

Université catholique de Louvain

Secteur des sciences de la santé

Thèse de doctorat présentée en vue de l'obtention du grade de
docteur en sciences de la santé publique

L'évaluation réaliste en promotion de la santé : enjeux et perspectives

Résultats d'une exploration de la littérature et d'une recherche participative
avec des associations bruxelloises

Ségolène Malengreaux

Mai 2025

Parc de l'habitat groupé Vosberg_Wezembeek Oppem



Promotrice

Prof. Isabelle AUJOLAT, Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (Belgique)

Présidente du comité d'accompagnement

Prof. Sophie THUNUS, Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (Belgique)

Membres du comité d'accompagnement

Prof. Linda CAMBON, Université de Bordeaux (France)

Prof. William d'HOORE, Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (Belgique)

Dr. Thérèse VAN DURME, Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (Belgique)

Membres du jury externe

Dr. John CULTIAUX, Université de Namur et Université catholique de Louvain (Belgique)

Prof. Evelyne DE LEEUW, Université de Montréal (Canada)

Prof. Marthe HURTEAU, Université du Québec (Montréal, Canada)

Cette thèse a été soutenue par la
Commission communautaire française (COCOF).



« C'est en tâtonnant qu'on apprend »

Célestin Freinet

*À mes parents, qui m'ont permis de tâtonner et, sans le chercher, m'ont préparée à
l'exercice du doctorat,*

À mes enfants, Cléo, Léonie et Marcus, qui en tâtonnant m'apprennent tellement.

*À Simon, grâce à qui je ne me suis pas oubliée en chemin.
Avec toi la vie est si belle et si légère. Tout semble possible.*

La thèse était une aventure mais vous êtes mon odyssee.

Remerciements

Cette thèse est certes l'aboutissement d'un travail personnel mais elle est surtout le fruit de rencontres, d'échanges et de collaborations qui ont rendu ce parcours si enrichissant.

Isabelle, merci d'avoir pris tant de soin à m'accompagner, à m'encourager, à déchiffrer mes idées, à les dorloter et à les faire grandir. Je me sens chanceuse d'avoir pu m'épanouir en tant que femme, mère et chercheuse dans un environnement si attentif à la personne. Un mentor est une personne avisée et expérimentée qui guide et conseille. Tu as fait tellement plus. Chère Isabelle, merci de m'avoir guidée et conseillée avec tant de patience et de persévérance. Merci de t'être adaptée à mon rythme avec bienveillance. Merci de m'avoir accompagnée sur ce chemin et de m'avoir permis de m'y sentir en sécurité. Merci d'avoir été cette personne avisée, expérimentée et compréhensive que je souhaite à tous les doctorants et toutes les doctorantes de rencontrer.

Je remercie les membres de mon comité d'accompagnement qui m'ont soutenue avec confiance et intérêt scientifique. Vous avez été les points d'ancrage tout au long de mon cheminement intellectuel. Linda Cambon, merci d'avoir bien souvent compris avant moi ce que j'étais en train de faire et pour la confiance aveugle que tu m'as accordée. William d'Hoore, merci pour tes encouragements et ton écoute attentive. Thérèse Van Durme, merci pour tes conseils judicieux et les micro-discussions sur le chemin du café qui m'ont souvent aidée à reprendre mon souffle et à repartir. Sophie Thunus, merci d'avoir accepté de guider les réunions du comité et de m'avoir fait découvrir la science des réunions.

Je tiens également à remercier François Alla qui a été un invité régulier aux comités d'accompagnement. Merci pour tes suggestions stimulantes, toujours très justes.

Vous m'avez aidée à me placer de sorte que je puisse voir les ouvertures qui s'offraient à moi. John Cultiaux, merci pour ton enthousiasme et tes précieuses suggestions de lecture. Evelyne de Leeuw, je suis honorée que vous ayez accepté de me lire, merci pour votre soutien et votre contribution. Marthe Hurteau, merci pour vos conseils éclairés et vos suggestions avisées.

Je remercie la COCOF qui a rendu possible ce travail doctoral. J'aimerais remercier en particulier Mira Goldwicht et Emmanuelle Caspers qui ont impulsé la dynamique à l'origine de ma thèse dans un climat de collaboration respectueux et motivant. Merci à l'équipe de promotion de la santé de la COCOF qui a permis la poursuite du travail entamé en m'accordant leur confiance : Louis Georges Fanon, Gaël Kaneza, Pascale Anceaux et Thomas Deschepper.

Je remercie les quatre associations – Alzheimer Belgique, le Fonds des Affections Respiratoires, la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial et I.Care – qui ont accepté de sauter dans l'inconnu de la recherche. Plus précisément, je souhaite adresser mes remerciements à vous qui avez participé à la recherche avec tout votre savoir-faire et votre humanisme : merci Anouk, Candice, Caroline, Chaïmae, Christophe, Delphine, Franck, Hélène, Jeanne, Marie B., Marie H., Marika, Myriam, Nicolas, Soline et Vinciane.

Pour avoir été la première à susciter en moi le goût de la recherche et pour m'avoir fait découvrir le champ de la promotion de la santé, je remercie profondément la Professeure Danielle Piette.

Les rencontres qui jalonnent le parcours doctoral sont aussi celles qui, plus discrètement, en adoucissent le chemin.

Merci Dominique (DD) pour ton naturel si avenant et ton dévouement à rendre la vie de ton entourage plus douce. Merci pour tes contributions, tes relectures, tes attentions, tes propositions de babysitting... je ne saurais être exhaustive dans cette liste. Tu es formidable.

Merci à celles qui ont partagé mon bureau, et qui sont devenues si spéciales à mes yeux. Béné, bien sûr tu me manques. Rachelle, ton apport dans cette thèse a été si précieux, TMTC.

Merci à mes collègues du RESO où, depuis près de 10 ans, je m'épanouis (presque) sans compter les années. Aux plus anciens : Philippe et Quentin. Aux moins anciens : Théo, Hélène, Océane, Mariangela, Léa. Aux plus récentes qui m'ont beaucoup aidée dans les derniers efforts à donner, vous avez été essentielles : Camille, Fany et Laura.

Merci à mes collègues de l'IRSS et de la FSP pour vos encouragements et votre soutien émotionnel : Anne-Catherine, Anne-Sophie, Catherine, Cécilia, Claire, Claudine, Gaëlle, Laetitia, Lucia, Madeleine, Nathalie, Maria, Marie, Nora, Olivier, Pierre, Régina, Sophie, Valérie, ...

Merci Nathalie d'avoir relu avec tant d'attention et de précision le manuscrit. Mon usage des virgules ne sera plus jamais le même grâce à toi.

Pour terminer, le levier le plus puissant dans l'aboutissement de cette thèse demeure, sans conteste, l'amour et le soutien de mon entourage tout au long de ces années. Je remercie mes amis et ma famille pour leurs douces pensées et attentions, pour avoir cru en moi jusqu'au bout et m'avoir aidée à y croire à mon tour, pour m'avoir soutenue de tant de manières.

Je pense aussi à la communauté du Vosberg, ce village de Gaulois et de Gauloises que rien n'arrête. Merci d'être une source d'inspiration et une source d'amour intarissable. J'ai hâte de vivre à vos côtés.

Je remercie mes parents qui m'ont laissé tracer ma propre route alors qu'elle s'éloignait tant de leur réalité et qui m'ont offert un soutien inconditionnel. Merci pour tout ce que vous faites pour nous.

Depuis 2014, « je » suis devenue « nous » à quatre reprises. Cléo, ton intelligence et ta résilience m'inspirent tant. Léonie, ta tendresse et ta joie me remplissent le cœur. Marcus, tu me fais tellement rire. Vous êtes ma plus grande fierté. Simon, mon amour, tu as joué un rôle inestimable dans l'aboutissement de ce travail. Merci du fond du cœur pour toutes ces fois où tu as tenu la barre seul pour m'aider à garder le cap. Je réalise chaque jour la chance que j'ai de t'avoir dans ma vie et je suis si heureuse de la vivre à tes côtés. **Je nous adore.**

TABLE DES MATIERES

Liste des communications et publications (littérature scientifique)	i
Liste des rapports et communications (littérature grise)	ii
Liste des tableaux	iii
Liste des illustrations	iii
List of tables	iv
List of figures	iv
Liste des abréviations	v
Glossaire	vi
Résumé	1
Plan	4
PARTIE I – Introduction	7
Émergence et évolution de la promotion de la santé en Belgique	8
I. Définitions et usage des termes « promotion de la santé »	9
II. Perspective internationale de l'émergence de la promotion de la santé ...	12
III. Essor des politiques publiques belges francophones en matière de promotion de la santé de 1970 à 1996	15
IV. Formalisation de la promotion de la santé à l'agenda politique belge francophone de 1997 à 2017	20
V. La politique bruxelloise de promotion de la santé : un Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022	23
Chapitre 2	35
L'évaluation de programme : entre discipline et pratique de routine	35
I. L'évaluation de programme : un triple regard	36

II. Les particularités de l'évaluation en promotion de la santé	44
III. L'évaluation des effets des programmes dits complexes : zoom sur l'évaluation réaliste.....	52
IV. L'évaluation dans le secteur associatif de la promotion de la santé (en Communauté française).....	63
PARTIE II – Objectifs & méthodes	77
Chapitre 3.....	78
Problématisation, objectifs et questions de recherche	78
I. Contexte de la recherche doctorale	79
II. Problématisation	82
III. Objectifs et questions de recherche.....	85
Chapitre 4.....	90
Méthodes.....	90
I. Positionnement épistémologique et nature de la recherche.....	91
II. L'exploration de la littérature : précisions méthodologiques	97
III. L'étude de cas multiples.....	102
IV. Critères de scientificité de la démarche	125
V. Réflexions éthiques.....	128
PARTIE III – Résultats	140
Chapitre 5.....	141
L'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé : des pratiques guidées par les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation ? (ARTICLE 1 DES RÉSULTATS).....	141
Chapitre 6.....	168

L'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes : Qui ? Quand ? Comment ? (ARTICLE 2 DES RESULTATS)	168
Chapitre 7	210
Analyse des conditions à l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé. (ARTICLE 3 DES RESULTATS)	210
Chapitre 8	231
L'accompagnement d'équipes à l'évaluation réaliste : qu'attendre en termes de capacitation à l'évaluation ? (PARTIE 4 DES RESULTATS)	231
PARTIE IV – Discussion et perspectives	281
Chapitre 9	282
Synthèse des résultats et discussion générale	282
I. Synthèse des principaux résultats	283
II. Discussion générale	295
III. Perspectives pour des pratiques appropriées de l'évaluation réaliste en promotion de la santé	324
IV. Forces et limites	330
Chapitre 10	339
Conclusion	339
Annexes	342

LISTE DES COMMUNICATIONS ET PUBLICATIONS (LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE)

Publications scientifiques

Malengreaux S., Doumont D., Scheen B., Van Durme T. & Aujoulat I. Realist evaluation of health promotion interventions: a scoping review. *Health promotion international*. 2022 oct 1;37(5):daac136. Erratum in: *health promot int*. 2023 oct 1;38(5): pmid: 36166263.

Malengreaux, S., Martens, M., Castellano Pleguezuelo, V., Olujuwon, I., Van Belle, S., Renmans, D., & Belrhiti, Z. Stakeholder involvement in realist evaluation: a scoping review and best fit framework synthesis. *Evaluation*. 2024, 31(1), 22-48.

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). *Global health promotion*. 2024;0(0).

Article en préparation

Malengreaux S, *et al.* Supporting health promotion teams to conduct realist evaluation: what to expect in terms of evaluation capacity building? (**provisional title**). *Journal to be determined*.

Présentations lors de congrès

Malengreaux S. A multiple case-study involving academic and non-academic partners to undertake realist evaluation in the field of health promotion. *Organisational Learning, Knowledge and Capabilities*, Septembre 2022, Trollhättan, Suède

Malengreaux S. The process of building evaluation capacity in health promotion organizations. A multiple case study and thesis' narrative. *Journée des Doctorants de l'Ecole Doctorale thématique « Santé Publique Santé Société »*, Décembre 2022, Liège, Belgique

Malengreaux S. L'évaluation réaliste dans une approche impliquant les parties prenantes. Résultats d'une recherche-action en Région de Bruxelles-Capitale. *Les séminaires de l'ISPED/Université de Bordeaux*, Mars 2023, Bordeaux, France.

Malengreaux S. In the kitchen of doing theory-based evaluation in a stakeholder-involvement approach. An ongoing analysis. *Les séminaires de l'IRSS*, Mars 2023, Bruxelles, Belgique

LISTE DES RAPPORTS ET COMMUNICATIONS (LITTÉRATURE GRISE)

Rapports en lien avec la recherche participative ProSess

Malengreaux S., Doumont D. & Aujoulat I. L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé: Eclairages théoriques, Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO 2020. 40p.

Malengreaux S. ProSess – Compte-rendu des ateliers de co-construction du dispositif de soutien à l'évaluation des projets de promotion de la santé. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS/RESO, 2021, 19p.

Malengreaux S. & Aujoulat I. 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, 2024, 72p.

Présentations de la recherche participative ProSess

Malengreaux S. Recherche participative en évaluation des interventions de promotion de la santé. 16 juillet 2018. Présentation de la recherche au secteur bruxellois de promotion de la santé. Bruxelles

Malengreaux S. L'évaluation réaliste dans le Plan Stratégique de Promotion de la santé. 20 juin 2019. Présentation réalisée au Conseil Consultatif de Promotion de la santé. Bruxelles

Malengreaux S. La référence au paradigme réaliste pour l'(auto-)évaluation en promotion de la santé. Éclairages théoriques et mise en contexte. 15 janvier 2020. Présentation dans le cadre d'une matinée en lien avec le processus de renouvellement des opérateurs par la COCOF. Bruxelles

Malengreaux S. En quoi l'approche réaliste peut-elle aider à lever le nez de son guidon ? 16 mars 2021 Journée d'échanges et de co-construction ProSess. En Ligne

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Premiers arrêtés organisant le secteur de l'éducation pour la santé en Communauté française	19
Tableau 2 – Objectifs et priorités thématiques et transversales du Plan Stratégique 2017-2022	25
Tableau 3 – Principes guides pour l'évaluation en promotion de la santé.....	46
Tableau 4 – Critères de sélection des cas	113
Tableau 5 – Diversité des programmes inclus au regard des dispositions du Plan	114
Tableau 6 – Présentation des cas	116
Tableau 7 – Volume des sources de données utilisées en fonction des cas	120
Tableau 8 – Effets (et non effets) de capacitation communs aux trois cas en fonction des niveaux	250

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 – Répartition du budget de mise en œuvre du Plan Stratégique de promotion de la santé 2018-2022 en fonction des priorités	26
Illustration 2 – Modèle des effets de programmes de promotion de la santé	48
Illustration 3 – Les trois niveaux ontologiques de la réalité	55
Illustration 4 – Le cycle d'une évaluation réaliste.....	62
Illustration 5 – Liens entre la recherche doctorale et la recherche ProSess	87
Illustration 6 – Lien entre l'étude de cas multiples et l'intervention	103
Illustration 7 – Continuum du développement professionnel	105
Illustration 8 – Logique d'intervention.....	111
Illustration 9 – Démarche d'analyse	244

Illustration 10 – Cadre théorique de l'apprentissage organisationnel des 4i	246
Illustration 11 – Théorie de programme initiale	249

LIST OF TABLES

Table 1 – Key principles and strategies for defining an intervention as a HP intervention.....	146
Table 2 – Characteristics of the evaluated programs	149
Table 3 – Study characteristics	155
Table 4 – Search strategy for scopus database	173
Table 5 – Inclusion and exclusion criteria	173
Table 6 – Existing models and theories selected with the BFFS approach for the development of the a priori framework of stakeholder involvement.....	175
Table 7 – Operational definitions of the key themes and categories of the section on stakeholder involvement approach	177
Table 8 – Basic characteristics of the interventions evaluated in the 26 RE	180
Table 9 – Characteristics of the 26 REs	182
Table 10 – Conceptual definitions of stakeholder involvement in the included REs	186
Table 11 – Intended purpose of involving stakeholders within the included REs.	187
Table 12 – Examples of each category of (i) type of stakeholder, (ii) levels of involvement and (iii) means by which stakeholders are involved	190

LIST OF FIGURES

Figure 1 – PRISMA flow diagram of the selection process.....	147
Figure 2 – PRISMA flow diagram of realist evaluation studies	179

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APES	Appui Promotion et Education Santé
ASBL	Association Sans But Lucratif
BFFS	Best Fit Framework Synthesis
CA	Chercheuse Accompagnatrice
CPES	Cellule Permanente Éducation pour la Santé
CLPS	Centre Local de Promotion de la santé
CCiME	Contexte Composante interventionnelle Mécanisme Effet
CMO/CME	Context Mechanism Outcome / Contexte Mécanisme Effet
COCOF	Commission communautaire française
ER	Evaluation Réaliste
ETP	Équivalent Temps Plein
HP	Health Promotion
IPT	Initial Program Theory
IRSS	Institut de Recherche Santé et Société
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MRC	Medical Research Council
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PS	Promotion de la santé
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
RE(s)	Realist Evaluation(s)
RESO	Service Universitaire de Promotion de la santé - UCLouvain
RISP	Recherche Interventionnelle en Santé des Populations
RPT	Revised Program Theory
VIH/VHC	Virus de l'Immunodéficience humaine / Virus de l'hépatite C

GLOSSAIRE

Accompagnement	« Démarche dont les effets formatifs participent au développement personnel et professionnel des accompagnés. » (Charlier et Biémar 2015, p.154)
Apprentissage organisationnel	« L'apprentissage organisationnel implique un changement dans l'état des connaissances détenues par une organisation à la suite d'une expérience. Les connaissances développées par l'organisation peuvent être explicites ou tacites et difficiles à cerner. Ces connaissances peuvent se manifester de diverses manières, notamment par des changements dans les fonctions cognitives, les routines et les comportements. » (Traduit librement de Argote, 2011)
Capacitation (Développement des capacités)	Inscrire l'évaluation dans une démarche de développement de la capacité (la capacitation) revient à faire évoluer la capacité des individus et des collectifs à agir en faveur de leur santé en exerçant un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé. (Traduit librement de Rootman et al. 2001)
Capacité organisationnelle à évaluer	Elles comprennent « à la fois les capacités individuelles (c'est-à-dire les compétences techniques et interpersonnelles de l'évaluateur ainsi que les connaissances des gestionnaires et autres membres de l'organisation en matière d'évaluation) et les systèmes, structures et outils organisationnels qui servent à la production et à l'utilisation des évaluations. » (Bourgeois, 2018, p.131)
Évaluation	« L'examen et l'analyse systématiques des caractéristiques d'un programme ou d'une autre intervention, afin de produire des connaissances que différents acteurs peuvent utiliser à diverses fins. » (Traduit librement de Rootman et al 2001, p.26)
Évaluation réaliste	L'évaluation réaliste est une approche d'évaluation guidée par la théorie qui cherche à répondre à la question « qu'est-ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances ? » afin d'expliquer comment et pourquoi les programmes, politiques et interventions produisent des effets. Les réalistes postulent qu'un effet (E) est généré par un mécanisme (M) activé dans un contexte particulier (C) lors de la mise en œuvre d'une intervention.
New Public Management	Modèle de gestion des administrations publiques ayant pour objectif d'améliorer l'efficacité du secteur public à l'aide de principes inspirés du secteur privé.

Participation	« Une approche participative de l'évaluation cherche à impliquer les personnes concernées par les résultats [de l'évaluation], afin de passer à l'action et d'engendrer des changements. (...) La force des approches participatives réside dans leur contribution au développement des capacités et au changement social. En d'autres termes, l'évaluation participative constitue une stratégie de promotion de la santé. » (Traduit librement de Springett, 2001, p.23)
Parties prenantes	« Les personnes, groupes ou organisations qui influencent ou sont influencés par le processus évaluatif et/ou ses résultats » (Traduit librement de Bryson, 2011, p.1)
Politique publique	« Désigne les interventions d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire. » (Grawitz & Leca, 1985 cité par Thoenig 2019, p.462)
Programme	« Ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie. » (Pineault et Daveluy, 1995, p.333)
Promotion de la santé	« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. » (Organisation Mondiale de la Santé – Charte d'Ottawa, 1986)
Rendre compte	« Fonction que remplit une évaluation en analysant et en expliquant les conséquences qu'une politique a eu dans la société. » (Nioche, 2016, p. 1128)

Par souci de simplicité et de lisibilité, j'ai choisi de rédiger ma thèse en suivant la convention grammaticale consistant à faire primer le masculin pour les accords du genre, tout en étant pleinement consciente que cette convention puisse renforcer les stéréotypes de genre.

Par tradition, plus que dans l'intention d'atténuer ma subjectivité, je ferai usage du « nous » dit « de modestie » en maintenant un accord au singulier féminin lorsque j'exprimerai des raisonnements personnels.

RÉSUMÉ

Introduction

La promotion de la santé est un ensemble de pratiques visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés sur leurs conditions de vie et de santé et la réduction des inégalités sociales de santé. En Belgique, la promotion de la santé est une matière communautaire depuis les années 90.

En 2014, dans le cadre de la VI^e Réforme de l'État belge, la compétence de promotion de la santé est transférée de la Communauté française vers la Région wallonne et à la Commission communautaire française (COCOF). En 2016, l'Assemblée de la COCOF adopte un Décret relatif à la promotion de la santé prévoyant l'élaboration d'un Plan de promotion de la santé. Ce dernier définit les objectifs et les orientations stratégiques à mettre en œuvre sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale pour une période de cinq ans.

Plusieurs dizaines d'associations sont financées à la suite d'appels à projets pour mettre en œuvre des programmes visant les objectifs du Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022. Il définit également un cadre de référence pour l'évaluation des programmes financés qui promeut une approche compréhensive et contextualisée de l'évaluation des effets des programmes par des approches participatives et par l'utilisation de l'évaluation réaliste.

Les associations font face à de nombreuses difficultés pour évaluer les programmes, notamment en raison d'un manque de capacité à mener et utiliser des évaluations. Bien que l'évaluation réaliste s'éloigne d'une approche technocratique, souvent privilégiée dans les demandes d'évaluation de l'appareil politico-administratif, elle soulève néanmoins des défis importants pour les associations de promotion de la santé.

Objectifs

Le RESO – service universitaire de promotion de la santé à l'UCLouvain – est missionné par la COCOF pour soutenir les associations financées par le Plan à l'évaluation de leurs programmes. Par une recherche participative (ProSess), plusieurs associations ont expérimenté l'évaluation réaliste dans une démarche participative et capacitante. Le présent travail doctoral s'articule à cette recherche participative qui a été coordonnée par la doctorante.

L'objectif de cette thèse était d'explorer ce que la conduite d'évaluations réalistes par des petites associations vient susciter comme questionnements et controverses.

Cette exploration est structurée autour de quatre objectifs spécifiques : (1) Examiner la contribution de l'évaluation réaliste au champ de la promotion de la santé, à la lumière de ses principes fondamentaux, (2) Analyser comment les parties prenantes sont impliquées tout au long du processus d'évaluation réaliste, (3) Explorer les conditions nécessaires à l'implémentation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, (4) Analyser les effets capacitant d'une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste, aux niveaux individuel, collectif et organisationnel.

Méthodes

Le dispositif méthodologique comprend deux *scoping reviews* et une étude de cas multiples.

Les deux *scoping reviews* ont permis de répondre aux premier et deuxième objectifs spécifiques. L'étude de cas multiples, menée dans le cadre de la recherche ProSess, a consisté à expérimenter l'évaluation réaliste avec quatre associations.

La poursuite des troisième et quatrième objectifs s'est réalisée dans le cadre de cette étude de cas multiples. Cette étude est composée de deux dimensions : l'étude et l'intervention. L'intervention a consisté à accompagner, entre octobre 2018 et juillet 2020, quatre équipes de terrain dans la mise en œuvre de l'évaluation réaliste d'un de leurs programmes, financé par le Plan Stratégique de Promotion de la Santé. Dans l'étude, chaque cas représentait une équipe ayant été accompagnée dans l'expérimentation de l'évaluation réaliste. Nous avons utilisé deux types de sources de données qualitatives : des données issues de sources émanant de la recherche ProSess et des données issues de méthodes de recueil de données créées pour explorer nos questions de recherche doctorale.

Résultats

L'examen de la contribution de l'évaluation réaliste pour l'évaluation d'interventions de promotion de la santé (objectif 1) révèle que les pratiques d'évaluation réaliste, telles qu'elles sont actuellement mises en œuvre dans le champ de la promotion de la santé, ne répondent que partiellement aux attentes qu'impliquent les enjeux spécifiques de ce domaine. Si les aspects épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation réaliste offrent des perspectives intéressantes pour appréhender la complexité et favoriser l'adoption d'approches multidisciplinaires en évaluation, les principes fondamentaux de la participation et de la capacitation sont en revanche peu intégrés dans les pratiques d'évaluation réaliste.

L'analyse de l'implication des parties prenantes tout au long du processus d'évaluation réaliste (objectif 2), réalisée sur des évaluations réalistes menées hors du champ de la promotion de la santé, a permis de documenter de manière plus

détaillée les pratiques participatives de l'évaluation réaliste. Nos résultats montrent un intérêt croissant pour une approche participative de l'évaluation réaliste. Une hétérogénéité de pratiques a été relevée. Cependant, il apparaît que peu d'attention soit accordée aux dimensions sociales et politiques de l'implication des parties prenantes, ce qui limite la portée transformative de ces évaluations.

L'exploration des conditions nécessaires à l'implémentation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain œuvrant dans le champ de la promotion de la santé (objectif 3) met en lumière quatre conditions favorables qui démontrent l'importance des dimensions sociales et politiques : (i) Soutenir et accompagner par le dialogue (ii) Penser la rencontre entre les repères de l'évaluation réaliste et de la promotion de la santé (iii) Adopter une approche de l'évaluation réaliste axée sur les apprentissages (iv) Inscire la démarche dans une politique publique axée sur une culture de la réflexivité.

L'analyse des effets capacitant d'une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste (objectif 4) montre que l'intervention a soutenu des apprentissages en double boucle, c'est-à-dire qui vont au-delà de l'acquisition de nouveaux savoirs en venant questionner des savoirs au départ pris pour acquis. En revanche, les résultats montrent une faible institutionnalisation de ces apprentissages. Ils soulignent également que la réflexivité constitue un élément central des apprentissages associés à l'évaluation réaliste mais que le contexte dans lequel ces apprentissages sont appliqués – en particulier le contexte de gestion publique et politique – exerce une influence déterminante sur la production de changements.

Conclusion

Nous discutons plusieurs thèmes en lien avec les questionnements et controverses soulevés par nos résultats. Ces thèmes renvoient à des enjeux de recherche, de politique publique et de pratiques évaluatives dans les organisations. Plusieurs perspectives sont proposées pour des pratiques appropriées de l'évaluation réaliste en promotion de la santé.

Le choix de promouvoir l'évaluation réaliste dans les pratiques évaluatives de petites associations de promotion de la santé est certes ambitieux mais il ouvre la voie à une nouvelle dynamique de gestion publique qui pourrait reposer davantage sur la réflexivité plutôt que sur le contrôle, la contextualisation plutôt que sur la standardisation et la collaboration plutôt que l'opposition.

PLAN

Notre thèse se découpe en quatre grandes parties, elles-mêmes composées de chapitres. Sa structure suit un format classique de thèse par articles¹. Elle a été rédigée en français mais deux chapitres de résultats reprennent *in extenso* les articles publiés en anglais². À la fin de chaque chapitre, les points saillants sont présentés (excepté pour les chapitres de la quatrième partie).

La première partie est découpée en quatre chapitres consacrés à l'introduction de nos thèmes de recherche, à la problématisation, à l'objectif de recherche et aux questions de recherche qui nous ont occupée et aux méthodes mobilisées pour leur exploration.

Dans le chapitre 1, le lecteur survolera les siècles mais surtout les dernières décennies, à la découverte de l'avènement de la promotion de la santé comme objet de politiques, de pratiques et de recherches. Il s'agit de découvrir l'histoire d'une jeune discipline profondément humaniste. Le texte propose d'abord un point de vue international et termine sur la Région de Bruxelles-Capitale, qui constitue notre terrain de recherche. Il propose également une lecture de l'évolution des rapports entre les associations de promotion de la santé et les pouvoirs publics subsidiant ces associations.

Dans le chapitre 2, le lecteur découvrira l'autre thème central de notre travail doctoral : l'évaluation de programme. Pratique protéiforme par excellence, l'évaluation de programme inspire un grand nombre de chercheurs. Il semble raisonnable d'estimer que plusieurs milliers d'ouvrages traitent de ce sujet. Il semble tout autant raisonnable de ne pas en proposer une synthèse exhaustive mais plutôt de préciser ce que l'on entend par « évaluation de programme » dans le champ de la promotion de la santé, et plus particulièrement, dans notre travail de recherche, à travers ses dimensions méthodologiques, sociales et politiques. Ce deuxième

¹ À noter que le nombre publié d'articles requis par l'École doctorale de santé publique (UCLouvain) est atteint.

² Des synthèses en français de ces articles sont disponibles en annexes 1 et 2.

chapitre présente l'approche d'évaluation au centre de notre recherche doctorale : l'évaluation réaliste.

La seconde partie est composée de deux chapitres qui portent sur l'objectif général et les questions de recherche et sur les méthodes mobilisées.

Dans le chapitre 3, nous présentons le contexte de notre travail doctoral et la problématisation de nos thèmes de recherche. Nous y développons notre objectif de recherche et les questions de recherche spécifiques qui ont été explorées.

Dans le chapitre 4, nous détaillons la démarche méthodologique suivie. Nous présentons notre positionnement épistémologique ainsi que les démarches d'exploration de la littérature et la démarche d'étude de cas multiples mises en œuvre.

La troisième partie est découpée en quatre chapitres de résultats, chacun présentant les articles publiés pendant notre parcours doctoral, excepté pour le chapitre 8 qui présente des résultats qui n'ont pas encore été soumis à une évaluation par les pairs.

Dans le chapitre 5, nous présentons le premier travail de revue de la littérature. Il s'agit d'une *scoping review* visant à explorer la littérature scientifique portant sur des expériences d'évaluation réaliste de programmes de promotion de la santé. La question de recherche était la suivante : De quelle manière les évaluations réalistes de programmes de promotion de la santé sont-elles guidées par les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation ? L'article scientifique qui a découlé de cette investigation a été publié en 2022 dans la revue *International Health Promotion* (Oxford University Press). Une synthèse de l'article en français est disponible en annexe 1.

Dans le chapitre 6, nous présentons le second travail de revue de la littérature. Il s'agit d'une *scoping review* qui traite d'une question de recherche suggérée par les résultats de la première revue de la littérature. Avec d'autres chercheurs, nous avons approfondi la dimension participative dans la conduite d'évaluations réalistes. La question de recherche investiguée était la suivante : Comment les parties prenantes

des programmes sont-elles impliquées dans les évaluations réalistes ? L'article a été publié en 2024 dans la revue *Evaluation* (SAGE Publications Inc.). Une synthèse de l'article en français est disponible en annexe 2.

Dans le chapitre 7, nous identifions et discutons les conditions dans lesquelles l'application de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain a été rendue possible. À partir des résultats de l'analyse des données récoltées lors de l'étude de cas multiples, nous discutons les conditions favorables à une pratique collaborative de l'évaluation réaliste orientée sur la capacitation des équipes. L'article a été publié en 2024 dans la revue *Global Health Promotion* (SAGE Publications Inc.).

Dans le chapitre 8, nous documentons et analysons de quelle manière l'accompagnement des équipes à l'évaluation réaliste (notre intervention) peut être capacitante en adoptant un regard organisationnel. Notre question de recherche est : En quoi une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste peut-elle être capacitante ? Pour qui ? À quels niveaux (individuel, collectif, organisationnel) ? Dans quelles conditions ? Et par quels mécanismes ? L'article est en cours de préparation et sera prochainement soumis.

La quatrième partie est découpée en deux chapitres qui viennent synthétiser les résultats présentés et discuter notre objectif de recherche à la lumière de nos résultats et de la littérature.

Dans le chapitre 9, nous synthétisons nos résultats et discutons plus amplement des thèmes qui, arrivée au terme de notre recherche, nous paraissent intéressants à approfondir concernant notre objectif de recherche. Nous montrons une portée pratique de la contribution de notre recherche pour les politiques, les recherches et les pratiques de terrain. Nous terminons par une réflexion sur les forces et limites de notre recherche doctorale.

Dans le chapitre 10, nous proposons une conclusion générale qui se veut ouverte.

PARTIE I – INTRODUCTION

Chapitre 1

Émergence et évolution de la promotion de la santé en Belgique

“Public health is the science and art of promoting health. It does so based on the understanding that health is a process engaging social, mental, spiritual and physical well-being. It bases its actions on the knowledge that health is a fundamental resource to the individual, the community and to society as a whole and must be supported through sound investments into conditions of living that create, maintain and protect health.”

Ilona Kickbusch (*Approaches to an ecological base for public health*, 1989)

I. Définitions et usage des termes « promotion de la santé »

La promotion de la santé se définit le plus souvent en ces termes :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » (1)

Bien que ce soit la définition la plus souvent rencontrée, il faut reconnaître qu'il faut être initié pour en comprendre les tenants et aboutissants. Nous ne proposerons pas une énième tentative de définition. En revanche, nous proposons de prendre la mesure de cette définition à travers cinq postulats sur lesquels elle repose.

Premier postulat : La santé des populations y est envisagée comme une **ressource** – tant pour les individus que pour le développement économique et social des États – qui ne se développera pas uniquement par la gestion des maladies mais aussi par des actions et politiques publiques ciblant d'autres **déterminants de la santé**, tels que les environnements, les systèmes (d'éducation, l'emploi, le logement, etc.), les écosystèmes, les contextes culturels, les comportements individuels, etc.

Deuxième postulat : Les questions de santé sont **complexes** et impliquent de dépasser une vision simpliste de la causalité pour embrasser une vision complexe, c'est-à-dire reconnaître le tissage des multiples facteurs qui influencent l'état de santé d'une personne et d'une population. Ce qui invite également à décloisonner les disciplines et à croire en la plus-value de **l'interdisciplinarité**.

Troisième postulat : La santé relève d'une expérience **subjective**, ce qui demande de pouvoir dépasser le besoin d'objectiver et de poser des normes en matière de santé.

Quatrième postulat : Le lien entre la santé et le respect des **droits humains** est fondamental. La santé ne peut s'améliorer que dans des conditions de vie respectueuses des droits humains.

Cinquième postulat : La confiance en la **capacité des individus et des collectifs** à être des acteurs de leur santé lorsqu'ils sont mis dans des conditions favorables et

respectueuses des droits humains prime. Dès lors, il faut pouvoir les associer et les soutenir à se mettre en mouvement.

Il est commun d'entendre la critique selon laquelle même celles et ceux qui peuvent se présenter comme des spécialistes de la promotion de la santé ne sont pas d'accord sur ce que recouvrent ces termes : « la promotion de la santé ». Ici nous posons l'hypothèse que ce ne sont pas tant les termes « promotion de la santé » qui posent un problème mais plutôt l'article défini qui les accompagne bien souvent : le « **la** ». L'utilisation de cet article suggère que l'autre sait ce que recouvrent ces termes, or parler de « **la** promotion de la santé » peut renvoyer à différents objets :

- À l'**approche** de promotion de la santé. En ces termes, la promotion de la santé désigne l'ensemble des éléments (valeurs, concepts, théories, méthodes, croyances, postures, etc.) qui forment les spécificités de cette discipline. Comme nous le verrons, il s'agit d'un champ relativement récent qui continue de perfectionner son référentiel et d'en préciser les contours. Comme dans toute discipline, il y a des nuances, des interprétations, des cultures différentes mais globalement, la communauté internationale de promotion de la santé évolue en se reposant sur des fondamentaux partagés.
- Aux **politiques publiques** de promotion de la santé. En Belgique, la promotion de la santé comme compétence politique est formalisée dans les années 90, d'abord au niveau communautaire (jusque 2014) puis au niveau régional (cf. annexe 3) pour une illustration des niveaux de pouvoir en Belgique). Dans ce cas-ci, la promotion de la santé peut désigner l'Administration publique en charge d'implémenter les politiques du, ou de la Ministre en charge de donner une orientation à sa politique de promotion de la santé et de distribuer le budget qui y est associé.
- Au **secteur** de la promotion de la santé. Ce vocabulaire renvoie vers la distinction qui est faite entre le secteur public et le secteur privé et au sein du secteur privé, la distinction entre le secteur lucratif et le secteur non marchand. En Belgique, le secteur de la promotion de la santé désigne un domaine d'activités regroupant des organisations qui fournissent des biens et (surtout) des services à la collectivité sans but de lucre. En Belgique, elles sont

principalement financées par des subsides et font donc partie du secteur non marchand.

- Aux **missions et objectifs** de promotion de la santé **intégrés** à d'autres missions. On pense ici particulièrement aux professionnels de première ligne qui ont dans leurs missions, celle de participer à prévenir les maladies et promouvoir la santé. Ainsi la promotion de la santé peut désigner des objectifs souvent considérés comme secondaires par les professionnels.

À la lumière de ces multiples angles, nous tâcherons dans notre travail doctoral d'être le plus explicite possible lorsque nous parlerons de *la* promotion de la santé.

Au-delà des définitions, il est intéressant de découvrir le champ de la promotion de la santé à travers l'examen des grands moments de son histoire.

II. Perspective internationale de l'émergence de la promotion de la santé

La définition de la promotion de la santé peut se comprendre par l'examen des approches de santé publique menées ces deux derniers siècles. En ce sens, son histoire est imbriquée à celle de la santé publique, ce qui lui vaudra d'avoir été présentée comme « la nouvelle santé publique » dans son texte fondateur de 1986, la charte d'Ottawa – nous y reviendrons. (1)

Pendant la **période hygiéniste** (1800-1877), les efforts publics sont investis dans les conditions de vie de la population : collecte des déchets, qualité de l'eau, évacuation des eaux usées, etc. L'hygiène fait progressivement son entrée à l'école, on parle d'hygiène scolaire. Elle deviendra une branche spécialisée de la médecine (2) Les mesures hygiéniste améliorent la santé de la population mais ça ne suffit pas. (3) C'est aussi une période pendant laquelle la médecine tente de se faire une place comme « gestionnaire de la santé » dans les sphères politiques, ce qui amènera à la création d'institutions publiques et d'organismes privés qui se doteront d'intentions éducatives. (4)

Pendant la **révolution pasteurienne** (1878-1949), les efforts sont toujours dirigés vers les individus (par la vaccination) et leurs pratiques d'hygiène. On y mobilise les sciences du comportement. Ici encore, on voit des améliorations conséquentes mais des problématiques évoluent ou demeurent, voire empirent. (3)

Alors on s'oriente vers l'**éducation sanitaire** (1950-1977) sur un principe qui peut sembler prometteur : si les individus sont informés, alors ils adopteront les “bons” comportements. Ici encore, les limites de ce type d'intervention se feront vite ressentir. (3, 5)

En 1974, le rapport Lalonde offre une explication séduisante aux limites des stratégies de santé publique précédentes : en élargissant notre compréhension de ce qu'est la santé, on comprend que celle-ci dépend d'autres déterminants que les soins et les comportements individuels. (3)

Poussée par plusieurs mouvements, la **déclaration d'Alma Ata** (1978) sur les soins primaires pose les bases d'une vision du soin marquée par des valeurs humanistes. Plus tard, le rapport de la Commission Black en Angleterre (1980) met sur le devant de la scène la question épineuse des inégalités de santé sur laquelle se poursuivront les réflexions amenant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à conclure la charte d'Ottawa (1986), qui propose de parler de "promotion de la santé" pour désigner une nouvelle manière de faire de la santé publique par la poursuite d'objectifs de santé humanistes et émancipateurs à l'aide de stratégies systémiques, résultant des enseignements de plus d'un siècle de santé publique. (3)

La Charte d'Ottawa (1986) affirme l'engagement de 38 pays à mener 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 » (1), ainsi se définit encore aujourd'hui la promotion de la santé, comme nous l'avons vu au point précédent. En 1988, la Déclaration d'Adélaïde renforce la dimension politique en soulignant la nécessité de lier les politiques économiques, sociales et sanitaires.

