La directrice a eu une réunion avec la commission de surveillance après.	
« Ici ils font tout pour que la santé des filles se dégrade, ils nous privent de santé, ils nous affament » « I.Care devrait récupérer les troubles des spermarchés ». Après 20 mois d'incarcération elle paraissait plus vieille que moi »	En cellule avec I.Care, bah moi je papote c'est tout. Mais j'ai le moral donc ça va. Mais c'est vrai qu'I.Care m'apporte un appui administratif, qui est important en prison. Et dernièrement, j'ai été malade et ils passaient tout de suite me voir quand ils ont vu. Quand j'appelle I.Care ils viennent rapidement. Ils sont plus rapides que les services internes de la prison et que les autres services même. Et puis ici en prison, y'a plein de lettres de rapport qui se perdent quand on fait des demandes... C'est marquant mais avec I.Care, jamais un seul billet de rapport n'est perdu !	Mais tout de suite elle m'a mise bien à l'aise, on a bien parlé et le moment est bien passé. Elle m'a apporté une présence à l'écoute, dans la cellule c'était quand même plus intime même si j'avais mes collègues autour, on se fait confiance. Ça a fait toute la différence, ça donne une présence.

*Note: Le contenu du tableau est volontairement laissé flou pour maintenir la confidentialité de ces données brutes*

Ce travail préparatoire fut ensuite partagé à l'ensemble de l'équipe. Nous avons commencé par lire ensemble les verbatims de la colonne des effets. Une personne s'est chargée de lire chaque verbatim à haute voix, puis les participantes partageaient ce à quoi le verbatim leur faisait penser et si c'était possible de l'associer à un thème plus général.

Comme le montre le tableau ci-dessous, l'interprétation qui était faite du verbatim a été mise dans la colonne adjacente, intitulée « thèmes Effet ». Lors de l'interprétation collective de chaque verbatim, des potentiels mécanismes ont parfois été relevés et étaient alors indiqués dans la colonne suivante, intitulée « potentiel mécanisme ». Après 2h de réunion, nous avons collectivement passé en revue les 16 verbatims de la colonne « effets ».

## Deuxième étape d'analyse des données par I.Care

Effets	Thèmes Effet	Potentiel mécanisme
"Et puis par exemple un truc tout con, j'arrivais pas à dormir à cause du bruit. On me proposait des médicaments, des somnifères, mais moi j'en voulais pas quoi. Et bah j'en ai parlé à XXX, qui m'a apporté des boules quies et ça m'a changé la vie quoi."	Bien être et amélioration du sommeil. Limite la prise de médicaments.	Mémoire rationnelle en accord avec les besoins et la volonté de la personne.
Mais tout de suite elle m'a mis bien à l'aise, on a bien parlé et le courant est bien passé. Elle m'a apporté une présence à l'écoute, dans la cellule c'était quand même plus intime même si j'avais mes co-détenus autour, on se fait confiance. Ça a fait boucle de neige, ça donne une présence, (ce verbatim est en fait un mécanisme)		Processus détaillé: elle m'a mis à l'aise => discussion => se sent écoutée => plus intime => confiance. Il y a qq chose de spécial dans cette présence car cela se ressent malgré la présence de la co-détenue. "Mais tout de suite elle m'a mis bien à l'aise, on a bien parlé et le courant est bien passé. Elle m'a apporté une présence à l'écoute, dans la cellule c'était quand même plus intime même si j'avais mes co-détenus autour, on se fait confiance. Ça a fait boucle de neige, ça donne une présence. (ce verbatim est en fait un mécanisme)"
Depuis que je suis suivie par I.Care je note une réelle amélioration de ma détention car je peux lire, je peux écrire. Même si ça n'empêche que je ressente la prison. Les murs de béton, les 24h c'est vite rempli. Y'a des bruits en permanence, des odeurs... C'est déprimant.	Amélioration de la qualité de la vie en détention/ qualité de vie au quotidien. Accès à la littérature.	

*Note: Le contenu du tableau est volontairement laissé flou pour maintenir la confidentialité de ces données brutes*

Pour accroître notre efficacité de travail, il a été décidé que deux des membres de l'équipe poursuivraient l'analyse des verbatims de la même manière qu'en réunion. Le tableau a ainsi évolué une troisième fois comme le montre le tableau ci-après.

## Troisième étape d'analyse des données par I.Care

Contexte	Thèmes - contexte	Mécanisme	Thèmes - Mécanismes	Thèmes - Effets	Effets	Thèmes - Mécanismes	Thèmes - Effets

*Note: Le contenu du tableau est volontairement laissé flou pour maintenir la confidentialité de ces données brutes*

Dans ce tableau, les éléments faisant spécifiquement le lien avec le lieu des rencontres, la cellule, c'est-à-dire l'élément de contexte central dans notre configuration initiale ont été mis en évidence. En réunion collective, nous avons entamé la lecture de ce dernier tableau en nous concentrant cette fois sur les verbatims classés en colonne «mécanisme». Grâce au travail préparatoire des deux personnes, nous avons directement pris connaissance de leurs interprétations. En collectif, quelques modifications ont été apportées à leurs interprétations.

Ce troisième tableau complété représente les résultats finaux de l'étape d'analyse, c'est-à-dire le deuxième palier d'analyse bien que nous ne soyons pas allées jusqu'à ajuster la configuration CME initialement formulée au début de l'encadré.