Revenons quelques instants sur l'éducation pour la santé, qui a permis la transition d'une conception de la santé publique très médico-centrée à une conception pluridisciplinaire et globale. Dans le portrait que nous dressions plus haut, l'éducation pour la santé n'entre en jeu que dans les années 50. En vérité, on parle d'éducation pour la santé en Grande Bretagne dès le début du 20^e siècle qui met en place le *Central Council for Health Education* en 1927. Si l'approche ne fait pas le poids aux côtés de l'approche médicale qui occupe tout l'espace à l'époque, il n'en est pas moins que les travaux se multiplient avec pour caractéristique commune d'étudier la santé à l'aide des sciences sociales, principalement en lien avec les comportements de santé (le *behaviorisme*). Des revues spécialisées voient le jour dès les années 40 mais c'est dans les années 60-70 que l'éducation pour la santé se légitime, en entrant notamment dans les universités. (6)

Progressivement (dans les années 80), le concept de **promotion de la santé** apparaît comme plus englobant de différentes approches, dont l'éducation pour la santé qui continue néanmoins de se développer en parallèle. Après la Charte

d'Ottawa d'autres chartes et déclarations sont venues approfondir et compléter les engagements initiaux de promotion de la santé. Ils restent orientés 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). (7)

Pour synthétiser, nous partageons un travail franco-belge qui a clarifié de manière courte et synthétique les **principaux fondamentaux** qui guident les personnes engagées dans des actions de promotion de la santé (7):

- Agir dans une perspective éthique
- Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé
- Agir sur les déterminants de la santé
- Adapter les interventions aux types de publics
- Agir en s'appuyant sur les principes de l'approche écologique
- Agir sur base de fondements probants avec un croisement des sources de connaissances
- Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés
- Développer des partenariats intersectoriels au service de la « santé dans toutes les politiques »
- Inscrire les actions dans la durée
- Inscrire les actions dans une démarche participative
- Inscrire les actions dans une démarche de développement durable

Au-delà de cette histoire internationale, le champ de la promotion de la santé a une histoire propre à la Belgique francophone ³.

³ Bien qu'il serait très intéressant de s'intéresser à l'histoire de la promotion de la santé au niveau fédéral et au niveau de la Communauté flamande, nous nous limiterons ici au niveau de la Communauté française.

III. Essor des politiques publiques belges francophones en matière de promotion de la santé de 1970 à 1996

Après ce portrait très global de l'émergence du champ de la promotion de la santé, il est intéressant de revenir sur les terres qui nous préoccupent dans ce travail de thèse et de se poser la question de comment ce champ s'est fait une place en Belgique francophone.

Nous commencerons ce récit historique en avril 1964 alors que les **médecins belges partent en grève** à la suite d'une loi réformant l'assurance maladie-invalidité. Ce contexte de grève et d'une politique de santé « réduite au curatif, à l'hôpital et à la technologie médicale » (8) devient rassembleur pour quelques médecins d'hôpitaux universitaires qui ne se retrouvent ni dans les messages portés par les grévistes, ni dans l'orientation donnée aux politiques de santé. (9) Les rencontres au début informelles évoluent rapidement en une ASBL nommée Groupe d'Etudes pour une Réforme de la Médecine (le GERM). Entre 1964 et 1971, le GERM peaufine ses idées, notamment par le biais de journées d'études. Il est important de préciser que le GERM est une plateforme qui se veut pluraliste et indépendante des partis et débats politiques.

Au début des années 70, le **GERM** est rejoint par les pionniers des maisons médicales pour défendre des valeurs et des idées qui invitent à un autre système de santé. Les périodiques (*les cahiers du GERM* et *le courrier de la Fédération des maisons médicales*) sont à cette fin un canal privilégié pour diffuser et essaimer une autre vision du futur. (9)

En 1971, le GERM est prêt et publie un ouvrage collectif intitulé « Pour une politique de santé » dans *La Revue Nouvelle*. Il y énonce cinq principes pour un modèle global et cohérent d'organisation du système de santé (9) :

- La participation de la communauté
- La santé dans son contexte socio-économique et socioculturel
- La santé pour tous
- Une approche scientifique
- Santé et libération de l'homme.

Quelques années plus tard, la déclaration d'Alma-Ata (1978) est conclue. Cette déclaration insiste sur une définition de la santé qui va au-delà de l'absence de maladie puisque la santé y est définie comme un état de bien-être physique, mental et social. Cette définition entre en contradiction avec les orientations politiques belges de l'époque mais en totale synergie avec le travail du GERM.

En 1976, le GERM lance deux études : l'une sur la mise en place de Centres de Santé Intégrée et une autre sur **l'éducation pour la santé**. (9) L'étude sur l'éducation pour la santé rejoint l'intérêt croissant pour cette approche de pédagogie de la santé de la part d'acteurs de terrain. Le GERM n'est pas précurseur dans ce domaine mais avec cette étude, il contribue néanmoins à visibiliser et légitimer ce nouveau champ. Nouveau ? Pas vraiment. L'éducation pour la santé est un courant davantage développé et intégré au système de santé de nos voisins anglais. Grâce au travail de transmission et d'argumentation de quelques initiés, dont fait partie la Professeure Danielle Piette, sociologue, de retour d'Angleterre où elle a fait sa thèse, l'éducation pour la santé séduit les décideurs politiques de l'époque.

À partir de 1975, l'éducation pour la santé connaîtra un **développement fulgurant** en Belgique francophone ; de deux projets soutenus par le ministère de la Santé en 1975, il y en aura 100 en 1985. Le budget consacré à l'éducation pour la santé passera alors de 6,4 à 90 millions de francs belges (et à 20 millions d'euros, soit 800 millions de francs belges en 2008). (6, 10) Les idées et approches d'éducation pour la santé plaisent aux gouvernements qui sont au pouvoir mais ce succès est aussi le résultat des efforts coordonnés du GERM et des militants portant des valeurs d'autonomie, de pluridisciplinarité et de liberté sexuelle (par exemple par la dépénalisation de l'IVG et l'accès à la contraception). (6)

Entre 1975 et 1985, la **Communauté française** (cf. annexe 3) va donc financer de plus en plus de projets mais sans réelle vision et structure. Son approche lui vaudra d'être qualifiée de « politique du saupoudrage » comme le rapporte la Professeure Piette dans un article de 1990. (6) Leur approche a le mérite de développer une culture de l'éducation pour la santé à différents niveaux tels que dans les écoles, à l'hôpital, en médecine générale, etc. et de multiplier les organismes qui se dotent

d'une culture qui leur est propre. Elle a aussi pour effet de créer de la concurrence entre ces organismes qui travaillent de manière isolée et de ne pas assurer de suivi de la qualité des pratiques de terrain. (6)

Une montée du **professionnalisme** de l'éducation pour la santé s'observe dès les années 80 mais celle-ci part dans deux directions : d'une part par l'augmentation du volume des activités d'éducation pour la santé, et d'autre part, par l'accumulation des connaissances, méthodes et techniques. (6) Dès lors, il y a de plus en plus d'équipes de terrain qui - sans être vraiment formées (et comme écrit plus haut, sans contrôle de la qualité par le financeur) – mettent en place des activités d'éducation pour la santé et, parallèlement, des équipes académiques qui tentent de structurer le champ théorique par l'accumulation des connaissances et des expériences. (6)

Très vite, la question de la **formation des équipes de terrain** se pose pour éviter un développement de l'éducation pour la santé à deux vitesses. Les efforts s'intensifient donc pour favoriser de la coopération entre les acteurs et services de l'éducation pour la santé. Par exemple par le biais de conférences, telles que la conférence « Éducation pour la santé, éducation pour la vie » organisée à Charleroi le 13 novembre 1982 où acteurs académiques et acteurs de terrain témoignent de leurs pratiques. En 1984, à l'initiative du ministre socialiste de l'époque, Robert Urbain, un groupe de travail est mis en place pour réfléchir à des aspects de formation universitaire et interuniversitaire, autre exemple des efforts visant à organiser et structurer les acteurs de l'éducation pour la santé. Ou encore, la naissance de l'Association pour la Promotion de l'Éducation pour la Santé (APES), en 1981, qui se présente à l'époque comme une cellule interuniversitaire et interdisciplinaire de conseils en méthodologie et en évaluation au service des équipes de terrain en éducation pour la santé. Située à l'Université de Liège, l'APES (aujourd'hui devenu ESPRIst), deviendra et est encore un acteur clé de la promotion de la qualité des programmes d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

Après ces années d'essaimage de l'éducation pour la santé, les Ministres (socialistes) des affaires sociales et de la santé pour la communauté française, Charles Picqué et son remplaçant François Guillaume, signent **quatre arrêtés**

organisant le secteur de l'éducation pour la santé (voir tableau 1). Nous n'allons pas nous attarder sur cette organisation mais souhaitons relever trois éléments non négligeables. Le **premier arrêté** crée la Cellule Permanente Éducation pour la Santé (CPES) ayant pour but de coordonner et soutenir les actions d'éducation pour la santé en Communauté française et notamment de remettre un avis sur les dossiers de demande de subsides. Il subventionne également des services d'éducation pour la santé (dont des services universitaires comme l'APES et le RESO ⁴). Le **deuxième arrêté** nomme les membres de la CPES. Le **troisième arrêté** crée les commissions locales de coordination, qui deviendront en 1998 les actuels Centres Locaux de Promotion de la santé (CLPS) ⁵, acteurs centraux encore aujourd'hui. Le **quatrième arrêté** est spécifique à la lutte médico-sociale contre la tuberculose. Pour plus de détails sur cette première organisation, le lecteur peut consulter le numéro spécial de la revue Education Santé de mai 1991 (numéro 58). (11)

À la suite de ces arrêtés, on commence à parler d'un « **secteur d'éducation pour la santé** » qui s'organise pour passer d'un modèle dispersé à un modèle coopératif, autrement dit avec moins de concurrence et plus de collaborations entre les organisations subventionnées.

Notons que le terme de promotion de la santé n'a pas encore vraiment fait son entrée dans le vocabulaire, bien que cela fait plusieurs années que la Charte d'Ottawa (1986) et la déclaration d'Adélaïde (1988) sont connues.

⁴ Le RESO est un service universitaire de promotion de la santé situé à l'UCLouvain, à l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS). La présente thèse a été réalisée dans le cadre des missions du RESO.

⁵ Les centres locaux de promotion de la santé (CLPS) sont des associations sans but lucratif répartis sur le territoire de la Communauté française, qui ont pour mission de soutenir les actions et les programmes de promotion de la santé à l'échelle locale, par exemple en diffusant l'information et en mettant les acteurs en réseaux. Ils apportent aussi un soutien logistique et méthodologique aux associations désireuses de développer des projets de promotion de la santé.

Notons également le rôle déterminant des liens qui se sont entretenus pendant toute cette période entre les décideurs politiques et les ardents défenseurs de l'éducation pour la santé.

Tableau 1 – Premiers arrêtés organisant le secteur de l'éducation pour la santé en Communauté française

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Arrêté du 8 novembre 1988 portant la création de la Cellule Permanente Education pour la Santé et relatif à l'agrément et au subventionnement des services d'éducation pour la santé ainsi qu'au subventionnement de programmes d'action ou de recherche en éducation pour la santé. (C. Picqué)- Arrêté du 8 novembre 1988 portant nomination des membres de la Cellule Permanente Education pour la Santé. (C. Picqué)- Arrêté du 28 septembre 1990 portant agrération du Centre de coordination communautaire ainsi que des Commissions locales de coordination. (F. Guillaume)- Arrêté du 24 décembre 1990 modifiant l'arrêté royal du 21 mars 1961 déterminant les modalités de lutte médico-sociale contre la tuberculose, octroyant des subventions en faveur de cette lutte et fixant les conditions de cet octroi. (F. Guillaume) |
|---|

IV. Formalisation de la promotion de la santé à l'agenda politique belge francophone de 1997 à 2017

À partir de 1997, le terme promotion de la santé entre progressivement dans le vocabulaire. On peut parler de **glissement de cadre de référence** dès lors que les termes « promotion de la santé » vont être préférés pour désigner le secteur de l'éducation pour la santé sans en changer fondamentalement la nature. Ce glissement s'explique d'abord par la dynamique internationale faisant suite à la Déclaration d'Adélaïde (1988) et menée par l'OMS. Pour les décideurs politiques, il est bénéfique de faire reposer leurs décisions sur les recommandations de l'OMS et dès lors de parler de « promotion de la santé ». Au-delà de suivre le « mouvement », la définition donnée à la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa est beaucoup plus globale et précise que celle de l'éducation pour la santé. Là où l'éducation pour la santé renvoie davantage vers une stratégie visant les déterminants individuels, la promotion de la santé renvoie vers un ensemble de stratégies visant une action sur une pluralité de déterminants, dont les déterminants sociaux et structurels. Dans les revues professionnelles belges, on voit le nombre d'articles comportant « promotion de la santé » dans le titre augmenter considérablement dès 1992⁶. De nombreux supports et initiatives (telles que des conférences et des brochures⁷) sont proposés par les services d'éducation pour la santé pour accompagner ce glissement et « éduquer » au cadre de référence de la promotion de la santé.

En 1997, la communauté française (sous l'impulsion de la Ministre Laurette Onkelinx) publie le premier **décret de promotion de la santé** qui prévoit un programme quinquennal de promotion de la santé ainsi qu'un plan communautaire annuel. Il redessine certains contours de la précédente organisation du secteur, notamment par la création d'un Conseil supérieur de promotion de la santé, de

⁶ Dans la base de données DOCTES, catalogue en ligne spécialisé en promotion de la santé qui répertorie la documentation en promotion de la santé depuis 1990 (à l'époque hébergé sur un serveur accessible dans des centres de documentation) le nombre de références contenant le terme « promotion de la santé » dans le titre est passé de 1 en 1989 à 14 en 1992.

⁷ Par exemple le numéro spécial de la revue Bruxelles Santé en 1997 intitulé « Agir en promotion de la santé : un peu de méthode ... »

services communautaires de promotion de la santé, de Centres locaux de promotion de la santé. Le plan quinquennal 1998-2003 fixe les priorités et plus largement un cadre au sein duquel s'inscrivent les projets qui seront subsidiés.

Un **nouveau décret de promotion de la santé** est signé en juillet 2003 et un deuxième plan quinquennal est approuvé (2004-2008). L'objectif de ce plan et de ce décret est de consolider la dynamique du précédent plan quinquennal et de faciliter la poursuite des efforts de coordination et de concertation entre les acteurs. La médecine préventive y est intégrée pour permettre davantage de liens entre ces secteurs mais aussi pour que les programmes de médecine préventive puissent s'imprégner de l'approche de promotion de la santé. (10) A la sortie de ce plan, le Conseil Supérieur de Promotion de la santé émet plusieurs recommandations traduisant les constats de 10 ans (1998 à 2008) de politiques publiques en matière de promotion de la santé.

Entre 2009 et 2014, différents éléments contextuels viennent contraindre le développement d'un nouveau plan quinquennal. La crise de 2008 et les coupes budgétaires qui ont suivi, la préparation de la VI Réforme de l'État et les crises politiques de l'époque peuvent expliquer le **manque de continuité** dans les politiques publiques en matière de promotion de la santé. Néanmoins, il se pourrait que la décision résulte surtout d'un choix du politique. (10) Ainsi le plan quinquennal de 2004 a été prolongé jusqu'en 2010, puis jusqu'en 2013. Malgré l'absence d'un plan coordonné et les coupes budgétaires, des services et des initiatives ont continué d'être financés dans le cadre des priorités du plan quinquennal 2004-2008.

En décembre 2013, la **VIe Réforme de l'État belge** (12) est adoptée et entre en vigueur le 01 juillet 2014. Cette Réforme prévoit notamment le transfert de compétences aux Communautés et Régions. Parmi ces compétences, il y a la promotion de la santé et la prévention, jusqu'alors une compétence de la Communauté française, elle sera effectivement transférée à partir de 2015 aux Régions : la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne (cf. annexe 3).

À la suite de ce transfert de compétences, les **deux Régions** se sont familiarisées avec cette nouvelle matière. Le transfert de compétences s'accompagnait d'un transfert des biens, droits, obligations et du personnel.

En l'absence de décret de promotion de la santé au niveau régional, les budgets du secteur ont été gelés et renouvelés annuellement pour permettre aux acteurs financés jusqu'alors par la Communauté française de continuer les actions et services. Cette période, appelée **stand still**, a été particulièrement fragilisante pour le secteur qui, en raison des incertitudes planantes, ne pouvait envisager le futur et voyait partir les expertises. (13)

À partir de 2015, les Régions préciseront chacune leur **politique publique en matière promotion de la santé et de prévention** tenant compte des spécificités de leur territoire. Ce processus prendra un certain temps. La Région de Bruxelles-Capitale adoptera son décret de promotion de la santé en 2016 (14), suivi d'un Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022. (15) C'est dans le cadre de cette politique publique régionale que s'inscrit notre travail doctoral. La Région Wallonne a quant à elle d'abord élaboré un Plan de prévention et de promotion de la santé (WAPPS) en 2018, puis a adopté un décret de promotion de la santé et de prévention en 2022 (16) suivi d'une Programmation 2023-2027. (17)

V. La politique bruxelloise de promotion de la santé : un Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022

Présentation de la politique publique

En février 2016, le **Décret** relatif à la promotion de la santé en Région de Bruxelles-Capitale est publié (14). Il s'agit du premier de quatre « outils » politiques. Sur base de ce Décret, la Commission Communautaire Française (COCOF) élabore un **Plan Stratégique** (15) 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).

Pour opérationnaliser ce Plan Stratégique, le gouvernement bruxellois francophone et la COCOF disposent de moyens de mise en œuvre sous la forme d'appels à projets et à réseaux, d'appels à candidatures et de concertations au niveau ministériel. Le Plan Stratégique prévoit un dispositif de mise en œuvre reposant sur trois types d'opérateurs désignés sous les termes : acteurs de terrain, réseaux et services supports (aussi appelés services piliers).

À la suite d'un processus de sélection des opérateurs, une série d'organisations seront mandatées pour mettre en œuvre la politique publique bruxelloise. Dans un quatrième outil, le **Plan Opérationnel**, l'Administration donne à voir les opérateurs désignés, les montants des financements alloués, les titres des programmes financés ainsi que la ou les priorités du Plan auxquelles ils contribuent. 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 Cécile 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.

La définition proposée par Jean-Claude Thoenig, pionnier en France de l'analyse des politiques publiques, éclaire la politique publique bruxelloise en matière de promotion de la santé. Thoenig retient la définition de Grawitz et Leca (18) pour qui

une politique publique« désigne les interventions d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire. » (19) Thoenig complète cette définition en précisant que « ces interventions peuvent prendre trois formes principales : les politiques publiques véhiculent des contenus, se traduisent par des prestations et génèrent des effets. Elles mobilisent des activités et des processus de travail. Elles se déploient à travers des relations avec d'autres acteurs sociaux collectifs ou individuels. » (19)

Ainsi, le Décret et le Plan Stratégique véhiculent ces contenus stratégiques, ensuite traduits en prestations concrètes par la mise en œuvre des programmes portés par les opérateurs désignés. La politique publique bruxelloise ne se limite donc pas à une déclaration d'intention mais s'incarne dans des activités et des processus de travail coordonnés dans une temporalité définie (2018-2022). En outre, cette politique publique mobilise une série d'acteurs (Administrations, cabinet ministériel, ASBL, universités) démontrant le caractère relationnel souligné par Thoenig.

C'est sur cette politique publique bruxelloise que la présente recherche se focalise.

Présentation synthétique du Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022 et de son opérationnalisation

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 (priorités) thématiques et transversales**, listés dans le tableau 2 ci-après.

Tableau 2 – Objectifs et priorités thématiques et transversales
du Plan Stratégique 2017-2022

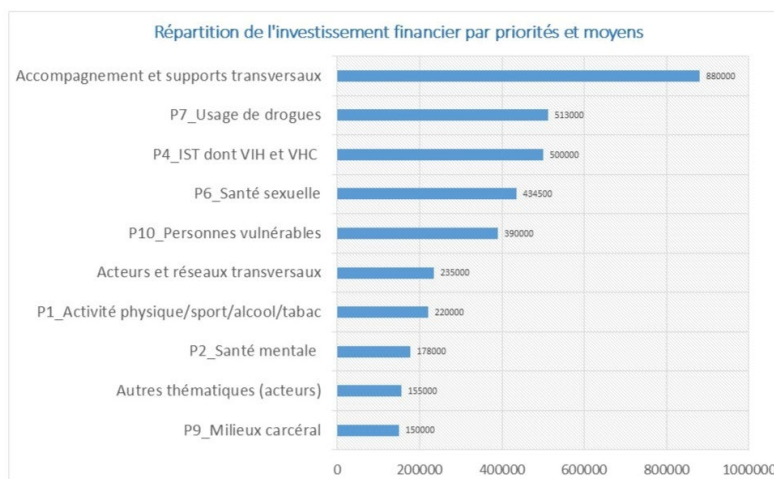
Priorités thématiques
Objectif thématique 1 : Contribuer de manière ciblée à prévenir les maladies non transmissibles ainsi que les traumatismes
P1_ Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabac.
P2_ Soutenir des démarches de promotion de la santé mentale
P3_ Poursuivre les programmes de médecine préventive et le dépistage organisé des cancers
Objectif thématique 2 : Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles
P4_ Contribuer à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH et le VHC
P5_ Contribuer à la prévention et au dépistage de la tuberculose
Objectif thématique 3 : Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques
P6_ Favoriser et promouvoir la santé sexuelle
P7_ Prévenir l'usage de drogues licites (notamment l'alcool) et illicites et en réduire les risques
P8_ Favoriser et promouvoir la santé au sein des divers milieux de vie des jeunes
P9_ Favoriser et promouvoir la santé en milieu carcéral
P10_ Favoriser et contribuer à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité
Priorités transversales
Objectif transversal 1 : Améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé
P1_ Promouvoir la visibilité, l'accessibilité et l'appropriation des informations et ressources en promotion de la santé
P2_ Soutenir le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs
P3_ Favoriser le transfert des connaissances dans et hors du secteur de la promotion de la santé
Objectif transversal 2 : Favoriser et promouvoir la 'santé dans toutes les politiques'
Objectif transversal 3 : Lutter contre les inégalités de santé basées sur le genre

Dans notre pays, comme dans beaucoup d'autres, les pouvoirs publics sont devenus omniprésents dans la vie des citoyens et citoyennes et ce notamment par le **secteur non marchand**, composé d'**associations sans but lucratif** (ASBL). Le secteur non marchand peut se définir comme la « *Branche d'activité dont les organisations fournissent des biens et services à la collectivité sans but de lucre et sont financées principalement par des subsides publics.* » (20) Il représentait, en 2019, 36,5% des emplois en Belgique. (21) Notons également que les secteurs de la santé humaine et de l'action médico-sociale font partie des secteurs d'activités les plus importants en termes de création de richesse et d'emplois en Belgique et sont aussi les secteurs qui s'appuient le plus largement sur des financements publics. (22)

En septembre 2017, à la suite des **appels à projets et à candidatures**, l'Administration a reçu 87 dossiers qui, après analyse, découleront sur le financement de 39 organisations pour opérationnaliser le Plan Stratégique. Ces organisations deviennent alors les *opérateurs* du Plan ; terme qui renvoie à l'idée que ces organisations sont appelées à participer à l'implémentation du Plan par le biais des programmes financés.

L'enveloppe budgétaire annuelle allouée à la mise en œuvre du Plan s'élève à 4.159.363€. (23) Comme expliqué au point précédent, le Plan prévoit une stratification des *opérateurs* : des services piliers, des acteurs et des réseaux. Le budget total est réparti comme suit entre ces types d'opérateurs : 65% du budget a été attribué aux acteurs, 31% aux services piliers et 4% aux réseaux. (23) L'illustration 1 ci-après montre quant à elle la répartition du budget total en fonction des priorités du Plan énoncées dans le tableau 2 ci-dessus.

Illustration 1 – Répartition du budget de mise en œuvre du Plan Stratégique de promotion de la santé 2018-2022 en fonction des priorités



Diapositive présentée par la COCOF en mars 2019

Si on dirige le projecteur sur les **opérateurs**, on constate que le montant des subventions obtenues varie entre 10 000 € et 350 000 € par an (23). En termes d'équivalent temps plein (ETP), ces subventions permettent de financer en moyenne 1,7 ETP (écart pouvant aller de 0 et 4,4 ETP) pour un total d'environ 53,3 ETP. À

noter que grâce à des aides à l'emploi (ACS, Maribel, etc.) ou à des fonds propres, les organisations investies par des missions de promotion de la santé y affectent environ trois fois plus d'ETP.⁸

Ces données chiffrées mettent en avant **deux caractéristiques** des *opérateurs* du Plan. D'abord, si le montant de l'enveloppe budgétaire bruxelloise dédiée à la promotion de la santé peut sembler élevé (plus de 4 millions), sur le terrain, les organisations financées ont très peu de ressources humaines. Ensuite, les missions de promotion de la santé dépassent le simple cadre de subventionnement puisque les organisations n'hésitent pas à y dédier des ressources humaines non financées par le subsidie. L'histoire de l'émergence de la promotion de la santé en Belgique francophone témoigne du caractère militant et engagé de ce secteur d'activités, qui semble encore aujourd'hui qualifier le secteur.

Les organisations investies par les missions de promotion de la santé existent pour certaines depuis les années 80 et sont, pour d'autres, beaucoup plus récentes. Pour certaines, le cadre théorique de la promotion de la santé est au cœur de leurs missions et de leur culture, alors que pour d'autres il s'agit d'un cadre théorique parmi d'autres. Certains mobilisent les démarches de promotion de la santé depuis des décennies alors que d'autres ont découvert ces démarches par le biais du Plan Stratégique.

Au-delà de leur engagement dans des **missions** de promotion de la santé, ces organisations sont actives sur des missions relativement variées (voir illustration 1) en termes de thématiques, de population cible et de niveau d'action. Les stratégies adoptées pour mettre en œuvre les programmes financés sont également variées : travail de proximité avec les populations, information, sensibilisation, accompagnement de projets, récolte de données, plaidoyers, formation, travail communautaire, etc. Plus communément, on parle de programmes de première ligne – des programmes visant directement les populations – et de programmes de

⁸ Les estimations liées aux ETP proviennent d'un cadastre réalisé par la Fédération bruxelloise de Promotion de la santé en lien avec la prime du non-marchand de 2023.

deuxième ligne – des programmes visant les professionnels en contact avec les populations.

Le **territoire** d'activités des organisations varie également ; les actions peuvent se dérouler à un niveau local (communal, voire quartier) ou sur les deux régions francophones du pays : la Région Bruxelles-Capitale et la Région Wallonne.

Ces organisations bénéficient le plus souvent de diverses **sources de financement** en complément du financement de promotion de la santé, telles que la cohésion sociale, l'ambulatoire, l'éducation permanente, la médecine préventive, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, etc. Certaines sont également financées par la politique wallonne de promotion de la santé.

La **taille** des ASBL opératrices du Plan est difficile à estimer mais si on se rapporte aux catégories d'ASBL selon le Code des Sociétés et des Associations, on peut les situer entre la « très petite ou nano » ASBL ⁹ et la petite ASBL ¹⁰ (24).

Le financement d'ASBL pour mettre en œuvre des services publics a entraîné le développement **d'outils de gestion et de contrôle** par les pouvoirs publics. L'évaluation de programme est, à ce titre, l'un des outils centraux des pouvoirs publics et s'exerce dans un contexte hautement politique. Pour les acteurs de terrain qui mènent des projets et des programmes, l'évaluation est aussi un outil de gestion de projet essentiel mais souvent bricolé.

⁹ ASBL qui ne dépasse pas plus d'un des critères suivants :

- 5 ETP
- 334 500€ de recettes HTVA
- 1 337 000€ d'avoirs ou de dettes

¹⁰ ASBL qui ne dépasse pas plus d'un des critères suivants :

- 50 ETP
- 9 000 000€ de recettes HTVA
- 4 500 000€ d'avoirs ou de dettes

Naissance de notre projet doctoral dans le cadre du Plan Stratégique de Promotion de la Santé

Le présent travail doctoral s'inscrit dans l'objectif transversal 1 (cf. tableau 2) visant l'amélioration de **la qualité des interventions en promotion de la santé** par le soutien à l'évaluation et à la transférabilité.

Se pose dès lors la question de ce qui définit une intervention de qualité. Le Plan Stratégique de Promotion de la santé ne définit pas directement ce qui fait un « bon » projet de promotion de la santé.

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 » (25) qui nous aidera à affiner notre compréhension de ce que peut être une intervention de qualité en promotion de la santé et à raccrocher ce terme à des questionnements d'actualité dans le domaine de la recherche en promotion de la santé. Cet article définit donc 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. (25) 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 » (25). 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 » (25). Selon Linda Cambon, une telle démarche qualité est « une voie majeure » du développement de la promotion de la santé et de sa reconnaissance.

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 professionnels 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, les 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 cadre certains éléments en matière **d'évaluation**. Éléments qui préfigurent les orientations prises dans la présente recherche.

D'abord, le Plan 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). » (15, p53) Cette définition met l'accent sur 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. » (15, p53)

Le **RESO**, service universitaire de promotion de la santé à l'UCLouvain (IRSS), 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 participative** 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 et sur ce travail de terrain que repose la présente thèse. Ce contexte sera détaillé plus amplement au point I du chapitre 3.

Points saillants du chapitre 1

- ♦ Le champ de la promotion de la santé réunit chercheurs, professionnels, décideurs politiques et agents publics engagés dans des démarches visant à **renforcer la capacité des individus et des communautés à agir en faveur de leur santé**. Ce champ s'est construit historiquement en réaction aux limites des stratégies de santé publique centrées sur la responsabilité individuelle.
- ♦ Il repose sur des **valeurs et des principes**, comme une compréhension des déterminants sociaux de la santé et une visée de justice sociale.
- ♦ En Belgique francophone, le champ de la promotion de la santé émerge d'une mobilisation militante d'acteurs issus du monde scientifique, associatif et médical, avant d'être **inscrit à l'agenda politique dans les années 90**.
- ♦ Avec la **Vie Réforme de l'État belge** (2014), les compétences en matière de promotion de la santé en Communauté française sont régionalisées et transférées à la Région Wallonne et à la Région de Bruxelles-Capitale.
- ♦ En 2016, la Région de Bruxelles-Capitale adopte un Décret, suivi d'un **Plan Stratégique de promotion de la santé 2018-2022**, visant à structurer le secteur et à fixer des objectifs de promotion de la santé.
- ♦ Ce Plan vise le renforcement des facteurs favorables à la santé et la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles. Il poursuit également des **objectifs thématiques et transversaux**.
- ♦ Il finance, à travers **des appels à projets**, une quarantaine d'associations (des « opérateurs ») – principalement des **petites associations** – chargées de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé et de les évaluer.
- ♦ Il finance également des « **services supports** » dont les missions ciblent les professionnels de terrain et contribuent à la qualité des interventions de promotion de la santé.
- ♦ L'un des objectifs transversaux est l'amélioration de la **qualité** des interventions en promotion de la santé par le soutien à l'évaluation et à la **transférabilité**.
- ♦ Le Plan définit certaines attentes en matière d'évaluation : il promeut une approche compréhensive des effets des interventions par l'utilisation de **l'évaluation réaliste**, ainsi que par des approches **participatives**.
- ♦ Le **RESO**, service universitaire de promotion de la santé à l'UCLouvain (IRSS), a été missionné comme service support pour soutenir les opérateurs dans l'évaluation des projets et programmes.
- ♦ Pour remplir cette mission, le RESO a proposé une **recherche participative (ProSess)** en matière d'évaluation qui visait à expérimenter l'évaluation réaliste avec des opérateurs du Plan.
- ♦ La chercheuse a coordonné la recherche ProSess. Son **travail doctoral** s'inscrit dans ce travail de terrain.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé Ottawa (Canada) 17–21 novembre 1986.
2. Arveiller J. De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829). Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle. 2006;39:115-34.
3. Breton E., Brochard A. 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.
4. Tondeur L., Baudier F. Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique. Actualité et dossier en santé publique. Septembre 1996;16.
5. Leselbaum N. Autour des mots « Éducation sanitaire », « Promotion », « Prévention », « Éducation à la santé ». Recherche & formation. 1998;131-8.
6. Piette D. La professionnalisation des éducateurs pour la santé en Communauté française de Belgique. Education Santé Novembre 1990;52.
7. 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.
8. Hoffman A. Flashback sur Santé Conjuguée. Santé Conjuguée. Juillet 2012;61.
9. Poucet T., Van Dormael M. 1964-1990 : Le GERM, pour un système de santé solidaire. Revue Politique. 2017;101:130.
10. Bantuelle M. La promotion de la santé restera-t-elle une utopie dans un système politique morcelé ? Le cas de la Communauté française de Belgique. Santé Publique. 2013;S2(HS2):149-60.
11. Anselme P., De Bock C., Demarteau M., Henkinbrant J., Mouchet P. Qui fait quoi en éducation pour la santé ? Education Santé Mai 1991;58:4-7.
12. 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
13. Luong J. Promotion de la santé : à contre-courant? Alter Echos. 2017 17 mai 2017.
14. Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale. Décret relatif à la promotion de la santé. Bruxelles 18 février 2016.
15. Jodogne C. Le Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022. [26 février 2024]. Available from: <https://www.jodogne.be/plan-strategique-promotion-sante-2018-2022>.

16. Gouvernement wallon. Décret modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé en ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention. Code wallon de l'Action sociale et de la Santé; 3 février 2022.
17. Gouvernement wallon. Programmation wallonne en promotion de la santé en ce compris la prévention. Mise en oeuvre du Plan wallon de promotion de la santé et de prévention. 2022.
18. Grawitz M., Leca J. Traité de science politique, tome 4 : Les Politiques publiques: Presses Universitaires de France - PUF; 1985.
19. Thoenig J-C. Politique publique. Dictionnaire des politiques publiques. Paris: Presses de Sciences Po; 2019. p. 462-8.
20. Centre de recherche et d'information socio-politiques. Vocabulaire politique - secteur non marchand 2024 [16-11-24]. Available from: <https://www.vocabulairepolitique.be/secteur-non-marchand/>.
21. Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. L'emploi non-marchand en fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles; Novembre 2021.
22. Biernaux O., Lemaire P., Volon H. Le poids économique des institutions sans but lucratif en Belgique. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2020.
23. Commission communautaire française. Annexe opérationnelle au Plan stratégique de Promotion de la santé 2018/2022. Bruxelles. Mars 2021.
24. La boutique de gestion ASBL. Les catégories d'ASBL et leurs obligations comptables selon le CSA et le CDE [26-11-24]. Available from: https://boutiquedegestion.be/wp-content/files/010_boutiquedegestion.be_Comptabilite_TailleASBLObligationsComptables_2023-02.pdf.
25. Cambon L. Quand la démarche qualité devient un enjeu du développement de la promotion de la santé. Santé Publique. 2008;20(6):513-4.

CHAPITRE 2

L'évaluation de programme : entre discipline et pratique de routine

“The move towards evidence-based health promotion should not be perceived as a threat. It is rather an opportunity to engage in debate about means and ends in health promotion interventions, and the fit between intervention and evaluation methods. We should reject the clumsy and crude application of evaluation methods that have been designed for static forms of medical intervention, and promote the application of research methods that are relevant to the complexities of contemporary health promotion.”

Don Nutbeam (*The challenge to provide “evidence” in health promotion*, 1999)

I. L'évaluation de programme : un triple regard

Dans le cadre de notre thèse, nous adoptons la définition de Rootman et ses collègues qui présente l'évaluation comme « l'examen et l'analyse systématiques des caractéristiques d'un programme ou d'une autre intervention, afin de produire des connaissances que différents acteurs peuvent utiliser à diverses fins. » ¹¹ (1, p26) Cette définition a l'avantage d'être généraliste et d'être proposée dans le cadre d'un ouvrage de l'OMS sur l'évaluation en promotion de la santé.

Nous proposons, dans les sections suivantes, d'explorer l'évaluation de programme sous trois angles complémentaires, permettant d'en saisir les enjeux et les dynamiques.

1. Regard méthodologique

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. Michael Scriven, parmi les premiers à théoriser l'évaluation de programme, voit d'ailleurs en l'évaluation une « transdiscipline », une pratique transversale aux disciplines, dans le sens où elle offrirait des outils et des concepts aux autres disciplines (2). Il est dès lors primordial de contextualiser le terme quand on l'utilise, en précisant certains éléments.

Le terme évaluation se rapporte d'abord à un « **objet** » dont il est possible d'estimer la valeur, les mérites, les qualités. Ce « quelque chose » peut être varié : il peut être tangible, comme une voiture et un appareil de radiographie, ou il peut s'agir d'un « objet » moins palpable, comme l'apprentissage d'étudiants ou des pratiques professionnelles ou des politiques publiques. L'évaluation va permettre de donner de la valeur à cet objet, qu'il soit tangible ou pas.

¹¹ Traduit librement de : « evaluation is the systematic examination and assessment of features of a programme or other intervention in order to produce knowledge that different stakeholders can use for a variety of purposes. » (Rootman et al. 2001, p.26)

Ensuite, quelle que soit la valeur qui va être donnée à cet objet, cela suppose de choisir sur quelle(s) **dimension(s)** 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'étudiants, on peut souhaiter évaluer leur compréhension à la lecture ou leur connaissance du système politique belge par exemple.

Enfin, en fonction de la ou des dimensions qui vont être examinées, des **approches évaluatives** seront plus ou moins adaptées : on n'évaluera pas la compréhension à la lecture des étudiants en leur demandant de réciter le texte par exemple.

Dès lors, 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 *a minima* 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 quand nous parlons d'évaluation.

Dans le champ de la promotion de la santé, 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, intervention, action et programme » sont souvent utilisés de manière interchangeable pour décrire ces « objets de promotion de la santé ». Dans la suite de ce travail, nous utiliserons le terme « programme » que nous comprenons à la lumière de la définition de Pineault et Daveluy comme : « un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie. » (3, p333). Nous développons plus amplement les spécificités des programmes de promotion de la santé au point II de ce chapitre.

L'évaluation de programme suppose, selon la définition ci-dessus, de produire des connaissances par une analyse des caractéristiques d'un programme. L'analyse peut porter sur diverses **dimensions** du programme qui seront déterminées en fonction des objectifs et des questions d'évaluation, des ressources disponibles, de la phase du programme (le programme est-il en phase développement, en phase de

mise en œuvre ou en phase finale ?), etc. De nombreux manuels d'évaluation présentent des typologies des types d'évaluation. (4, 5) Dans le cadre de cette introduction, nous proposons la typologie de Ridde et Dagenais (6, p26), qui est souvent utilisée dans le champ de la promotion de la santé et en contexte francophone :

- Evaluation des besoins : Quels besoins le programme vise-t-il à satisfaire ? Les besoins des participants ont-ils évolué depuis le début de la mise en œuvre ?
- Evaluation de la pertinence : le programme répond-il aux besoins des participants ? Prend-il en compte le contexte de sa mise en œuvre ?
- Evaluation du processus : Le programme est-il mis en œuvre tel qu'il a été planifié ? Quels facteurs facilitent ou entravent la mise en œuvre du programme ?
- Evaluation de l'efficacité : Les effets constatés à court terme correspondent-ils aux objectifs initialement fixés ? Comment les effets relevés chez les participants au programme se comparent-ils avec la situation des non participants ?
- Evaluation d'impact : Les effets constatés à long terme correspondent-ils aux objectifs initialement fixés ?
- Evaluation de l'efficience : Quel est le rapport entre les ressources et les effets du programme ? Ce programme est-il plus onéreux qu'un autre qui produirait le même effet ?

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. La rationalité n'est pas seule guide dans le choix de l'approche qui traduit aussi le positionnement épistémologique de la ou des personnes qui sont amenées à mener l'évaluation.

Ces trois éléments (objet – dimension – approche) ne sont néanmoins pas les seuls aspects à clarifier pour se lancer dans une évaluation de programme. En réalité, de ces éléments vont découler une série de questions 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 la démarche évaluative.

2. Regard social

L'évaluation de programme est une activité profondément humaine. Nous relevons trois aspects de l'évaluation qui justifient de poser un regard social sur cette activité : la place des parties prenantes, le rôle de l'évaluateur et l'utilisation des résultats de l'évaluation.

La rencontre des parties prenantes de l'évaluation

Ce caractère social se présente dans la **rencontre des parties prenantes** d'une évaluation. Les parties prenantes d'une évaluation sont « les personnes, groupes ou organisations qui influencent ou sont influencés par le processus évaluatif et/ou ses résultats » ¹² (7, p1). Les parties prenantes ont bien entendu des attentes et des intérêts variés, parfois contradictoires, qui font l'objet d'une attention particulière dans une démarche évaluative et traduisent la dimension sociale de la démarche. Parmi les grandes catégories de parties prenantes, Bryson et ses collègues (7) citent :

- Celles qui ont un pouvoir de décision ou une autorité sur le programme : les pouvoirs publics, les financeurs, les commissions d'avis, etc.
- Celles qui ont la responsabilité directe du programme : les concepteurs du programme, les acteurs qui le mettent en œuvre, l'organisation qui se porte garante, etc.
- Celles qui sont visées par le programme : les bénéficiaires, leur entourage, leur communauté, etc.
- Celles qui sont lésées par le programme : les programmes qui n'ont pas été financés.
- Et enfin, la société civile.

¹² Traduit librement de : « individuals, groups, or organizations that can affect or are affected by an evaluation process and/or its findings » (Bryson et al., 2011, p.1)

Dans leur article, Bryson et ses collègues ne citent pas le ou les évaluateurs parmi les parties prenantes. Pourtant, positionner l'évaluateur en dehors des parties prenantes, c'est lui attribuer un pouvoir et une position dominante dans les rapports sociaux qui se jouent avant, pendant et après la démarche évaluative. D'autant plus que l'évaluation de programme implique déjà, du fait de sa visée à poser un jugement, un rapport hiérarchique entre l'objet et son évaluation. (8)

Le rôle de l'évaluateur

Les **évaluateurs** (ou les personnes endossant une fonction d'évaluateur) sont amenés à avoir des mandats variables en fonction des contextes et des attentes. Leur rôle dépasse souvent l'application d'une démarche méthodologique. D'ailleurs dans les référentiels de compétences professionnelles destinées aux évaluateurs, les compétences concernent aussi des aspects de relation interpersonnelle par exemple. (9)

La place de l'évaluateur peut varier :

De manière **externe**, le travail d'évaluation est alors confié à des personnes ou sociétés spécialisées qui mènent l'évaluation sur une base contractuelle. Souvent présenté comme plus objectivable et plus sécurisant (en raison du contrat qui lie les protagonistes) c'est aussi un type d'évaluation qui peut décevoir en termes de résultats en raison du fait que l'évaluateur a un accès plus difficile au terrain.

L'évaluation peut se dérouler en **interne**. Dans ce contexte, l'évaluation peut être portée par des personnes dont c'est la fonction au sein de l'organisation ou par les personnes qui mettent en œuvre le programme et qui doivent intégrer la fonction d'évaluation dans la gestion du programme. Dans ce dernier cas de figure, les personnes ne se reconnaîtront pas en tant qu'évaluatrices, ce n'est pas leur métier même si elles mobilisent le savoir-faire de la profession.

Il existe un troisième type de contexte qui fait l'objet de peu d'attention dans la littérature. Il s'agit d'une évaluation **mixte**, c'est-à-dire réalisée par des personnes en interne avec le soutien d'une personne spécialisée externe à l'organisation.

Le positionnement de l'évaluateur peut être choisi délibérément, en fonction des avantages et des inconvénients de chaque type de contexte, ou bien imposé en raison de la disponibilité des ressources (financières et humaines).

Le rôle de l'évaluateur a commencé à intéresser la communauté scientifique avec les travaux de Carole Weiss (10), puis de Michael Quinn Patton sur l'évaluation centrée sur l'utilisation (11) et les travaux de Hallie Preskill sur les apprentissages résultant des évaluations, notamment au niveau organisationnel (12). Dans ces travaux, le rôle de l'évaluateur est devenu un facteur clé de la portée des évaluations ainsi que de la crédibilité du jugement produit par l'évaluation.

L'utilisation des résultats de l'évaluation ou l'influence de l'évaluation

L'utilisation des résultats de l'évaluation est un sujet hautement complexe, qui fait l'objet d'une grande attention dans la littérature et particulièrement dans les années 70-80. Traditionnellement, l'utilisation des résultats est conceptualisée en quatre types d'utilisation : instrumentale (action ou décision directement prise sur base des résultats), conceptuelle (nouvelle compréhension au sujet du programme et de son fonctionnement), symbolique (légitimer l'action ou d'une décision préalable) et l'utilisation du processus (apprentissages qui ont lieu pendant le processus évaluatif). (13, 14) Certains auteurs préféreront parler de l'influence de l'évaluation plutôt que de l'utilisation de l'évaluation pour dépasser une vision centrée sur les résultats de l'évaluation comme unique finalité de l'évaluation. (13, 15)

Plusieurs auteurs ont écrit sur les facteurs qui influent à l'utilisation de l'évaluation par les parties prenantes. (16) Ici, l'objectif n'est pas de tous les détailler mais de donner à voir l'apport d'un regard social sur une démarche évaluative. Prenons l'exemple de la crédibilité. Si la rigueur de la démarche méthodologique de l'évaluation (perspective méthodologique), influence la crédibilité des résultats, elle n'a pas pour autant l'exclusivité. En effet, parmi les facteurs qui influencent la crédibilité des résultats d'une évaluation, la confiance accordée à l'évaluateur (perspective sociale) va jouer un rôle important. (17) D'ailleurs, la construction d'un jugement crédible aux yeux des parties prenantes nécessite souvent de leur donner l'occasion de contribuer aux démarches évaluatives. (18)

3. Regard politique

L'évaluation de programme est dans une certaine mesure une activité **politique**. Comme toute pratique humaine, l'évaluation est influencée par le contexte politique et ne peut se comprendre pleinement qu'en prenant la mesure de l'influence de ce contexte.

En Belgique, l'idéologie néolibérale ayant pris une place prépondérante dans les années 90, elle a mené les pouvoirs publics à faire évoluer les modèles de gestion de l'intervention publique dans le courant du New Public Management.

Ainsi, des notions telles que la performance, l'efficacité, l'efficience, etc. ont commencé à infiltrer les discours et les pratiques. L'évaluation devient alors le biais par lequel les pouvoirs publics récoltent des données quantitatives sur le travail, notamment des associations, dans le but d'en juger la performance, réduite au sens de l'efficacité, autrement dit l'atteinte d'objectifs fixés (rarement par les premiers concernés). Ce nouveau besoin des pouvoirs publics entraîne la recherche d'outils permettant d'objectiver le travail par sa quantification, et en ce sens l'évaluation de programme, telle que présentée ci-avant, traduit ces besoins. (19)

Le développement de ces valeurs gestionnaires guidées par l'efficacité suit des rythmes différents selon les pays et les secteurs mais il donne inévitablement une orientation technocratique à l'évaluation.

L'influence **néolibérale** a contribué à faire de l'évaluation de programme un outil central dans les administrations publiques. Toutefois, la définition même de l'évaluation varie selon les contextes culturels et administratifs, façonnée par les traditions institutionnelles et les orientations managériales. (20, 21)

Dans les pays anglophones et d'Europe du Nord, où la culture de la reddition des comptes occupe une place prépondérante, les administrations sont soumises à des exigences accrues de transparence et de justification de leurs décisions. (21) Cette dynamique a favorisé l'émergence d'une véritable profession de l'évaluation. (20, 21) À l'inverse, en France (21) et en Belgique (22), l'évaluation demeure souvent

intégrée aux métiers existants, bien qu'un mouvement visant à professionnaliser l'évaluation soit en cours ¹³.

Ainsi, bien que les méthodes d'évaluation puissent sembler neutres en théorie, leur mise en œuvre est profondément influencée par les contextes nationaux et institutionnels. L'évaluation est indissociable des attentes de l'appareil politico-administratif et des pratiques professionnelles spécifiques à chaque pays.

Les pratiques d'évaluation de programme s'inscrivent donc dans ce **contexte politique** qui induit des besoins et des attentes chez les intervenants de terrain dès lors que les programmes qui sont évalués sont les produits de décisions politiques. Leur implémentation reste sujette à une forme de pression – qui peut être soutenante ou hostile – de la part du politique. (1, 23)

En raison du fait que l'évaluation vise à porter un jugement sur les programmes et à informer les décisions de différentes parties prenantes, les informations qu'elle génère entrent dans l'arène politique et influencent les processus politiques aux côtés d'autres sources d'information. (23) En ce sens, l'évaluation peut permettre de faire remonter aux niveaux politiques de nouveaux besoins ou des besoins en évolution. (19) Néanmoins, dans un modèle néolibéral, l'évaluation est surtout pensée dans des logiques de contrôle du travail et de justification des dotations publiques. (19)

Ainsi, même quand l'évaluation n'est pas spécifiquement réalisée pour répondre aux exigences de bailleurs de fonds, elle a une nature politique. Sa nature politique dépasse donc le contexte dans lequel elle se déroule. (23)

¹³ En Belgique francophone, nous identifions par exemple le certificat inter-universitaire en évaluation des politiques publiques. En France, la Société Française de l'Evaluation a récemment publié un référentiel de compétences en évaluation : « Le métier d'évaluateur de politiques publiques », accessible via le lien suivant : <https://www.sfe-asso.fr/>

II. Les particularités de l'évaluation en promotion de la santé

1. Les valeurs et principes en promotion de la santé

Le point I du chapitre 1 a développé les caractéristiques de la promotion de la santé. Comme nous l'avons vu, agir en promotion de la santé suppose de s'engager en cohérence avec des **valeurs** telles que l'*empowerment*, la participation et l'équité. La réflexion éthique des actions et décisions est fondamentale dans l'agir en promotion de la santé. Il en est de même pour l'évaluation des programmes de promotion de la santé. (1, 24)

Les **principes guides** que nous développons ici ont été proposés en 2001 par un groupe de travail de l'Organisation Mondiale de la Santé (25) qui a entrepris de poser un cadre de référence en matière d'évaluation en promotion de la santé (voir tableau 3, ci-dessous).

Comme le montre le tableau 3, **quatre principes** tiennent une place particulièrement importante dans les processus évaluatifs en promotion de la santé : la participation, le développement des capacités, l'intersectorialité/multidisciplinarité, la nature complexe des interventions. Nous les définissons de manière plus détaillée dès lors qu'ils sont au cœur de notre thèse.

Le processus d'évaluation en promotion de la santé devrait être **participatif**. Selon Springett : « Une approche participative de l'évaluation cherche à impliquer les personnes concernées par les résultats [de l'évaluation], afin de passer à l'action et d'engendrer des changements. (...) La force des approches participatives réside dans leur contribution au développement des capacités et au changement social. En d'autres termes, l'évaluation participative constitue une stratégie de promotion de la santé. » ¹⁴ (26, p83) Cette définition met donc l'accent sur l'importance de la participation des parties prenantes à toutes les étapes de l'évaluation pour leur

¹⁴ Traduit librement de : « A participatory approach to evaluation attempts to involve all who have a stake in the outcome in order to take action and effect change. (...) The strength of participatory approaches lies in their contribution to empowerment and social change. In other words, participatory evaluation is a health promotion strategy. » (Springett, 2001, p.83)

permettre d'utiliser les connaissances produites à des fins de changements sociétaux favorables à la santé et la justice sociale. (26)

Par la participation, le processus d'évaluation devrait ainsi permettre le développement des capacités. La **capacité** peut se définir comme la faculté d'un *système humain* (des individus, des équipes, des organisations, des réseaux, ...) à répondre aux attentes, à survivre et à s'adapter, en réaction à des facteurs qui peuvent être externes ou internes. (27) Dès lors, inscrire l'évaluation dans une démarche de développement de la capacité (la **capacitation**) revient à faire évoluer la capacité des individus et des collectifs à agir en faveur de leur santé en exerçant un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, par exemple en offrant un feedback aux acteurs afin de leur permettre d'adapter les actions, en légitimant leurs actions, en développant leurs compétences analytiques et de communication, etc. (1) Dans la suite de la thèse, nous utiliserons le terme « capacitation » pour désigner cette démarche.

En raison du caractère **intersectoriel** des programmes de promotion de la santé, leur évaluation devrait pouvoir se reposer sur une variété de disciplines et de procédures de collecte de données afin que le processus évaluatif soit en mesure de tenir compte de ce caractère. (1)

Enfin, le processus évaluatif devrait être adapté à la nature **complexe** des programmes de promotion de la santé. Cette nature complexe s'explique par la relation interdépendante du programme avec son contexte de mise en œuvre, impliquant qu'il ne soit pas possible d'extraire le programme de son contexte pour l'évaluer. (1) Nous reviendrons sur ce principe au point III de ce chapitre.

Tableau 3 – Principes guides pour l'évaluation en promotion de la santé

Principes	Intervention	Evaluation
Participation	Impliquer les parties prenantes à toutes les étapes du projet	Inclure les parties prenantes qui montrent un intérêt légitime à l'évaluation de l'intervention.
Capacitation / <i>empowerment</i>	Permettre (capaciter) aux individus et aux communautés d'exercer un plus grand contrôle sur les facteurs qui influencent leur santé	Permettre aux parties prenantes impliquées dans l'évaluation de développer leurs compétences.
Holistique	Prendre en compte les multiples dimensions de la santé : physique, mentale, sociale et spirituelle.	/
Intersectorialité/multidisciplinarité	Favoriser la collaboration des acteurs de toutes les disciplines et secteurs concernés.	Ancrer le processus dans diverses disciplines et se reposer sur une variété de techniques de collecte de données.
Équité	Viser l'équité, la justice sociale.	/
Pérennisation	Générer des changements que les individus et les communautés peuvent maintenir une fois que l'intervention se termine.	/.
Multi-stratégies	Se reposer sur différentes approches combinables.	/
Pertinence (en lien avec la complexité des interventions)	/	Élaborer un processus de manière à respecter la nature complexe des interventions et à permettre de mesurer l'impact à long terme.

Adapté de Tremblay et al. 2013 (28)

2. Le succès d'un programme de promotion de la santé

Le développement du champ de la promotion de la santé est marqué depuis ses débuts par la **difficulté d'évaluer** la contribution des programmes de promotion de la santé à l'amélioration de la santé des populations (29). Don Nutbeam, professeur de santé publique à l'Université de Sydney, a fait de cette difficulté le cœur d'un article en 1998 (29), devenu une référence dans le champ de la promotion de la santé.

Dans cet article (29), Nutbeam tire le constat que les interventions de promotion de la santé sont le plus souvent évaluées sur un présupposé selon lequel les effets attendus des interventions de promotion de la santé s'apprécieraient en termes **d'effets sur la santé** (*health outcomes*). Autrement dit, il serait attendu des interventions de promotion de la santé qu'elles engendrent un changement sur l'état de santé des individus ou collectivités. Ce présupposé erroné expliquerait en partie la lente progression de la promotion de la santé. (29, 30)

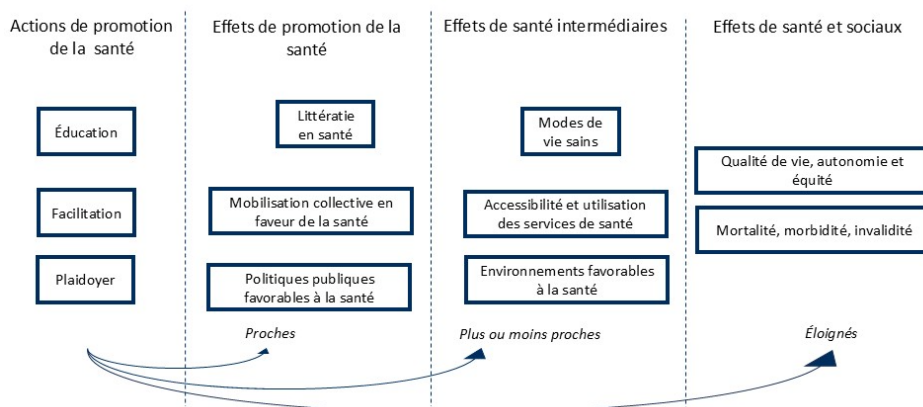
Dans son article (29), Nutbeam argumente que la relation entre une intervention de promotion de la santé et un changement au niveau de l'état de santé est complexe et indirecte. Il en conclut que le « **succès** » d'une intervention de promotion de la santé ne devrait pas être défini au regard de ses potentiels effets sur la santé mais plutôt au regard d'effets de promotion de la santé ; autrement dit, au regard d'effets recherchés par les démarches de promotion de la santé (*valued outcomes*).

Au regard de la définition de la promotion de la santé ¹⁵, tant les **effets du processus que les effets résultant du processus** sont des effets valorisés. Le succès d'un programme de promotion de la santé en termes de processus va par exemple se qualifier au regard de l'engagement et l'implication des parties prenantes dans le processus. Son succès, en termes d'effets, va se qualifier au regard de sa capacité à soutenir les individus et les collectivités à exercer un plus grand contrôle

¹⁵ Pour rappel, la promotion de la santé est définie comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. (Ottawa, 1986)

sur leur santé. (29) Ainsi, Nutbeam propose un modèle des effets de programmes de promotion de la santé, reproduit sur l'illustration 2 ci-après.

Illustration 2 – Modèle des effets de programmes de promotion de la santé



Traduit et adapté de Nutbeam 1998 (29)

Nous ne développerons pas davantage ce modèle, qui nous permet surtout de démontrer que, l'analyse des effets nécessite de positionner adéquatement les effets attendus de l'intervention ; ce qui n'empêche pas de s'intéresser aux liens de causalité plus éloignés.

La construction de la **crédibilité** des approches de promotion de la santé a grandement souffert de ce présupposé erroné, encore très répandu notamment parmi les décideurs politiques. Ainsi, les démarches évaluatives des scientifiques et acteurs de terrain s'inscrivant dans des démarches de promotion de la santé se doivent de juger les interventions au regard d'effets de promotion de la santé tout en permettant de démontrer les liens avec des effets de santé. MacDonald et ses collègues concluent leur article par « En bref, nous avons besoin d'évaluer notre approche de l'évaluation : nous avons besoin de preuves du succès [des interventions de promotion de la santé] plus utiles » ¹⁶ (30).

¹⁶ Traduit librement de : « In short, we need to evaluate our approach to evaluation: we need more *useful* evidence of success » (Macdonald et al. 1996)

Ce besoin de **preuves « utiles »** appelle à parler de démarche probante en promotion de la santé (*evidence based health promotion*). Ce terme, employé d'abord en médecine (*evidence-based medicine*), sera utilisé dans les années 90 par l'épidémiologiste tchèque Milos Janicek dans le domaine de la santé publique, qui définira la démarche comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves disponibles dans la prise de décision en santé publique. (31) Progressivement, l'expression est entrée dans divers domaines de la santé, dont celui de la promotion de la santé.

La notion de preuves en promotion de la santé implique un certain nombre de difficultés liées en grande partie à la **nature complexe** des interventions de promotion de la santé, que nous détaillerons ci-après. Sans entrer davantage dans les détails, retenons que les preuves en promotion de la santé nécessitent de disposer de preuves sur : (i) la problématique (ii) les solutions et (iii) les conditions de mise en œuvre (le contexte). (31)

3. La nature complexe des programmes de promotion de la santé

Depuis les années 2000, le terme **complexité** a fait son entrée dans le champ de la santé publique et fait l'objet d'une littérature conséquente. Nous ne développerons pas cette notion au-delà de ce qui est nécessaire pour la compréhension de la suite et suggérons aux lecteurs intéressés de lire la thèse de Justine Trompette (2017) intitulée « Complexité des interventions en santé publique et en promotion de la santé : exploration de son appréhension par les chercheurs et par les acteurs de terrain. » (32).

Impossible néanmoins de parler de complexité sans faire référence au philosophe et sociologue français, Edgar Morin, qui promeut une réforme de la pensée avec son œuvre *La Méthode* ¹⁷ dans laquelle il développe la thèse selon laquelle il n'y a pas

¹⁷ *La Méthode* est constituée de 6 volumes publiés entre 1977 et 2004 aux éditions Le Seuil : La Nature de la nature (1977), La Vie de la vie (1980), La Connaissance de la connaissance (1986), Les Idées : leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation (1991), L'Humanité de l'humanité : l'identité humaine (2001), Éthique (2004).

de vérité définitive et qui viendra bousculer le paradigme dominant des sciences avec l'introduction de la « pensée complexe ». Dorénavant, la science ne cherchera plus à dissiper la complexité des phénomènes pour en proposer une explication simple. La science moderne refusera la certitude, l'ordre et la réduction du réel. Avec la « pensée complexe », Edgar Morin propose un nouveau paradigme pour une science de la complexité qui, au lieu de diviser et ordonner, propose d'examiner les phénomènes à la lumière de différentes disciplines et en cherchant à relier les unités du réel pour le comprendre et l'expliquer.

Les travaux du **Medical Research Council** (MRC), une agence nationale anglaise, ont été importants dans la définition et l'intégration de ce nouveau paradigme dans le champ de la recherche en santé. En 2000, le MRC publie un cadre de référence pour le développement et l'évaluation d'interventions complexes (33), qu'il révisera une première fois en 2006 (34, 35) et plus récemment en 2021 (36).

Dans un article de 2021, le MRC définit les **interventions complexes** de la manière suivante : Une intervention peut être considérée comme complexe en raison de ses nombreuses composantes interventionnelles, telles que l'éventail des comportements visés par les interventions, l'expertise et les compétences requises par les personnes qui mettent en œuvre les interventions, le nombre de groupes ou d'environnements ciblés, ou le niveau de flexibilité nécessaire à la mise en œuvre des interventions. La complexité résulte également des interactions entre l'intervention et son contexte. Ce dernier étant défini par les caractéristiques des circonstances dans lesquelles une intervention est conçue, développée, mise en œuvre et évaluée. L'importance des interactions entre l'intervention et son contexte requiert l'identification des mécanismes de changement et des facteurs contextuels pour comprendre les effets des interventions. (36)

Avec les travaux du MRC et d'autres chercheurs tels que Shiell et Hawe (37), Campbell *et al.* (33), Patton (38), Contandriopoulos *et al.* (39) ou encore Minary *et al.* (40), les interventions en santé ont été redéfinies sous le prisme de leur complexité. Cette conceptualisation a aussi ouvert le débat relatif aux méthodes d'évaluation de ce type d'interventions. La nature complexe de ces interventions

entraîne un certain nombre de spécificités pour leur évaluation, et plus particulièrement, pour l'évaluation des changements auxquels elles contribuent.

L'image de la « **boîte noire** » revient régulièrement pour illustrer la complexité d'une intervention et ce que cette complexité implique pour une évaluation. (41) Celle-ci renvoie à la définition de l'objet à évaluer. (42) Nous en parlons plus haut, les « objets » de promotion de la santé 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 promotion de la santé, c'est-à-dire ce qui se passe lorsque le programme est traduit dans le réel, 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. (43) Lorsqu'il s'agit d'évaluer les effets d'une intervention, il est nécessaire de se tourner vers des approches capables d'ouvrir sa boîte noire de l'intervention. Autrement dit, de s'intéresser aux conditions dans lesquelles une intervention produit des changements (effets), pourquoi ? comment ? pour qui ?

Ce qui nous amène à la notion de **transférabilité**. Cette notion découle de la complexité des contextes des actions en promotion de la santé. 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. (44) 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 promotion de la santé sont donc également centrales pour développer la discipline. (44)

III. L'évaluation des effets des programmes dits complexes : zoom sur l'évaluation réaliste

1. L'efficacité des programmes complexes : une question de point de vue ?

L'efficacité d'un programme peut se définir comme : « les changements qu'il produit par rapport aux améliorations visées en termes de conditions sociales. » ¹⁸ (5). Dans le champ de la promotion de la santé, Don Nutbeam définit l'efficacité comme : « le degré auquel une action atteint un effet recherché » ¹⁹ (29). Ces deux définitions ont de commun qu'elles se positionnent sur un paradigme positiviste pour évaluer les effets d'un programme.

Du fait de ce positionnement, ces définitions – et par extension la notion d'efficacité – entrent en tension avec une approche de l'évaluation qui prend en compte la complexité des programmes. En effet, l'efficacité d'un programme est généralement définie en fonction des effets attendus, ce qui s'accorde difficilement avec une perspective holistique et systémique, pourtant plus adaptée à appréhender la complexité de ces interventions. (36) De plus, le concept d'efficacité suggère que seuls certains types de données (le plus souvent quantitatives) et méthodes (souvent expérimentales) sont en mesure de produire une preuve suffisante pour *démontrer* l'efficacité d'un programme. Or, la nature complexe des programmes implique de multiplier les sources et types de données ainsi que les méthodes. (36)

Avec la percée de la pensée complexe dans le champ de la santé, c'est un **nouveau chapitre méthodologique** qui s'ouvre. Les interventions complexes ne seront plus examinées à l'aide d'un paradigme positiviste qui mise sur des méthodologies expérimentales ; très pertinentes pour étudier l'efficacité d'interventions dites « simples » telles que pour un médicament mais inadaptées pour étudier l'efficacité d'une intervention complexe. (36, 45)

¹⁸ Traduit librement de: « [...] the change it produces in outcomes that represent the intended improvements in the social conditions it addresses. » (Rossi, 2004)

¹⁹ Traduit librement de: « The extent to which an action achieves a valued outcome » (Nutbeam 1998)

Compte tenu des **spécificités des programmes** dits complexes, se poser la question de l'efficacité implique de se poser la question des effets, attendus ou pas, générés par la mise en œuvre d'un programme à la lumière de ses interactions avec le contexte. Ainsi, s'il est pertinent de se poser la question « est-ce que ce médicament a les effets attendus ? », ça l'est beaucoup moins dans le cas d'une intervention complexe. Dans ce dernier cas, il sera plus pertinent de définir l'efficacité du programme en tenant compte de son interdépendance avec son contexte par exemple. Et de s'intéresser à ce qui pourrait la rendre transférable dans un autre contexte. Bref, plutôt que de chercher à savoir si l'intervention a produit les effets attendus (efficacité au sens de Rossi), on se demandera comment l'intervention a contribué à changer une situation initiale. Son efficacité sera dès lors circonscrite.

Si les approches méthodologiques jusqu'alors privilégiées ne conviennent plus, alors quelles sont les alternatives ou comment les adapter à cette complexité ? Plusieurs réponses sont possibles. Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons à une approche d'évaluation : l'évaluation réaliste.

Dans les textes fondateurs de **l'évaluation réaliste**, le terme d'efficacité n'apparaît pas. (46, 47) Pourtant, cette approche s'attache bien à analyser les changements induits par les programmes. Si le concept d'efficacité est évité, c'est parce que l'évaluation réaliste s'inscrit dans la philosophie du réalisme transcendantal, qui se distingue du positivisme. (48)

L'évaluation réaliste se propose d'investiguer comment les programmes fonctionnent, pour qui et dans quelles circonstances. L'approche est utilisée pour comprendre les effets d'un programme en s'intéressant aux mécanismes par lesquels un programme génère des effets. Dans une publication²⁰ du RESO (49), nous détaillons les principes théoriques de l'approche réaliste. Nous en rappelons les principes clés ici et renvoyons le lecteur à cette publication pour aller plus loin.

²⁰ Cette publication est téléchargeable sur cette page : <https://www.uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/syntheses-de-connaissances>

2. Principes philosophiques de l'évaluation réaliste

L'évaluation réaliste est une approche évaluative qui 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. (50, 51)

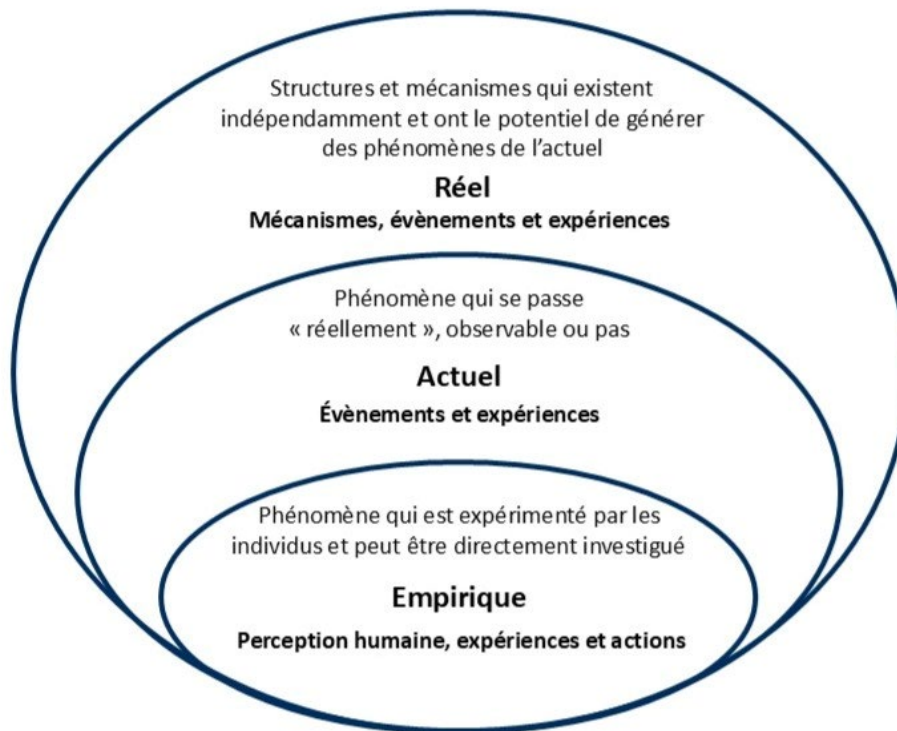
En 1997, **Ray Pawson et Nick Tilley** publient un ouvrage intitulé « Realistic Evaluation » (46) dans lequel ils développent leur vision de la pensée réaliste : les origines, les fondements et les premiers repères méthodologiques de l'évaluation réaliste. Tilley explique que dans les années 80, Pawson et lui sont chacun confrontés à l'évaluation de programme concernant la prévention de la criminalité. Alors qu'ils ne sont pas des spécialistes de l'évaluation, ils se plongent dans la littérature et deviennent vite sceptiques face aux approches classiques, telles les méthodes expérimentales ou quasi expérimentales, utilisées à cette époque-là pour évaluer tout type de programme. (52) En effet, les relations de causalité entre les (multiples) composantes de ces programmes et de leurs effets sont, d'une part, difficiles à identifier mais aussi instables dans la durée et variable selon les contextes. Ils en viennent à proposer une nouvelle approche évaluative : l'évaluation réaliste (dite aussi approche réaliste ou démarche réaliste). (53)

L'utilisation de l'évaluation réaliste suggère un certain basculement de **paradigme** dans le sens où les fondements de l'approche reposent sur une école de pensée, le réalisme transcendantal qui pose plusieurs postulats quant à la nature des programmes (54).

Le **réalisme transcendantal** différencie le réel, l'actuel et l'empirique (cf. illustration 3) pour comprendre ce qui « est » (trois niveaux ontologiques). (55) 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 physicochimique (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. (54)

Illustration 3 – Les trois niveaux ontologiques de la réalité



Traduit et adapté de Mukumbang et al. 2021 (55)

Dans cette conception, un programme de promotion de la santé est un évènement (niveau de l'actuel) et vient répondre à l'interprétation que l'on a d'une problématique (niveau de l'empirique) 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 programme de promotion de la santé dans ces interactions (niveau de l'empirique).

Ancrer sa démarche évaluative dans le paradigme du réalisme transcendantal c'est adopter une posture qui tient en trois grandes caractéristiques.

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

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

Troisièmement, le réalisme soutient que **tous les systèmes sociaux sont des systèmes ouverts**, car en réalité, les systèmes n'ont pas de frontière tangible, elles sont plutôt poreuses et flexibles : les personnes, les idées, les ressources, entrent et sortent du système. Ceci implique plusieurs choses pour l'évaluation. D'abord, cette idée implique qu'il faut fixer les limites du système évalué, même si celles-ci n'existent pas clairement dans la réalité. De plus, le programme, comme système ouvert, n'est pas statique, il évolue dans le temps de façon complexe et interactive. Enfin, cette idée implique que les effets observés résultent d'interactions à l'intérieur

mais aussi au travers du système dans ses interactions avec d'autres systèmes. Les effets d'un programme ne sont donc pas « simplement » la résultante du programme.

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

L'approche réaliste peut reposer sur deux formes de réalisme transcendantal : le réalisme critique et le réalisme scientifique. (55) Ces deux formes de réalisme présentent de nombreuses similarités – notamment les caractéristiques développées ci-avant – mais aussi des nuances – notamment méthodologique – que cette thèse ne développera pas. Nous retiendrons que l'évaluation réaliste s'ancre plus spécifiquement dans le réalisme scientifique en raison de son approche méthodologique. À l'instar de Mukumbang et ses collègues (55), nous mobilisons le terme de réalisme transcendantal afin d'englober l'ensemble des travaux informés par l'une ou l'autre de ces formes.

3. Principes conceptuels de l'évaluation réaliste

L'évaluation réaliste fait partie de la famille des « évaluations axées sur (ou guidées par) la théorie ». (56) 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 concepteurs du programme ou de celles et ceux qui le mettent en œuvre. Ces hypothèses de fonctionnement rejoignent ou reposent le plus souvent sur des modèles et théories scientifiquement validés.

Ce qui distingue particulièrement la démarche réaliste d'autres approches d'évaluation, est la vision de la causalité, appelée causalité générative, qu'elle suggère et qui constitue le cœur de la démarche. (57)

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

À l'opposé, selon le principe de la causalité générative, ce n'est pas l'intervention qui produit des effets, car prise seule, celle-ci n'est qu'une théorie. L'intervention n'est donc pas causale. Cependant, la rencontre entre les ressources amenées par l'intervention et les éléments du contexte dans lequel l'intervention est menée peut (ou pas) actionner un ou plusieurs mécanismes qui produiront l'effet. Ce mécanisme explique le lien de causalité entre une ou plusieurs ressources de l'intervention, le contexte de cette dernière et l'effet qui en découle. (58)

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

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

Le mécanisme (M) est la réponse des personnes aux ressources offertes par le programme. Il est activé par des facteurs contextuels et exerce une sorte de force qui conduit aux effets. La réponse des personnes peut être d'ordre cognitive, émotionnelle, consciente ou inconsciente, positive ou négative, etc. Pawson et Tilley utilisent la métaphore de l'horloge pour expliquer le concept de « mécanisme » : on

voit les aiguilles bouger mais pour comprendre comment elles bougent, il faut démonter l'horloge et aller examiner l'intérieur, car en surface, on ne voit que les effets du mécanisme intérieur. (46) Les mécanismes, au sens réaliste, sont souvent cachés, voire invisibles, ce qui ne les empêche pas d'être réels dans le sens où ils génèrent des effets. Ils sont également sensibles au contexte. Cette caractéristique implique qu'il ne faut pas voir les mécanismes comme universels mais contextualisés. Enfin, les mécanismes peuvent être individuels ou collectifs. (41, 59, 60)

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

C'est en étudiant les liens causaux qu'il est possible de dire si un programme fonctionne, ou pas, comment, pour qui et dans quelles circonstances. Ainsi, Pawson et Tilley (46) ont développé un outil d'analyse (heuristique) de ces liens causaux. Cet outil met en lien les 3 concepts-clés cités ci-dessus et porte le nom de « configurations Contexte-Mécanisme-Effet », abrégées « **configurations CME** ». (46)

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

Si l'évaluation réaliste n'est pas liée à une méthode (qualitative ou quantitative), la démarche repose cependant sur un mode de raisonnement particulier. La démarche réaliste invite à adopter un mode de **raisonnement de théorisation rétroductive** qui consiste à combiner des démarches inductive (générer une théorie à partir de preuves), déductive (tester une théorie sur base de preuves) et abductive. (48, 55, 61) L'abduction est une forme d'inférence consistant à trouver une explication

causale pour une observation initiale (issue du terrain), par la recherche d'une hypothèse explicative vérifiable. (62, 63) Elle induit une forme de pragmatisme et de créativité dès lors qu'elle vise la découverte, l'innovation, l'émergence de nouvelles idées. (48) L'approche abductive implique une série d'opérations permettant aux chercheurs de rejeter une « probabilité a priori des hypothèses », c'est-à-dire de ne pas se laisser influencer par le fait qu'une hypothèse semble raisonnable à la lumière de ses connaissances et représentations. Pour ce faire, la démarche consiste à utiliser une ou plusieurs théories existantes pour éclairer les hypothèses. (63) Plus concrètement, la théorie intervient pour étayer les idées théoriques qui émanent de l'analyse des données de terrain et aider à monter en abstraction les hypothèses de causalité.

Les théories ont donc une place centrale dans une démarche d'évaluation réaliste. Pour soutenir ce raisonnement abductif, le chercheur peut compter sur les **théories de moyenne portée**. Celles-ci sont définies comme des théories qui se situent entre les hypothèses de fonctionnement spécifiques à l'intervention et à son contexte et les hypothèses qui ont déjà été unifiées en théorie expliquant des phénomènes sociaux (46). Le va-et-vient entre les données de terrain et la théorie de moyenne portée permet de produire des connaissances transférables. Cette démarche d'accumulation et d'assemblage de théories est caractéristique du raisonnement abductif et centrale pour parvenir à des résultats sur l'efficacité du programme et envisager la transférabilité de ce dernier.

Kazi (2003) dira que le vrai but de l'évaluation réaliste, ce n'est pas de poser un jugement sur le programme mais de développer et améliorer les **modèles de pratiques** (*models of practice*) – dit autrement les théories sur lesquelles reposent les pratiques. (64) C'est là que réside l'objectif de l'évaluation réaliste : mieux comprendre comment, pour qui, pourquoi et dans quelles circonstances fonctionnent les programmes afin d'améliorer notre compréhension du fonctionnement des programmes et *in fine* améliorer les programmes.

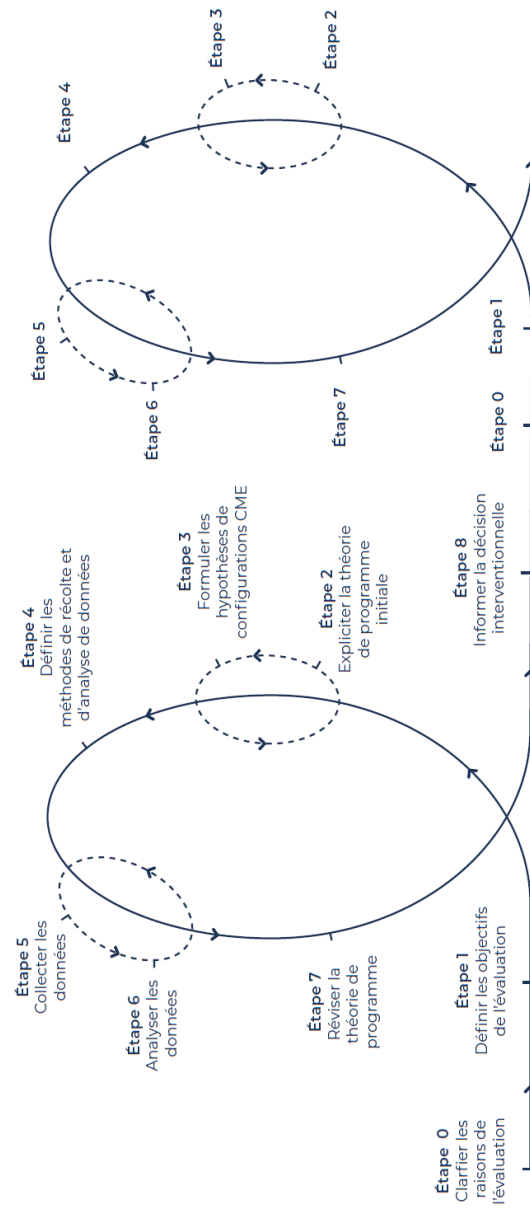
4. Principes opérationnels de l'évaluation réaliste

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

L'illustration 4 ci-après montre les 8 étapes suivantes :

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

Illustration 4 – Le cycle d'une évaluation réaliste



Adapté de Marchal et al. 2012, issu de Malengreaux (2020)

IV. L'évaluation dans le secteur associatif de la promotion de la santé
(en Communauté française)

1. Rendre compte et apprendre par l'évaluation : deux fonctions
inscrites dans un contexte social et politique

L'histoire de l'émergence du champ de la promotion de la santé et de ses acteurs, relatée au chapitre précédent illustre les **quatre étapes de la gestion publique du secteur associatif à Bruxelles** que Jacques Moriau, sociologue belge, identifie entre 1945 et 2015 (65) :

- Le compromis social-démocrate ou « compromis fordiste » : après la seconde guerre mondiale, l'État intègre le secteur associatif dans ses propres structures. Les associations intègrent les structures de l'État et se rapprochent davantage d'institutions publiques formant un secteur associatif pilarisé (par exemple, la place occupée par les mutuelles) ; c'est un système de **piliers**.
- La société postfordiste : les années 70 sont marquées par de nombreux bouleversements et pas la naissance d'associations qui vont saisir les nouveaux besoins que ces bouleversements ont générés et que l'appareil étatique ne saisit pas (par exemple, l'augmentation du nombre d'associations qui s'inscrivent dans des objectifs d'éducation pour la santé, voir ci-dessus). Les rapports entre l'État et les associations se définissent sur un système de **liberté subsidiée**.
- Une première vague de professionnalisation : les associations qui ont émergé se pérennisent et se formalisent par le biais de règlements et textes de loi (par exemple, les premiers arrêtés organisant le secteur de l'éducation pour la santé à la fin des années 80, voir ci-dessus). La régulation par l'État est plus forte et les rapports avec les associations se rapprochent d'un système de **tutelle** (délégation).
- L'ère néolibérale : dès la fin des années 90, un nouveau modèle se répand en Europe et au-delà. Il s'agit du New Public Management qui a entraîné un type de réformes dans les administrations publiques basées sur des principes et des outils issus du secteur privé. L'intention de ces réformes est d'améliorer l'efficacité des administrations et services publics. Elles ont entraîné une accentuation du contrôle de l'État sur le travail des associations et leurs

orientations. Le système **de l'appel à projet** est alors privilégié dès lors qu'il permet à l'État de définir les priorités de l'action associative.

Cette évolution des modes de relation entre les associations et les pouvoirs publics à Bruxelles traduit un phénomène assez généralisé. A savoir que de contre-pouvoir face à l'autorité publique, les associations issues traditionnellement de la société, connaissent un phénomène de mise sous tutelle de l'autorité publique. D'après Jacques Moriau (65), le seul système en voie de disparaître à Bruxelles est celui de la liberté subsidiée, alors que les systèmes de piliers, de tutelle et d'appel à projet cohabitent.