## Leçons et perspectives de l'étape 6

Notre démarche a démontré l'importance de consacrer un temps suffisant à la préparation des données avant de les analyser à plusieurs. Ce travail préparatoire peut s'avérer lourd à porter pour la ou les personnes qui en ont la charge, surtout si ces personnes n'ont pas l'habitude de ce type de tâche. Il semble donc nécessaire de pouvoir offrir un soutien particulier à ces personnes et d'anticiper ces tâches dès l'étape de collecte des données.

Il ressort également de notre expérience que le rapprochement des séances de préparation et d'analyse des données a facilité la continuité dans les discussions et a permis de voir aboutir cette étape décisive dans des délais raisonnables. Ainsi, il s'avère peut-être intéressant d'anticiper la charge de travail supplémentaire que représente cette étape pour les équipes, et en tenir compte dans le calendrier du programme à évaluer.

Un enjeu est de trouver un équilibre entre cette démarche déductive, en référence aux hypothèses CME élaborées au préalable, et cette démarche inductive susceptible de générer de nouvelles hypothèses de fonctionnement. Il a fallu rester attentif à laisser suffisamment de place à l'analyse inductive, car la tendance était plutôt d'analyser en référence aux hypothèses CME, ce qui pouvait sembler réducteur, avec en plus le risque de « perdre » des informations importantes ou éclairantes, voire d'avoir une sensation de déjà-vu qui a pu créer, chez certaines personnes, de la déception quant à l'originalité des résultats. C'est ce qu'exprime la première personne dans le verbatim ci-dessous.

*« Personne 1: Je suis un peu perdue parce que j'ai l'impression que ce tableau-là, on l'a déjà fait au tout début [de la démarche d'évaluation].*

*Personne 2: C'est que là, en fait, on a fait une analyse des dires [...] donc ce n'est pas quelque chose que nous avons inventé autour d'une table en s'auto-persuadant de ce qu'on fait. C'est vraiment le ressenti des personnes extérieures à qui on ne parle pas de mécanisme, de programme ou quoi que ce soit. Tu vois ce que je veux dire ? »*

*Échange entre deux personnes d'une même équipe lors d'une réunion d'analyse*

D'après notre expérimentation, la méthode de l'analyse thématique semble adaptée, d'une part, à une démarche d'analyse déductive et inductive sur des données qualitatives et suffisante à l'atteinte du palier 2 (cf. [note théorique à la page 45](#)), et d'autre part, à une démarche d'analyse menée de manière participative avec des équipes de terrain. Il n'en reste pas moins que d'autres méthodes d'analyse sont envisageables et pourraient découler sur des interprétations allant au-delà du palier 2.



## Étape 7: Réviser la théorie de programme initiale

La révision de la théorie de programme est le plus souvent présentée comme l'aboutissement de l'étape d'analyse. Pour les deux équipes qui sont allées jusqu'au bout de la démarche, les modifications apportées ont pris deux formes: à travers la révision écrite de la théorie de programme initiale émanant de l'étape 3 et à travers des adaptations à la mise en œuvre du projet apportées au cours de la démarche et par la suite (cf. verbatim ci-dessous).

*« Personne 1: [recréé un échange eu avec son collègue après une réunion d'accompagnement:]  
« en fait ... non, mais attends, on n'a pas du tout compris, il faut qu'on fasse ça autrement et on va  
faire autrement pour les nouveaux. » Donc c'est aussi une évaluation où on n'attend pas ...*

*Personne 2: [complète la phrase] les conclusions de l'évaluation*

*Personne 1: oui, c'est un processus continu quoi. Ça c'est super chouette. »*

Focus Group novembre 2019

L'analyse (étape 6) s'étant clôturée en juin 2020, peu après la fin du confinement et un peu avant l'été, la motivation et la disponibilité des équipes n'étaient pas favorables à faire le point sur les modifications à apporter à la théorie de programme initiale. Ce travail de révision a finalement été réalisé par une ou deux personnes au sein de chaque équipe, avec l'accompagnement de la chercheuse accompagnatrice. Le processus d'accompagnement se clôturant quant à lui au mois de juillet 2020. Les équipes ont donc travaillé en autonomie à la révision de leur théorie de programme. L'exemple de la révision par l'équipe de I.Care est présenté dans l'[encadré 13](#), ci-après.