Les associations sont ainsi progressivement devenues des « institutions hybrides » au sens de Matthieu Hély (66) qui les présente aussi comme des « entreprises associatives » pour illustrer leurs logiques d'action multiples et parfois contradictoires, issues à la fois des traditions du monde associatif, du monde de la bureaucratie et du monde marchand. Un système de collaboration structurelle avec les pouvoirs publics se met en place en parallèle d'outils poussant à la mise en concurrence des associations, qui rendent également peu soutenables les petites associations. Un signe de cette tendance en Belgique est la nouvelle réglementation du Code des sociétés et des associations adoptée en mars 2019 (67) qui réduit un peu plus les éléments de distinction entre l'association et la société commerciale et augmente la charge administrative pour les associations.

Pour reprendre la formulation de Pierre Artois, Laetitia Mélon et Mejed Hamzaoui : « Le travail associatif devient une forme d'instrument de la politique publique, changeant le cadre d'exercice de l'activité en le faisant passer du concept de liberté subsidiée à un contrôle des activités. » (68, p70) Les outils de régulation mis en place par les pouvoirs politiques transforment profondément les rapports entre associations et pouvoirs publics. (68)

La généralisation de l'obligation de **rendre des comptes à l'autorité** qui finance a exercé une pression considérable sur les associations, qui se voient forcées de développer leur capacité à évaluer pour répondre aux demandes et aux modalités définies par l'instance de contrôle et ainsi rester finançable. (69)

Notons néanmoins que cette notion de « rendre des comptes » est difficile à cerner tant elle renvoie à des cultures et des paradigmes de gestion publiques différents. Jean-Pierre Nioche, expert français en évaluation des politiques publiques, distingue les expressions « reddition de comptes », « redevabilité » et « rendre des comptes » de l'expression « rendre compte ». Les premières renverraient à un sens comptable et financier : « l'acte par lequel des comptes sont rendus » (70, p1228). La deuxième, que nous retenons dans notre recherche doctorale, renvoie (entre autres) à l'acte d'évaluer un programme (ou une politique publique) pour analyser et expliquer les conséquences qu'elle a eu dans la société. (70)

Rendre compte n'est pas la seule raison pour laquelle l'évaluation de programme est une pratique importante pour les organisations d'un secteur comme celui de la promotion de la santé. C'est aussi un moyen de mieux répondre aux problèmes sociaux, complexes par définition et pour lesquels il n'y a pas de solutions standardisées et ainsi innover. L'évaluation a donc pour finalité **d'apprendre** pour mieux agir.

Cette **double finalité** – d'une part *rendre compte*, et d'autre part, *apprendre* – est au cœur des pratiques évaluatives. Cependant leur combinaison est complexe, en raison des nombreuses tensions qu'elle suggère dans les pratiques. (71, 72, 73, 74)

Dans le champ de la promotion de la santé, Lobo et ses collègues tirent le même constat. Ils observent que les activités d'évaluation visant à rendre compte prennent davantage de place que celles visant directement à développer les programmes. (74) La littérature grise belge montre que, malgré les difficultés à concilier les deux finalités, les acteurs de terrain ont des pratiques évaluatives orientées sur le développement des programmes et qu'ils sont en demande de ce type de démarches réflexives (69, 75, 76, 77, 78).

Irène Gujit (72) utilise la métaphore du tir à la corde pour illustrer les **tensions entre le besoin de rendre compte et le désir d'apprendre par l'évaluation**. Ces tensions résultent tant de facteurs internes aux organisations que de facteurs sociaux, politiques et économiques. C'est ce que nous développons au point suivant.

2. Les pratiques évaluatives des petites associations en promotion de la santé

Nous dressons maintenant le portrait des **pratiques évaluatives** des petites associations qui caractérisent le secteur belge (francophone) de la promotion de la santé à partir de la littérature grise ²¹, à défaut de disposer d'une analyse globale et scientifique. Nous croisons les informations disponibles avec un travail de Lobo et de ses collègues (74) qui font part de leurs constats d'évaluateurs dans le domaine de la promotion de la santé en Australie.

Lobo et ses collègues relèvent **trois grandes catégories** de facteurs qui influencent les pratiques évaluatives des équipes de terrain : (i) les facteurs organisationnels, (ii) les facteurs liés aux capacités et (iii) les facteurs liés au partage des connaissances. (74) Nous développons chaque catégorie en partageant les constats de Lobo et ses collègues et ceux issus de la littérature grise belge (francophone).

(i) Les facteurs organisationnels

Le modèle de financement des programmes de promotion de la santé n'est pas particulièrement favorable à l'évaluation. Les auteurs relèvent que la manière dont sont financés les programmes présente plusieurs contraintes. D'abord, la concurrence est importante ; ce qui impose aux organisations de mettre de l'énergie dans l'intervention plutôt que dans son évaluation. Ensuite, les enveloppes budgétaires sont souvent limitées ; et limite par conséquent le budget consacré à l'évaluation. De plus, les financements sont attribués sur de courtes périodes ; ce qui n'est pas favorable à l'articulation entre la mise en œuvre et l'évaluation. Ce contexte favoriserait ce que les auteurs appellent des « évaluations managériales »,

²¹ Nous nous reposons notamment sur deux revues professionnelles belges dans lesquelles les acteurs de terrain ont l'habitude de publier : Education Santé et Bruxelles Santé. Nous nous reposons également sur un mémoire de Master de Santé Publique réalisé par Maïlys Huyberechts et intitulé « l'évaluation de programmes de santé : l'expérience des organisations bruxelloises de promotion de la santé. Une aide à la réflexion dans le cadre de la recherche ProSess » (2020). Nous mobilisons également un rapport de Hugues-Olivier Hubert (2006) réalisé sur les pratiques évaluatives dans le secteur ambulatoire belge francophone, qui est assez similaire au secteur de la promotion de la santé en ce qui concerne le profil des ASBL.

c'est-à-dire des évaluations visant à répondre aux besoins d'audit par le financeur ; ce qui participerait à ce que les activités d'évaluation soient vues principalement par sa fonction de contrôle. Par ailleurs, les financeurs auraient bien souvent des attentes irréalistes en termes d'évaluation, telles que des évaluations économiques ou d'impact. Enfin, quand une évaluation d'ampleur est rendue possible, celle-ci est le plus souvent réalisée dans un contexte de recherche et repose sur des méthodes inadaptées à des programmes de promotion de la santé, tels que les essais contrôlés randomisés. (74)

Avec les changements institutionnels et politiques liés à la VI^e Réforme de l'État, le secteur belge de la promotion de la santé a connu des épisodes de fortes concurrences entre les associations qui a fortement mobilisé les associations. Les enveloppes budgétaires sont limitées (cf. chapitre 1, point V) et, avant de se stabiliser avec la publication du Plan, étaient attribuées dans un contexte de politique publique relativement instable (période de prolongation du plan quinquennal 2004, suivie d'une période de *stand still*). En complément de la description de Lobo et al., ajoutons que pour beaucoup d'ASBL œuvrant dans le secteur de promotion de la santé belge, il est commun de bénéficier de plusieurs enveloppes budgétaires, issues de niveaux politiques différents (cf. annexe 3) et de secteurs différents (ambulatoire, cohésion sociale, éducation permanente, etc.). Si cette pratique leur permet de « gonfler » leurs moyens financiers, elle implique aussi que les demandes d'évaluation se multiplient, d'autant plus que les modalités et philosophies sur lesquelles reposent ces demandes sont également variées.

(ii) Les facteurs liés à la capacité des individus et équipes

Les professionnels manquent souvent de compétences en matière d'évaluation et connaissent peu les réglementations, par exemple éthique, nécessaires aux processus évaluatifs. La planification en matière d'évaluation manquerait et entraînerait plusieurs répercussions, telles que des conclusions qui ne correspondent pas aux questions évaluatives et des résultats peu utiles. Les cadres d'évaluation manquent souvent de cohérence et de logique, voire sont peu faisables. Plusieurs facteurs aggraveraient cette réalité, tels que le manque de ressources et

l'instabilité des équipes, le manque d'incitation à l'évaluation ou encore l'instabilité des financements. (74)

La littérature grise belge semble aller dans le sens de ce portrait relatif aux freins liés à la capacité des individus et des équipes à mener des évaluations : le temps, les compétences, le manque de soutien de la part des organisations (culture évaluative limitée), ...(75)

(iii) Les facteurs liés au partage des connaissances

Les orientations et décisions des acteurs politiques exerceraient une influence sur les pratiques évaluatives. D'abord, elles n'envisageraient pas nécessairement l'évaluation dès le départ, par exemple dans les appels à projets. Or, intégrer à posteriori une démarche évaluative est complexe, car les ressources n'ayant pas été prévues, ne sont souvent pas disponibles. Ensuite, le contexte politique ne permettrait pas toujours d'adopter une approche évaluative cohérente avec les principes de promotion de la santé, ce qui aurait des conséquences sur le plan des inégalités et mettrait dans l'inconfort les équipes de terrain, renforçant ainsi une attitude négative face à l'évaluation. Enfin, les discours de l'appareil politico-administratif peuvent laisser entendre (ou peuvent explicitement l'annoncer comme tel) que le renouvellement des financements est lié à des résultats d'évaluation favorables mais, couplée à des attentes irréalistes, la démarche évaluative peut représenter un grand risque aux yeux des professionnels. (74)

Comme le soulignent Lobo et al., il est également essentiel de mettre en lumière l'importance de la culture spécifique à la promotion de la santé. Les acteurs insistent sur le fait que l'évaluation doit avant tout soutenir les objectifs du programme, en s'appuyant sur la participation des bénéficiaires et leurs capacités. Ces aspects, bien qu'ajoutant de la complexité aux pratiques évaluatives, constituent un élément central des démarches évaluatives (75), comme nous avons pu le voir au point II de ce chapitre.

En guise de conclusion, les associations de promotion de la santé font face à de nombreuses difficultés pour évaluer les programmes. Si le choix de l'évaluation réaliste s'éloigne d'une orientation technocratique, il interroge les défis que son usage implique.

Points saillants du chapitre 2

- ♦ Depuis la fin des années 90, la gestion des services publics en Belgique est influencée par le modèle du **New Public Management** qui repose sur des principes et des outils issus du secteur privé qui ont entraîné une accentuation du contrôle de l'État sur le travail des associations et leurs orientations.
- ♦ Les associations bruxelloises sont progressivement passées d'un modèle de liberté subsidiée à une logique de pilotage étatique via les appels à projets. Elles deviennent des **institutions hybrides**, prises entre logiques sociale, bureaucratique et marchande, avec une évaluation de type technocratique.
- ♦ Dans ce contexte, l'évaluation de programme est un **outil central** dans les relations entre les associations et l'appareil politico-administratif.
- ♦ Bien plus qu'une simple démarche méthodologique, l'évaluation s'affirme comme une **discipline** qui s'inscrit donc dans un **contexte social et politique**.
- ♦ La définition de **l'évaluation de programme** varie en fonction des contextes culturels et politiques et du degré d'imprégnation du modèle du New Public Management.
- ♦ Nous avons choisi une définition de l'évaluation de programme proposée dans un ouvrage consacré à l'évaluation en promotion de la santé. Celle-ci repose sur quatre **principes** : la participation, le développement des capacités, la multidisciplinarité et l'intersectorialité et la prise en compte de la complexité des interventions.
- ♦ Les **interventions de promotion de la santé** visent à renforcer la capacité des individus et des collectivités à agir sur les déterminants de leur santé. Elles accordent de l'importance tant aux résultats obtenus qu'aux effets du processus.
- ♦ Ces interventions sont dites « **complexes** » en raison des multiples interactions entre l'intervention et le contexte dans lequel elle s'inscrit.
- ♦ Prendre en considération cette complexité lors de l'évaluation revient à s'intéresser non seulement aux effets mais aussi aux conditions de leur émergence : pourquoi ? comment ? et pour qui ? C'est à ce titre que **l'évaluation réaliste** – approche suggérée dans le Plan Stratégique de Promotion de la Santé – se révèle particulièrement pertinente.
- ♦ L'évaluation réaliste, approche évaluative guidée par la théorie, cherche à répondre à la question « **qu'est-ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances ?** ». Elle vise à comprendre comment et pourquoi un programme, une politique ou une intervention produit des effets. Les « réalistes » postulent qu'un effet (E) est généré par un mécanisme (M) activé dans un contexte particulier (C) lors de la mise en œuvre d'une intervention.
- ♦ Au regard des caractéristiques de l'évaluation réaliste, les attentes formulées dans le Plan semblent s'éloigner d'une approche technocratique, laissant

entrevoir une volonté de faire évoluer les pratiques **évaluatives vers plus d'ouverture et de contextualisation**.

- ♦ Pour les associations missionnées dans le cadre de politiques publiques, l'évaluation poursuit une **double finalité** : rendre comptes et engendrer de l'apprentissage. Cependant, articuler ces deux objectifs demeure complexe, tant les tensions qu'ils suscitent sont difficilement conciliables.
- ♦ En prenant en considération les **facteurs** exerçant une influence sur les pratiques évaluatives des associations – organisationnels, liés à la capacité des individus et des équipes et au partage des connaissances – la proposition du Plan d'adopter l'évaluation réaliste dans les pratiques des opérateurs invite à interroger les défis que cet usage implique.

Bibliographie

1. Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., MacQueen D.V., Potvin L., Springett J., et al., editors. Evaluation in health promotion Principles and perspectives WHO Regional Publications European series No 92; 2001.
2. Scriven M. Reasoning.: McGraw-Hill Book Company; 1976.
3. Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal, Québec: Editions Nouvelles AMS; 1995.
4. Chen H.T. Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness. California: SAGE Publications, Inc.; 2005.
5. Rossi P.H., Lipsey M.W., Freeman H.E. Evaluation : a systematic approach. 6th ed: SAGE Publications Inc.; 2004.
6. Ridde V., Dagenais C. Introduction générale à l'évaluation de programmes. In: Dagenais C., Ridde V., editors. Approches et pratiques en évaluation de programmes 2ed. Québec: Les Presses de l'Université de Montréal; 2012. p. 13-32.
7. Bryson J.M., Patton M.Q., Bowman R.A. Working with evaluation stakeholders: A rationale, step-wise approach and toolkit. Evaluation and Program Planning. 2011;34(1):1-12.
8. Barbier J-M. Analyser ou évaluer ? ; 2018.
9. Société canadienne d'évaluation. Référentiel des compétences professionnelles requises à l'exercice d'évaluation de programmes au Canada Novembre 2018.
10. Weiss C.H. Evaluation : Methods for studying programs and policies. 2nd ed: Prentice Hall; 1998.
11. Patton M.Q. Utilization-Focused Evaluation: SAGE Publications; 1997.
12. Preskill H. Evaluation's role in enhancing organizational learning: A model for practice. Evaluation and Program Planning. 1994;17(3):291-7.
13. Henry G.T., Mark M.M. Beyond Use: Understanding Evaluation's Influence on Attitudes and Actions. The American Journal of Evaluation. 2003;24(3):293-314.
14. Weiss C.H. Have we learned anything new about the use of evaluation? The American Journal of Evaluation. 1998;19(1):21-33.
15. Kirkhart K.E. Reconceptualizing evaluation use: An integrated theory of influence. New Directions for Evaluation. 2000;2000(88):5-23.
16. Alkin M.C., King J.A. Definitions of evaluation use and misuse, evaluation influence, and factors affecting use. American Journal of Evaluation. 2017;38(3):434-50.

17. Taut S.M., Alkin M.C. Program Staff Perceptions of Barriers to Evaluation Implementation. *American Journal of Evaluation*. 2003;24(2):213-26.
18. Marchand M-P. Vers une meilleure contextualisation de l'évaluation crédible : identification des facteurs d'influence de la crédibilité à partir d'expériences évaluatives de parties prenantes. Montréal: Université du Québec; 2020.
19. Artois P. La professionnalisation en travail social au risque de la performance. *Empan*. 2012;87:34-8.
20. Perret B. L'état des pratiques au niveau mondial. L'évaluation des politiques publiques In: Perret B., editor. *L'évaluation des politiques publiques: La Découverte*; 2014. p. 55-74.
21. Barbier J-M., Matyjasik N. Évaluation des politiques publiques et quantification en France : des relations ambiguës et contradictoires entre disciplines. *Revue Française de Socio-Économie*. 2010;5(1):123-40.
22. Fyalkowski P., Aubin D. L'évaluation des politiques publiques en Wallonie. *Courrier hebdomadaire du CRISP*. 2013;2190(25):5-43.
23. Weiss C.H. Where politics and evaluation research meet. *Evaluation Practice*. 1993;14(1):93-106.
24. 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.
25. Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., MacQueen D.V., Potvin L., Springett J., et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.: WHO Regional Publications European series No 92; 2001.
26. Springett J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, MacQueen DV, Potvin L, Springett J, et al., editors. *Evaluation in health promotion Principles and perspectives: WHO Regional Publications European series No 92*; 2001.
27. Ubels J., Fowler A., Acquaye-Baddoo N-A. A resource volume on capacity development. In: Ubels J., Acquaye-Baddoo N-A., Fowler A., editors. *Capacity development in practice*. London 2010.
28. Tremblay M.C., Richard L., Brousselle A., Beaudet N. How Can Both the Intervention and Its Evaluation Fulfill Health Promotion Principles? An Example From a Professional Development Program. *Health Promotion Practice*. 2013;14(4):563-71.
29. Nutbeam D. Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions. *Health Promotion International*. 1998;13(1):27-44.
30. Macdonald G., Veen C., Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Educ Res*. 1996;11(3):367-76.
31. 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.

32. Trompette J. Complexité des interventions en santé publique et en promotion de la santé : exploration de son appréhension par les chercheurs et par les acteurs de terrain.: Université de Lorraine; 2017.

33. Campbell M., Fitzpatrick R., Haines A., Kinmonth A.L., Sandercock P., Spiegelhalter D., et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321.

34. Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Michie S. Developing and evaluating complex interventions Medical Research Council; 2006.

35. Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Michie S., Nazareth I., Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;337.

36. Skivington K., Matthews L., Simpson S.A., Craig P., Baird J., Blazeby J.M., et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061.

37. Shiell A. Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology* 2009;43:267-76.

38. Patton M.Q., editor. Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York: Guilford; 2011.

39. Contandriopoulos A-P., Brousselle A., Champagne F. Evaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2012;26(3):1-16.

40. Minary L., Alla F., Cambon L., Kivits J., Potvin L. Addressing complexity in population health intervention research: the context/intervention interface. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2018;72(4).

41. Astbury B., Leeuw F.L. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*. 2010;31(3):363-81.

42. Potvin L., Bilodeau A., Gendron S. Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promotion & Education*. 2008;15(1_suppl):17-21.

43. 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.

44. Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1184.

45. Pagani V., Kivits J., Minary L., Cambon L., Claudot F., Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*. 2017;29:31-9.

46. Pawson R., Tilley N. Realistic Evaluation London: SAGE Publications Ltd; 1997.

47. Pawson R. The science of evaluation : a realist manifesto. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2013.
48. Jagosh J. Retroductive theorizing in Pawson and Tilley's applied scientific realism. *Journal of Critical Realism*. 2020;19(2):121-30.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. Tilley N. The middle-range methodology of realist evaluation. In: Seaman J, editor. *Doing realist research* SAGE Publications; 2018.
53. Emmel N., Greenhalgh J., Manzano A., Monaghan M., Dalkin S. *Doing realist research*: SAGE; 2018.
54. Potvin L., Bilodeau A., Gendron S. 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.
55. Mukumbang F.C., Kabongo E.M., Eastwood J.G. Examining the Application of Retroductive Theorizing in Realist-Informed Studies. *International Journal of Qualitative Methods*. 2021;20:16094069211053516.
56. Chen H.T., Rossi P.H. Issues in the theory-driven perspective. *Evaluation and Program Planning*. 1989;12(4):299-306.
57. Dossou J-P., Marchal B. L'évaluation réaliste. In: IRD Éditions, editor. *Evaluation des interventions de santé mondiale Méthodes avancées*. Marseille2019.
58. Van Belle S., Wong G., Westhorp G., Pearson M., Emmel N., Manzano A., et al. Can "realist" randomised controlled trials be genuinely realist? *Trials*. 2016;17(1):313.
59. Dupin C.M. Évaluation réaliste pour la recherche en implémentation. *Soins recherche en soins infirmiers*. 2017;62(814):52-5.
60. Westhorp G. Understanding mechanisms in realist evaluation and research In: Emmel N., Greenhalgh J., Manzano A., Monaghan M., Dalkin S., editors. *Doing realist research* 2018.
61. The RAMESES II Project. *Retroduction in realist evaluation*. 2017.
62. Hallée Y., Garneau J. L'abduction comme mode d'inférence et méthode de recherche : de l'origine à aujourd'hui. *Recherches qualitatives*. 2019;38(1):124-40.

63. Roudaut F. Comment on invente les hypothèses : Peirce et la théorie de l'abduction. *Cahiers philosophiques*. 2017;150(3):45-65.
64. Kazi M. Realist Evaluation for Practice. *The British Journal of Social Work*. 2003;33(6):803-18.
65. Moriau J. Les quatre étapes de la gestion publique du secteur associatif à Bruxelles (1945-2015): Conseil bruxellois de coordination sociopolitique; Juin 2016 [Available from: <https://cbcs.be/les-4-etapes-de-la-gestion-publique-du-secteur-associatif-a-bruxelles/>].
66. Hély M. Les métamorphoses du monde associatif. Paris: Presses universitaires de France; 2009.
67. Loi introduisant le Code des sociétés et des associations et portant des dispositions diverses., 2019040586 (23/03/2019).
68. Artois P., Mélon L., Hamzaoui M. Les nouvelles modalités de l'action sociale concertée en Belgique. *Pensée Plurielle* 2014;36:67-76.
69. Hubert H-O., Van Der Haegen Z. L'évaluation dans les secteurs de l'ambulatoire social-santé bruxellois (COCOF) aux yeux de leurs représentants - rapport final. *Bruxelles informations Sociales*. 2006;156.
70. Nioche J-P. Les trois paradigmes de l'évaluation des politiques publiques face à l'obligation de rendre des comptes et de rendre compte. *Revue française d'administration publique*. 2016;160(4):1227-40.
71. Chouinard J.A. The Case for Participatory Evaluation in an Era of Accountability. *American Journal of Evaluation*. 2013;34(2):237-53.
72. Gujit I. Accountability and learning. Exploding the myth of incompatibility between accountability and learning. In: Ubels J., Acquaye-Baddoo N-A., Fowler A., editors. *Capacity Development In Practice*. London: Earthscan; 2010.
73. Regeer B.J., de Wildt-Liesveld R., van Mierlo B., Bunders Joske F.G. Exploring ways to reconcile accountability and learning in the evaluation of niche experiments. *Evaluation*. 2016;22(1):6-28.
74. Lobo R., Petrich M., Burns S.K. Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development. *BMC public health*. 2014;14:1315-.
75. Huyberegts M. L'évaluation des programmes de santé : l'expérience des organisations bruxelloises de ptomotion de la santé. Une aide à la réflexion dans le cadre de la recherche ProSess. [Mémoire de master en sciences de la santé publique]: Université catholique de Louvain; 2020.
76. Mannaerts D. L'évaluation au service d'un objet social : expérience d'une association en promotion de la santé *Revue Education Santé* 2012.
77. Feulien C. Evaluation de la campagne "partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible". *Education Santé* Décembre 2016.
78. Trefois P. Un visiteur médical au service de la médecine préventive. *Education Santé* 2014.

PARTIE II – OBJECTIFS & MÉTHODES

CHAPITRE 3

Problématisation, objectifs et questions de recherche

« Il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations. Ainsi, la très grande majorité des recherches financées dans le domaine de la santé des populations sont des études épidémiologiques, qui décortiquent désormais très finement l'étiologie des maux qui nous affligent. Seule une très faible proportion des budgets de recherche alloués à la santé publique et des populations – déjà bien maigre comparés avec les budgets dévolus à la recherche, surtout fondamentale – est consacrée à l'évaluation des interventions de prévention et de promotion. »

Louise Potvin, Erica Di Ruggiero, Jean A. Shoveller (*Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations*, 2013)

I. Contexte de la recherche doctorale

En réponse aux appels à projets et à candidatures du Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022, détaillés plus haut, le service universitaire de promotion de la santé de l'UCLouvain, le **RESO**, a candidaté, puis a été mandaté comme « *service support en évaluation et en transférabilité* » pour les opérateurs du Plan. La mission consistait à soutenir le développement et le renforcement des compétences des acteurs et opérateurs en matière d'évaluation et à favoriser le transfert des connaissances dans et hors du secteur de la promotion de la santé.

Un des projets du RESO pour remplir cette mission de support a pris la forme d'une recherche participative, plus tard nommé **ProSess**²², qui avait un double objectif :

- expérimenter l'évaluation réaliste avec des équipes de terrain sur un de leurs programmes financés par le Plan. (cycle 1)
- co-construire un dispositif de soutien aux pratiques évaluatives des opérateurs du Plan. (cycle 2)

Notre recherche doctorale prend sa source dans ce dispositif de **recherche participative**, que nous avons également coordonné.

ProSess s'est déroulée en **deux cycles** (un cycle pour chacun des objectifs ci-dessus). Nous nous contenterons ici de brièvement expliquer en quoi ont consisté ces deux cycles et invitons les personnes qui désireraient en savoir plus à consulter la page web²³ consacrée à la recherche *ProSess* sur le site du RESO.

Lors du **premier cycle** (octobre 2018 à février 2021), nous avons expérimenté l'évaluation réaliste avec des opérateurs du Plan. Pour ce faire, nous avons mis au point une « intervention » consistant à accompagner plusieurs équipes de terrain à utiliser l'évaluation réaliste pour l'évaluation d'un de leurs programmes.

²² Une vidéo d'animation a été réalisée pour présenter la recherche à l'ensemble du secteur bruxellois de promotion de la santé : <https://www.youtube.com/watch?v=CK6UEZcywy0&t=27s>

²³ <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/prosess.html>

Dans le but de préparer la chercheuse à accompagner des acteurs de terrain à mener une évaluation réaliste, et d'autre part, rendre l'approche plus accessible aux acteurs de promotion de la santé, une synthèse des aspects théoriques de l'évaluation réaliste a été réalisée par la chercheuse. Le produit de ce travail de synthèse a été rendu accessible en 2020 et est téléchargeable sur le site du RESO ²⁴. Le point III du chapitre 2 se base en partie sur ce travail.

L'accompagnement par la chercheuse des équipes de terrain à utiliser l'évaluation réaliste réalisé a fait émerger plusieurs questions de recherche qui sont explorées dans la présente recherche doctorale ; nous y revenons au point III de ce chapitre. Notons d'emblée que ce travail de terrain a précédé d'un an la formulation des questions de recherche doctorale : alors que le travail de terrain a démarré en octobre 2018, l'inscription à l'école doctorale a été confirmée en octobre 2019. Nous reviendrons sur les conséquences méthodologiques de ce déphasage au chapitre 4.

Ce cycle 1 a fait l'objet d'un rapport de recherche qui documente les leçons opérationnelles de l'application de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain. Il est synthétisé en annexe 4.

Le **deuxième cycle** (mars 2021 à décembre 2022) a été initié par une journée d'échange et de co-construction (organisée en mars 2021) avec l'ensemble du secteur de promotion de la santé qui visait à construire l'esquisse d'un dispositif de soutien aux pratiques évaluatives par la mise en travail des enseignements résultant du premier cycle et qui avaient été partagés sous la forme de capsules vidéo. Cette journée a permis de mettre en commun ces enseignements et d'y apporter davantage de nuances. Peu après, ces réflexions ont été poursuivies lors d'ateliers avec le secteur bruxellois de promotion de la santé (organisées en juin 2021). Ces ateliers ont permis, en groupes, de faire émerger des nouvelles interprétations et des analyses neuves de la situation pour imaginer des actions concrètes visant à soutenir les pratiques évaluatives des organisations. Enfin, lors de l'été 2022, des

²⁴ <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/prosess.html>

modules de formation ont été expérimentés dans le but d'explorer certains thèmes de l'évaluation de programme en promotion de la santé.

Une liste des supports de partage des connaissances réalisés par la doctorante et en lien avec la recherche ProSess est disponible en annexe 5.

II. Problématisation

Le Plan Stratégique de Promotion de la santé en Région Bruxelles-Capitale donne aux opérateurs des repères en matière d'évaluation, qui forment un **cadre de référence**. Celui-ci est sobrement détaillé mais suggère néanmoins aux opérateurs de se référer à l'*évaluation réaliste* pour : « comprendre comment et pourquoi un programme fonctionne, ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes » (1). Ce cadre de référence pour l'évaluation des programmes se trouve être à l'origine de l'expérimentation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain (cycle 1 de ProSess) et nous a conduit à nos questionnements de recherche doctorale, car il interpelle à plusieurs égards.

D'abord, ce cadre renvoie au défi **méthodologique** de l'évaluation de l'efficacité des interventions dites « complexes » : celui de donner une valeur à l'efficacité des interventions complexes. Ces dernières décennies, de nombreux travaux scientifiques (2, 6) ont été consacrés à dénouer les ambiguïtés et les tensions conceptuelles, et à développer des approches évaluatives capables de juger de l'efficacité d'interventions complexes, telles que l'évaluation réaliste (cf. point III, chapitre 2). En se référant explicitement à celle-ci dans le Plan, le législateur reconnaît ce défi méthodologique et ce qu'il implique pour juger de l'efficacité.

Le cadre d'évaluation invite implicitement à la rencontre entre l'évaluation réaliste, une approche qui repose sur le courant du réalisme transcendantal, et la promotion de la santé, une discipline qui repose sur une éthique, des valeurs et des principes d'action. Cette rencontre n'est pas anodine puisqu'elle admet qu'un alliage est possible, voire que la première puisse servir les intérêts de la seconde en permettant de faire reconnaître un secteur professionnel qui, face au secteur du curatif et au secteur du social, a du mal à affirmer l'efficacité de ses interventions. Ainsi, le cadre d'évaluation invite à prendre en considération le défi **épistémologique** de la rencontre entre l'approche réaliste et la discipline de la promotion de la santé.

L'inscription de l'évaluation réaliste dans le Plan suppose son utilisation par les associations subsidiées ; ce qui soulève deux questions. Tout d'abord, elle invite à considérer la position « hybride » de ces associations (cf. chapitre 1) et ses

implications sur les démarches évaluatives. En d'autres termes, il s'agit de s'interroger sur la manière dont elles s'approprient l'évaluation réaliste et ce qu'elles en retiennent et apprennent. Ensuite, elle pose la question des capacités des acteurs et actrices à mobiliser cette approche. En Belgique francophone, ces professionnels évoluent principalement au sein d'organisations, souvent de petites tailles et spécialisées, qui dépendent de subventions accordées par divers bailleurs de fonds (publics ou privés) pour mettre en œuvre des programmes (cf. chapitre 1). Si l'évaluation fait partie intégrante de la gestion de projet, elle est souvent présentée par les professionnels, qui ne sont pas des évaluateurs de formation, comme « bricolée » et difficilement articulable aux besoins du programme (cf. point IV, chapitre 2). Ainsi, l'utilisation de l'évaluation réaliste par des professionnels présume l'influence de leurs réalités professionnelles et organisationnelles, ce qui met en lumière un défi **organisationnel** important.

Enfin, ce cadre de référence invite à s'interroger sur les motivations des pouvoirs publics dans leur choix de l'évaluation réaliste. Dans un contexte où l'évaluation est principalement utilisée comme un instrument de contrôle et de régulation du prescrit (dans la logique du New Public Management), plutôt que comme instrument réflexif valorisant le travail effectif, ce choix peut surprendre. En effet, l'évaluation réaliste est une approche exigeante, nécessitant des analyses approfondies et rigoureuses, qui s'inscrit dans des temporalités longues, ce qui en fait un outil de contrôle peu maniable en termes de contrôle et de régulation pour les pouvoirs subsidiaires. Dès lors, il est essentiel de questionner les enjeux **politiques et administratifs** qui sous-tendent ce positionnement et d'analyser les implications de ce choix.

Finalement, bien que l'évaluation réaliste apparaisse comme une alternative aux méthodes traditionnellement utilisées en recherche pour apprécier les effets des programmes de promotion de la santé, son utilisation au sein de petites associations subventionnées soulève des enjeux qui dépassent la seule question de sa pertinence méthodologique. Ainsi, l'évaluation réaliste ne se réduit pas à un choix méthodologique neutre ; son intégration dans le secteur associatif questionne les rapports de pouvoir entre bailleurs de fonds et associations, les tensions entre contrôle et apprentissage, ainsi que les conditions nécessaires pour qu'elle devienne

un véritable levier au service des objectifs poursuivis plutôt qu'une contrainte uniquement bureaucratique.

III. Objectifs et questions de recherche

En résumé, nous nous intéressons à l'application de l'évaluation réaliste au sein de petites associations au croisement de ses défis conceptuel, méthodologique, épistémologique, organisationnel et politique.

L'objectif général de notre thèse est **d'explorer les questionnements et controverses suscités par la conduite d'évaluations réalistes au sein de petites associations subventionnées dans le champ de la promotion de la santé.**

Cet objectif de recherche a été exploré par le biais de **quatre questions de recherche** (QR) spécifiques répondant chacune à un objectif spécifique.

QR 1 : De quelle manière les évaluations réalistes de programmes de promotion de la santé sont-elles guidées par les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation ?

→ **L'objectif spécifique** était d'examiner la contribution de l'évaluation réaliste au champ de la promotion de la santé, à la lumière de ses principes fondamentaux, et plus spécifiquement, des principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation (cf. chapitre 2, point II).

QR 2 : Comment les parties prenantes des programmes sont-elles impliquées dans les évaluations réalistes ?

→ **L'objectif spécifique** était d'analyser comment les parties prenantes sont impliquées tout au long du processus d'évaluation réaliste.

Ces deux questions de recherche ont été traitées à partir de la littérature, et plus spécifiquement, par le biais de deux études de portée (*scoping review*). Nous développons le design méthodologique de cette exploration de la littérature au point II du chapitre 4 consacré aux méthodes.

Le premier cycle de la recherche participative **ProSess**, développé au point I de ce chapitre, est à l'origine des deux autres questions de recherche :

QR 3 : Dans quelles conditions la mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain peut-elle être envisagée ?

→ **L'objectif spécifique** était d'explorer les conditions nécessaires à l'implémentation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain œuvrant dans le champ de la promotion de la santé.

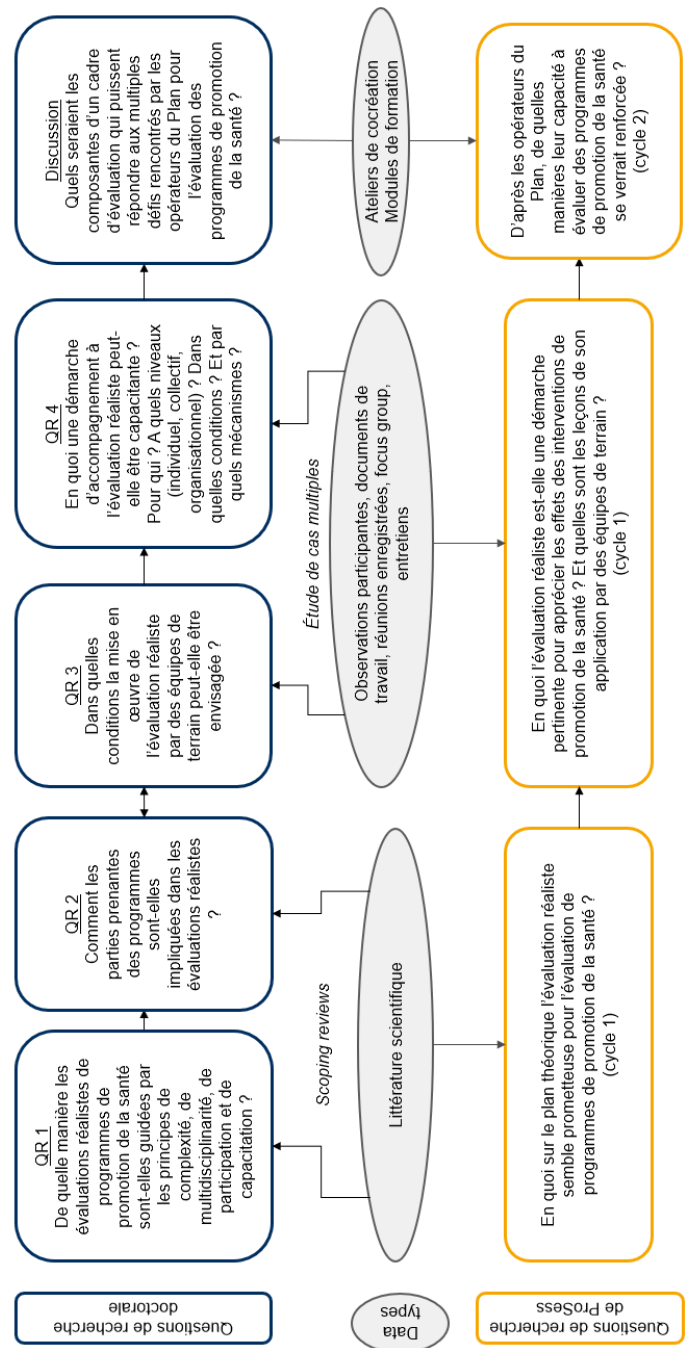
QR 4 : En quoi une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste peut-elle être capacitante ? Pour qui ? À quels niveaux (individuel, collectif, organisationnel) ? Dans quelles conditions ? Et par quels mécanismes ?

→ **L'objectif spécifique** était d'analyser les effets capacitant d'une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste aux niveaux individuel, collectif et organisationnel.

Ces deux questions de recherche ont été explorées à l'aide d'une étude de cas multiples, dont nous développons le design au point III du chapitre 4.

Les **liens entre ProSess et la recherche doctorale** sont nombreux, bien que parfois difficiles à percevoir : les deux poursuivaient des objectifs différents mais complémentaires, comme le montre l'illustration 5 ci-après.

Illustration 5 – Liens entre la recherche doctorale et la recherche ProSess



Points saillants du chapitre 3

- ♦ En réponse aux appels à projets qui ont accompagné le Plan, le service universitaire de promotion de la santé (UCLouvain/IRSS-**RESO**) a été mandaté pour mener une recherche participative (**ProSess**) qui poursuivait un double objectif : (i) expérimenter l'évaluation réaliste avec des équipes de terrain sur un de leurs programmes financés par le Plan et (ii) co-construire un dispositif de soutien aux pratiques évaluatives des opérateurs du Plan.
- ♦ Cette recherche était **coordonnée par la chercheuse** qui, au fil de son immersion sur le terrain de ProSess, a fait émerger plusieurs questions de recherche qui font l'objet de la présente recherche doctorale.
- ♦ Ces questions de recherche sont motivées par le fait que si **l'évaluation réaliste** semble proposer une alternative aux approches traditionnellement utilisées pour l'évaluation de l'efficacité de programmes de promotion de la santé, en revanche, son utilisation par des petites associations suscite des **questions qui dépassent sa pertinence méthodologique**.
- ♦ Le Plan propose un cadre d'évaluation qui encourage l'utilisation de l'évaluation réaliste pour appréhender la complexité des interventions. Ce choix, bien qu'innovant, soulève des **défis méthodologiques, épistémologiques, organisationnels et politiques**, notamment pour les petites associations subsidiées.
- ♦ **L'objectif général** de notre thèse est d'explorer ce que la conduite d'évaluations réalistes par des petites associations vient susciter comme questionnements et controverses.
- ♦ Nous explorons **quatre questions de recherche** :
 - **QR 1** : De quelle manière les évaluations réalistes de programmes de promotion de la santé sont-elles guidées par les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation ?
 - **QR 2** : Comment les parties prenantes des programmes sont-elles impliquées dans les évaluations réalistes ?
 - **QR 3** : Dans quelles conditions la mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain peut-elle être envisagée ?
 - **QR 4** : En quoi une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste peut-elle être capacitante ? Pour qui ? À quels niveaux (individuel, collectif, organisationnel) ? Dans quelles conditions ? Et par quels mécanismes ?

Bibliographie

1. Jodogne C. Le Plan Stratégique de Promotion de la Santé 2018-2022. [26 février 2024]. Available from: <https://www.jodogne.be/plan-strategique-promotion-sante-2018-2022>.
2. Hawe P., Shiell A., Riley T. Theorizing interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*. 2009;43:267-76.
3. Campbell M., Fitzpatrick R., Haines A., Kinmonth A.L., Sandercock P., Spiegelhalter D., et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321.
4. Clark A.M. What are the components of complex interventions in healthcare? Theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention. *Social Science & Medicine*. 2013;93:185-93.
5. Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Michie S., Nazareth I., Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;337.
6. 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.

CHAPITRE 4

Méthodes

“As Beveridge (1950) ²⁵, Mitroff (1974) ²⁶, and others have told us, the reality of scientific activity has its artistic and subjective sides, and certainly the starting assumption of this paper is to regard research as a craft process and not merely the application of a formal set of techniques and rules. (...) all research involves the application of skills, knowledge, and the person in a variety of different problems in varying contexts, and in that sense it is a craft activity involving skills of individual judgment within a system of collective rules and communication.”

Andrew M. Pettigrew (*Contextualist research and the study of organizational change processes*, 1985)

²⁵ Beveridge, W. I. B. (1950) *The Art of Scientific Investigation*. London. Heinemann.

²⁶ Mitroff, I. I. (1974). *The subjective side of science*, Amsterdam: Elsevier, 1974

I. Positionnement épistémologique et nature de la recherche

Positionnement épistémologique

La définition de son **positionnement épistémologique** est une entreprise complexe. En effet, les paradigmes de recherche ne se limitent pas à de grands ensembles homogènes mais présentent fréquemment des chevauchements. (1) Par conséquent, il est nécessaire de repérer et désintriquer leurs entrelacements éventuels pour identifier sa propre position ; mais aussi d'explicitier ses valeurs et représentations de la réalité, ainsi que le moyen jugé le plus opportun pour atteindre les objectifs de recherche.

Il faut ici distinguer notre positionnement épistémologique pour l'exploration de nos questions de recherche du positionnement épistémologique - le **réalisme transcendantal** (2, 3) – sous tendant l'évaluation réaliste qui, dans notre recherche, fait partie de notre objet d'étude. Ainsi, nous développons ici notre positionnement épistémologique, alors que le défi épistémologique posé par l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé (cf. chapitre 3) sera développé dans nos résultats.

Notre positionnement doit se comprendre au regard du contexte de la recherche doctorale que nous avons développé au chapitre précédent. Ce contexte est important dès lors qu'une partie non négligeable de notre travail de terrain s'est déroulée alors que nous étions accueillie dans des espaces de travail qui ne nous étaient pas propres, où nous nous trouvions amenée à « **intervenir** ». Ce contexte de recherche a donné beaucoup d'importance à la réciprocité dans les relations avec les autres acteurs de la recherche et a indéniablement participé à définir notre positionnement.

Cette position que nous avons occupée pendant plusieurs mois dans une posture de recherche « **engagée** » nous amène à analyser les données et la situation depuis notre position de participante. C'est un élément central de notre démarche méthodologique qui explique que nous recourons dans certains chapitres au terme de « chercheuse accompagnatrice » (CA) pour désigner ce rôle double. Pour cette

raison, nous accueillons pleinement notre participation à la construction de notre objet de recherche. Cette posture a eu des implications sur nos méthodes afin d'en garantir la scientificité que nous développons ci-après.

Dans ces conditions et en cohérence avec l'objectif que poursuivait la recherche *ProSess* de transformer les pratiques, notre positionnement prend la voie d'une épistémologie **constructiviste pragmatique combinée au courant interactionniste**. Le constructivisme pragmatique s'explique par l'hypothèse que la compréhension d'une expérience humaine et la perception du chercheur sont intriquées dans une finalité, qui se veut être orientée vers la pratique (finalité transformative). Ainsi, le courant pragmatique suppose que la réalité se situe dans la mise en pratique et non dans l'abstrait et le théorique. (4) Le courant interactionniste suppose quant à lui que la réalité est le produit des interactions entre les individus et entre leurs représentations, leurs valeurs, leurs interprétations, etc. Ce courant permet de reconnaître que nos interprétations sont le résultat des interactions entre les acteurs de notre recherche, en ce compris la chercheuse. (5)

En bref, notre démarche d'investigation reconnaît la nécessité de faire l'expérience de l'évaluation réaliste et valorise les interactions entre les individus pour comprendre ce que cette approche vient interroger dans les pratiques des individus et organisations qui en font l'expérience.

Nature de la recherche

Notre travail doctoral émane d'un travail de recherche résolument appliquée, qui a allié des questionnements issus à la fois de la recherche, du terrain et des politiques publiques. Notre démarche de recherche dispose d'une **identité plurielle** ; elle se rapproche de différents types de recherche appliquée et de différentes disciplines, avec chacune leurs nuances et leurs origines. Nous les examinons ci-après et en déduisons les grands principes de notre recherche.

Notre démarche méthodologique trouve des repères dans une approche de recherche relativement récente, développée dans le champ de la santé, qui porte le nom de **recherche interventionnelle en santé des populations** (RISP). La RISP est née du constat que la recherche se focalise surtout sur l'étude des problèmes

de santé et trop peu sur l'étude des interventions (des solutions) visant la réduction des problèmes de santé et des inégalités de santé. (6) Ce type de recherche se définit dès lors comme « un processus scientifique pluridisciplinaire de production de connaissances cumulatives et itératives sur les interventions en santé des populations. Elle combine des méthodes complémentaires pour répondre à un faisceau de questions permettant d'appréhender à la fois la complexité des interventions, leur ancrage contextuel et l'utilité sociale de leurs conclusions en considérant la réduction des inégalités sociales de santé. » (7, p33). Parmi les méthodes scientifiques qui sont plébiscitées dans la RISP, on retrouve notamment les approches évaluatives basées sur la théorie (*theory grounded evaluation*), dont l'évaluation réaliste, pour leur capacité à comprendre les effets des interventions par la recherche des mécanismes causaux.

Notre approche de l'étude des interventions est concordante avec celles utilisées dans une RISP. Nos questions de recherche diffèrent cependant de celles posées dans une RISP, dès lors que nous nous intéressons aux questionnement et controverses issus de l'application de ce type d'approche par des organisations de terrain et non aux résultats de l'application de ces approches pour l'étude des interventions.

Les **sciences de l'implémentation** (ou de mise en œuvre) – *implementation science* – désignent en sciences médicales et en santé publique, y compris en promotion de la santé, un courant de recherche qui « vise à comprendre comment les interventions produisent leurs effets en mettant au jour les facteurs associés à une mise en œuvre efficace et la capacité de l'intervention à s'adapter aux acteurs et aux contextes ». (7) Les sciences de l'implémentation ont pour objectif de diminuer le fossé existant entre les résultats et pratiques de recherche et les pratiques de terrain. (8)

Notre démarche partage cet objectif et cette finalité mais met un accent important sur la relation entre le ou la chercheuse et les acteurs avec lesquels la recherche se déroule ; aspect sur lequel les sciences de l'implémentation ne portent pas d'attention particulière.

Notre démarche de recherche se rapproche résolument d'une **recherche transdisciplinaire**, c'est-à-dire « un processus de recherche itératif, réflexif et critique qui intègre des scientifiques et des acteurs ou groupes d'acteurs concernés autour de systèmes de connaissances interdisciplinaires sur une grande variété de sujets. » (9, p306). Ce type de recherche n'émane pas d'une intention théorique et conceptuelle mais est surtout le résultat d'un problème qui se pose dans le réel, impliquant des conflits de valeurs, une nature incertaine et instable. (9) Ce type de recherche demande dès lors de faire des choix méthodologiques informés par un processus tant réflexif que pragmatique. (10)

Notre démarche mobilise en effet une variété de disciplines au service d'une problématique émanant du réel. Nous intégrons aussi les principaux acteurs concernés par cette problématique dans notre démarche. À la différence d'une recherche transdisciplinaire, notre objectif de recherche doctorale n'était pas le but poursuivi par les partenaires de la recherche. En effet, ceux-ci ont coconstruit la recherche ProSess sur laquelle repose nos questions de recherche doctorales.

On peut enfin rapprocher notre démarche de recherche appliquée au champ de la **recherche évaluative** – *evaluative research* – à distinguer de l'évaluation – *evaluation*. L'évaluation consiste en des méthodes permettant de donner une valeur, d'émettre un jugement sur la valeur d'un *objet*. La recherche évaluative va quant à elle regrouper les pratiques consistant à utiliser des méthodes et des techniques de recherche scientifique à des fins d'évaluation. La nuance entre les deux approches se situe au niveau de leur finalité : alors que dans une évaluation, l'objectif sera de donner une valeur à l'*objet*, la recherche évaluative visera à prouver la valeur de l'*objet*. (11)

Notre démarche s'en rapproche du fait de l'utilisation d'une approche scientifique (comme l'évaluation réaliste) appliquée à des programmes dont les objectifs ont été définis par d'autres et en raison du fait que notre approche se centre sur l'utilité de l'évaluation et dépasse des considérations purement administratives. En revanche, notre démarche est porteuse

d'objectifs organisationnels, peu considérés en recherche évaluative, où la relation entre chercheurs et acteurs est, à l'instar des sciences de l'implémentation, peu considérée.

Les sciences de gestion ont de leur côté développé un type de **recherche-intervention** qui consiste à produire des connaissances à partir d'une position participante du chercheur ou de la chercheuse sur le terrain, qui en science de gestion consiste en des organisations et entreprises. Les interactions du chercheur avec son terrain, et plus spécifiquement, avec les acteurs du terrain sont ce qui définit l'intervention et l'objet de recherche. Ce type de recherche a une visée transformative et cherche à produire des connaissances utiles aux acteurs et au développement organisationnel. (12, 13)

Tout comme ce type de recherche, notre démarche cherche à rompre avec la position d'expert ou de « sachant » du chercheur et à rapprocher la recherche et l'intervention. Elle opte pour une visée transformatrice et émancipatrice et non uniquement analytique. La principale distinction à déclarer entre notre démarche et la recherche-intervention réside dans le fait que nos questions de recherche et dès lors les connaissances qui découlent, n'appartiennent pas à des connaissances attendues en sciences de gestion.

Enfin, notre démarche de recherche s'apparente à celle d'un **praticien-chercheur** dans le sens où nous avons mené notre recherche sur notre terrain professionnel (la recherche ProSess). (14) Pendant la durée de notre accompagnement des équipes, nous étions engagée dans notre terrain. Pour l'analyse de notre matériau, nous avons pu nous distancer de ce terrain étant donné que l'analyse a commencé plusieurs années après la fin de l'accompagnement. (15) Cette double identité nous a accompagnée tout au long de notre travail de recherche doctorale et explique à la fois des forces et des limites de notre interprétation que nous développons au point IV du chapitre 9.

En bref, tel un pull tricoté de plusieurs fils, notre démarche peut être décrite au croisement de ces disciplines et de ces types de recherche. Elle a une visée transformatrice, tournée vers la recherche sur les solutions.

II. L'exploration de la littérature : précisions méthodologiques

La littérature tient une position importante dans notre démarche méthodologique. Tant la littérature scientifique que la littérature professionnelle et grise ont représenté des terrains d'apprentissage et de réflexion essentiels à l'investigation de nos questions de recherche. Notre dispositif méthodologique inclut **deux études de portée** (*scoping review* – nous utiliserons le terme anglophone dans la suite du manuscrit) (16, 17) ayant permis de répondre aux deux premières questions de recherche :

QR 1 : De quelle manière les évaluations réalistes de programmes de promotion de la santé sont-elles guidées par les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation ?

QR 2 : Comment les parties prenantes des programmes sont-elles impliquées dans les évaluations réalistes ?

La *scoping review* est une méthode de revue de la littérature, conseillée pour « examiner l'étendue, la diversité et la nature des activités de recherche [...] et pour identifier des lacunes dans la littérature existante.» ²⁷ (16). Au regard de nos questions de recherche à caractère exploratoire, la méthode de la *scoping review* a paru adaptée. Les études de portée ne nécessitent pas de vérifier la qualité des méthodes et des preuves fournies par les études analysées. Dès lors, la méthode nous permettait de nous détacher de la question épineuse de la qualité des évaluations réalistes pour nous permettre d'inclure un plus grand nombre d'études et ainsi offrir un panorama des pratiques d'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé (pour le premier travail – chapitre 5) et d'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes (pour le deuxième travail – chapitre 6).

²⁷ Traduit librement de : « To examine the extent, range and nature of research activity [...] To identify research gaps in the existing literature. » (Arksey & O'Malley, 2005)

1. Précisions méthodologiques relatives à la première *scoping review* (QR1 – chapitre 5)

La première *scoping review* visait à explorer les pratiques d'évaluations réalistes dans le champ de la promotion de la santé et ainsi répondre à notre première question de recherche (QR1) : *De quelle manière les pratiques d'évaluation réaliste de programmes de promotion de la santé sont-elles guidées par les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation ?*

Nous avons suivi les normes « PRISMA for Scoping Reviews » (PRISMA-ScR) (18) pour la réalisation de cette étude. Cinq bases de données ont été examinées - Embase, Pubmed, PsycINFO, ScienceDirect et Scopus – à l'aide des mots-clés « health promotion » et « realist evaluation ». La période de publication admise allait de 2010 à 2021. Les critères suivants ont guidé la sélection des articles : (i) l'article présente des résultats d'une évaluation qualifiée d'« évaluation réaliste » par les auteurs (ii) l'article porte sur l'évaluation d'un programme de promotion de la santé. Pour être qualifié de « promotion de la santé », le programme évalué devait rencontrer plus d'un des principes et stratégies de promotion de la santé énoncés par Rootman et ses collègues (19), organisés à cette fin dans un tableau à double entrée (cf. Table 1, Chapitre 5).

Sur les 88 références uniques identifiés, nous avons retenu **17 articles**. L'analyse des articles a été réalisée à l'aide d'Excel. L'outil d'analyse a été construit pour extraire des informations relatives :

- (i) aux caractéristiques de l'étude : question évaluative, objectif, description du programme ;
- (ii) aux caractéristiques de la démarche d'évaluation réaliste : justification du choix de l'évaluation réaliste, processus d'élaboration de la théorie de programme initiale, révision de la théorie de programme et utilisation des configurations CMO ;
- (iii) aux caractéristiques de la démarche évaluative au regard des quatre principes guides définis par Rootman *et al.* (20) : (1) participation, (2)

capacitation, (3) variété des outils de collecte et des approches disciplinaires et (4) prise en compte de la complexité.

2. Précisions méthodologiques relatives à la deuxième *scoping review* (QR2 – chapitre 6)

Les résultats de l'analyse réalisée dans la première *scoping review* ont suggéré l'exploration plus approfondie de l'implication des parties prenantes pour la conduite d'évaluations réalistes et les questions que ces pratiques participatives soulèvent, sans considération du type de programme. Nous amenant à approfondir ces questions au-delà du champ de la promotion de la santé. Il s'agit de la deuxième *scoping review* qui visait à répondre à notre seconde question de recherche (QR2) : *Comment les parties prenantes des programmes sont-elles impliquées dans les évaluations réalistes ?*

Cette étude a été réalisée par un consortium de scientifiques ayant marqué leur intérêt pour cette question de recherche lors des rencontres du All Realist Group (ARG). La doctorante a coordonné la réalisation de cette étude sous la supervision du Professeur Zacharia Belrhiti ²⁸.

Tout comme pour l'étude précédente, nous avons suivi les normes « PRISMA for Scoping Reviews » (PRISMA-ScR) (18). Cette *scoping review* suit la méthode définie par Arksey and O'Malley (16) puis précisée par Levac *et al.* (17). Cinq bases de données ont été explorées sans restriction de période - Medline/Pubmed, Embase, Web of Science, Scopus and Google Scholar – à l'aide d'équations de recherche permettant d'identifier des études (littérature scientifique et grise) ayant impliquées des parties prenantes dans le processus de conduite de l'évaluation réaliste. Deux critères ont été utilisés pour considérer les études comme des évaluations réalistes : (i) la référence aux travaux de Pawson et Tilley ou aux recommandations RAMESES (21) pour la construction du design méthodologique

²⁸ University of Sciences and Health (UM6SS), Morocco ; Mohammed VI Center for Research and Innovation (CM6), Morocco

et (ii) l'utilisation de l'heuristique CME (contexte-mécanisme-effet) ou une de ses variantes.

La gestion de la sélection des articles à plusieurs chercheurs a été aidée par le logiciel Rryan, dans lequel les références extraites des cinq bases de données ont été importées. Dans le respect des bonnes pratiques de revue de la littérature (22, 23), la sélection des références sur base des titres et résumés a été réalisée par une personne (la doctorante) et 20% des références ont été vérifiées par une autre personne. Ensuite, les références ayant passé cette première étape ont été réparties entre les huit personnes participant à la sélection. Lorsqu'il y avait un doute quant à l'exclusion ou l'inclusion d'une référence, une seconde personne lisait l'article. La décision finale se prenait sur consensus. Sur les 1623 références identifiées, **29 ont été retenues** portant sur 26 évaluations réalistes différentes (certains articles portant sur la même évaluation réaliste).

L'analyse de ces références supposait de se doter d'un cadre d'analyse que nous souhaitions ancrer dans les théories et cadres conceptuels relatifs à l'implication des parties prenantes dans les recherches et les évaluations. Au regard de l'importance de la littérature sur ce sujet, nous avons adopté une approche de synthèse appelée « Best Fit Framework (BFF) » (24, 25). La méthode du BFF permet d'identifier les cadres théoriques pertinents au regard de la question de recherche permettant, une fois identifiés, de les assembler pour construire un cadre d'analyse issu des théories existantes. Sur les 71 références initialement identifiées à l'aide de la méthode BFF, nous avons retenu 8 cadres théoriques pertinents pour analyser les pratiques d'implication de parties prenantes dans les recherches et les évaluations. Ces huit cadres théoriques ont été associés pour produire un cadre d'analyse des processus d'implication des parties prenantes pour cette *scoping review*.

Un formulaire d'extraction des données a été élaboré sur Excel afin de permettre aux chercheurs d'analyser collaborativement les 26 évaluations réalistes sélectionnées. Ce formulaire incluait trois sections :

- (i) description du programme évalué : pays, objectif, durée, niveau de mise en œuvre ;

- (ii) description de l'évaluation réaliste : objectif de l'évaluation, phases de l'évaluation réaliste complétée, sources des données utilisées, méthodes de collecte des données, méthodes d'analyse, formes données aux configurations CME ;
- (iii) les catégories issues du cadre d'analyse résultant du BFF : fondements philosophiques à l'implication des parties prenantes, processus d'implication en pratique [types de parties prenantes impliquées, niveaux d'implication, stratégies d'implication], modalités de partenariat, effets de l'implication des parties prenantes.

Les 26 évaluations réalistes ont été réparties entre les co-auteurs qui ont complété le formulaire pour chacune des évaluations réalistes. La coordinatrice de l'étude a lu toutes les références afin de procéder à une double lecture indépendante et comparative. La démarche d'analyse repose sur la triangulation des analyses (*analyst triangulation*) (26), c'est-à-dire sur l'analyse à plusieurs d'un même matériau.

III. L'étude de cas multiples

L'approche méthodologique centrale dans notre processus de recherche est une **étude de cas multiples** consistant à expérimenter l'évaluation réaliste avec des opérateurs du Plan Stratégique de Promotion de la santé (recherche participative ProSess). Ce dispositif méthodologique devait permettre d'explorer les questions de recherche suivantes :

QR 3 : Dans quelles conditions la mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain peut-elle être envisagée ?

QR 4 : En quoi une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste peut-elle être capacitante ? Pour qui ? A quels niveaux (individuel, collectif, organisationnel) ? Dans quelles conditions ? Et par quels mécanismes ?

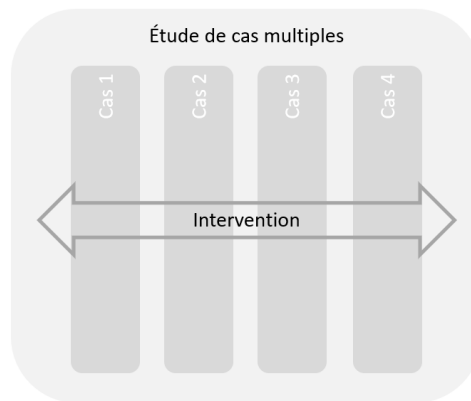
L'étude de cas multiples a été privilégiée en raison de sa capacité à explorer en profondeur un phénomène dans différents contextes dynamiques de manière à produire une analyse détaillée et nuancée des observations. (27, 28) L'étude de cas était particulièrement pertinente pour explorer les questionnements et controverses suscités par l'introduction de l'évaluation réaliste (phénomène) dans les pratiques des opérateurs du Plan (contexte). La perspective de généraliser cette pratique évaluative pour l'ensemble des opérateurs – induite par l'inscription de l'approche dans le Plan – explique notre choix d'explorer en profondeur ce que ce phénomène engendre dans une diversité de contextes et d'en faire émerger des tendances au potentiel transférable.

Plus concrètement, le dispositif méthodologique devait permettre à la chercheuse de se placer auprès de quatre équipes de promotion de la santé afin de les accompagner, chacune séparément, à l'application de l'évaluation réaliste (intervention). Chaque équipe accompagnée représente dans notre recherche un contexte d'intervention, soit un cas d'étude – voir illustration 6.

Notre démarche est composée de deux dimensions : **l'étude et l'intervention**. Dans la continuité de cette double dimension, le rôle de la chercheuse était double – chercheuse et accompagnatrice (CA).

Dans la suite de la thèse, la doctorante sera désignée comme CA lorsque nous nous référons à l'intervention et comme chercheuse lorsque nous nous référons à notre position de doctorante.

Illustration 6 – Lien entre l'étude de cas multiples et l'intervention



Au regard de ces aspects, nous avons fait reposer notre étude de cas sur les principes méthodologiques de Stake (28) qui sont guidés par une approche constructiviste impliquant les points de vue des participants et leur expérience du phénomène. (29) L'approche de Stake est ainsi particulièrement cohérente dans un contexte de recherche participative où la diversité des points de vue sert aux interprétations. (29)

Nous clarifions maintenant ce qui constitue « l'intervention » et ce qui constitue « les cas d'étude ».

1. L'intervention

1.1. Base théorique

L'intervention consiste en l'accompagnement d'équipes de terrain à l'évaluation réaliste d'un programme financé par le Plan Stratégique de Promotion de la santé.

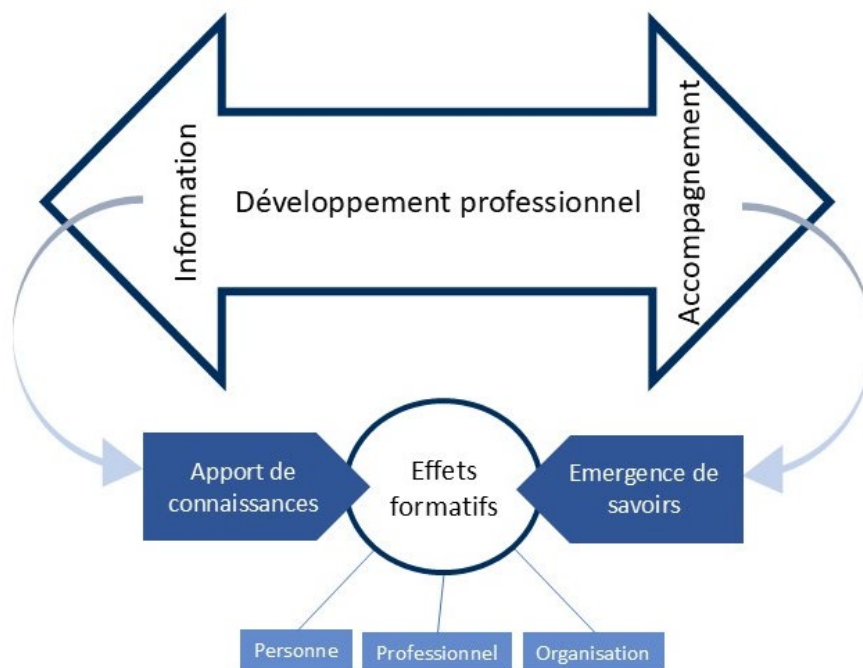
Attardons-nous d'abord sur ce que recouvre le terme « accompagnement ». Étymologiquement, le terme *accompagnement* signifie « être avec, aller vers celui

qui deviendra un compagnon » (30) mais selon le contexte dans lequel il est utilisé ce terme a de nombreux sens.

Dans notre contexte, nous retenons qu'au cœur d'un accompagnement il y a une relation entre, au moins, deux « compagnons » : l'accompagnateur et l'accompagné. La posture du premier, en tant qu'activité professionnelle est centrale, puisqu'il « pose les conditions pour que l'Autre fasse son chemin et ainsi construit le chemin avec lui » (31, p34).

En réponse à la multitude de situations qui peuvent correspondre à la définition de **l'accompagnement** en tant que dispositif pédagogique, Evelyne Charlier et Sandrine Biémar proposent d'envisager ces situations formatives sur un continuum (cf. illustration 7) entre un pôle, qu'elles nomment « **accompagnement** » et qui consiste en « un processus visant à faire émerger des savoirs de l'expérience des accompagnés et à coconstruire des savoirs issus des vécus » (32, p154), et un pôle, qu'elles nomment « **information** » et qui « met davantage l'accent sur le contenu apporté » (32, p154). Ainsi, le pôle « information » concerne l'apport de connaissances extérieures aux individus – ce qui centre l'attention sur le contenu – et le pôle « accompagnement » aide à expliciter et formaliser les pratiques et expériences antérieures – ce qui centre l'attention sur le processus. Enfin, Charlier et Biémar (32) présentent l'accompagnement comme une « démarche qui produit des effets de capacitation participant au développement personnel et professionnels des accompagnés, qui peuvent être des personnes isolées, des groupes, des équipes ou des organisations » (32, p154).

Illustration 7 – Continuum du développement professionnel



Adapté de Charlier & Biemar (2012) (32)

Si ce schéma aide à illustrer ce continuum entre deux types de démarches pédagogiques, il ne doit pas servir à classer celles-ci sur l'un ou l'autre pôle, car, comme le disent les autrices, toutes les démarches pédagogiques sont mixtes au regard de ce continuum sur lequel de nombreux variants peuvent être positionnés.

1.2. Composantes interventionnelles a priori critiques

L'accompagnement s'est déroulé sur 22 mois entre octobre 2018 et juillet 2020. Nous détaillons maintenant les sept principales caractéristiques de l'intervention. Celles-ci sont visibles sur l'illustration 8.

- *Appui d'une tierce personne sur des aspects méthodologiques variés.*

L'accompagnement par la CA (une tierce personne) consistait plus concrètement à être aux côtés de chaque équipe tout au long de leur processus d'évaluation réaliste

et à leur apporter des repères méthodologiques, notamment relatifs à l'évaluation réaliste et aux méthodes qualitatives mais aussi de les appuyer tout au long de la démarche évaluative dans leur démarche réflexive. Les aspects sur lesquels la CA appuyait les participants étaient dès lors variés. La souplesse de l'**appui** apporté aux équipes, allant au-delà des repères méthodologiques constitue une caractéristique importante de notre intervention. Notons néanmoins que l'appui ne portait pas sur les aspects opérationnels de collecte des données. Chaque équipe était chargée de collecter les données, sans la participation de la CA. Cet aspect prendra son importance notamment lorsque nous aborderons les réflexions éthiques au point V de ce chapitre. Pour faire lien avec les différents types de contextes d'évaluation énoncés au chapitre 2, il s'agissait ici d'un contexte d'évaluation mixte, c'est-à-dire un contexte où un évaluateur externe collabore avec un évaluateur interne pour la conduite d'une évaluation. La posture de « l'évaluateur externe », ici la CA, s'inscrit dans cette démarche d'accompagnement.

- *Participation de l'équipe en charge du programme à évaluer (ce qui n'équivaut pas à l'ensemble de l'organisation)*

L'accompagné, ou plutôt les accompagnés, sont les membres des **équipes** participantes, c'est-à-dire, les personnes qui participent à la mise en œuvre du programme (à évaluer) ou connaissent en détail les aspects de mise en œuvre du programme. Il ne s'agit donc pas de l'ensemble de l'organisation ou de l'ensemble des travailleurs d'un département par exemple. Le choix de travailler avec une équipe plutôt qu'avec une personne, reposait sur deux arguments. D'abord, nous présumons que l'évaluation réaliste étant une démarche nouvelle et de nature scientifique, il serait plus pragmatique d'y dédier suffisamment de ressources humaines pour répartir les tâches. Ensuite, tirant le constat d'un *turn over* important dans le secteur, nous avons dès lors considéré que le dispositif serait plus pérenne si l'équipe mettant en œuvre le programme y participait dans son entièreté.

- *Identification d'une fonction de référent au sein de l'équipe participante*

Il était demandé que chaque équipe identifie en son sein un ou une « **référent•e** », c'est-à-dire un membre de l'équipe qui serait la personne de liaison entre l'équipe et

la CA. Nous faisons l'hypothèse qu'il/elle jouerait un rôle d'intermédiaire entre la CA et l'équipe mais aussi, entre l'équipe participante et le reste de l'organisation. La participation de l'équipe et l'identification d'un référent ou d'une référente constituent respectivement les deuxième et troisième caractéristiques de notre intervention.

- *Régularité des séances de travail entre l'équipe et la CA sur une durée d'environ 2 ans*

L'accompagnement s'est déroulé au sein des locaux de chaque équipe participante de façon **régulière**, à raison d'une réunion de travail par mois entre la CA et les membres de l'équipe, sur une période de 22 mois.

- *Relation de coopération entre l'équipe participante et CA (= poursuite d'objectifs réciproques)*

Charlier & Biémar (2012) décrivent le rôle de l'accompagnateur comme s'inscrivant dans une relation qui oppose et unit l'extériorité (pour soutenir une prise de distance) et l'implication (pour soutenir le projet commun) (32). La construction d'une relation de coopération entre la CA et les équipes partenaires est dès lors indispensable à l'intervention. Cette relation repose sur la confiance « en la compétence de l'Autre et en ses ressources internes » (32, p155). La **relation** entre chaque équipe et la CA est donc une caractéristique importante de notre intervention. Quant à la posture de la CA, elle peut se caractériser par une attention à :

- Faire entendre les discours dissonants ou les interprétations différentes
- Adopter une posture d'agitateur/d'amie critique
- Interroger l'ordre établi
- Explorer les implicites des pratiques et projets
- Éprouver la rhétorique des équipes
- Mettre en travail le collectif

Toujours selon Charlier & Biémar (32), la construction de cette relation entre les partenaires s'accompagne d'une négociation qui vise à préciser le terrain de rencontre et de travail entre les partenaires. Une autre caractéristique de l'intervention était que les équipes participantes gardent le pouvoir décisionnel tout

au long de la démarche évaluative accompagnée. Dès lors, notre accompagnement se devait de soutenir les équipes à utiliser l'approche *réaliste* en contexte réel, dans une **démarche émancipatrice et participative**. Autrement dit, **l'objectif de l'accompagnement n'était pas d'achever l'évaluation réaliste à tout prix**. L'utilisation de l'évaluation réaliste pouvait être remise en question à tout moment, amenant éventuellement d'un commun accord à réviser l'objectif de l'évaluation. De cette manière, l'accompagnement reposait sur un principe de réciprocité entre les questions de recherche et les intérêts des équipes impliquées dans la recherche.

- *Cohérence des valeurs pour l'action et pour l'évaluation (promotion de la santé)*

Le champ de la promotion de la santé est porté par des **valeurs** qui guident à la fois l'action et son évaluation. Il était essentiel que l'intervention soit le reflet de ces valeurs, tant au travers de l'accompagnement que du processus d'évaluation réaliste.

- *Capitalisation progressive du travail effectué*

L'intervention prévoyait des temps de **capitalisation** du processus pendant lesquels une personne de chaque équipe consignait par écrit le processus évaluatif afin de garder des traces de la démarche et des décisions prises. Les temps de capitalisation étaient suggérés pendant les périodes estivales qui se caractérisent souvent par un allègement du travail.

Ces sept caractéristiques sont présentées, dans l'illustration 8 ci-après, comme les composantes interventionnelles (7) *a priori* critiques. Autrement dit, il s'agit des constituants de l'intervention définis *a priori* comme critiques pour l'atteinte de notre objectif de capacitation.

1.3. Effets capacitant a priori

Si **l'objectif de l'intervention** était de permettre d'apprécier l'approche réaliste par l'expérimentation, ses **effets visaient à renforcer les capacités** des participants à conduire des évaluations et à utiliser les résultats. Ces effets peuvent concerner différents niveaux : l'individuel (et de manière plus spécifique au niveau du ou de la

référente), le collectif (ici défini par l'équipe) et l'organisation. Les effets de capacitation attendus étaient de trois ordres :

- Les participants auront fait émerger des savoirs théoriques et d'action.
- Les participants auront développé leurs compétences et connaissances en matière d'évaluation et plus spécialement le ou la référente.
- L'équipe et l'organisation auront amélioré leur capacité à évaluer.

Ces niveaux sont représentés sur l'illustration 8, dans un encadré noir, symbole de la « boîte noire » (cf. chapitre 2).

1.4. Éléments contextuels a priori critiques

Aux côtés des composantes interventionnelles et des effets attendus, nous avons identifié plusieurs **éléments contextuels a priori critiques**, c'est-à-dire des composantes préalables et indépendantes de l'intervention (7) que nous pensions jouer un rôle critique dans la capacité de l'intervention à générer des effets capacitant.

Le premier élément contextuel est relatif au fait que l'organisation ait mené ou participé à d'autres démarches évaluatives et peut donc témoigner d'autres expériences.

Le deuxième élément est lié à la motivation de l'équipe et de l'organisation à participer à la recherche et à expérimenter l'évaluation réaliste.

Le troisième élément contextuel critique est de pouvoir se reposer sur des ressources humaines suffisantes (que nous avons définies comme étant minimum deux personnes au sein de l'équipe).

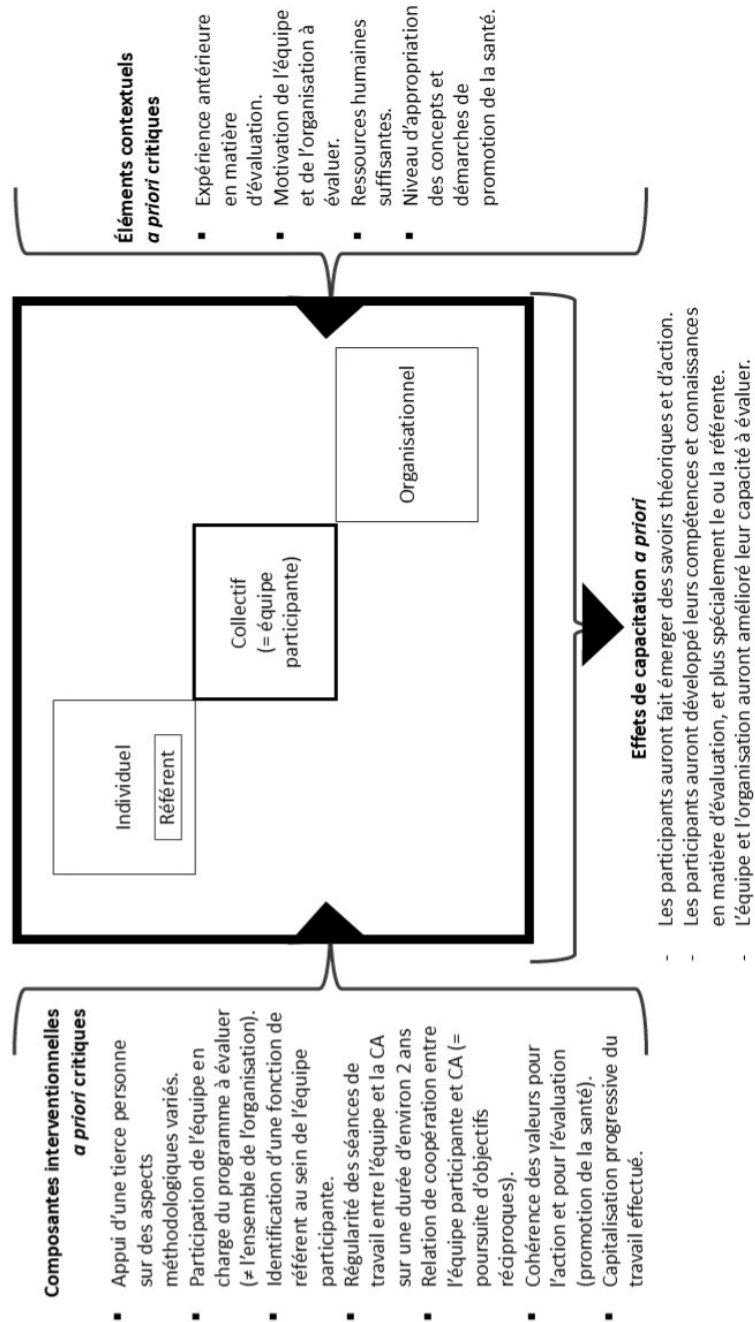
Le quatrième élément concerne le degré d'appropriation des concepts et démarches de promotion de la santé. Au démarrage de notre intervention, ces quatre éléments contextuels nous semblaient donc jouer un rôle potentiellement critique pour donner lieu à des effets.

Pour clôturer ce point, 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 amené à procéder à de légères adaptations au dispositif initial, telles que l'organisation des réunions à distance et qui a aussi exercé une influence sur l'expérimentation de l'*évaluation réaliste* par les équipes participantes (cf. forces et limites, chapitre 9, point IV).

L'illustration suivante montre la logique de notre intervention en mettant en évidence ses principales composantes (interventionnelles et contextuelles) ainsi que les effets de capacitation *a priori*.

Illustration 8 – Logique d'intervention



2. L'étude de cas multiples

Dans notre étude, **chaque cas (au nombre de 4) représente une équipe ayant participé à l'intervention décrite ci-dessus.**

3.1. Sélection des cas

La sélection des cas a été guidée par notre objectif (*purposeful selection*) dans le but d'avoir une variété de contextes et ainsi augmenter la validité externe des résultats (33).

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 programmes. À la suite de cet appel, 8 opérateurs ont fait connaître leur souhait de participer à la recherche en proposant un de leur programme comme « terrain » d'application de *l'évaluation réaliste*.

L'objectif était qu'au terme de l'analyse des 8 formulaires d'intention, le **groupe de 4 programmes** devait, ensemble, témoigner d'une certaine représentativité de la diversité des programmes financés par le Plan. Six personnes de l'UCLouvain/IRSS ont activement participé au processus de sélection. Elles étaient expérimentées en promotion de la santé et/ou en évaluation réaliste ²⁹.

Les **critères de sélection** étaient de deux ordres (cf. tableau 4) : des critères de diversité des programmes et des critères d'engagement des opérateurs et du programme dans la recherche.

²⁹ Isabelle Aujoulat (UCLouvain/IRSS-RESO), William D'Hoore (UCLouvain/IRSS-RESO), Dominique Doumont (UCLouvain/IRSS-RESO), Ségolène Malengreaux (UCLouvain/IRSS-RESO), Bénédicte Scheen (UCLouvain/IRSS-RESO) et Thérèse Van Durme (UCLouvain/IRSS).

Tableau 4 – Critères de sélection des cas

Critères de diversité des programmes	Critères d'engagement des opérateurs et du programme dans la recherche
L'ancienneté du programme (s'agit-il d'un nouveau programme implémenté depuis plusieurs années ?) ;	Une description claire et précise des actions (pour préfigurer la capacité à définir la théorie d'intervention) ;
Les stratégies d'action mobilisées dans le programme (en référence avec les stratégies d'action énumérées dans le Plan) ;	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) ;
Les axes du Plan couverts (les axes suivants sont éligibles pour cette phase de la recherche : santé mentale, modes de vie, personnes vulnérables, milieux carcéral, assuétudes ou santé sexuelle/IST dont VIH et VHC) ;	Une motivation en cohérence avec les objectifs de la recherche (notamment l'intérêt pour la deuxième étude et la dimension collective de la recherche) ;
Les niveaux d'action du programme (1 ^{ère} ligne ou 2 ^e ligne ³⁰).	Des ressources humaines a priori suffisantes à consacrer à ce programme ;
	Le niveau d'appropriation des concepts de promotion de la santé afin d'assurer un équilibre dans le groupe.

D'abord, nous avons classé les programmes en fonction des critères de diversité (cf. colonne de gauche du tableau 4). Ensuite, les critères d'engagement (cf. colonne de droite du tableau 4) ont guidé l'analyse, effectuée d'abord de manière individuelle et indépendante, puis de manière collective entre les 6 personnes impliquées. Ces critères d'engagement n'avaient pas pour finalité d'analyser la pertinence ou la qualité du programme mais plutôt de questionner la capacité du programme et des équipes à s'engager dans le processus de recherche. La présélection à laquelle nous sommes parvenus au terme de nos échanges a ensuite été présentée aux

³⁰ Dans le champ de la promotion de la santé bruxellois, les programmes de 1^{ère} ligne se caractérisent par des actions ciblant directement les populations concernées par la situation de santé visée par les actions, tandis que les programmes de 2^e ligne se caractérisent par des actions ciblant des groupes (le plus souvent des professionnels) ayant un rôle à jouer dans la situation de santé visée par les actions – dès lors, ces actions ciblent indirectement les populations.

représentantes ³¹ 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 programmes portés par 4 équipes. Outre le fait qu'ils respectaient les 5 éléments clés préalablement cités, les 4 programmes reflétaient une certaine **diversité** au regard des critères de diversité utilisés, comme le montre le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 – Diversité des programmes inclus au regard des dispositions du Plan

Critères de diversité	Dispositions du Plan	Nombre de programmes concerné parmi les 4 projets inclus
1. Ancienneté des programmes	Nouveaux programmes < 2 ans	2
	Programmes implémentés > 2 ans	2
2. Stratégies d'action mobilisées (plus d'une stratégie par programme possible)	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
	Développer des plaidoyers	0
	Santé sexuelle/IST, VIH, VHC	1
	Milieu carcéral	1
3. Axes du Plan couverts	Modes de vie	1
	Personnes vulnérables	1
	Assuétudes	0
	Santé mentale	0
4. Niveaux d'action	1 ^{ère} ligne	2
	2 ^e ligne	2

³¹ Mesdames Mira Goldwicht et Emmanuelle Caspers, attachées au service de la santé de la COCOF entre 2017 et 2021.