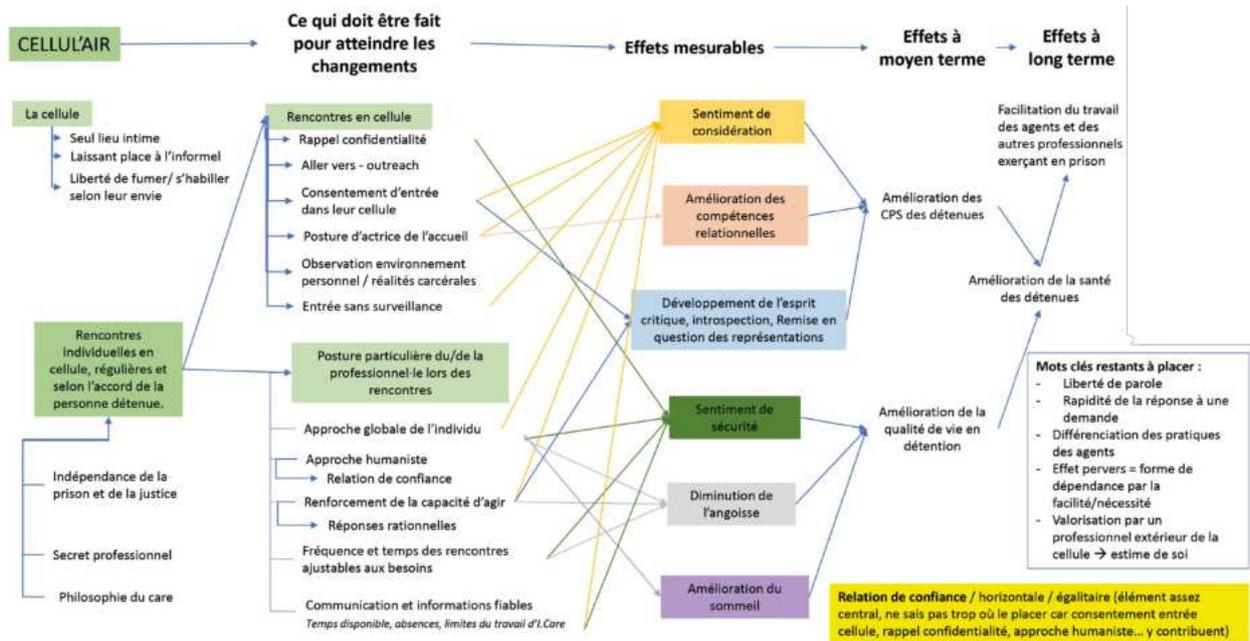
Nous émettons l'hypothèse que l'ensemble des participantes, et globalement les équipes, retirent des apprentissages du processus d'évaluation concernant le projet, apprentissages qui ont pu amener les équipes à adapter le projet de manière intuitive, ou du moins non formalisée. Il nous est difficile de relever les modifications effectivement apportées à la mise en œuvre du projet, bien que les équipes soient arrivées à ce type de conclusions à plusieurs reprises et aient déclaré avoir l'intention d'apporter des changements dans la mise en œuvre.

En septembre 2020, nous avons proposé à chaque équipe (I.Care, FARES et Alzheimer Belgique) de relater son expérience de la démarche d'accompagnement à l'évaluation sous la forme de capsules vidéos, utilisées à des fins de dissémination vers l'ensemble des organisations financées par le Plan. Elles peuvent être visionnées ici: <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/prosess.html>

La préparation des capsules supposait une certaine capitalisation de la démarche et des résultats de l'évaluation. Il avait été convenu que les équipes étaient responsables de rédiger un rapport d'évaluation avec, si besoin, l'aide de la chercheuse accompagnatrice. Aucune des équipes n'a rédigé de rapport à proprement parlé bien que le FARES et I.Care aient formalisé les résultats sous la forme de schémas, comme dans l'[encadré 13](#) ci-après et qu'Alzheimer Belgique ait formalisé les résultats de sa démarche sous la forme d'une infographie visant à soutenir le dialogue avec les échevins et échevines. La révision des configurations CME, par les équipes d'I.Care et du FARES, n'a donc pas été formalisée sous la forme de configurations CME. Il est néanmoins probable que si ces deux équipes souhaitaient recommencer un cycle d'*évaluation réaliste* (cf. [Illustration 2](#), p.26), elles pourraient se reposer sur ces schémas pour actualiser leurs configurations, et ainsi démarrer directement à l'étape 4 du cycle.

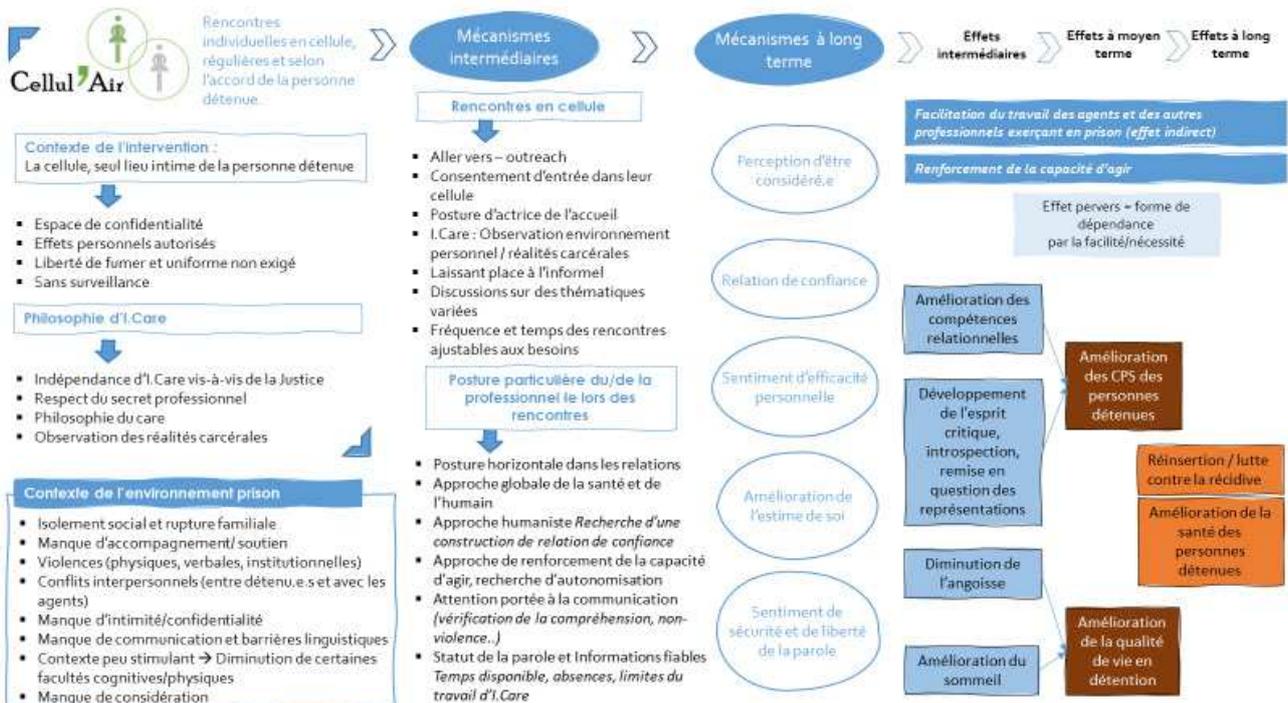
Pendant l'étape d'analyse, une personne de l'équipe d'I.Care s'est attelée à schématiser les thèmes identifiés et leur « nature » de contexte, mécanisme, effet. Son travail a donné lieu au schéma ci-dessous, qui a également fait l'objet d'un aller-retour entre cette personne et la chercheuse accompagnatrice, ainsi que d'échanges avec l'ensemble de l'équipe.