3.2. Description des cas

Nous nous intéressons à l'application de l'*évaluation réaliste* par des équipes de terrain en charge de concevoir, implémenter et évaluer des programmes de promotion de la santé financés par le Plan. Chaque cas est défini par deux dimensions : **l'opérateur** – et plus spécifiquement l'équipe participante – et le **programme** sur lequel l'expérimentation a porté.

Le tableau 6 ci-dessous présente chaque cas par le biais de ces deux dimensions et en référence aux critères de sélection présentés ci-avant. L'annexe 6 présente les cas de manière plus détaillée et narrativement.

Tableau 6 – Présentation des cas

Nom de l'opérateur	Description des programmes			Description des équipes participantes	
	Ancienneté au en 2018	Principales stratégies mobilisées (en référence aux stratégies reconnues dans le Plan)	Axes du Plan couverts	Niveaux action	Nombre de participants Fonction occupée par les participants
Alzheimer Belgique	Moins de 2 ans	Former, renforcer les savoirs, compétences, aptitudes ; Informer et sensibiliser ; Favoriser l'accès au matériel de prévention, d'information et aux infrastructures.	Personnes vulnérables	1 ^{ère} ligne	3 personnes 1 chargé de projet, 1 support administratif et le directeur
Fonds des Affections RESpiratoire (FARES)	Moins de 2 ans	Informier et sensibiliser ; Accompagner des projets, équipes, personnes ; Travailler en réseau et en intersectorialité.	Modes de vie	2 ^e ligne	3 (puis 4) personnes 2 chargés de projets régionaux et le coordinateur du département (rejoint plus tard par un chargé de projet de l'autre équipe régionale)
Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF)	Plus de 2 ans	Accompagner des projets, équipes, personnes Travailler en réseau et en intersectorialité Favoriser l'accès au matériel de prévention, d'information et aux infrastructures	Santé sexuelle/IST, VIH, VHC	2 ^e ligne	2 personnes 1 chargé de projet et le coordinateur du département
I.Care	Plus de 2 ans	Former, renforcer les savoirs compétences, aptitudes ; Favoriser l'accès au matériel de prévention, d'information et aux infrastructures ; Accueillir, orienter, aller vers.	Milieu carcéral	1 ^{ère} ligne	5 personnes 3 personnes de terrain et chargés de projets, 1 personne de support et de plaidoyer et le directeur

3.3. Collecte des données

Le dispositif de collecte de données s'est partiellement construit de façon **rétrospective** étant donné que notre recherche est ancrée dans un travail de terrain qui avait déjà démarré (depuis un an ³²) au moment de la formulation des questions de recherche doctorale. Nous nous sommes reposée sur deux **types de source** de données : des données recueillies en continu pendant le cycle 1 de la recherche ProSess (à l'aide de méthodes qui n'étaient pas guidées par nos questions de recherche) et des données collectées à l'aide d'outils créés explicitement pour explorer nos questions de recherche.

Les **premières** nous ont permis de porter un regard rétrospectif sur notre intervention (regarder au présent ce qu'il s'est passé) alors que les secondes nous ont permis de regarder notre intervention du point de vue des participants. Les **secondes** ont donc permis d'éviter, ce que Goffman appelle « l'illusion rétrospective » (34), ou plus communément le biais rétrospectif, soit une reconstruction de l'histoire pour le rendre cohérent avec le présent, ou avec l'image subjective que l'on se fait du présent.

3.3.1. Données recueillies en continu pendant le cycle 1 de la recherche ProSess

- Les **réunions de travail** (entre octobre 2018 et juillet 2020)

Les réunions de travail représentent les réunions d'accompagnement à l'application de l'évaluation réaliste. Nous avons commencé à enregistrer les réunions dès la 3^e réunion de travail. Une grande partie a donc été enregistrée et plus tard retranscrite pour l'exploration de nos questions de recherche.

- Les **comptes rendus de réunion** (entre octobre 2018 et juillet 2020)

³² Pour rappel, notre travail de terrain (ProSess) a démarré en octobre 2018 et notre admission à l'école doctorale a été confirmée le 23 octobre 2019.

Un compte rendu de chaque réunion était généralement réalisé par l'équipe. La CA prenait également des notes afin d'assurer le suivi de l'accompagnement de chaque équipe (cf. Tableau 7, ci-après).

3.3.2. Données collectées à l'aide d'outils créés pour explorer nos questions de recherche

- Un **focus group** (novembre 2019)

Un focus group a été réalisé en novembre 2019³³ dans le cadre d'une demi-journée qui a rassemblé les quatre équipes participantes et l'équipe de recherche (10 personnes au total). L'objectif du focus group était d'explorer le vécu du processus évaluatif, les difficultés rencontrées et les ressources qui ont aidé. Pour permettre à la CA de prendre part au focus group en sa qualité d'accompagnatrice, il a été animé par Dominique Doumont et Bénédicte Scheen – toutes deux chercheuses au RESO. Le focus group a été organisé selon les contours méthodologiques définis par Lannoy et Nijs (35). Le guide général du focus group (canevas) se situe en annexe 7. La retranscription du focus group a été envoyée aux participants afin de leur permettre de clarifier leurs interventions s'ils le jugeaient nécessaire.

- Des **entretiens** filmés (septembre 2020)

Les entretiens ont été réalisés par la CA en septembre 2020, à la clôture de la recherche ProSess. Ils se sont intégrés à un enjeu de dissémination de la recherche ProSess et à la préparation de son deuxième cycle (cf. chapitre 3, point I.)

Le contexte de pandémie de coronavirus explique également le choix de combiner la démarche de collecte de données à la démarche de dissémination. La crainte était d'être à l'image de la « première vague » à nouveau confinés et contraints dans la poursuite de la recherche.

Pour ces raisons et après discussion avec les partenaires de la recherche, nous avons réalisé des entretiens filmés, qui pourraient ensuite être transformés en

³³ Initialement, il devait y avoir un deuxième focus group à la fin de l'intervention (septembre 2020) mais la pandémie de COVID-19 nous a amenés à revoir cet aspect.

capsules vidéos ³⁴. Le but de ces capsules était double : présenter le processus évaluatif de chaque équipe et mettre en évidence les éléments qui ont été soutenant dans le processus ³⁵. Consciente que la dimension filmée rendrait l'exercice de l'entretien « différent », nous avons accompagné chaque participant à la préparation de l'entretien selon ses besoins. À ce titre, une convention de partenariat spécifique à ces entretiens filmés a été convenue avec les partenaires. Tous les participants ont reçu les thèmes et questions générales à l'avance (le guide d'entretien se situe en annexe 8). Le choix des séquences retenues pour la construction des capsules s'est fait avec l'accord des participants, qui ont pu valider chaque capsule vidéo. L'analyse des entretiens filmés a été réalisée sur les *rushes* – c'est-à-dire l'entièreté des films – pour l'analyse, alors que seules quelques séquences seraient retenues pour les capsules vidéo. La préparation de l'entretien s'est reposée sur des recommandations méthodologiques relativement claires et communément acceptées (36), tandis que la conduite d'entretiens filmés est une forme d'entretien faisant l'objet de peu de recommandations méthodologiques. Les retours d'expérience, tels que celui de Siino (37), ont été aidants pour anticiper les défis que poserait cette forme d'entretien (par exemple, l'importance du retour de l'image).

▪ **Des entretiens de consolidation théorique – *Theory consolidation interviews***
(décembre 2024)

En septembre 2024, soit 4 ans après la fin de l'accompagnement, nous avons recontacté six participants issus des trois cas étant allés jusqu'au bout de l'intervention afin de leur proposer de participer à un entretien relatif aux résultats de nos analyses. Trois entretiens de consolidation théorique, menés selon les principes définis par Manzano (38), ont été réalisés en décembre 2024 auprès de quatre (anciens) participants. L'un de ces entretiens a été conduit avec deux participants issus de la même organisation, permettant ainsi un échange et une confrontation des points de vue. Chaque cas a été représenté dans ces entretiens. Parmi les

³⁴ Les capsules vidéo ont été réalisées par le MiL (UCLouvain).

³⁵ Pour rappel, l'objectif du deuxième cycle de la recherche ProSess était co-construire un dispositif de soutien aux pratiques évaluatives des opérateurs du Plan.

quatre personnes interrogées, seule une travaillait encore au sein de l'organisation partenaire. Les autres personnes ont accepté de participer à l'entretien à titre personnel et non en tant que représentant de l'organisation dans laquelle ils travaillaient au moment de la recherche.

Lors de ces entretiens la chercheuse présentait les configurations CME aux participants, qui étaient ensuite invités à réagir à la plausibilité de chaque configuration au regard de son expérience de l'intervention.

▪ Le **cahier de recherche** de la CA

Le cahier de recherche a accompagné la CA tout au long de son implication dans la recherche ProSess, puis sa recherche doctorale. Il est le témoin de l'évolution de son cheminement personnel dans ces différentes postures.

* * *

Les données utilisées sont donc toutes de **nature qualitative** et – excepté pour le *focus group* – l'ensemble des données ont été collectées au niveau de chacun des cas. Le tableau 7 ci-dessous donne une idée du volume des sources de données utilisées en fonction des cas.

Tableau 7 – Volume des sources de données utilisées en fonction des cas

	Nombre de réunions (nombre de réunions enregistrées et retranscrites) ^b	Nombre de comptes rendus de réunion	Nombre de participants au focus group (novembre 2019)	Nombre d'entretiens filmés (septembre 2020)	Nombre de participants aux entretiens de consolidation théorique (décembre 2024)
Alzheimer BE	22 (14)	12	2	2	1
FARES	20 (15)	13	2	3	1
FLCPF ^a	13 (10)	10	2	-	-
I.Care	22 (16)	14	3	3	2
TOTAL	77(55)	49	9	8	4

^a la FLCPF s'est retirée de la recherche en avril 2020

^b 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.

3.4. Analyse des données

3.4.1. Précisions relatives à l'analyse du matériau pour la QR3 (chapitre 7)

L'objectif de cette première analyse était d'explorer les questionnements soulevés par l'application de l'évaluation réaliste par les équipes de terrain et d'en dégager des enseignements permettant d'identifier les conditions favorables à son déploiement au sein des organisations de promotion de la santé. Cette première analyse a abouti à l'article publié dans la revue *Global Health Promotion* (cf. chapitre 7) et au rapport de recherche ProSess (cf. synthèse en annexe 4). Nous y avons mobilisé l'ensemble du matériau excepté les entretiens de consolidation théorique. Le logiciel Excel a aidé à organiser le codage.

La première étape de l'analyse a reposé sur un codage systématique des objectifs de chaque réunion, en les situant en fonction des grandes étapes d'une évaluation réaliste (cf. illustration 4) et des spécificités de l'accompagnement. Cette démarche a permis de structurer l'analyse en identifiant le rôle et l'évolution des échanges au fil du processus. L'annexe 9 montre, pour chaque étape de l'application de l'évaluation réaliste, le nombre de réunions qui y ont été consacrées par chacune des équipes.

La seconde étape a consisté en une analyse approfondie du matériau empirique lié aux réunions (retranscriptions et comptes rendus), visant à documenter en détail le déroulement de chaque étape. Cette analyse a porté sur les questionnements soulevés par l'application de l'évaluation réaliste, ainsi que les facteurs facilitants et entravants rencontrés par tous les cas. L'objectif était de dégager les facteurs qui s'observaient de manière transversale pour mieux comprendre les conditions d'application communes aux cas.

La troisième étape a mobilisé une analyse thématique (39) du focus group et des entretiens. Cette analyse a permis de trianguler nos observations issues de l'analyse documentaire avec les perceptions et expériences des participants afin de croiser nos analyses aux perceptions des participants.

Cette démarche d'analyse a été réalisée par la CA tout au long de l'accompagnement et soutenue par une relecture approfondie de l'ensemble du

matériau, y compris du cahier de recherche, à la clôture de l'intervention. Ainsi, les questionnements analytiques de la CA étaient régulièrement discutés avec les participants.

3.4.2. Précisions relatives à l'analyse du matériau pour la QR4 (chapitre 8)

L'objectif de cette deuxième analyse était de comprendre les effets de l'intervention (l'accompagnement à l'évaluation réaliste). Cette analyse a donné lieu au chapitre 8, qui fera prochainement l'objet d'une soumission à une revue scientifique. Pour cette étude, nous avons exploité l'ensemble du matériau disponible à l'exception du focus group et avons utilisé le logiciel Nvivo© 14 pour l'analyse des données.

Si l'évaluation réaliste n'est pas liée à une méthode en particulier, la démarche repose cependant sur un mode de raisonnement particulier, appelé théorisation rétroductive. (40, 41) Fondée sur le réalisme transcendantal (cf. chapitre 2), cette approche vise à identifier et expliquer les mécanismes sous-jacents d'un phénomène afin d'en proposer une explication *réaliste*. (3)

Nous avons adopté une approche d'analyse par **théorisation rétroductive**, articulant les démarches inductive, déductive et abductive. Cette approche consiste à partir de l'observation d'un phénomène concret pour remonter progressivement aux conditions sous-jacentes qui l'ont rendu possible. Elle combine l'exploration empirique et la reconstruction théorique, dans une logique itérative entre données et théories. (3) Autrement dit, il s'agit d'élaborer des hypothèses plausibles et explicatives sur les effets d'un programme, en explorant les mécanismes et les éléments contextuels qui les influencent. Ce raisonnement est soutenu par l'heuristique des configurations CME (contexte-mécanisme-effet) proposée par Pawson et Tilley. (3)

Dans cette perspective, notre analyse s'est appuyée sur une approche de théorisation rétroductive structurée en **cinq phases** :

Phase 1 : Une analyse thématique itérative des entretiens individuels a permis d'identifier les effets (E), les éléments contextuels (C), les facteurs interventionnels (Ci) et les mécanismes (M). L'analyse a été élaborée en intra-cas et en inter-cas par des allers-retours constants entre les cas. Les effets ont été classés selon trois

niveaux d'apprentissage : individuel, collectif et organisationnel. Un arbre thématique unique a ainsi été construit, regroupant les principaux éléments du fonctionnement de l'intervention.

Phase 2 : Nous avons intégré les sources rétrospectives (réunions, notes de terrain) à l'analyse, pour affiner et consolider l'arbre thématique. La triangulation des sources de données a permis un affinement de l'arbre thématique représentatif de l'ensemble des cas.

Phase 3 : Grâce à la commande Matrix Coding Query de NVivo, un tableau a mis en évidence les effets partagés par l'ensemble des cas, permettant de concentrer la suite de l'analyse sur ces effets. Nous avons procédé à l'élaboration de potentielles configurations pour chacun de ces effets. Une analyse des similarités et divergences entre les cas a ensuite été menée aboutissant à l'élaboration de configurations C-Ci-M-E potentielles.

Phase 4 : La mobilisation de la littérature sur l'apprentissage organisationnel a permis d'ancrer les configurations dans un cadre conceptuel robuste. Un modèle issu des théories de l'apprentissage organisationnel (le modèle des 4i³⁶ de Crossan et al. (42, 43)) a été appliqué aux configurations C-Ci-M-E potentielles, selon un processus d'intégration théorique visant à tester et affiner les hypothèses issues de l'analyse empirique.

Phase 5 : Un processus de validation externe a été réalisé par le biais d'entretiens de consolidation théorique, menés quatre ans après l'intervention. Cette approche longitudinale a permis d'évaluer la plausibilité des configurations en prenant en compte le recul des participants. Les commentaires recueillis ont été intégrés lorsque les données empiriques corroboraient ces ajustements, renforçant ainsi la cohérence interne et la validité externe des résultats.

³⁶ Mary Crossan et ses collègues identifient trois niveaux interconnectés d'apprenants (*learners*) - l'individu, le collectif et l'organisation – et quatre processus social et psychosocial (les « i ») l'intuitif, l'interprétation, l'intégration, et l'institutionnalisation. Le modèle est plus amplement détaillé au chapitre 8.

Cette approche méthodologique assure une analyse approfondie et rigoureuse des données et a permis de réduire les biais liés à la position de chercheuse intervenante par le recours à plusieurs leviers : le raisonnement de théorisation rétroductive, la triangulation des données et des sources de données, l'analyse inter-cas, l'intégration d'un cadre théorique externe et la validation externe par les participants.

IV. Critères de scientificité de la démarche

Plusieurs stratégies ont été suivies pour respecter les critères de scientificité traditionnellement utilisés dans le cadre d'une étude de cas multiples de type qualitative et participative ayant une visée exploratoire. Le caractère exploratoire indique bien que nos résultats ne doivent pas être considérés comme représentatifs et généralisables. Par ailleurs, notre posture de chercheuse intervenante et la démarche participative renforcent le caractère situé et contextualisé des savoirs issus de notre démarche. Cependant, plusieurs précautions ont été prises pour favoriser le potentiel transférable de ceux-ci.

Nous nous sommes assurée de la **fiabilité du processus** de l'étude de cas multiples pour permettre de rendre accessible le raisonnement suivi ayant permis d'arriver résultats présentés à partir des données empiriques. (4) Dans ce but, les opérations d'analyse (codage, catégorisations et inférences) sont explicitées ci-dessus ainsi que dans les articles (chapitres 7 et 8). Les cas et leurs limites sont également décrits avec précision. Dans le cadre des études de portée, on peut parler de **réplicabilité du processus** de revue de la littérature, dans le sens où la démarche méthodologique est suffisamment explicitée que pour être reproduite et permettre d'obtenir des résultats similaires. (18) Dans ce but, nos choix méthodologiques et les opérations d'analyse des données sont explicités dans les articles (chapitres 5 et 7) s'y rapportant, complétés par les précisions apportées ci-dessus. La grille PRISMA-ScR (18) a également été utilisée pour chaque *scoping review* afin de documenter précisément chaque étape de la démarche.

La **cohérence interne** de la recherche (4) a fait l'objet d'une attention tout au long de la démarche, surtout considérant que nos questions de recherche ont émergé en parallèle de la collecte des données en ce qui concerne l'étude de cas multiples.

Plusieurs stratégies ont été utilisées pour assurer la **validité interne** des résultats. (4, 29) La triangulation des données issues de diverses sources et ce au sein de chaque cas, est une stratégie centrale dans notre étude de cas multiple. L'analyse des données a également impliqué des échanges avec des chercheurs externes et surtout avec les participants à l'étude. Un processus de validation des interprétations

a également été organisé. Le recours aux théories existantes pour renforcer l'argumentaire de nos résultats est également une stratégie mobilisée pour assurer la validité interne. Enfin, la posture de chercheuse intervenante a fait l'objet d'une attention spécifique – développée ci-après – afin d'éviter ou de réduire le risque de biais liés à son implication. Dans les études de portée, la validité interne est assurée par la rigueur de la démarche méthodologique et l'analyse systématique des articles identifiés à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion cohérents avec les objectifs des études.

Du côté de la **validité externe** (4, 29), nous avons guidé notre sélection des cas par le critère de diversité tout en étant conscient que les quatre cas sélectionnés ne sont pas représentatifs des opérateurs du Plan. Leur diversité devait nous permettre de mieux comprendre les particularités. Cette approche maximise les chances d'identifier des éléments transversaux, susceptibles d'être pertinents au-delà des cas étudiés. L'analyse comparative systématique entre ces cas renforce cette perspective en faisant émerger les récurrences entre les cas, c'est-à-dire des régularités observables dans des contextes différents. Ces récurrences nous permettent d'envisager la transférabilité de nos résultats. Par ailleurs, la description fine des contextes des cas étudiés permet également de renforcer la validité externe des résultats.

De manière similaire, les études de portée ne sont pas destinées à produire des résultats généralisables mais à examiner l'étendue des publications relatives à un domaine de recherche. La validité externe des études de portée s'apprécie au regard des précautions méthodologiques prises, tout en reconnaissant les limites de ce type d'approche méthodologique, qui sont détaillées dans chaque article.

Pour terminer, nous avons mis en place plusieurs précautions pour tenir compte du rôle actif de la chercheuse dans le phénomène à l'étude. La **réflexivité** de la chercheuse est à cette fin une stratégie qui a été soutenue par l'utilisation d'un cahier de recherche permettant à la chercheuse d'y consigner des réflexions tout au long de la recherche et de prendre conscience de sa part de subjectivité. Une prise de distance entre le travail de terrain (et la collecte des données) et le travail d'analyse

(de plus ou moins 2 ans) a été une stratégie fort utile. À plusieurs occasions, la chercheuse a été amenée à mettre ses interprétations à l'épreuve de celles des participants, par exemple lors de la réalisation des entretiens filmés ou lors de la relecture par les participants de documents intermédiaires.

En conclusion, nous soutenons une démarche de recherche qui se veut rigoureuse, précise et transparente pour produire des connaissances argumentées et prudentes, qui s'inscrivent davantage dans des enjeux de réactivité (*responsiveness*) que dans des enjeux de répliquabilité et nous valorisons plutôt les enjeux de transférabilité aux enjeux de généralisation.

V. Réflexions éthiques

Plusieurs enjeux éthiques traversent notre recherche doctorale. Le **comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF) des Cliniques universitaires de Saint-Luc et de l'UCLouvain** a remis un avis favorable à la recherche ProSess (REF : 2019/27FEV/097) début 2019. Toutefois, il nous semble que certains enjeux importants sont invisibilisés lors de la procédure d'examen des dossiers par le CEHF, dans la mesure où ce type d'examen repose essentiellement sur une évaluation de la recherche à travers le prisme de la déontologie médicale.

Or, ces règles déontologiques s'appuient sur un positivisme scientifique qui ne questionne pas les fondements des décisions et actions mais qui transpose l'application d'un code de conduite préétabli, qui dans certaines situations ne suffit pas. (44)

Ainsi, nous avons le sentiment que si le respect du consentement des personnes et de la confidentialité des données ont bien été évalués, il nous a manqué l'opportunité d'une discussion éthique, c'est-à-dire « un retour critique sur la recherche, sur les raisons et les motivations qui guident le chercheur et donnent un sens à son travail ». (45) Cette partie de notre travail nous donne l'occasion de nous y atteler, dans le cadre d'une réflexivité critique en dialogue avec nous-mêmes plutôt qu'en interaction avec des collègues soucieux de s'engager dans cette forme d'évaluation éthique, que nous aurions souhaité avoir au démarrage de notre travail de terrain.

Nous développons donc ci-après ces considérations éthiques et la manière dont elles nous ont interrogée tout au long de la recherche doctorale. L'utilisation du « je » dans une thèse de doctorat dans le secteur de la santé est le plus souvent évité pour – notamment – ne pas sembler diminuer la validité des résultats. Le « je » laisserait sous-entendre que la subjectivité du chercheur ou de la chercheuse imprègne les résultats. Il me semble néanmoins que cette section intitulée « Réflexions éthiques » ne peut être écrite qu'en laissant paraître ma subjectivité. Cette section sera donc écrite en « je ».

1. Évolution de mon positionnement

Je souhaite démarrer ces réflexions éthiques en me situant au carrefour de mon expérience professionnelle et personnelle, car mon positionnement dit beaucoup sur mes interactions avec mon terrain de recherche. (46)

J'ai été engagée au RESO³⁷ à l'UCLouvain environ 6 mois après avoir terminé mon master en santé publique à l'Université Libre de Bruxelles. Avant de commencer au RESO, je travaillais dans une association de promotion de la santé comme chargée de projets. Auparavant, j'avais réalisé un stage de plusieurs semaines dans deux Centres Locaux de Promotion de la santé (CLPS). Mon travail au RESO démarre donc en avril 2016, soit 2 ans ½ avant le début de la recherche ProSess. Les expériences qui ont précédé la recherche ProSess m'ont permis de côtoyer professionnellement de nombreux acteurs et actrices et de participer aux débuts des fédérations régionales de promotion de la santé, nées de la Vie Réforme de l'État, qui a entraîné le transfert des compétences de promotion de la santé et de médecine préventive aux entités régionales (cf. Chapitre 1).

Dans le cadre de ces expériences, j'ai participé à des projets de promotion de la santé et de recherche tout en étant régulièrement en contact avec des agents publics en charge des politiques publiques de promotion de la santé. Ces interactions participent à la construction de mon identité professionnelle, qui s'ancre dans différentes réalités :

- d'une part, la réalité académique, celle que j'aspirais à intégrer en rejoignant le RESO. Loin d'être unique, cette réalité façonne mon métier de chercheuse au gré des débats méthodologiques et philosophiques.

³⁷ Pour rappel, le RESO est un service universitaire de promotion de la santé situé à l'Institut de Recherche Santé et Société de l'UCLouvain. Il est financé par les pouvoirs publics en charge des compétences de promotion de la santé et a but de renforcer et développer les pratiques, programmes et politiques de promotion de la santé et de prévention. Au regard des trois missions de l'université – enseignement, recherche et service à la société – le RESO s'inscrit dans la dernière.

- d'autre part, la réalité du terrain où je me trouve intrinsèquement engagée dans un idéal, qui soulève des questionnements sociétaux et appelle à mobiliser ses émotions et valeurs.
- Enfin, la réalité du contexte politique, marquée par le transfert de compétences et les changements profonds qui l'accompagnent.

Avant d'entamer ma recherche, j'explorais librement ces réalités et pouvais, selon les contextes, adopter des postures différentes.

Cependant, lors de la préparation de ma recherche, je m'imposais un **glissement de posture** : il me faudrait adopter une certaine distance vis-à-vis du terrain et des dynamiques politiques afin de mieux les analyser. Pourtant, cette posture distanciée est mise à l'épreuve dès mon entrée sur le terrain – en l'occurrence, les réunions de travail au sein d'associations de promotion de la santé. Progressivement, les mécanismes de contrôle que je m'étais imposée sont tombés ; d'autant plus que la recherche ne constituait pas l'ensemble de mon activité – je restais engagée en parallèle dans des projets avec des acteurs de terrain, continuais d'apporter un soutien à ces derniers et à avoir des rapports avec les agents publics.

Avec mon inscription à l'école doctorale et le dépôt de mon projet de thèse fin 2019, je prends conscience des tensions qui m'habitent par rapport à ce positionnement distancié. (47) Je me suis alors autorisée à situer mon intervention dans une visée transformative. (48)

Pour conclure ce point, j'illustre l'évolution de mon positionnement en relatant une situation survenue fin 2019, soit un an après le début de mon terrain de recherche. À ce moment-là, la phase de collecte des données par les équipes participantes était sur le point de démarrer. Pour rappel, je n'ai pas pris part à cette collecte liée aux démarches évaluatives des équipes participantes.

Un besoin d'accompagnement est exprimé par les participants concernant la conduite d'entretiens et, plus largement la récolte de données qualitatives. Un positionnement distancié m'aurait poussée à ne pas intervenir étant donné que ce besoin dépassait le cadre de l'application de l'évaluation réaliste. Pourtant, cette situation concrète nous a interpellées, Isabelle Aujoulat et moi, car faisait écho aux

questions que je me posais par rapport à la nature des questions de recherche développées dans mon projet de recherche doctorale.

Après réflexion, nous avons décidé que je répondrais à ce besoin en organisant une rapide formation sur la récolte de données qualitatives, ouverte à l'ensemble des travailleurs et travailleuses des associations participantes.

L'adoption d'un **positionnement transformatif** plutôt que distancié a ainsi influencé mon rapport aux participants de la recherche et mon rapport à mon objet de recherche. Mes questions de recherche doctorales ont, par conséquent, aussi évolué, passant de questions centrées sur la mise en œuvre effective de l'évaluation réaliste à des interrogations plus larges portant sur les conditions d'appropriation de cette approche par les acteurs de terrain, les tensions et controverses qu'elle suscite, ainsi que les effets d'une approche participative et capacitante de l'évaluation sur les organisations.

2. Considérations éthiques

Du fait de mon positionnement transformatif, la question des **rapports de pouvoir** m'a interpellée à plusieurs niveaux. Cette question se pose dans les relations avec les acteurs de terrain, partenaires d'une recherche. Plus précisément, dans notre recherche, elle s'est posée par rapport à deux « acteurs » : d'une part, les organisations participantes, incluant les directions et conseils d'administration, et d'autre part, les travailleurs et travailleuses qui participaient à l'intervention (ci-après nommés participants).

La **participation** des organisations à la recherche reposait sur une base volontaire, tout comme celle des membres de chaque équipe. Toutefois, chaque organisation restait libre de définir quels membres de son équipe prendraient part à la recherche. Ainsi, la composition des équipes participantes s'est établie indépendamment du processus de recherche. Occupant une position au cœur de dynamiques institutionnelles, il m'incombait d'examiner en continu la manière dont celles-ci influençaient le dialogue et les orientations de la recherche, sans pour autant chercher à les contrôler. La construction d'une relation de confiance était au centre

de ma démarche, tant avec les organisations qu'avec les participants, afin de co-construire des objectifs partagés.

Se donner le temps de définir ensemble des objectifs communs était essentiel pour cadrer la collaboration et atténuer les rapports de force potentiels. Face à ces enjeux, il était primordial que chaque « acteur » –institutions et participants – puisse participer à la « fabrique » (49) de la recherche.

Ce processus a abouti début 2019 à la signature d'une convention de partenariat entre l'UCLouvain et les quatre organisations partenaires. Construite sur base du protocole de recherche et des échanges avec chaque partenaire, cette convention constituait un cadre de sécurité institutionnel uniforme pour les quatre organisations. Toutefois, elle est le reflet d'enjeux institutionnels et a été signée par les représentants des organisations et non les participants directement impliqués dans la production des savoirs.

Dès lors, il était nécessaire de reconnaître et de valoriser la place des participants dans ce processus. L'établissement d'une relation de **confiance** avec eux s'inscrivait dans une temporalité plus longue que celle des institutions. Alors que ces dernières recherchaient un cadre formel et stable, les participants exprimaient avant tout un besoin de dialogue et de flexibilité. Ainsi, les contours des responsabilités, les attentes et les besoins ont fait l'objet de discussions non seulement en début de recherche mais aussi tout au long du projet.

Tout au long de la recherche, j'ai ainsi cherché à m'assurer que chaque participant ait les moyens et la possibilité de s'associer à la production de connaissances. Il m'est arrivée, par exemple, de m'enquérir auprès des participants de l'absence de certaines personnes, notamment lorsque quelqu'un ne participait plus aux réunions depuis quelque temps, possiblement en raison de leurs modalités. Ce souci d'inclusion visait à maintenir une **dynamique participative** et à reconnaître la légitimité de chaque voix au sein du processus.

En ce qui concerne la **gestion des données collectées** au cours de la recherche, elles étaient hébergées sur les serveurs de l'UCLouvain. Les retranscriptions des enregistrements audios des réunions ont été effectuées par des étudiants ayant

signé un accord de confidentialité. La réalisation des capsules vidéos (et donc des entretiens) a fait l'objet d'une nouvelle convention de partenariat entre le RESO et les partenaires. A l'issue de la recherche doctorale, toutes les données collectées seront définitivement supprimées des serveurs de l'UCLouvain.

Dans mon cahier de recherche, je consignais les **dynamiques et atmosphères** changeantes des réunions, avant et après leur tenue. Sans pour autant interroger les participants de manière systématique, il m'arrivait de les questionner sur ce qu'ils traversaient pour comprendre ces fluctuations. C'est ainsi qu'au cours d'une réunion, une équipe a partagé son expérience récente d'une situation violente sur son terrain d'intervention. Parallèlement, il m'a semblé crucial d'identifier ce qui m'occupait et m'agitait avant de pousser la porte des salles de réunion et plus tard des salles Zoom et d'en garder une trace. Malgré ces précautions, les connaissances produites restent marquées par des **rapports de force**, qu'il ne m'a pas toujours été donné d'identifier ou qui ont pu m'échapper. Réciproquement, les organisations et participants ont pu ressentir une forme de pression en raison de ma posture et de mon positionnement, témoignant ainsi de la complexité des dynamiques à l'œuvre.

La question des rapports de pouvoir s'est posée pour moi également dans les interactions avec les acteurs de **l'appareil politico-administratif**, en particulier avec la COCOF. La COCOF est, sinon au cœur de la recherche, l'acteur ayant le plus d'intérêts dans la recherche. La COCOF finance le programme du RESO, incluant la recherche et par conséquent ma fonction. Elle finance également les programmes des organisations partenaires (cf. chapitre 1). Et enfin, elle a choisi de mettre l'approche réaliste au cœur des démarches évaluatives dans le plan.

Ainsi, la question de **l'instrumentalisation potentielle de la recherche** par les acteurs politico-administratifs a été un objet d'attention continue. La construction de la recherche s'est faite en concertation avec la COCOF, nécessitant plusieurs allers-retours pour mieux comprendre les enjeux de chacun et clarifier les attentes réciproques. Lors de ces échanges, nous étions toujours au moins deux membres du RESO afin de bien entendre les attentes de la COCOF, tout en garantissant que nos intérêts de recherche et les orientations que nous souhaitions lui donner restent

au cœur du projet. Il s'agissait donc, pour la COCOF et pour nous, de définir des positions respectives qui nous conviennent.

Les représentantes de la COCOF ont toujours manifesté un réel intérêt pour la recherche, tant pour son objet que pour son approche, tout en adoptant une posture consciente de leur position institutionnelle. À plusieurs reprises, nous avons initié des discussions avec elles pour préciser leur niveau d'implication dans la définition des orientations du projet. Par exemple, nous avons convenu ensemble qu'elles ne participeraient pas au comité de sélection des organisations mais qu'elles seraient invitées à donner un avis sur la sélection finale.

C'est dans ce cadre que s'est déroulée une grande partie du travail de terrain. En 2020, un changement d'équipe au sein de la COCOF a suscité des questions quant à l'évolution de la dynamique et au maintien de la relation de confiance établie avec la précédente équipe. Malgré le turn-over au sein de l'administration, la mise à jour du Plan en 2022 et la pandémie de COVID-19, nos relations avec l'équipe santé de la COCOF sont restées guidées par une confiance mutuelle ; bien que l'intérêt des agents pour l'évaluation réaliste ait pu paraître moindre de notre côté.

Dès le début du projet, une autre précaution a été prise : celle de définir clairement **les contours de mon mandat d'accompagnement**. Mon objet de recherche portait sur l'accompagnement lui-même et non sur les évaluations réalistes menées par les partenaires. Ainsi, les données collectées par ces derniers pour évaluer leurs programmes ne m'étaient pas accessibles. De même, je n'avais ni pour mission de rédiger leurs rapports d'évaluation, ni de rendre des comptes sur les démarches évaluatives qu'ils avaient entreprises.

En guise de conclusion, nous citons à nouveau Éric Gagnon : « Le positivisme se satisfait d'une déontologie, d'un code de conduite censé protéger l'environnement des effets indésirables de la recherche mais qui préserve peut-être davantage la science elle-même des interrogations sur son sens et sa pertinence. C'est le positivisme qui presse aujourd'hui les sciences sociales de se donner une déontologie. Autrement, elles auraient peut-être une éthique, véritablement. » (44, p335)

Points saillants du chapitre 4

- ♦ Le **positionnement épistémologique** de la chercheuse est hybride, mêlant constructivisme pragmatique et interactionnisme. La chercheuse adopte une posture engagée et participante, assumant un rôle actif dans la co-construction de l'objet de recherche.
- ♦ La recherche est **appliquée** et orientée vers la **transformation** des pratiques. Elle peut être décrite au croisement de plusieurs disciplines et types de recherche.
- ♦ Nos questions de recherche ont été explorées à l'aide de **deux études de portée (*scoping review*)** et **d'une étude de cas multiples**.
- ♦ La première *scoping review* vise à explorer comment les évaluations réalistes de programmes de promotion de la santé intègrent les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation (**QR1**).
- ♦ La deuxième *scoping review* vise à explorer les modalités d'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes (**QR2**).
- ♦ L'étude de cas multiples a consisté à expérimenter l'évaluation réaliste avec des opérateurs du Plan Stratégique de Promotion de la santé (recherche participative ProSess).
- ♦ L'étude de cas est composée de **deux dimensions** : l'étude et l'intervention. Dans la continuité de cette double dimension, le rôle de la chercheuse était double – chercheuse et accompagnatrice.
- ♦ **L'intervention** a consisté en l'accompagnement, entre octobre 2018 et juillet 2020, d'équipes de terrain à l'évaluation réaliste d'un de leurs programmes, financé par le Plan Stratégique de Promotion de la santé.
- ♦ Dans notre étude, chaque **cas** (au nombre de 4) représentait une équipe ayant participé à l'intervention. Nos critères de sélection ont permis de constituer un groupe de 4 programmes témoignant d'une certaine représentativité de la diversité des programmes financés par le Plan.
- ♦ Nous nous sommes reposée sur **deux types de sources de données** : des données issues de sources émanant de la recherche ProSess et des données issues de méthodes de recueil de données créées pour explorer nos questions de recherche (**QR3** et **QR4**).
- ♦ Plusieurs stratégies ont été suivies pour respecter les **critères de scientificité** traditionnellement utilisés dans le cadre d'une étude de cas multiples de type qualitative et participative ayant une visée exploratoire.
- ♦ Plusieurs **enjeux éthiques** traversent notre recherche doctorale, notamment en lien avec la position de chercheuse-accompagnatrice.

Bibliographie

1. Creswell J.W., Poth C.N. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches: SAGE Publications; 2016. 488 p.
2. Bhaskar R. A realist theory of science. London: Verso books; 2008.
3. Mukumbang F.C., Kabongo E.M., Eastwood J.G. Examining the Application of Retroductive Theorizing in Realist-Informed Studies. *International Journal of Qualitative Methods*. 2021;20:16094069211053516.
4. Cajasiba A.P., Avenier M-J. Recherches collaboratives et constructivisme pragmatique : éclairages pratiques. *Recherches qualitatives*. 2013;32(2):201-26.
5. Le Breton D. L'interactionnisme symbolique. Paris: PUF collection Quadrige Manuels; 2004.
6. Hawe P., Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009;100(1):Suppl I8-14.
7. Alla F., Cambon L., Ridde V. La recherche interventionnelle en santé des populations. Concepts, méthodes, applications.: IRD Éditions.; 2024.
8. Eccles M.P., Armstrong D., Baker R., Cleary K., Davies H., Davies S., et al. An implementation research agenda. *Implementation Science*. 2009;4(1):18.
9. Dedeurwaerdere T., Popa F., Guillermin M., Herrero P. Vers une transdisciplinarité réflexive. Intégrer la réflexivité sur les valeurs et les capacités de coconstruction dans la recherche partenariale. In: Klein J-L., Boucher J-L., Camus A., Champagne C., Noiseux Y., editors. *Trajectoires d'Innovation Des émergences à la reconnaissance*. Québec: PUC; 2019. p. 305-16.
10. Popa F., Guillermin M., Dedeurwaerdere T. A pragmatist approach to transdisciplinarity in sustainability research: From complex systems theory to reflexive science. *Futures*. 2015;65:45-56.
11. Suchman E.A. *Evaluative Research : Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*: Russell Sage Foundation; 1967.
12. Noguera F., Plane J-M. Chapitre 4. La recherche-intervention : éléments d'épistémologie, de méthode et principes d'action. *Produire du savoir et de l'action*. Caen: EMS Editions; 2020. p. 53-61.
13. Perez Y.A. La pratique de la recherche-intervention dans les organisations : retour sur les modes de production des connaissances gestionnaires à partir du terrain. *Humanisme et Entreprise*. 2008;288(3):101-13.
14. De Lavergne C. La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative *Recherches qualitatives*. 2007;3.
15. Albarello L. Chapitre 1. Deux modèles : l'engagement et la distanciation. In: Albarello L., editor. *Devenir praticien-chercheur*. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2003.

16. Arksey H., O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
17. Levac D., Colquhoun H., O'Brien K.K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. 2010;5(1):69.
18. Tricco A.C., Lillie E., Zarin W., O'Brien K.K., Colquhoun H., Levac D., et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. 2018;169(7):467-73.
19. Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., MacQueen D.V., Potvin L., Springett J., et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.: WHO Regional Publications European series No 92; 2001.
20. Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., MacQueen D.V., Potvin L., Springett J., et al., editors. Evaluation in health promotion Principles and perspectives WHO Regional Publications European series No 92; 2001.
21. Wong G., Westhorp G., Manzano A., Greenhalgh J., Jagosh J., Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Medicine*. 2016;14(1):96.
22. Higgins J.P.T., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M.J., et al. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*: John Wiley & Sons; 2019.
23. Polanin J.R., Pigott T.D., Espelage D.L., Grotpeter J.K. Best practice guidelines for abstract screening large-evidence systematic reviews and meta-analyses. *Res Synth Methods*. 2019;10(3):330-42.
24. Carroll C., Booth A., Leaviss J., Rick J. "Best fit" framework synthesis: refining the method. *BMC Medical Research Methodology*. 2013;13(1):37.
25. Booth A., Carroll C. How to build up the actionable knowledge base: the role of 'best fit' framework synthesis for studies of improvement in healthcare. *BMJ Quality & Safety*. 2015;24:700-8.
26. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*. 1999;34(5).
27. Yin R.K. *Case study research - Design and methods*. 3rd ed: Sage Publications; 2003.
28. Stake R.E. *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1995.
29. Alexandre M. La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives*. 2013;32:26-56.
30. Charlier É. Accompagnement professionnel. In: Jorro A., editor. *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation De Boeck Supérieur*. ; 2022.

31. Vial M., Caparros-Mencacci N. L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative.: De Boeck Supérieur; 2007.
32. Charlier É., Biemar S. Accompagner : Un agir professionnel. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2012. 188 p.
33. Stake R.E. Multiple Case Study Analysis. New York: Guilford Press; 2006. 342 p.
34. Darmon M. La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation. *Politix*. 2008;82(2):149-67.
35. Lannoy P., Nijs G. Chapitre 5. L'entretien collectif : un dispositif de réflexivité distribuée. In: Kivits J., Balard F., Fournier C., Winance M., editors. *Les recherches qualitatives en santé*: Armand Colin; 2016. p. 101-16.
36. Sifer-Rivière L. Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In: Kivits J., Balard F., Fournier C., Winance M., editors. *Les recherches qualitatives en santé*: Armand Colin; 2016. p. 86-101.
37. Siino F. Le témoignage filmé : un entretien comme les autres ? Retour sur l'enquête « le temps de la coopération au Maghreb ». *Bulletin de l'AFAS Sonorités*. 2019;45.
38. Manzano A. The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*. 2016;22(3):342-60.
39. Paillé P., Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin; 2021. p. 269-357.
40. Pawson R., Tilley N. *Realistic Evaluation* London: SAGE Publications Ltd; 1997.
41. Jagosh J. Retroductive theorizing in Pawson and Tilley's applied scientific realism. *Journal of Critical Realism*. 2020;19(2):121-30.
42. Vera D., Crossan M. Strategic leadership and organizational learning. *The Academy of Management Review*. 2004;29(2):222-40.
43. Crossan M.M., Lane H.W., White R.E. An Organizational Learning Framework: From Intuition to Institution. *The Academy of Management Review*. 1999;24(3):522-37.
44. Gagnon É. Remarques sur l'éthique dans les sciences sociales. *Les Cahiers de droit*. 2001;42(2):325-35.
45. Gagnon E. Le comité d'éthique de la recherche, et au-delà. *Éthique publique*. 2010;12(1):299-308.
46. Lelubre M. La posture du chercheur, un engagement individuel et sociétal. *Recherches qualitatives*. 2013;14.

47. Bonnet F. La distance sociale dans le travail de terrain : compétence stratégique et compétence culturelle dans l'interaction d'enquête. *Genèses*. 2008;n° 73(4):57-74.
48. Mertens D.M. Transformative research: personal and societal. *International Journal for Transformative Research*. 2017;4(1):18-24.
49. Duvivier É., Rybinski J. Relier intervention sociale et recherche : pratiques, postures et enjeux du travail collaboratif. *Les Politiques Sociales*. 2022;N° 3-4(3):48-60.

PARTIE III – RÉSULTATS

CHAPITRE 5

L'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé : des pratiques guidées par les principes de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation ? (ARTICLE 1 DES RÉSULTATS)

“Professionals working in developing countries and those dealing with indigenous communities tend to emphasize questions such as “what for?”, “with whom?” and “why?” regarding initiatives to evaluate effectiveness in health promotion. They are concerned with power relationships and the need to consider the importance of participatory approaches. Professionals working for international or governmental agencies are generally more pre-occupied with questions such as “how?” and “how much?”

Giving priority to the three questions (“what for?”, “with whom?” and “why?”) as compared with the other two (“how?” and “how much?”) would indicate a more political bias in evaluation for demanding that evaluators take a stand as to the purpose, direction, and participatory and inclusive nature of the evaluation efforts they take part in.”

Marko Akerman, Hiram Arroyo, Catherine M. Jones, Michel O'Neill, Angel Roca, Nina Wallerstein (*Evaluation of health promotion effectiveness: a political debate and/or a technical exercise?*, 2007)

MALENGREAU S., DOUMONT D., SCHEEN B., VAN DURME T., AUJOULAT I. REALIST EVALUATION OF HEALTH PROMOTION INTERVENTIONS: A SCOPING REVIEW. HEALTH PROMOT INT. 2022 OCT 1;37(5):DAAC136. DOI: 10.1093/HEAPRO/DAAC136. ERRATUM IN: HEALTH PROMOT INT. 2023 OCT 1;38(5): PMID: 36166263.

Realist evaluation of health promotion interventions: a scoping review

Abstract

This scoping review aims to give a narrative account of existing realist evaluation practices in health promotion. Realist evaluations of health promotion interventions published between 2010 and 2021 were identified from searching five academic databases: Embase, Pubmed, PsycINFO, ScienceDirect and Scopus. A data-charting form was created based on the characteristics of realist **evaluation** and four core features of an approach appropriate for evaluating health promotion interventions. Seventeen (17) articles met the inclusion criteria. These were classified into two types of studies: those aiming to build an initial program theory, and those aiming to test an initial program theory. Our results revealed a great variety of realist evaluation practices and uncovered a growing interest in realist evaluation over the years. Our searches identified a lack of participative practice and capacity-building intention. Our examination of the data collection and analysis methods points to some common practices in using multi-methods. Perspectives on realist evaluation practices and on assessing the effectiveness of health promotion have been identified.

³⁸ Une synthèse de l'article en français est disponible en annexe 1.

Introduction

In tackling the diversity of health determinants, health promotion (HP) strategies require complex interventions (1). The interactivity between an intervention and the context of its implementation generates a series of complex characteristics, such as non-linearity, the emergence of patterns, ongoing adaptations, uncertainty, dynamism and the co-evolvement of agents (2, 3). As suggested by Cambon et al., the crucial role of context in HP calls for using the term ‘interventional system’ rather than ‘intervention’, since the “interrelated human and non-human contextual agents within spatial and temporal boundaries [generate] mechanistic configurations which are prerequisites for change in health” (4). HP interventions should rank among complex interventions, requiring evaluation approaches embedded in complexity science. Occurring within intertwined systems, HP interventions do not respond in a linear way according to what the initiators of change intend (5). By recognising these properties and the role of the context of their implementation when producing changes, the separation between process and outcome evaluation becomes blurred. Therefore, the focus of evaluation broadens towards a “contextualized understanding of how an intervention induces change” (1). While recent publications have embraced this shift, methodological debates remain (6).

Evaluating HP interventions also calls for a process of evaluation that is aligned with important principles for action within the field of HP (7). The World Health Organisation European Working Group on Health Promotion Evaluation (8) concluded that approaches appropriate for the evaluation of HP interventions should be based on the following four core features: (i) the evaluation design should be appropriate to the complex nature of HP intervention; (ii) the evaluation approach should implement a “broad range of information-gathering procedures” and rely on “a variety of disciplines”; (iii) the evaluation approach should be participative, meaning that it should involve legitimate stakeholders in “appropriate ways”; (iv) the evaluation process should represent an opportunity for the capacity-building of individuals, communities, organisations and governments (8).

The realist evaluation approach

Given the complex nature of HP interventions, understanding their effectiveness implies moving from the traditional question (“Is this intervention working?”) to a more comprehensive question: “How, why, for whom and in what circumstances is this intervention working?” Realist evaluation (RE) as a methodology is particularly well-designed for addressing these types of questions. Developed by Pawson and Tilley, RE looks at the effectiveness question in a more open and nuanced way, adopting a view of causality that is less deterministic and simplistic because it aims to explain change and causal links by revealing the mechanisms of change and the influence of context (9). This has always been a puzzle for HP practitioners, researchers and policy makers alike. RE therefore seems to offer some valuable perspectives on HP interventions.

One key feature at the core of RE is the generative approach to causality. Simply put, causality is not explained by the interaction between the intervention and its outcome but rather by the interplay and integration of three explanatory components: *Context*, *Mechanism* and *Outcome* (CMO) (10). The concept of *Mechanism* refers to the interaction between the choices (reasoning) of individuals and the capacities (resources) provided by a given intervention, helping to understand what it is about the program that makes it work – or not. *Context* is a wider concept than location and infrastructure, as it may encompass pre-existing social conditions (rules, norms, values, etc.), institutional characteristics, interpersonal relationships, characteristics and capacities of individuals (Pawson, 2013). Absence or presence of these contextual characteristics will activate *Mechanisms* (or fail to activate them) in a causal relationship, which in turn generates *Outcomes*. In RE, the central task is therefore to model the different ways in which these “ingredients” of causality come together in “configurations” (i.e. CMO configurations) (11).

A realist evaluation starts and ends with a theory, like a cycle, but with movements back and forth involving multiple revision stages. The evaluation starts by framing “propositions about how mechanisms are fired in contexts to produce outcomes” (11, p85) using initial theoretical CMO configurations in a heuristic way. These constitute

the initial program theory which is then tested systematically through several iterations of data collection and analysis. Finally, based on the findings of the analysis, the initial program theory is refined or consolidated, and sometimes rejected. The use of RE may appear particularly relevant for quality improvement in HP, as the definition of a program theory and its refinement or consolidation may offer interesting perspectives to support decision-making and guide action in specific contexts (12).

Aim and research questions

The aim of this paper is to provide an overview of current evaluation practices that are informed by RE principles, and to critically examine the contribution of RE for the evaluation of HP interventions with respect to the four important afore mentioned features defined by Rootman *et al.* (2001) (8) for the evaluation of HP interventions. A scoping review method was selected as it addresses broad topics beyond intervention effectiveness and is adapted to present an account of existing literature (13).

Methods

Search strategy

Using PRISMA-ScR guidelines (14), we conducted a literature review to identify cases of RE applied to HP intervention. Our search was performed across five databases (Embase, Pubmed, PsycINFO, ScienceDirect and Scopus), using the following keywords in the articles and abstracts: “HEALTH PROMOTION” and “REALIST EVALUATION”. The literature search was conducted between December 2020 and December 2021, and encompasses publications between 1st January 2010 and 31st December 2021 (see Supplementary file 1 for more details about the search strategy). We used an iterative process to identify papers to be included, building on the insights of the first papers identified.

Papers were included if they presented (i) the results of an evaluation labelled as “RE”, and (ii) an evaluation of projects or programs labelled as “health promotion interventions” – meaning that the intervention met more than one of a series of

recognised health promotion strategies and principles, which we summarise hereafter in Table 1. We did not restrict our search to specific populations or themes. Reviews and protocols were excluded.

Table 1 – Key principles and strategies for defining an intervention as a HP intervention

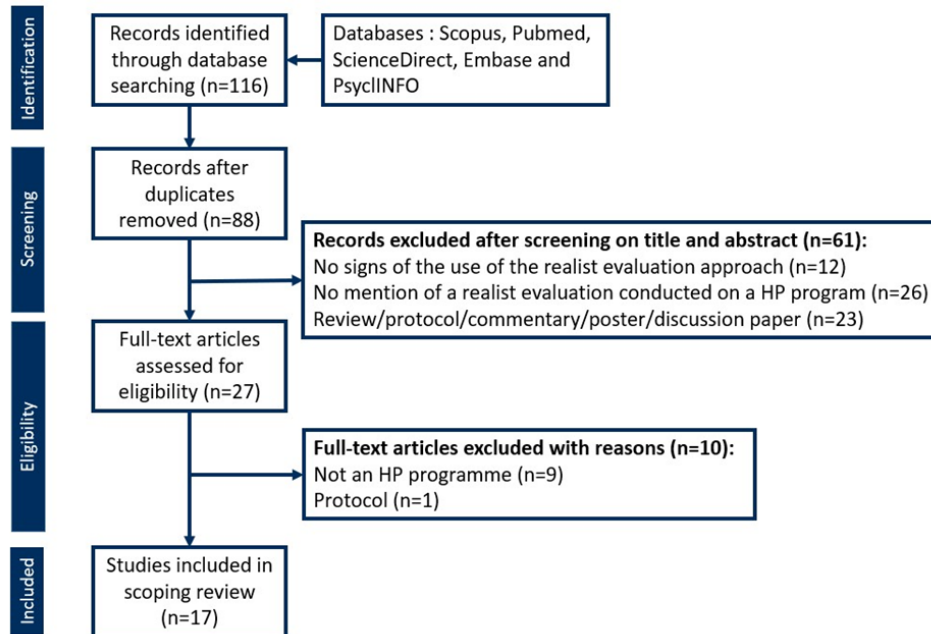
Strategies Key principles	Build healthy public policy	Create supportive environments	Strengthen community action	Develop personal skills	Reorient health services
Empowering					
Equitable					
Holistic					
Intersectoral					
Participatory					
Sustainable					
Multi-strategy					

Adapted from Rootman et al. 2001

One investigator (first author) conducted the database search and two investigators (first and third authors) screened the article titles and abstracts in order to reach a consensus on a list of articles to be reviewed. The full texts of those articles were then independently screened by two investigators (first and second or fifth author) to determine their eligibility.

Our initial search retrieved 88 papers (after removal of duplicates). After screening titles and abstracts, 27 papers were selected for full-text assessment. Seventeen papers met the inclusion criteria and were included in the final selection. The PRISMA flow diagram (Figure 1) illustrates the selection process.

Figure 1 – PRISMA flow diagram of the selection process



Data analysis

Three investigators (first, second and fifth authors) developed a data-charting form on Excel that helped extract information related to the study characteristics (such as the evaluation questions, objectives and the description of the program), the RE characteristics (such as the rationale for using RE, information linked to the initial and revised program theories and CMO configurations), and the core features of an evaluation approach appropriate for HP interventions (i.e. participation, capacity-building, relying on a variety of disciplines and information-gathering techniques and acknowledging complexity). The same investigators independently read one of the included studies and completed the data-charting form as a trial to test its applicability. The form was adapted in order to reach a common understanding of each category (see Supplementary file 2 for the list of all topics for which data were sought), and was then used as a framework for the analysis of the selected articles, and periodically revisited by the research team. One investigator (first author) charted the data from the selected articles. In addition to analysing the content of

these articles, the authors' affiliation and contributions were systematically screened in order to document the range of academic and non-academic disciplines involved in the study.

Results

The 17 included papers described the evaluation processes and outcomes of 17 different interventions that we categorised as HP interventions based on recognised HP strategies and principles (see table 1). Therefore, in this article, the term “studies” refers to the content of the evaluation process and its results, while the terms “(evaluated) intervention” refer to the object of evaluation.

Characteristics of the evaluated interventions

Table 2 presents a global description of the interventions evaluated in the included studies, as well as their classification in relation to HP strategies and key principles outlined in table 1.

Characteristics of the RE design

With regards to the RE cycle, 6 studies (hereafter referred to as belonging to Group A: (15, 16, 17, 18, 19, 20) were at the stage of formulating hypotheses of how the program *might work*, for whom and in what circumstances (i.e. the initial program theory), while 11 studies (hereafter referred to as belonging to Group B: (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31)) were at the stage of assessing how the program *worked*, for whom and in what circumstances (i.e. the revision of the initial program theory). First, we briefly describe how the initial and revised program theories were defined in the articles included.

Table 2 – Characteristics of the evaluated programs

HP principles	Multi-strategy								
	Sustainable								
	Equitable								
	Holistic								
	Empowering								
	Intersectoral								
	Participatory								
HP strategies	Reorient health services								
	Develop personal skills								
	Strengthen community action								
	Create supportive environments								
	Build healthy public policy								
Group type (A or B)*		A	A	A	A	A	B	B	B
Evaluated programs description and scale of the evaluation		Support school practice to prevent childhood obesity. The program was implemented in multiple schools in one region of France.	Two different but similar interventions that seek to facilitate the social integration of young people in education and employment related spheres. These interventions were implemented in different parts of a region in Sweden.	Community-based volunteer doula support program which provides free antenatal, birth and postnatal doula support for women experiencing socioeconomic disadvantage. This program was implemented in one city of Australia.	Consumer-driven community mental health centre providing safe and supportive environments, social connections, and activities for people with a lived experience of mental illness. This unique centre is situated in Australia.	Program facilitating involvement in physical activity for children and youths with disabilities in local environments implemented in a rehabilitation centre in Norway.	Intersectoral oral health promotion program implemented by health centres in multiple schools in Peru.	Training in health promotion strategies for school professionals and local agents implemented in multiple schools in France.	Professional development in the 'healthy school' approach implemented in multiple schools in one province of Canada.
Authors and year		Darlington <i>et al.</i> , 2017	Jonsson and Goicolea, 2020	O' Rourke <i>et al.</i> , 2019	Taylor <i>et al.</i> , 2010	Willis <i>et al.</i> , 2018	Bergeron <i>et al.</i> , 2020	Darlington <i>et al.</i> , 2018	Deschesnes <i>et al.</i> , 2014

Pals <i>et al.</i> , 2016	Toolkit for professionals involved in therapeutic education with people with chronic disease implemented in multiple health centres across Denmark.	B																	
Tennant <i>et al.</i> , 2020	Provide long-term multidisciplinary care coordination, capacity building and integrated care for families with complex health and social needs in one region of Australia.	B																	
Owusu-Addo <i>et al.</i> , 2020	Provide cash and free access to health insurance to extremely poor and labour-constrained households in one region of Ghana.	B																	
Van der Veken <i>et al.</i> , 2020	Program of sports activities generating social cohesion, health and inclusion (especially for vulnerable populations) through a local football club in Belgium.	B																	
Mathias <i>et al.</i> , 2019	Peer-led, community-based, participatory group intervention on social inclusion and mental health among young people affected by psycho-social disability in one region in India.	B																	
Uzochukwu <i>et al.</i> , 2020	Advocacy activities for impressing on stakeholders the need to sustain the maternal and child health services as a policy priority that were organized in a region in Nigeria.	B																	
Bysted <i>et al.</i> , 2020	In Denmark, health professionals work from local offices in each neighborhood. They engage in active recruitment by going door-to-door, informing residents about the intervention and inviting them to participate in the free local health services.	B																	
Howarth <i>et al.</i> , 2021	UK collaborative pilot project of social prescribing to a garden (Royal Horticultural Society Garden Bridgewater). Up to 75 people were to be referred by a health care professional to the garden on 3-month placements where they undertook therapeutic gardening activities.	B																	
Martin-Fernandez <i>et al.</i> , 2021	Project TC-REG aims to improve use of scientific knowledge by implementing tailor-made knowledge transfer strategies in the field of health promotion and disease prevention in four regions in France.	B																	

* Group A: describes how the program might work (initial program theory); Group B: how the program actually worked (refined program theory)

Initial Program Theory (IPT)

For studies from Group A, the IPT was presented in the results section, while for studies from Group B, the IPT was presented in the introductory section, except for three studies from Group B (26, 28, 32) which did not present the IPT in their articles. The CMO framework, or its variants *Context-Intervention-Mechanism-Outcome* (15) and *Intervention-Context-Actor-Mechanism-Outcome* (18), were used to formulate the IPT with the help of graphs, tables or text, except in two studies (19, 20) which did not use the CMO framework. All but one of the studies defined the IPT by listing potential *Contexts* and *Mechanisms* that could explain one or more *Outcomes*. In contrast, Jonsson and Goicolea (18) designed their IPT as an overall causal relationship.

Revised Program Theory (RPT)

Because they did not aim at revising the program theory, studies from Group A were not considered in this section. In the studies from Group B, the revision of the IPT took three forms: (i) precision; (ii) rejection; (iii) addition of some features regarding *Contexts*, *Mechanisms* or *Outcomes*. The revisions were not necessarily illustrated by a new figure or table, but rather in words. We expected to be able to easily identify where revisions had been made, but this was not the case, nor were the arguments for revision fully explained. None of the included studies compared the IPT and RPT, and instead the results were presented as if they were new, without referring to the IPT. Only in one study (28) did the authors explain what brought them to make the adjustments for each revised CMO.

RE practices in the light of Rootman's (2001) four core features for the evaluation of HP interventions

Feature 1: Evaluation accommodates the complex nature of HP interventions

For most of the authors of the included studies, the relevance of RE resided largely in its suitability to the complex nature of HP interventions. One of the main contributions of RE to accommodating the complex nature of HP is based in the CMO configurations framework. The notion of '*Mechanism*' was, as expressed by

several authors (16, 22, 23, 27, 28, 29), particularly helpful in understanding program-context interactions. Because CMO configurations are commonly identified as a tool of RE in order to clarify and capture the complexity of interventions, we examined how the authors of the selected articles had interpreted the explanatory components of the realist causation pattern (*Context*, *Mechanism* and *Outcome*) both as stand-alone elements and as parts of CMO configurations.

Context

The elements reported by the authors under the term '*Context*' described the physical and social environment (setting) in which the intervention took place. These elements could be related to individuals, interpersonal relationships, institutional characteristics or infrastructure, as defined by Pawson (2013). Such elements were pre-existing or external to the program, or internal, created by the program. In one article (33), a distinction was made explicitly between the contextual elements linked to the intervention (named 'Ci') and those external to the intervention (named 'Ce').

Mechanisms

As with the elements of *Context*, the reported *Mechanisms* were situated at different levels: the individual level, the collective level, the institutional level and the level of the resources created by the intervention. The majority of *Mechanisms* referred to the individual level. The reported definitions of *Mechanism* are variable; some were quite precise while others were rather vague. In two studies, *Mechanisms* were defined according to their pivotal role in the relationship between *Context* and *Outcomes* (20, 24). In seven studies, *Mechanisms* were defined more succinctly, by referring to them as forces that generate *Outcomes* (15, 16, 21, 22, 23, 25, 27). In five studies, *Mechanisms* were divided into resources (which the intervention provided) and responses (how people responded to these resources) (17, 28, 29, 30, 33) with reference to Pawson and Tilley definition of mechanisms (11). In one study, *Mechanisms* were defined as "how the programme was operationalised" (19). The authors of another study suggested looking at *Mechanisms* as processes rather than on/off switches (18). In one last study (26) there was no definition of *Mechanism*.

Outcomes

All of the included studies considered one or more *Outcomes*. In all but one study (29), the *Outcomes* were quite specific to a program level and mostly related to personal resources or behaviours. Only in Bergeron et al.'s study (2019) was the *Outcome* expressed in terms of quite general health improvement (more specifically, dental health improvement). In a few studies (16, 27, 28, 30), *Outcomes* included intended and non-intended *Outcomes*. In one study (19), *Outcomes* were considered both for participants of the intervention and also for those who delivered the intervention. None of the reported *Outcomes* were related to physical environments.

CMO configurations

Although all the included studies set the RE approach with reference to the work of Pawson and Tilley, the ways in which authors presented CMO configurations differed from one another. In this section, we considered the CMO configurations comprising in the initial program theory of the studies from Group A and the CMO configurations comprising in the revised program theory of the studies from Group B.

From the five studies from Group A, two studies (15, 16) presented each of the C, M and O components separately in a descriptive and general way, while two studies (18, 34) presented configured CMO components: one study had a single configuration (18) while the other had multiple configurations (34). In the remaining Group A study (35), the distinction between C and M components was not clearly stated and consequently the context alone seems to explain the outcomes.

From the 12 studies from Group B, one study (19) had not presented its results by distinguishing the C, M and O components. The remaining 11 studies provided configured CMOs that were presented either as a unique configuration (22, 23, 25, 26, 27) or as multiple configurations (21, 28, 30, 33, 35, 36). In the latter case, a few authors (21, 30, 35, 36) organised the CMO configurations into categories.

Feature 2: Evaluation draws on a variety of disciplines and a broad range of information-gathering procedures

Table 3 summarises the characteristics of the included studies in terms of study design, data collection methods and data analysis methods. A majority of the included studies were qualitative, and in all studies interviews were used to collect data in addition to one or more other data collection methods. Up to four different data collection methods were used. Data analysis methods were more diverse within the included data. Surprisingly, in the case of four studies from Group B (19, 21, 22, 29), the authors did not explicitly use the IPT as a framework to guide the analysis.

By looking at the affiliations of the articles' authors, we note that six articles (15, 19, 21, 22, 24) involved non-academic authors, and three of those involved more than two disciplines (21, 23, 37). Another two articles (26, 28) involved more than two disciplines without involving non-academic authors. The remaining 12 studies were co-authored by researchers only and involved less than two different disciplines.

In 12 studies, the data was coded and analysed by more than one person (16, 17, 19, 21, 25, 27, 29, 33). In two of these studies (26, 37), the participants in the analysis seem to be affiliated with different disciplines and in one study (25) the analysis involved non-academics. Conversely, in three studies one person analysed the data (28, 30, 35) and in the two remaining studies (15, 23) information about how many individuals had been involved in the analysis was not clearly stated.

Table 3 – Study characteristics

Authors and year	Study methods		Data collection methods							Data analysis methods		
	Qualitative study	Mixed methods	Interviews	Focus Groups	Document analysis	Observations	Literature review	Informal discussions	Questionnaires	Inductive coding (no use of the IPT)	Framework analysis using the IPT	Alternating stages of inductive and deductive approaches
Group A												
Darlington <i>et al.</i> , 2017												
Jonsson and Goicolea, 2020												
O'Rourke <i>et al.</i> , 2019												
Taylor <i>et al.</i> , 2010												
Willis <i>et al.</i> , 2018												
Group B												
Bergeron <i>et al.</i> , 2020												
Darlington <i>et al.</i> , 2018												
Deschesnes <i>et al.</i> , 2014												
Pals <i>et al.</i> , 2016												
Tennant <i>et al.</i> , 2020												
Owusu-Addo <i>et al.</i> , 2020												
Van der Veken <i>et al.</i> , 2020												
Mathias <i>et al.</i> , 2019												
Uzochukwu <i>et al.</i> , 2020												
Bysted <i>et al.</i> , 2020												
Howarth <i>et al.</i> , 2021												
Martin-Fernandez <i>et al.</i> , 2021												

Feature 3: Evaluation involves stakeholders in appropriate ways

The way stakeholders contributed to the RE was identified in eight articles (15, 16, 17, 21, 24, 27, 29, 33). In these articles, stakeholders contributed in one or more stages of the evaluation process, but how their contribution was organised was not always detailed in the studies. In Taylor *et al.* (15), the members (ie. volunteers, managers, staff) of the service being evaluated were involved at each stage of the evaluation (identification of the research questions, identification of the information needed to answer them and how this information should be collected). This is also the only study where a sustainable 'feedback component' allowing researchers and stakeholders who wished to be involved in the evaluation process to reflect together during that process was reported. In three papers (21, 24, 33), stakeholders were involved in the formulation of the IPT, and later in the revision of it. In Willis *et al.* (16), one member of the organisation contributed in almost every step of the evaluation process (except for analysis). In O'Rourke *et al.* (17), a reference group composed of members of the organisation subject to the experiment was created to help build the IPT. In Bergeron *et al.* (29), stakeholders validated the CMO configurations, and in that of Van der Veken *et al.* (27) they discussed the initial hypotheses in a focus group.

Feature 4: Evaluation builds the capacity of individuals, communities, organisations and governments in addressing health promotion concerns

As concluded in the previous section, in none of the included studies did the authors explicitly acknowledge any intention to distribute 'power' and thus reinforce the capacity of stakeholders to conduct evaluations and make use of evaluation results. However, some of the participative processes detailed above, such as in the case of Taylor *et al.* (2010) or in the articles co-authored with non-academics, may have allowed the stakeholders involved to develop competencies, strengthen reflective practices or increase the use of evaluation results for instance. This suggests that in some studies the evaluation process may have contributed to reinforcing the capacity of stakeholders to carry out the evaluation and undertake HP interventions.

However, this was mostly unintentional and has not been identified or explicitly acknowledged in the papers.

Discussion

Health promotion is in need of evaluation that reflects its characteristics, values and principles. In this paper, we sought to provide an overview of the current use of RE in the field of HP. We analysed the practices of RE reported in 17 articles, with respect to Rootman et al.'s (8) four core features of approaches appropriate for the evaluation of HP interventions. Of the included studies, we identified two types: those aiming to build an IPT; and those aiming to test an IPT, leading to the formulation of a RPT. The way RE captures the complex nature of HP interventions is rooted in its CMO framework. Our results revealed a great variety of practices, both from 'configured CMO' to 'unconfigured or disconnected CMO', and from global and descriptive CMO configurations to specific and explanatory ones. Our examination of the data collection and analysis methods points to some common practices in the use of multi-methods – particularly qualitative methods. Authors' affiliation and contributions point to interdisciplinarity and transdisciplinarity approaches (38). Yet, these approaches did not guide the analysis of data, though it generally involved multiple persons. Although scarce, or at least not set out by authors, there were various types of participative practices. Such participative practices aimed to reinforce data validity rather than stakeholder capacity. Capacity-building through evaluation might have unintentionally taken place in the studies included.

Before discussing our results, we feel the need to clarify that by exploring authors' practices of RE. We did not seek to judge whether or not the included studies are 'really' realist or not – as Pawson wrote "[...] this is a tough question and arguably the wrong question to ask" (39, p13) – but rather to learn from their experience of applying RE in the field of HP, and reflect on its contribution to HP evaluation practices. The narrative account set out through our analysis of the current scientific literature aimed to identify perspectives on more relevant evaluation practices in the field of HP. In addition, our findings might also shed light on more meaningful practices of RE.

Perspectives on more relevant evaluation practices of HP effectiveness

RE puts emphasis on the diversity of people, of their behaviors, understandings, experiences – and on the importance of processes. We believe it is quite logical to work with an evaluative approach that recognises, as HP practitioners do, the complexity of reality and the importance of processes. Our findings reveal two ways in which this emphasis is perceptible when RE is applied to the evaluation of HP interventions: (i) in its way of building an IPT before collecting data, and (ii) in its understanding of causality within the CMO configurations framework.

By aiming to clarify the implicit set of assumptions in a program, RE contributes to the evaluability assessment of such a program which, in turn, has the potential to create a meaningful outcome and impact evaluation (40). Some would argue that this initial step is not specific to RE, and they would be right; but not every evaluative approach includes the assumption of evaluability in its methodology. In the case of RE, program theory is at the centre of evaluation: it helps identify the data to be collected, build the data collection tools, analyse the data and use the results by revising the program theory. RE does not just attempt to clarify the program theory; rather, it is at the core of the evaluative process. We believe HP could benefit from putting theory at the centre of the evaluation process, as this allows the generation of meaningful results that may be used to guide decisions on action, and therefore program improvement. This perspective on the evaluation of HP was recently supported by Cambon and Alla (41), who suggested developing a context-dependent theory (called Intervention System Theory) to guide evaluation design.

The emphasis on people and processes is also reflected in the use of CMO configurations in order to understand causation. The articulation between the three components of realist causation has great potential for increasing the 'readability' of HP interventions and for emphasising the non-linearity of causality in complex interventions. The role of *Context* has always been difficult to define in causality – and RE offers a promising way of defining the explanatory role of *Context*. However, the notion of *Mechanism* could be counter-productive if our understanding of causal

mechanism and our use of program theory do not represent the role of the multiple determinants of health. We explore this idea further in the next section.

Perspectives for more meaningful practices of RE

In order to clarify the theory on which interventions are based, RE methods suggest that stakeholders explain their assumptions about how they think the program works, why, for whom and in what circumstances. To that aim, our results show that the practice of RE in the 17 included studies focusses mainly on multi-methods and, to a lesser extent, on participative processes. The participative practices reported in our selection of articles were more about collecting different points of view in order to produce a solid methodology than about building a common understanding of the program by cross-referencing visions and experiences. The nuance between these two types of participative approaches lies mainly in the desire to produce either knowledge or social transformation. In order to better meet HP principles for evaluation, we believe RE practices in the field of HP would benefit from being applied with transparent participative intentions, and from sharing the participative components within scientific articles.

Our findings also show that most of the CMO configurations were related to personal resources or behavioural outcomes, and only a very few to social, organisational or policy dimensions. A possible, but incomplete, explanation for this trend is that many of the interventions evaluated in the included studies aimed at developing personal skills (cf. table 2), a strategy that targets personal resources and behaviours by nature. This explanation is incomplete because, in HP, making sure that the evaluation approach is able to recognise the interplay of determinants of health is fundamental. However, with regards to our results, the use of RE failed to emphasise important determinants of health, other than the personal resources and behavioural determinant. This result is consistent with a chapter written by Gill Westhorp who pleads for and provides “ways of conceptualising mechanisms that can be applied at other levels of systems” (42, p56). We believe that future practices of RE in the field of HP should look to extending the range of CMO configurations to other levels of systems beyond the individual.

By looking for evidence of participation and capacity-building, our findings emphasise a lack of consideration of the social processes of evaluation in current RE practices. Indeed, even in the only article that does demonstrate the benefits of practicing RE in a participative and empowerment-oriented approach, these benefits, do not relate to the social processes of the approach. Currently, the scientific literature focusses more on the technical aspects of realist evaluation, and fails to provide insight to the 'social practice' of realist evaluation. This result echoes the work of Abma and Widdershoven (43) who, more than ten years ago, already called for more attention to be paid to the social relationships between stakeholders in the evaluation setting. We believe researchers and/or evaluators involved in RE should: acknowledge the importance of creating a real dialogue between stakeholders; think of the conditions for creating this dialogue; practice RE in a more participative and empowering way; and report more systematically how, why and in what circumstances the RE setting empowered stakeholders (or did not) in addressing contemporary issues.

Strengths and limitations

This study is limited by the use of the unique term 'health promotion' in relation to RE in the search strategy. Indeed, our experience suggests that many interventions may promote health in the way we have defined it, without explicitly referring to this public health approach.

Our analysis is based on the information available in the included studies. However, because as scientific publications tend to focus on results rather than on processes, our analysis is limited to what was explicitly set out by the authors in their articles, which might not be a full account of what and how things were done. A way to overcome this limitation could have been to check the full reports, if only referenced and accessible.

We decided not to assess the studies against the RAMESES standards (44) to determine whether the studies were REs. This methodological choice could be considered a limitation because some of the included studies would possibly have been rejected. However, this choice is consistent with our research aim which is to

produce an overview of how a RE is applied to evaluate HP interventions. From this perspective we were also interested in the adaptations of the realist approach in order to align the methods with HP principles.

Among the strengths of our study are: interdisciplinary research; triangulation of sources, and of researchers' perspectives; use of thematic framework analysis; and traceability of the selection and coding process.

Conclusion

We intended to make recommendations based on research experiences that would inform how to evaluate HP interventions using the RE approach, whilst fulfilling Rootman *et al*'s (8) four core features of an approach appropriate for the evaluation of HP interventions. The narrative account of realist evaluation practices in the scientific literature helped us to reach this objective. The use of the four principles for HP evaluation proved helpful for examining the current practices of RE through a HP lens while identifying perspectives that may guide future practices in both HP and RE.

Points saillants du chapitre 5

- ♦ Cette *scoping review* explore la **QR1**. Elle a été publiée en 2022 dans le numéro 37 de la revue *Health Promotion International*. La chercheuse est première autrice.
- ♦ Compte tenu de l'intérêt de la communauté internationale pour l'évaluation réaliste, nous nous sommes intéressée à la manière dont **l'évaluation réaliste** est pratiquée **dans le champ de la promotion de la santé**.
- ♦ L'objectif était d'analyser la contribution de l'évaluation réaliste dans le respect des **quatre principes centraux** pour l'évaluation d'interventions de promotion de la santé (cf. chapitre 2, point III) : (i) tenir compte de la complexité, (ii) utiliser diverses méthodes et une approche pluridisciplinaire, (iii) favoriser la participation des parties prenantes et (iv) saisir l'opportunité de l'évaluation pour capaciter les parties prenantes.
- ♦ **Cinq bases de données** ont été examinées qui ont permis d'identifier 88 références uniques. Après l'application de nos critères d'inclusion, nous avons retenu **17 articles** portant sur les résultats d'évaluations réalistes de programmes de promotion de la santé. Ces articles ont été analysés au regard des quatre principes centraux énumérés ci-dessus.
- ♦ Les résultats montrent que les auteurs privilégient l'évaluation réaliste en raison de sa pertinence pour l'étude d'interventions **complexes**. Les pratiques d'évaluation réaliste semblent donc être guidées par le premier principe.
- ♦ Les résultats mettent également en évidence que les pratiques d'évaluation réaliste reposent majoritairement sur des données de type qualitative, collectées à l'aide de **diverses méthodes** et que certaines études semblent démontrer une approche **pluridisciplinaire**, voire transdisciplinaire. Les pratiques d'évaluation réaliste semblent se reposer sur le deuxième principe.
- ♦ Les résultats illustrent des pratiques **participatives** hétérogènes mais impliquent rarement les parties prenantes tout au long de la démarche et semblent le plus souvent servir à renforcer la validité des résultats. Les pratiques d'évaluation réaliste paraissent peu s'inscrire dans le troisième principe.
- ♦ Les résultats soulignent que les démarches d'évaluation réaliste en promotion de la santé ne semblent pas guidées par des objectifs de **capacitation** — ou, à tout le moins, les auteurs n'apportent pas de précisions quant à ce quatrième principe.
- ♦ Dès lors, nous constatons que le recours à l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé est **principalement motivé** par la volonté de mettre en lumière les relations de causalité entre une intervention et son contexte. Toutefois, cette approche est **rarement mobilisée** dans une perspective participative et émancipatrice.

- ♦ Nous en concluons que les pratiques d'évaluation réaliste, telles qu'elles sont actuellement mises en œuvre dans le champ de la promotion de la santé, **ne répondent que partiellement** aux attentes qu'impliquent les enjeux spécifiques de ce domaine.

References

1. Skivington K., Matthews L., Simpson S.A., Craig P., Baird J., Blazeby J.M., et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061.
2. Jolley G. Evaluating complex community-based health promotion: Addressing the challenges. *Evaluation and Program Planning*. 2014;45:71-81.
3. Bisset S., Potvin L., Daniel M. The adaptive nature of implementation practice: Case study of a school-based nutrition education intervention. *Evaluation and Program Planning*. 2013;39:10-8.
4. Cambon L., Terral P., Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019;19(1):339.
5. Greenhalgh T., Papoutsis C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*. 2018;16(1):95.
6. Moore G.F., Evans R.E., Hawkins J., Littlecott H., Melendez-Torres G.J., Bonell C., et al. From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. *Evaluation*. 2019;25(1):23-45.
7. Potvin L., McQueen D.V., Hall M. Introduction. Aligning Evaluation Research and Health Promotion Values: Practices from the Americas. In: Potvin L., McQueen D.V., Hall M., de Salazar L., Anderson L.M., Hartz Zulmira M.A., editors. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research*. New York, NY: Springer New York; 2009. p. 1-9.
8. Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., MacQueen D.V., Potvin L., Springett J., et al., editors. *Evaluation in health promotion Principles and perspectives WHO Regional Publications European series No 92*; 2001.
9. 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.
10. Lacouture A., Breton E., Guichard A., Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science*. 2015;10:153.
11. Pawson R., Tilley N. *Realistic Evaluation* London: SAGE Publications Ltd; 1997.
12. Blaise P. Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles; 2004.
13. Arksey H., O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.

14. Tricco A.C., Lillie E., Zarin W., O'Brien K.K., Colquhoun H., Levac D., et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. 2018;169(7):467-73.
15. Taylor J., Jones R. M., O'Reilly P., Oldfield W., Blackburn A. The Station Community Mental Health Centre Inc: nurturing and empowering. *Rural Remote Health*. 2010;10(3):1411.
16. Willis C.E., Reid S., Elliott C., Rosenberg M., Nyquist A., Jahnsen R., et al. A realist evaluation of a physical activity participation intervention for children and youth with disabilities: What works, for whom, in what circumstances, and how? *BMC Pediatrics*. 2018;18(1).
17. O'Rourke K.M., Yelland J., Newton M., Shafiei T. An Australian doula program for socially disadvantaged women: Developing realist evaluation theories. *Women and Birth*. 2020;33(5):e438-e46.
18. Jonsson F., Goicolea I. "We believe in you, like really believe in you": Initiating a realist study of (re)engagement initiatives for youth not in employment, education or training with experiences from northern Sweden. *Evaluation and Program Planning*. 2020;83:101851.
19. Howarth M., Lawler C., da Silva A. Creating a transformative space for change: A qualitative evaluation of the RHS Wellbeing Programme for people with long term conditions. *Health & Place*. 2021;71:102654.
20. Darlington E. J., Simar C., Jourdan D. Implementation of a health promotion programme: a ten-year retrospective study. *Health Education*. 2017;117(3):252-79.
21. Tennant E., Miller E., Costantino K., De Souza D., Coupland H., Fotheringham P., et al. A critical realist evaluation of an integrated care project for vulnerable families in Sydney, Australia. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):995.
22. Pals R.A., Olesen K., Willaing I. What does theory-driven evaluation add to the analysis of self-reported outcomes of diabetes education? A comparative realist evaluation of a participatory patient education approach. *Patient education and counseling*. 2016;99(6):995-1001.
23. Deschesnes M., Drouin N., Tessier C., Couturier Y. Schools' capacity to absorb a Healthy School approach into their operations: Insights from a realist evaluation. *Health Education*. 2014;114(3):208-24.
24. Darlington E. J., Violon N., Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*. 2018;18(1).
25. Mathias K., Singh P., Butcher N., Grills N., Srinivasan V., Kermode M. Promoting social inclusion for young people affected by psycho-social disability in India - a realist evaluation of a pilot intervention. *Glob Public Health*. 2019;14(12):1718-32.