Première étape de révision de la théorie de programme initiale par I.Care



Quelques temps après la fin de l'analyse, l'équipe avait mis en page la théorie de programme révisée du projet Cellul'Air tel que sur l'illustration ci-après.

Théorie de programme Cellul'Air révisée par I.Care



## Leçons et perspectives de l'étape 7

Lors de notre expérimentation de l'évaluation réaliste, nous avons manqué de temps pour approfondir cette 7<sup>e</sup> étape et en tirer des leçons avec les partenaires. Nous en dénouons néanmoins plusieurs enjeux et questionnements. Nous identifions deux types d'activités à cette dernière étape du cycle d'une évaluation réaliste : tirer des conclusions quant à l'objectif d'évaluation poursuivi et transformer ces conclusions de sorte qu'elles soient utilisables dans une visée transformatrice, c'est-à-dire conduisant à produire des changements dans le réel.

Le fait que les équipes n'aient pas rédigé de rapport d'évaluation (souvent considéré comme la forme finale d'une démarche évaluative) vient poser l'hypothèse que ce n'était peut-être pas le format le plus maniable pour les équipes. Celles-ci ont plutôt formalisé leurs résultats sous la forme de schémas. Nous pouvons donc nous demander comment formaliser les conclusions d'une évaluation réaliste lorsque celle-ci est réalisée par des professionnel·le·s de terrain. Nous pouvons aussi nous interroger sur les caractéristiques nécessaires à ces conclusions pour favoriser la continuité entre deux cycles d'évaluation réaliste.

En ce qui concerne l'utilisation des conclusions d'une évaluation réaliste dans une visée transformatrice, notre expérimentation a montré que ce type d'utilisation ne se limitait pas à l'étape finale, mais que la démarche participative adoptée avait conduit les équipes à adapter leurs pratiques. Néanmoins, nous n'avons pas identifié à la fin de la démarche évaluative un passage explicite des conclusions de l'évaluation à des décisions interventionnelles ou des mises en action concrètes. Nous pouvons donc nous demander comment traduire une compréhension des conditions d'efficacité en actions et décisions transformatrices.



## 5. Conditions de mise en œuvre de l'approche réaliste par des équipes de promotion de la santé

---

Cette 6<sup>e</sup> partie a été rédigée à partir d'un article soumis à la revue *Global Health Promotion* en février 2024 (38). Au moment de la publication de ce rapport, l'article est en procédure de révision par les pairs. Il est dès lors interdit d'utiliser le contenu ci-après à des fins commerciales. Toute autre utilisation du contenu (enseignement, adaptations, etc.) nécessite de prendre contact avec l'auteurice (segolene.malengreaux@uclouvain.be) ou de citer la référence de l'article original. Le texte qui suit inclut quelques ajouts et changements mineurs par rapport à celui de l'article soumis.

Dans la partie précédente, nous avons décrit la manière dont chaque étape de l'expérimentation de l'évaluation réaliste s'est déroulée avec les équipes participantes et avons tiré, pour chaque étape, quelques leçons pratiques pour mettre en œuvre une évaluation réaliste de manière participative, et plus précisément avec des professionnel·le·s en charge d'implémenter le projet à évaluer.

Ces leçons mettent en lumière **5 conditions qui semblent vertueuses pour la pratique de l'évaluation réaliste dans le champ de la PS**, c'est-à-dire de manière capacitante et participative.

### Condition 1: Soutenir et accompagner par le dialogue

Les résultats de cette expérience montrent tout d'abord le rôle fondamental de la chercheuse accompagnatrice. Si son soutien technique à l'utilisation de l'évaluation réaliste était profitable pour pleinement éprouver la contribution épistémologique et méthodologique de l'évaluation réaliste, en réalité, c'est surtout le caractère social de son soutien qui a marqué. Cette dernière fonction a été identifiée par plusieurs participant·e·s comme déterminante dans le processus. Telle une « amie critique » (39), son rôle était surtout de soutenir les équipes à prendre de la hauteur par rapport à leur projet à l'aide de questions naïves, voire provocatives, et d'une approche narrative (*storytelling*). C'est une fonction souvent recherchée dans des démarches d'évaluation et qui explique l'intérêt du contexte d'évaluation mixte. Les conditions dans lesquelles se déroule le dialogue entre les différentes parties prenantes jouent un rôle fondamental dans les effets qu'il est capable de générer (40). Ainsi, le dialogue devient, s'il se déroule dans des conditions favorables, déterminant pour que la démarche profite à toutes les parties (41) et pour éviter les écueils d'une approche évaluative déconnectée du projet et exempte de réflexivité (42).

Notre expérience suggère aussi que la gestion du processus évaluatif est simplifiée lorsqu'une personne en interne à l'organisation endosse un rôle de facilitateur des tâches évaluatives et que cette personne se sent capable d'endosser ce rôle. Dans deux équipes, des participantes avaient développé des notions théoriques sur l'évaluation réaliste dans le cadre de leurs études de santé publique. Ces deux personnes ont été particulièrement rassurantes pour l'équipe. Cette expérience appuie donc l'intérêt de renforcer la formation en matière d'évaluation dans les études supérieures de santé publique, qui soit à la fois formateur en matière de méthodologie et en matière de compétences réflexives, pour permettre de développer cette fonction d'« ami·e critique » au sein des équipes.

Dans le champ de la PS, les interventions tout comme leurs évaluations se fondent d'ailleurs sur des principes de participation et d'émancipation (43), incitant dès lors à ne pas négliger les conditions d'émergence du dialogue dans la pratique de l'évaluation réaliste pour profiter de ses bienfaits, tant pour les résultats de l'évaluation que pour l'expérience des parties prenantes. À ce titre, nos résultats illustrent des situations où la chercheuse accompagnatrice privilégiait le dialogue en faisant des compromis sur la démarche de l'évaluation réaliste, par exemple sur l'utilisation de théories explicatives existantes.

## Condition 2: Penser la rencontre entre les repères de l'évaluation réaliste et de la promotion de la santé

Notre recherche montre que la rencontre entre les dimensions épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation réaliste et celles des repères de PS peut créer des tensions.

Dans notre étude, les professionnel-le-s comprenaient, par exemple, le contexte comme des caractéristiques qui interagissent avec l'intervention et participent à l'explication des effets. Pourtant, ils/elles tendent à avoir une vision relativement descriptive et statique du contexte quand il s'agit de l'intégrer à une réflexion sur la causalité. Un repère très présent dans les pratiques des participant-e-s consistait à présenter le contexte en deux colonnes: d'un côté les leviers et de l'autre les freins au succès de l'intervention. Un des problèmes à cette vision dichotomique est que ces éléments sont peu dynamiques et souvent mis sur un même pied d'égalité (44). Leur poids et leur rôle dans la survenue ou non des effets sont dès lors occultés, et le contexte de l'intervention paraît figé, ce qui ne favoriserait pas le développement de l'intervention (45). Cette ambivalence dans la notion de contexte – une compréhension dynamique, mais une application statique – s'observerait également dans certaines *évaluations réalistes* et *revues réalistes* même si l'heuristique CME a bien pour vocation d'analyser les interactions d'un programme avec son contexte (46). Ainsi, l'évaluation réaliste offrirait une porte de sortie à cette vision simplifiée de la réalité et remettrait de la cohérence entre le rôle reconnu du contexte dans les effets des programmes et l'utilisation qui en est faite dans les pratiques évaluatives.

Dans notre expérimentation, la notion de mécanisme est entrée en tension avec le principe des déterminants de la santé en raison de l'accent que cette notion de mécanisme met sur des dimensions cognitives et psychologiques au détriment de « forces » se situant à d'autres niveaux du système, tels que les niveaux politique, organisationnel ou structurel. Cette tension a également été rapportée dans une revue de la littérature (26) et dans le chapitre (47) d'un ouvrage consacré à l'évaluation réaliste qui propose quatre conceptions supplémentaires de la notion de mécanisme, dans l'optique de couvrir les niveaux du système (47): *Powers and liabilities, forces, interactions, and feedback or feedforward processes*. Ceci suggère d'étendre la notion de mécanisme pour éviter d'induire davantage une orientation sur les facteurs psychosociaux (48).

## Condition 3: Adopter une stratégie axée sur les apprentissages

Dans notre recherche, l'évaluation réaliste a été envisagée comme une approche au service du développement des projets. Le processus évaluatif était donc intégré au projet et à son contexte plutôt que « greffé », ce qui a permis d'apporter des adaptations aux projets en cours d'évaluation, et non uniquement à la fin de l'évaluation. Autrement dit, la pression du résultat d'évaluation est mise en second plan au profit d'adaptations en cours d'évaluation, ce qui a été fort apprécié par les participant-e-s de notre étude. On préfèrera le terme « adaptation » au terme « amélioration », qui semble plus conforme à la nature complexe et changeante des systèmes dans lesquels les projets prennent vie (49). Cette stratégie fait écho à l'approche de l'évaluation développementale, proposée par Patton (49), et s'avère éclairante pour utiliser l'évaluation réaliste dans une démarche cohérente avec les principes de participation et de capacitation, au cœur des démarches de PS.

Au-delà des apprentissages sur le projet, nos résultats suggèrent que l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain puisse aussi représenter une opportunité pour améliorer la capacité organisationnelle à évaluer (50) qui, selon Lobo et al. (51), est encore peu considérée dans le champ de la PS. Le développement de la capacité organisationnelle à évaluer les « solutions » mises en œuvre a été mis en relation par plusieurs auteur·trice·s avec l'apprentissage organisationnel (52, 53, 54). En adoptant dans notre démarche une perspective socioculturelle de l'évaluation réaliste où les apprentissages se font en collectif et de manière interactive dans le milieu du travail, la démarche a le potentiel de promouvoir l'apprentissage organisationnel et l'innovation (55, 56). Selon plusieurs auteur·trice·s (57, 58, 59), il serait d'ailleurs vital pour les organisations sans but lucratif d'innover et d'apprendre pour répondre de leurs activités auprès des financeurs, mais aussi auprès des populations. Dans le cas des organisations de PS, ajoutons à ces enjeux la nécessité pour les

organisations du champ de la PS d'asseoir la légitimité des démarches de PS (60).

#### **Condition 4: Inscrire la démarche dans une politique publique axée sur une culture de la réflexivité**

Cette étude découle d'une volonté politique de se doter d'outils d'évaluation axés sur la réflexivité, que ce soit pour avoir inscrit l'évaluation réaliste dans le Plan de promotion de la santé pour la Région de Bruxelles-Capitale ou pour avoir soutenu et facilité la présente démarche de recherche. Cela témoigne de l'importance accordée à créer un terrain de dialogue réciproque entre politique, intervention et recherche dans notre contexte, alors que les demandes d'évaluation par les pouvoirs publics tendent à être dominées par un modèle technocratique guidé par la mesure de la performance et de l'efficacité (61). Les politiques de PS ne font pas exception à cette tendance (62). Or, l'utilisation de l'*évaluation réaliste* vise à comprendre une efficacité circonstanciée et non une efficacité absolue. L'utilisation de l'*évaluation réaliste* comme outil d'évaluation d'une politique publique implique dès lors de dépasser la culture du contrôle des effets (ou la sanction de l'absence d'effets) au profit d'une culture de la réflexivité, par la compréhension systémique des effets.

#### **Condition 5: Mutualiser les démarches tout en garantissant leur réciprocité**

Notre démarche de recherche se fonde sur un principe de réciprocité où les équipes participantes et la chercheuse accompagnatrice se sont engagées dans la démarche, chacun avec des intérêts différents, mais interdépendants: les équipes visaient à évaluer leur projet tandis que la chercheuse accompagnatrice utilisait ces terrains à des fins de recherche. La démarche prévoyait également de mettre en relation les équipes participantes afin de mutualiser les apprentissages et les expériences. Nos résultats appellent à organiser la pratique de l'*évaluation réaliste* dans des conditions de réciprocité entre des objectifs d'évaluation de programme et de recherche qui semblent répondre aux perspectives qu'offre la recherche interventionnelle en santé des populations (63).

Il est évident que nos résultats sont circonscrits aux quatre cas investigués et ne doivent pas être généralisés à tous les contextes de pratique de la PS. La singularité de notre démarche, et de ses résultats, n'est cependant pas à négliger au regard de la littérature disponible.



## Perspectives & conclusions

---

Notons au préalable trois limites à notre démarche. Premièrement, nous ne prétendons pas à l'exhaustivité de notre argumentaire qui repose sur 4 expériences avec toutes les contraintes rencontrées. Deuxièmement, l'*évaluation réaliste* emprunte certains aspects théoriques et opérationnels à d'autres courants, nous n'attribuons dès lors pas l'exclusivité de ces arguments à l'*évaluation réaliste*. Troisièmement, nous n'avons pas eu l'occasion d'accompagner des évaluations incluant d'autres parties prenantes que l'équipe impliquée dans la mise en œuvre du programme ; ce type de contexte d'évaluation gagnerait à être investigué à l'avenir.

L'objectif de ce rapport n'était ni d'exposer des résultats d'*évaluations réalistes* ni de faire la promotion de l'*évaluation réaliste* ou de suggérer qu'elle ne devienne une approche de référence dans les pratiques évaluatives des organisations, mais plutôt de nourrir les réflexions sur les approches, démarches et outils susceptibles d'être utilisés par des équipes de terrain pour évaluer les conditions d'efficacité d'interventions, ici de PS.

Notre expérimentation de l'*évaluation réaliste* conforte la pertinence d'interroger la définition donnée à l'efficacité d'un programme. Dans une approche *réaliste*, la finalité est d'avoir une compréhension des conditions de fonctionnement du projet qui viendrait par conséquent expliquer son efficacité. Cette finalité donne une perspective à l'évaluation qui n'est pas de démontrer une **efficacité absolue**, mais de comprendre une **efficacité circonstanciée**. Ce qui implique aussi de s'intéresser aux conditions dans lesquelles l'intervention ne fonctionne pas. Ainsi, la conclusion ne sera pas de dire si oui ou non le projet est efficace, mais plutôt d'apprécier les contextes dans lesquels des effets se produiront.

Ce glissement de perspective offre donc une opportunité intéressante pour dépasser la culture du contrôle des effets (ou la sanction de l'absence d'effets) au profit d'une culture de la réflexivité par la compréhension des effets vérifiés (qu'ils s'agissent d'effets anticipés ou non). L'inscription d'un tel glissement dans le Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022 invite à aller plus loin dans la définition, de manière concertée avec les opérateurs, d'un **cadre d'évaluation** (ou d'une politique d'évaluation) axé sur la réflexivité et la compréhension des conditions d'efficacité.

S'engager sur cette voie représenterait également un vrai potentiel de développement de **recherches collaboratives** au service du développement des interventions de terrain et dans une démarche capacitante pour les organisations de terrain. La plus-value de ce type de recherche d'implémentation en contexte d'évaluation mixte permettrait d'être directement visible sur le terrain, à condition que le dialogue soit au centre des interactions entre scientifiques et équipes de terrain.

Expliciter la théorie du changement, faire reposer la théorie de son programme sur les connaissances et modèles théoriques existants, choisir la méthode d'évaluation pertinente, se poser la question des besoins d'évaluation, aligner les ressources du projet aux objectifs d'évaluation, ... sont autant d'**automatismes d'évaluation** déterminants dans une démarche évaluative - non spécifiques à l'*évaluation réaliste* - que notre expérience a soulevés comme étant maîtrisés à des niveaux très variables par les équipes de terrain. Il apparaît dès lors essentiel d'améliorer les compétences en évaluation des professionnel-le-s de terrain, autant par des approches individuelles qu'organisationnelles.

Pour conclure, il nous semble essentiel de poursuivre, d'une part la construction d'un langage commun en matière d'évaluation des conditions d'efficacité des interventions de PS, et d'autre part, le développement des pratiques évaluatives des organisations et des instances politiques afin de les mettre au service du développement et de l'adaptabilité des interventions, et plus largement au service du déploiement des logiques et principes d'action en PS.



# Bibliographie

1. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation* London: Sage; 1997.
2. belgium.be. La sixième réforme de l'État [26 février 2024]. Available from: [https://www.belgium.be/fr/la\\_belgique/connaitre\\_le\\_pays/histoire/la\\_belgique\\_a\\_partir\\_de\\_1830/constitution\\_de\\_l\\_etat\\_federal/sixieme\\_reforme\\_etat](https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat)
3. Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale. Décret relatif à la promotion de la santé. Bruxelles 18 février 2016.
4. Jodogne C. Le Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022 2017 [26 février 2024]. Available from: <https://www.jodogne.be/plan-strategique-promotion-sante-2018-2022>.
5. Cambon L. Quand la démarche qualité devient un enjeu du développement de la promotion de la santé. *Santé Publique*. 2008;20(6):513-4.
6. Cambon L. Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité: de la clarification des concepts aux changements des pratiques. *La Santé en Action*. juin 2021;23-5.
7. Cambon L, Alla F, Souffez K. Démarche probante et transfert de connaissances en promotion de la santé. In: Breton E, Jabot F, Pommier J, Sherlaw W, editors. *La promotion de la santé: comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2017.
8. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2010;58(4):277-83.
9. Pineault R, Daveluy C, editors. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégie*: JFD Editions; 1997.
10. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. *Evaluation-a systematic approach* 6th edition ed. Publications S, editor 2004.
11. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, editors. *L'évaluation: concepts et méthodes*: Presses de l'Université de Montréal; 2011.
12. Ridde V, Dagenais C. Introduction générale à l'évaluation de programmes. *Approches et pratiques en évaluation de programmes* 2ed. Québec: Les Presses de l'Université de Montréal; 2012. p. 13-32.
13. Alkin MC, editor. *Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences*: Thousand Oaks CA: Sage; 2004.
14. Breton E. BA. Histoire de la promotion de la santé *La promotion de la santé - comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2017. p. 23-45.
15. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé Ottawa (Canada) 17-21 novembre 1986.
16. Lambert H, Aujoulat I, Delescluse T, Doumont D, Ferron C. Onze fondamentaux en promotion de la santé: des synthèses théoriques. Bruxelles: UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes; Décembre 2021.
17. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation *Evaluation in health promotion Principles and perspectives* 2001.
18. Jabot F, Pommier J, Guével M-R. Evaluation en promotion de la santé *La promotion de la santé - comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2017. p. 411-42.
19. Astbury B, Leeuw FL. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*. 2010;31(3):363-81.
20. Potvin L, Bilodeau A, Gendron S. Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promotion & Education*. 2008;15(1\_suppl):17-21.
21. Cambon L, Alla F. Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Research Policy and Systems*. 2021;19(1):95.
22. Marchal B, Van Belle S, Van Olmen J, Hoérée T, Kegels G. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research *Evaluation*. 2012;18(2):192-212.
23. Van Belle S. At the interface between the formal and informal, the actual and the real: a realist study protocol for governance and accountability practices in urban settings focusing on adolescent sexual and reproductive health and rights. *International Journal for Equity in Health*. 2022;21(1):40.
24. 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.

25. Potvin L, Bilodeau A, S. G. Trois conceptions de la nature des programmes: implications pour l'évaluation de programmes complexes en santé publique. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2012;26(3):91-104.
26. Malengreaux S, Doumont D, Scheen B, Van Durme T, Aujoulat I. Realist evaluation of health promotion interventions: a scoping review. *Health Promotion International*. 2022;37(5).
27. Malengreaux S, Martens M, Castellano Pleguezuelo V, Olujuwon I, Van Belle S, Renmans D, et al. Stakeholder Involvement in Realist Evaluation: A Scoping Review and Best Fit Framework Synthesis 2024.
28. Yin R. K. Case study research - Design and methods. 3rd Edition ed. Publications S, editor 2003.
29. Stolp S, Bottorff JL, Seaton CL, Jones-Bricker M, Oliffe JL, Johnson ST, et al. Measurement and evaluation practices of factors that contribute to effective health promotion collaboration functioning: A scoping review. *Evaluation and Program Planning*. 2017;61:38-44.
30. McNeish R, Rigg KK, Tran Q, Hodges S. Community-based behavioral health interventions: Developing strong community partnerships. *Evaluation and Program Planning*. 2019;73:111-5.
31. Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen MA, Saan H, Leeuwis C. Community health promotion: A framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program Planning*. 2010;33(4):428-35.
32. Courty P. Fumer du cannabis et faire de la prévention. L'exemple des futurs professionnels de l'éducation pour la santé. *VST - Vie sociale et traitements*. 2008;98(2):20-30.
33. Foudriat M. Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Perspectives théoriques croisées. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013. 354 p.
34. Tronto J, Fisher B. Toward a Feminist Theory of Caring. In: Abel E, Nelson M, editors. *Circles of Care* Albany: Suny Press; 1990. p. 36-54.
35. Soura B, Dagenais C, Bastien R, Fallu J-S, Janosz M. L'étude d'évaluabilité: Utilité et pertinence pour l'évaluation de programme [Evaluability Assessment: Usefulness and Relevance for Program Evaluation]. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2016;31:18-33.
36. Manzano A. The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*. 2016;22(3):342-60.
37. Manzano A. Conducting focus groups in realist evaluation. *Evaluation*. 2022;28(4):406-25.
38. Malengreaux S, Doumont D, Lambert A-S, Aujoulat I. Analyse des conditions à l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé: résultats d'une étude de cas multiples en région bruxelloise (Belgique). 2024.
39. Rallis SF, Rossman GB. Dialogue for learning: Evaluator as critical friend. *New Directions for Evaluation*. 2000;2000(86):81-92.
40. Abma TA. Reflexive Dialogues: A Story about the Development of Injury Prevention in Two Performing-Arts Schools. *Evaluation*. 2001;7(2):238-52.
41. Abma TA, Widdershoven GAM. Evaluation and/as Social Relation. *Evaluation*. 2008;14(2):209-25.
42. Baur VE, Van Elteren AHG, Nierse CJ, Abma TA. Dealing with Distrust and Power Dynamics: Asymmetric Relations among Stakeholders in Responsive Evaluation. *Evaluation*. 2010;16(3):233-48.
43. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, MacQueen DV, Potvin L, Springett J, et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives: WHO Regional Publications European series No 92; 2001.
44. May CR, Johnson M, Finch T. Implementation, context and complexity. *Implementation Science*. 2016;11(1):141.
45. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004;82(4):581-629.
46. Greenhalgh J, Manzano A. Understanding 'context' in realist evaluation and synthesis. *International Journal of Social Research Methodology*. 2022;25(5):583-95.
47. Westhorp G. Understanding mechanisms in realist evaluation and research In: Seaman J, editor. *Doing realist research* 2018.
48. Baum F, Fisher M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*. 2014;36(2):213-25.
49. Patton MQ, editor. *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York: Guilford; 2011.
50. Bourgeois I, Cousins JB. Understanding Dimensions of Organizational Evaluation Capacity. *American Journal of Evaluation*. 2013;34(3):299-319.
51. Lobo R, Petrich M, Burns SK. Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development. *BMC public health*. 2014;14:1315-.

52. Cousins JB, Goh SC, Elliott CJ, Bourgeois I. Framing the Capacity to Do and Use Evaluation. *New Directions for Evaluation*. 2014;2014(141):7-23.
53. Owen JM, Lambert FC. Roles for Evaluation in Learning Organizations. *Evaluation*. 1995;1(2):237-50.
54. Preskill H, Torres RT. Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry. *Evaluation*. 1999;5(1):42-60.
55. Torres RT, Preskill H. Evaluation and organizational learning: past, present, and future. *The American Journal of Evaluation*. 2001;22(3):387-95.
56. Brown JS, Duguid P. Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation. *Organization Science*. 1991;2(1):40-57.
57. Prugsamatz R. Factors that influence organization learning sustainability in non-profit organizations. *The Learning Organization*. 2010;17(3):243-67.
58. Rashman L, Withers E, Hartley J. Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. *International Journal of Management Reviews*. 2009;11(4):463-94.
59. Ebrahim A. Accountability Myopia: Losing Sight of Organizational Learning. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2005;34(1):56-87.
60. Cambon L, Bergeron H, Castel P, Ridde V, Alla F. Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*. 2021;28(2):92-5.
61. Carman JG. Nonprofits, Funders, and Evaluation: Accountability in Action. *The American Review of Public Administration*. 2009;39(4):374-90.
62. de Leeuw E, Clavier C, Breton E. Health policy – why research it and how: health political science. *Health Research Policy and Systems*. 2014;12(1):55.
63. Di Ruggiero E. Perspectives sur l'état d'avancement de la recherche interventionnelle en santé des populations: une réflexion diachronique sur le colloque 2019 «La RISP pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé». *Global Health Promotion*. 2021;28(1\_suppl):66-8.

**L'évaluation réaliste pour évaluer les conditions d'efficacité  
d'interventions de promotion de la santé:**

**Retour sur 4 expériences en Région de Bruxelles-Capitale**

L'évaluation réaliste offre des perspectives intéressantes pour les acteurs et actrices de terrain souhaitant adopter une approche évaluative tournée vers la compréhension des conditions d'efficacité des interventions de promotion de la santé. Pourtant, l'opérationnalisation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain est peu documentée. C'est à cette carence que la recherche ProSess tente d'apporter des éclairages. L'objectif poursuivi était d'explorer l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain en charge de projets de promotion de la santé. Le dispositif de recherche devait permettre à 4 équipes d'évaluer, avec l'approche réaliste, un ou plusieurs de leurs projets en étant accompagnées de la chercheuse. Par l'analyse de la mobilisation de l'évaluation réaliste, nous nous sommes interrogés sur les conditions de mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain. Le présent rapport de recherche documente la manière dont chaque étape de l'évaluation réaliste s'est déroulée avec les équipes participantes et met en lumière 5 conditions qui semblent vertueuses pour la pratique de l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé, c'est-à-dire de manière capacitante et participative.