26. Uzochukwu B., Onyedinma C., Okeke C., Onwujekwe O., Manzano A., Ebenso B., et al. What makes advocacy work? Stakeholders' voices and insights from prioritisation of maternal and child health programme in Nigeria. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):884.
27. Van der Veken K., Lauwerier E., Willems S. "To mean something to someone": sport-for-development as a lever for social inclusion. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19(1):11.
28. Owusu-Addo E., Renzaho A.M.N., Smith B.J. Developing a middle-range theory to explain how cash transfers work to tackle the social determinants of health: A realist case study. *World Development*. 2020;130:104920.
29. Bergeron D. A., Talbot L. R., Gaboury I. Intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in remote rural Andean communities: a realist evaluation. *Glob Health Promot*. 2019;1757975919870160.
30. Bysted S, Overgaard C, Simpson SA, Curtis T, Bøggild H. Recruiting residents from disadvantaged neighbourhoods for community-based health promotion and disease prevention services in Denmark—How, why and under what circumstances does an active door-to-door recruitment approach work? *Health and Social Care in the Community*. 2020.
31. Daniels K., Watson D., Nayani R., Tregaskis O., Hogg M., Etuknwa A., et al. Implementing practices focused on workplace health and psychological wellbeing: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2021;277:113888.
32. Bergeron D.A., Talbot L.R., Gaboury I. Realist evaluation of intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in rural Andean communities: A research protocol. *BMJ Open*. 2017;7(2).
33. Martin-Fernandez J, Aromatario O, Prigent O, Porcherie M, Ridde V, Cambon L. Evaluation of a knowledge translation strategy to improve policymaking and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: TC-REG, a realist study. *BMJ Open*. 2021;11(9).
34. O'Rourke K., Yelland J., Newton M., Shafiei T. Matching of woman and doula, and the generation of trust in an Australian volunteer doula program: Findings from a realist evaluation. *Health & Social Care in the Community*. 2022;30(6):e5423-e33.
35. Darlington E.J., Simar C., Jourdan D. Implementation of a health promotion programme: a ten-year retrospective study. *Health Education*. 2017;117(3):252-79.
36. Bergeron D.A., Talbot L.R., Gaboury I. Intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in remote rural Andean communities: a realist evaluation. *Glob Health Promot*. 2020;27(3):103-12.
37. Willis C.D., Saul J.E., Bitz J., Pompu K., Best A., Jackson B. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. *Public Health*. 2014;128(6):515-24.

38. Tress G., Tress B., Fry G. Clarifying Integrative Research Concepts in Landscape Ecology. *Landscape Ecology*. 2005;20(4):479-93.
39. Pawson R. The science of evaluation : a realist manifesto. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2013.
40. Leviton L.C., L. KK, Rog D., Dawkins N., Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annual Review of Public Health*. 2010;31(1):213-33.
41. 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.
42. Westhorp G. Understanding mechanisms in realist evaluation and research In: Emmel N., Greenhalgh J., Manzano A., Monaghan M., Dalkin S., editors. *Doing realist research* 2018.
43. Abma T.A., Widdershoven G.A.M. Evaluation and/as Social Relation. *Evaluation*. 2008;14(2):209-25.
44. Wong G., Westhorp G., Manzano A., Greenhalgh J., Jagosh J., Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Medicine*. 2016;14(1):96.

CHAPITRE 6

L'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes : Qui ?
Quand ? Comment ? (ARTICLE 2 DES RESULTATS)

"I think people can learn the qualities of a genuine dialogue, but dialogue cannot be applied like a recipe from a cookbook. Techniques and recipes do not require thinking, and that's what makes them convenient and appropriate for the reproduction of routine solutions and actions. Techniques are, however, not very suitable for creating breakthrough thinking or listening in a diverse group of people. This requires a combination of skill, craft and art. Therefore, I like to think of dialogue as a 'living art', 'living', because it is an interactive process; it is shaped by and shapes those who engage in it."

Tineke Abma, Jennifer C. Greene, Ove Karlsson, Katherine Ryan, Thomas A. Schwandt, Guy A.M. Widdershoven (*Dialogue on dialogue*, 2001)

MALENGREAU, S., MARTENS, M., CASTELLANO PLEGUEZUELO, V., OLUJUWON, I., VAN BELLE, S., RENMANS, D., & BELRHITI, Z. (2024). STAKEHOLDER INVOLVEMENT IN REALIST EVALUATION: A SCOPING REVIEW AND BEST FIT FRAMEWORK SYNTHESIS. *EVALUATION*, 0(0).
<https://doi.org/10.1177/13563890241279562>

Stakeholder Involvement in Realist Evaluation: A Scoping Review and Best Fit Framework Synthesis

Abstract

As a theory-driven evaluation design grounded in the critical realism philosophy, realist evaluation relies on eliciting the assumptions of stakeholders about how programmes are expected to produce outcomes. Little is known about key principles for involving stakeholders in realist evaluations. In this scoping review of realist evaluation studies, we explored how stakeholders were involved in the conduct of realist evaluation. A total of 26 “participatory” realist evaluation studies have been included. We analysed the approach to the involvement of stakeholders, using an analytical framework rooted in existing theories and models of participatory research and evaluations, using a “Best Fit Framework Synthesis” methodology. We found a large range of approaches to stakeholder involvement, related to the types of stakeholders involved, their depth of involvement, and means by which researchers/evaluators fostered their involvement. We discuss key lessons learnt and contribute to foster transparent and meaningful involvement of stakeholders in Realist Evaluation.

³⁹ Une synthèse de l'article en français est disponible en annexe 2.

Introduction

Realist Evaluation (RE) (1) is a theory-driven evaluation approach inspired by the critical and scientific realist philosophical tradition, among others Archer (2), Bhaskar (3) and Harré (4). It is often considered as a suitable approach to explore and evaluate complex social interventions and phenomena within a multi-layered context (5, 6). RE stands out for its explanatory focus and the use of the Context-Mechanism-Outcome-Configurations (CMOCs) analytical heuristic. CMOCs explain how generative mechanisms, under given contextual conditions, lead to specific observed intervention outcomes or social phenomena (1). By combining different and interlinked CMOCs, RE aims to give a fine-grained account – Programme Theory (PT) – of how, why, for whom, and under what contextual conditions social programmes work (or fail), and social phenomena occur. In general, RE consists of three phases that are passed through in an iterative way (called RE cycle): the (1) development of the Initial Programme Theory (IPT) (called theory gleaning) (2) testing of the IPT (called theory refining), and (3) consolidation of the final PT based on the findings (called theory consolidation) (1, 7).

While RE is still a relatively new approach, it is becoming increasingly relevant in the fields of evaluation, and more specifically in health policy and system research (8, 9). Because of its relative recency, many aspects of RE remain open for debate and further development (10, 11). One of these aspects is the involvement of stakeholders in realist research (10, 12, 13, 14). Indeed, it has often been emphasized that RE's position entails the assumption that both the physical and social world have real consequences and thus should be treated as real (15). In other words, interventions and social phenomena are partly socially constructed and may yield simultaneously different interpretations (16). The acknowledgement of this position, recent calls for decolonizing research (17, 18, 19) and the increased appeal of participatory research (20), and citizen science and engagement in public policy overall (21, 22) have impelled some realist researchers to call for increased engagement with stakeholders in conducting RE (14, 19, 23, 24).

Involving stakeholders in research and evaluation is considered important to enhance the practical relevance and quality of generated knowledge as well as to tackle social injustice and inequalities. Outside of RE, there is an extensive literature on stakeholder involvement (engagement) in evaluation and research, and strong theoretical foundations that cover various approaches and applications. Due to the conceptual heterogeneity around the meaning of key operational concepts (participation, collaboration, co-creation, co-production, stakeholder involvement, etc.) we adopted relatively broad definitions. We will refer to stakeholders as the *“individuals, groups, or organizations that can affect or are affected by an evaluation process and/or its findings”* (25, p1). Whereas, the term “stakeholder involvement” is understood as the participation of stakeholders in any phase of an evaluation (26) and is considered by many as an “umbrella term” that may encompass different approaches ranging from collaborative, participatory to up to empowerment (27) and participatory action research (28, 29). Despite nuances, these approaches share common considerations, to varying extents, such as mutually respectful partnership, location of power during the research/evaluation process, mutual learning and emancipatory functions, value of experiential knowledge and utilization of research/evaluation results by stakeholders (30, 31). These key elements of participatory research and evaluation lie mostly in the attitudes of researchers although the use of rigorous methods remains central (32, 33).

A recent review showed that stakeholder involvement is still lacking in most realist reviews and that clear guidance and reporting standards are needed (34). Others observed that most REs focus on stakeholder involvement as a data collection strategy rather than promoting meaningful participation, emancipation, or social change (35, 36). Despite earlier mentioned calls within the RE community, we suspected that the involvement of stakeholders in RE remains a far cry from the insights and practices developed within participatory approaches.

To substantiate this initial hunch and contribute to the enhancement of stakeholder involvement approaches in RE, we carried out a scoping review to explore how realist researchers and evaluators have involved stakeholders through the RE cycle.

Our aim is to inform stakeholder involvement practices within RE, and thereby foster transparent and meaningful involvement of stakeholders in RE.

Methods

We adopted the scoping review methodology as defined by Arksey and O'Malley (37), and refined by Levac et al. (38), which is considered a suitable strategy for knowledge synthesis of complex and heterogeneous broadly defined topics, such as “stakeholder involvement” practices. It also allows for the generation of practical knowledge and the identification of key research gaps. We followed the reporting guidelines for scoping reviews (39).

Specifying the research question

We iteratively adapted the scope of this review. Initially interested in knowledge co-creation, we found few mentions of this term in published REs during our initial scoping of the literature. We therefore chose to broaden the review question to include all forms of stakeholder involvement while excluding studies only using stakeholders as a data source (passive involvement). The research question was refined as follows: How have stakeholders been involved in realist evaluation? Which stakeholders have been involved? In which phases of the RE cycle?

Identifying relevant primary studies

We searched five databases (Medline/PubMed, EMBASE, Web of Science, Scopus and Google Scholar). Table 4 shows an example of the electronic search strategy, while the overall search strategy for all databases can be found in [supplementary file 1](#). We used the *Rayyan software* (40) to manage references and facilitate title and abstract screening. Two authors (SM and ZB) carried out the searches. References were then uploaded to *Rayyan* by ZB who also removed duplicates. Additional sources were identified through citations tracking and the consultation of RE experts through the RAMESES mailing list ⁴⁰.

⁴⁰ The RAMESES mailing list brings together researchers interested in realist synthesis, meta-narrative reviews and realist evaluations.

Table 4 – Search strategy for scopus database

Search strategy in Scopus	Date of search	Results
(TITLE-ABS-KEY ("Realist Evaluation" OR "Realist inquiry" OR "Theory-based evaluation" OR "realist program evaluation" OR "realism") AND TITLE-ABS-KEY ("co-creation" OR "coproduction" OR "experience-based co-design" OR "value co-creation" OR "collaborative knowledge generation" OR "Participatory research" OR "community-based participatory research" OR "participation" OR "participatory methods" OR "deliberative methods" OR "Deliberative process"))	21/07/22	511

We included studies that involved stakeholders in the process of doing RE and excluded study protocols, commentaries, conference proceedings, book chapters, book reviews, PhD dissertations, conference proceedings and inaccessible papers (see table 5).

Two criteria were used to consider the study as a RE : explicitly referring to Pawson and Tilley seminal work as methodology source (1) or RAMESES guidelines (41) and using configurational causation heuristics in the analysis (i.e. the CMOC or one of its variants, e.g., ICAMO or SCMO). During title/abstract screening, we excluded papers that did not mention RE in the title or the abstract.

Table 5 – Inclusion and exclusion criteria

	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Study types	Empirical studies published in a journal or report	Commentary; Study protocol; Review; Realist synthesis; Book chapter and review; PhD thesis; doctoral dissertation; conference proceedings.
Phenomenon under study	Explicit mention of RE in the Title/Abstract. The involvement of stakeholders in the implementation of RE (referencing Pawson & Tilley or RAMESES guidelines and reporting CMO or variant).	Theory-driven and theory-informed evaluation without referring to RE; Realist-informed evaluation; Critical realism.
Language	French, English, Dutch, Arabic	
Time	No time restrictions	

Selection of primary studies

The title/abstract selection was done by three reviewers. The first author (SM) carried out the title/abstract selection of all references. ZB and MM reviewed and double checked randomly selected sample representing 20% of all references as suggested by Higgins et al. (42) and Polanin et al. (43).

Full-text screening was carried out by a team of eight reviewers⁴¹² with expertise in RE who independently examined the full-text articles. During this stage, we excluded papers which did not report stakeholder involvement in the conduct of RE (see table 5). A second reviewer double-checked the inclusion criteria when the first reviewer was uncertain about the inclusion. In case of disagreement between two reviewers, a final decision was made by consensus between reviewers and a third reviewer (SM, ZB, or MM). Supplementary file 2 presents the screening tools used in title/abstract and full-text screening.

Data charting and synthesis process

The analysis approach was conducted with a “Best Fit Framework Synthesis” (BFFS) methodology (44, 45). Due to the multitude of conceptual models on stakeholder involvement and the conceptual heterogeneity about stakeholder involvement theoretical and operational concepts, we decided to conduct a BFFS which allows to combine theories, frameworks and concepts and generate an *a priori* framework and therefore avoids cherry picking of theories (45, 46). Two co-authors (SM and ZB) built the *a priori* analytical framework of stakeholder involvement approach based on the different “best fit” frameworks they identified through the BFFS (see Table 6). Details about our BFFS approach are depicted in supplementary file 3.

⁴¹ Natasha Bradley (ORCID: 0000-0003-0768-9819) was involved in the selection of primary studies.

Table 6 – Existing models and theories selected with the BFFS approach for the development of the *a priori* framework of stakeholder involvement

Existing models or theories identified	How they were used
“Participatory evaluation” by Cousins and Whitmore (47)	We used Cousin and Whitmore’s two streams for stakeholder participation in evaluation: practical participatory evaluation (practical purpose to support decision making and problem solving) and transformative participatory evaluation (emancipatory purpose in favour of social justice). These streams are linked to values and principles so that we included this aspect to our <i>a priori</i> framework. We also adopted their conceptualization of use of findings that discern three types: instrumental, conceptual, and symbolic, and recognize the transformative outcomes of participation in evaluation. We also utilized their three dimensions of collaborative inquiry: the control of the evaluation process (level), the stakeholder selection (type), and the depth of participation.
“Community-based participatory research” by Wallerstein et al. (48) and Oetzel et al. (49)	We used Wallerstein and colleagues’ acknowledgement of the role of group dynamics and equitable partnerships in doing community-based participatory research and its determinants.
“Participatory action research” by Baum et al. (50)	Baum and colleagues’ paper was used for their contribution to the transformative rationale of participation and its values. It also helped to further develop our conceptualization of depth of involvement. Finally, it was used to emphasize the process outcomes of participation.
“Continuum of research co-production” by Beckett et al. (51)	Beckett and colleagues’ continuum of research co-production helped us to further develop the possible process outcomes of participation as well as the values and principles behind stakeholder involvement. It also contributed to include the research phases (in our case, the RE phases) in our <i>a priori</i> framework.
“Transdisciplinary research” by Pohl and Hirsch Hadorn (52)	We used Pohl’s conception of transdisciplinary research to add new perspectives about the purpose of involving stakeholders in research and the depth of participation. This paper also reckons different means to engage in mutual learning and integration of different perspectives. We used this idea of “means of integration” to broaden our conceptualization of stakeholder involvement characteristics.
“Partnership synergy” by Lasker et al. (53)	The concept of partnership synergy, from Lasker and colleagues, helped us to further develop our focus on the partnership arrangements within RE by adding Lasker’s determinants of partnership synergy as key themes to explore within the studies included in the scoping review. These determinants connected well with Wallerstein and colleagues’ concept of group dynamics.
“Evidence-based principles to collaborative approaches to evaluation” by Shulha et al. (54)	Shulha and colleagues’ principles confirmed the interest of partnerships arrangements and the types of stakeholders involved as the depth of their involvement.

As we built the *a priori* framework in parallel with the selection of primary studies (see supplementary file 3), we had identified papers aiming at developing the initial programme theory (IPT) (articulating candidate theories and assumptions about how the programme is supposed to work) and others at refining the IPT (refine and consolidate candidate theories). Therefore, we adapted the *a priori* framework so that it allows to consider stakeholder involvement within the different stages of RE cycle.

In addition to this *a priori* framework of stakeholder involvement approach, we added two other sections: 1) description of the intervention being evaluated (country, scope, aim, duration), 2) description of the RE (aim of the RE, RE stages completed, sources of data, data collection methods, methods of analysis, and CMO's forms of presentation).

The resulting analytical framework was tested by all authors against a single included paper namely Rycroft-Malone et al. (55) to assess the usefulness and completeness of the three sections of the framework and to generate a common understanding of its themes and subthemes.

The analytical framework was inductively and iteratively adapted with emergent themes and categories during the analysis of the scoping review results. The operational definitions of the final key themes and categories of the section on stakeholder involvement approach are presented in table 7.

The included papers were distributed among the co-authors, who completed the data charting form using Excel. The first author (SM) read all the papers and carried out the analysis of all data charting forms. Preliminary findings were discussed during one research team meeting, then the data charting form was adapted, and additional analysis were undertaken by the first author. All co-authors double-checked the final analysis related to the articles they initially analysed. Consensus was reached in cases of divergent interpretations.

Table 7 – Operational definitions of the key themes and categories of the section on stakeholder involvement approach

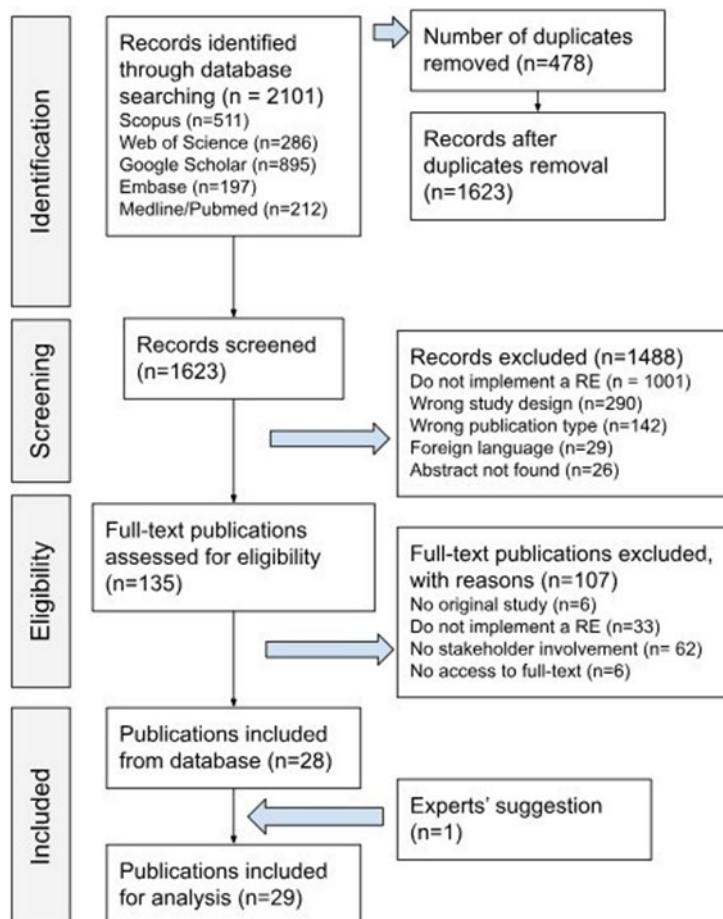
General themes	Sub-themes	Categories	Definitions
Conceptual definitions of stakeholder involvement			The definition and reference used to frame the stakeholder involvement approach.
Philosophical principles of stakeholder involvement	Intended purpose of involving stakeholders	Validation of the knowledge produced	The intended purpose of stakeholder involvement is to validate the knowledge produced by the evaluation.
		Influencing decision making	The intended purpose of stakeholder involvement is to foster evaluation use and supporting programme or organizational decision making.
		Striving for social change	The intended purpose of stakeholder involvement is to empower members of community and democratizing social change.
	Key principles and values of involving stakeholders		A non-exhaustive list of values and principles was retrieved: shared power, reducing distance between researcher and participants, joint ownership and control of decision making, valuing the knowledge of everyone, reciprocity and building relationships, ...
Stakeholder involvement approach in practice	Types of stakeholders involved	Type 1	Stakeholders are those who are directly or indirectly affected by the intervention under evaluation/study: beneficiaries of the programme, family carers or people with lived experience of the issue being studied.
		Type 2	Stakeholders are those who are indirectly involved in the implementation of the intervention.
		Type 3	Stakeholders are those who designed or directly implemented the intervention under evaluation/study.
		Type 4	Stakeholders are policy makers who may make use of the results of the evaluation.
		Type 5	Stakeholders are the funders (charity or public funding) of the intervention or the evaluation.
		Type 6	Stakeholders are professionals or researchers with expertise of similar interventions or the issue under study.
	Levels of stakeholder involvement	Level 1	Decision-making is collaboratively shared between evaluators and stakeholders.
		Level 2	Decision-making is in the hands of evaluators who consult or receive the help of stakeholders.

	Means by which stakeholder are involved	Mean 1	Stakeholders were involved by means of scientific methods whereby the evaluator(s) is a translator of stakeholders meaning.
		Mean 2	Stakeholders were involved by means of techniques or methods aiming at finding mutual understanding or consensus.
		Mean 3	Stakeholders were involved by means of techniques or methods aiming at creating dialogue between evaluators and stakeholders.
		Mean 4	Stakeholders were involved by assisting researchers with practical evaluation tasks.
		Mean 5	Stakeholders were involved by being part of the research/evaluation team.
Partnership arrangements	Partnership resources		Financial and in-kind resources of the partnership: money, space, equipment, goods, skills and expertise, information, connections to people, organizations, groups, endorsements, convening power.
	Partner characteristics		The individual characteristics of partners: heterogeneity, level of involvement, personal characteristics, perceived self-efficacy to do evaluation, core values, and motivations.
	Relationships among partners		The characteristics of the interactions and communicative processes among the partners: the control of decision making, respect, conflict, power dynamics, task roles, leadership, and trust.
	Partnership-level characteristics		The characteristics of the partnership as a whole: leadership, administration and management, governance, efficiency.
	External environment		The characteristics that are external to the partnership, over which researchers/evaluators and stakeholders have no control: policies, social economic status, spirituality, history, community characteristics, etc.
Outcomes of stakeholder involvement	Process outcomes of stakeholder involvement		Outcomes associated to stakeholder involvement in terms of partnership, reflexivity, learning, transformative changes, ownership, sensemaking, ...
	Evaluation use		Forms of utilization of the evaluation findings: instrumental (support decisions), conceptual (educative and learning function) or symbolic (persuasive and political use).

Results

The search for primary research studies yielded 2,101 records from which 478 duplicates were removed. After title/abstract screening, 135 records remained for full-text assessment, of which 28 were included for analysis (see figure 2) added by one article identified on experts' suggestion. Of the 29 included studies published between 2010 and 2022, 18 (62%) were published between 2020 and 2022 and 8 (27,6%) in the year 2020 alone.

Figure 2 – PRISMA flow diagram of realist evaluation studies



Characteristics of the interventions being evaluated (evaluand)

In total, the 29 included papers reported on 26 unique RE studies with 5 publications referring to two Realist Evaluation studies (REs): De Weger et al. (56, 57, 58) and Rycroft-Malone et al. (55, 59). The study characteristics, e.g. the scope and type of intervention evaluated can be found in table 8. Most of interventions assessed social programmes (n=20), were implemented in Europe (n=21), mostly in the UK (n=12) and were carried out at the local level (n=12).

Table 8 – Basic characteristics of the interventions evaluated in the 26 RE

Type	Count	%
Programme	20	76,9
Theoretical innovation or strategy	5	19,2
Policy	1	3,8
Geography	Count	%
Europe (UK)	21 (12)	80,8 (57,1)
Australia	1	3,8
Asia	1	3,8
No specific region	1	3,8
North America	1	3,8
South America	1	3,8
Scope	Count	%
Local	12	46,2
National	8	30,8
Multi-regional	4	15,4
Regional	1	3,8
International	1	3,8

General characteristics of the included Realist Evaluation

Table 9 presents the main characteristics of the included REs. Eight only described the initial programme theory (group A) and 18 REs comprised theory development and refinement (group B). In some studies, RE was combined with other research approaches: realist review (60, 61), participatory appraisal methods (62), participatory action research (63), economic analysis (64) or grounded theory (65, 66).

All REs used qualitative data analysis and many used multiple data collection methods. Of the 24 REs for which we have the information, the three main data collection methods for initial theory development are literature review (n=14), interviews (n=13) and programme documents search (n=7). On the 18 REs which went through theory refinement (group B), the three main data collection methods are interviews (n=12), workshops (n=5), programme documents search (n=4), focus group discussions (n=4), observations (n=4) and surveys (n=4). CMOCs were presented in narratives, figures, or tables.

Table 9 – Characteristics of the 26 REs

Author & year	Study type	Main data sources for : a. Initial theory development b. Theory refinement	Main method of analysis for : a. Initial theory development b. Theory refinement
Daniels et al.	Realist evaluation	a. Interviews & focus groups & survey	a. Thematic analysis & quantitative data analysis
Janssen et al.	Qualitative study, based on realist evaluation	a. Interviews & focus group & meetings	a. Interviews analysed with thematic analysis
Lhussier et al.	Combination of a realist Context–Mechanism–Outcome framework and participatory appraisal methods	a. Interviews & focus groups & literature & home visits and group work	a. Thematic analysis with CMO configurations framework
Marchal et al.	Embedded Realist evaluation	a. Interviews & documents & workshops & meetings	a. Concept mapping, causal mapping techniques, and drawing causal loop diagrams
Palm et al.	Realist evaluation	a. Interviews & realist review	a. Content analysis
Peek et al.	Prospective and explorative longitudinal qualitative field study	a. Interviews & observations & survey	a. Thematic analysis with CMO configurations framework
Taylor et al.	Realist evaluation conducted as participatory action research	a. Interviews & documents	a. Thematic analysis with CMO configurations framework
Van der Veken et al.	Grounded theory approach & realist inquiry study design	a. Interviews & focus groups & documents & participatory observations	a. Grounded theory & thematic analysis with CMO configurations framework
Group A – Initial theory generation completed			

Author & year	Study type	Main data sources for :		Main method of analysis for :	
		a. Initial theory development	b. Theory refinement	a. Initial theory development	b. Theory refinement
Bergeron et al.	Realist evaluation	a. n/a	b. Interviews & focus group	a. n/a	b. Directed content approach
Bulley et al.	Rapid realist review & realist evaluation	a. Literature	b. Interviews & focus group & rapid realist review	a. In-depth analysis	b. Thematic analysis
Butler et al.	Mixed methods design using realist evaluation and economic analysis	a. Literature & national standards	b. Interviews & survey & consensus meeting	a. n/a	b. Qualitative data analysis using retroductive analysis & quantitative analysis & economic analysis
Cardiff et al.	Appreciative inquiry & realist evaluation	a. Twitter chat	b. Workshop and twitter chat	a. Thematic analysis with CMO configurations framework	b. Iterative process of reviewing, dialoguing, and seeking consensus/consent
Darlington et al.	Realist evaluation	a. Literature & Consultation of stakeholders and researchers	b. Interviews & documents & survey	a. n/a	b. Content analysis
Davies et al.	Realist approach with embedded stakeholder engagement	a. Literature & stakeholders' engagement	b. Interviews & documents & survey	a. Realist synthesis evidence	b. The consolidated framework for implementation research
De Weger et al.	Qualitative realist case study	a. Realist rapid review & guiding principles for the successful implementation of community engagement	b. Interviews & focus group & workshop	a. n/a	b. Thematic analysis with CMO configurations framework
Heaton et al.	Internal participatory realist evaluation	a. Interviews & documents & literature	b. Interviews	a. Thematic analysis	b. Forcefield analysis and comparison analysis

Group B – Theory testing & refining completed

Group B – Theory testing & refining completed			
Author & year	Study type	Main data sources for : a. Initial theory development b. Theory refinement	Main method of analysis for : a. Initial theory development b. Theory refinement
Hinrichsen et al.	Embedded case study design and a realist evaluation framework	a. Interviews & documents & observations b. CMO configurations	a. Retroductive analysis b. Analytical process presented by Gilmore et al. 2019
Jackson et al.	Realist evaluation and appreciative inquiry approach	a. Literature b. Social media strategy (Twitter Chat) & workshops.	a. Iterative approach b. Content analysis (social media strategy) & appreciative framing and dialogue (workshops) & retroductive analysis
McConnell et al.	Retrospective Realist Evaluation (Qualitative methods)	a. Interviews & literature b. Interviews & documents & observations	a. n/a b. Thematic analysis with CMO configurations framework
McInnes et al.	Retrospective Realist Evaluation	a. Interviews & literature & survey & participants observations b. Participants observations & meetings notes & survey & informal discussion & audit data	a. n/a b. Thematic analysis with CMO configurations framework
Rycroft-Malone et al.	Longitudinal realist evaluation using multiple-qualitative-methods case studies	a. Interviews & literature & documents & informal discussions b. Interviews & documents & stakeholder engagement & non-participant observation	a. concept mapping & Thematic analysis with CMO configurations framework b. inductive and deductive to focus on proposition-building
Tolson and Schofield	Realist evaluation	Realist evaluation	a. n/a b. Thematic analysis with CMO configurations framework
Tyler et al.	Realist evaluation & multi-site, mixed methods case study	Realist evaluation & multi-site, mixed methods case study	a. Abductive reasoning b. Thematic analysis with CMO configurations framework & process of iteration between intra-case and inter-case analyses

	Author & year	Study type	Main data sources for : a. Initial theory development b. Theory refinement	Main method of analysis for : a. Initial theory development b. Theory refinement
Group B – Theory testing & refining completed	Vanden Bossche et al. (66)	Realist evaluation and grounded theory approach	a. Literature & informal discussion with stakeholders b. Interviews & focus groups	a. Framework analysis b. Grounded analysis with CMO configurations framework
	Wood et al. (67)	Realist evaluation	a. Literature b. Interviews & workshops	a. n/a b. Iterative process of deductive and inductive analysis
	Yardley et al. (68)	Realist evaluation & systems analysis framework	a. Literature & documents b. Workshop	a. n/a b. Thematic analysis with CMO configurations framework & systems analysis framework

Note: n/a: information not available

Stakeholder involvement in Realist Evaluation

The structure of the following results is in accordance with the themes and subthemes of the main section of the analytical framework described in the method section (see table 7).

'Stakeholder involvement' conceptual definitions

Authors of included studies used different concepts to refer to stakeholder involvement. Some refer to « co-production approach » (64), « stakeholder engagement » (69), « community engagement » (56, 57, 58), « co-creation » (70), « participatory » (62, 71), and « participatory action research » (63). In most of the studies, these concepts were not defined. Indeed, only five studies referred to an underlying theoretical framework or a clear definition of what is meant by a stakeholder involvement approach (see table 10).

Table 10 – Conceptual definitions of stakeholder involvement in the included REs

"Participatory health research"	Lhussier et al. (62) embed their study in the paradigm of participatory health research as defined by Wright et al. (72), in that "it aims to build on local strengths, to facilitate partnership and co-learning, is iterative and aims to achieve a balance between research and action" (62, p454).
"Participatory action research with self-help/mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivors"	Taylor et al. (63) referred to Nelson et al. (73) paper which gives recommendations for participatory action research with self-help/mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivors grounded on values of empowerment, supportive relationships, social change and learning process.
"Reflective cycle"	McInnes et al. (74) used Gibbs' reflective cycle (75) to underpin the reflective practice sessions organized during team meetings with stakeholders.
"Collaborative sensemaking"	Jackson et al. (76) grounded their workshops on "collaborative sensemaking" defined by Maitlis & Christianson (77) as a "social process where meaning is negotiated, contested and mutually co-constructed" (76, p411)
"Process consent model"	McConnell et al. (78) who conducted a RE by involving persons with dementia utilized a process consent model defined by Dewing (79) in order to keep with the principles of empowerment, choice and freedom.

Philosophical principles

Several authors (13, 55, 59, 64, 69, 80) consider stakeholder involvement essential in RE, yet the rationale for involving stakeholders differs across studies (see table 11).

More than half of the included REs (n = 15) put forward, as a rationale for involving stakeholders, the *validation of the knowledge produced* as their key rationale for stakeholder involvement. Nine REs involved stakeholders to support *decision making*, meaning that researchers and stakeholders worked collaboratively in order to inform decisions. Only two studies explicitly emphasized *social change* as underlying objective of the evaluation process, although the information reported was not sufficient to determine whether transformation was achieved. Lhussier et al. (62) adopted a participatory health research approach (see table 10) to increase participation within the community, while Janssen et al. (70) used a co-creation approach in order to translate the theoretical knowledge into a valuable actionable knowledge for health professionals (e.g. practical evaluation tools).

Table 11 – Intended purpose of involving stakeholders within the included REs

Intended purpose of involving stakeholders	Total of REs	REs included
Validation of the knowledge produced	15	(13, 56, 57, 58, 60, 61, 65, 66, 68, 69, 76, 81, 82, 83, 84, 85, 86)
Influencing decision making	9	(55, 59, 63, 64, 67, 71, 74, 78, 87, 88)
Striving for social change	2	(62, 70)

Stakeholder involvement approaches in practice

We compared the practice of stakeholder involvement on three dimensions: (i) six types of stakeholders, (ii) two levels of stakeholder involvement and (iii) five means by which stakeholders were involved. Table 12 presents some illustrations of quotes retrieved from included studies.

Our scoping review showed that the implementers are the most prevalent *type of stakeholder* involved (type 3) (n=20) followed by beneficiaries (type 1) (n=15). Only few studies reported the involvement of policy makers (type 4) (n=3) and funders (type 5) (n=2) (see table 12).

The *decision making* in relation to the RE study process remained in most studies in the hands of the researchers/evaluators (level 2) (n=24). Few studies reported that decisions about the conduct of the evaluation was shared between researchers/evaluators and stakeholders (Level 1) (n=10). Eight REs were categorized as either level 1 or level 2, depending on the phase of the RE.

The *means* by which stakeholders were involved were more diverse. Techniques that foster dialogue between evaluators and stakeholders (mean 3) were most common and employed within 18 Res. Assisting researchers with practical evaluation tasks (mean 4) and being part of the research/evaluation team (mean 5) only occurred in, respectively, 3 and 4 REs.

We also investigated these three dimensions within each phase of RE by making a distinction between REs which aimed at *developing* the IPT (Group A) (see supplementary table 1) and REs which aimed at *revising* the IPT (Group B) (see supplementary table 2).

In *Group A* (n=8), most of the REs involved the stakeholders during data collection (phase 3) (n=6) and synthesis (IPT development) (Phase 5) (n=5). In two REs carried out by Marchal et al. (13) and Taylor et al. (63) stakeholders were involved during all RE phases while in the remaining REs (n=6) stakeholders were involved in one

or two phases. Only Taylor et al. (63) involved multiple types of stakeholders during all RE phases.

In *Group B* (n=18), most of REs involved stakeholders during IPT development (phase 2) (n=12) and half of the REs (n=9) involved stakeholders during the data collection phase (phase 4). In three REs (55, 59, 64, 88), stakeholders were involved in more than 5 (out of 7) RE phases. The types of stakeholders involved are more diverse than in REs from Group A.

In many REs, the characteristics of stakeholder involvement (types, depth and means) varied between RE phases (see supplementary tables 1 and 2).

Table 12 – Examples of each category of (i) type of stakeholder, (ii) levels of involvement and (iii) means by which stakeholders are involved

Cat	(Short) definition	Total REs	Examples retrieved from the REs
Type of stakeholders involved			
Type 1	Stakeholders (in)directly affected by the intervention	15	Parents (81), informal carers (68), local service users (62), The Station members (63) University of the Third Age (76), people with lived experience (64)
Type 2	Stakeholders indirectly involved in the implementation of the intervention	5	teachers & education managers (81), workers of similar interventions (55, 59), referrers (67), volunteers (63), partners external to the implementors (65).
Type 3	Stakeholders who designed or directly implemented the intervention	20	health workers (62), management committee members and staff (63), stakeholders and researchers involved in the programme implementation (83), managers and smoking cessation practitioners (69), ...
Type 4	Policy makers who may make use of the results of the evaluation.	3	Policymakers (55, 59), the government of Georgia (13), municipality (56, 57, 58)
Type 5	Funders of the intervention or the evaluation.	2	ministry (13) and commissioners (64)
Type 6	Professionals or researchers with expertise of similar interventions or issue under study.	9	academics with an interest in knowledge mobilization (55, 59), research team collaborators (86), people with professional expertise (61), international healthcare practice developers (82), ...
Levels of stakeholder involvement			
Level 1	Decisions collaboratively shared between evaluators and stakeholders	10	" after a final member check with the respondents of the focus group the draft was made final" (70), " project was launched as a collaborative project (13), " agreed CMO configurations" (78), ...
Level 2	Decision in the hands of evaluators who consult or receive the help of stakeholders	24	" discuss critique and contribute to the work" (82), " confirming the findings and concretizing the mechanisms" (70), " Participants would sometimes add specifics that were in line with our analysis. These were recorded but did not alter our conclusions" (84), ...

Cat	(Short) definition	Total REs	Examples retrieved from the REs
Means by which stakeholders are involved			
Mean 1	Scientific methods whereby the evaluator(s) is a translator of stakeholders meaning	7	" focus groups were organized [...] to discuss and validate or adapt the initial programme theory presented" (65), " focus group to finalize the definitions of the mechanisms" , " concept mapping workshop" (13), ...
Mean 2	Techniques or methods aiming at finding mutual understanding or consensus.	8	" national sense-making workshops" (76), " stakeholder workshop to plan forward" (61), " consensus workshop with consensus methods" (64), " feedback sessions" (78), " member checking on a summary of interview" (84), ...
Mean 3	Techniques or methods aiming at creating dialogue between evaluators and stakeholders.	18	informal interviews (78), workshop (67, 68, 82), expert meeting (70), formal and informal sessions (74), discussions on findings (84), input collected from stakeholders in the course of the intervention (66), ...
Mean 4	Assisting researchers with practical evaluation tasks.	3	assisting with practical tasks : recruitment (61, 64) & data collection (62)
Mean 5	Part of the research/evaluation team.	4	co-applicants (55, 59, 64), Internal evaluation (88), the principle investigator is also a policy maker (13).

Partnership arrangements

Partnership resources

Partnership resources were hardly mentioned in papers. Only Butler et al. (64) reported on employing a research facilitator who coordinated the involvement of stakeholders and provided support, including administrative support and specific practical tools (e.g. realist evaluation lay guide).

Partner characteristics

The type and level of involvement of stakeholders were quite diverse among the REs (see supplementary tables 1 and 2). Authors of included studies mostly argued that they did not expect the same level of involvement because of the diversity of stakeholders' needs, abilities, or interests (64, 78). A few authors emphasized the importance of certain individual characteristics of stakeholders, such as being enthusiastic (63, 70), inspiring (64) and committed (64, 70).

Considering authors' affiliations, it was common to notice that one or more authors were not affiliated to universities or research institutes but to other institutions, such as a foundation (82), or public authorities (68, 69, 74, 86). This suggests that partnership may involve co-authoring publications with stakeholders.

Few studies have described the characteristics of researchers at the exception of (64) who stressed the importance of flexibility and adaptability in building of trust relationships between partners.

Relationships among partners

Except for Butler et al. (64) who highlighted the importance of informal space and regular meetings with stakeholders in order for them to share how they feel, no papers described interactions and communicative processes among the partners.

Partnership-level characteristics

In some REs, the partnership had a certain degree of formalization by taking the form of an expert panel (61), a local reference panel (56, 57, 58), an advisory board

(89) or an advisory working group (63). In other REs (13, 70, 78, 88), the stakeholders joined the research team. For instance, in two REs (55, 59, 64), stakeholders were “co-applicants”, meaning they had the same level of responsibility as the research team. In Butler et al. (64), these co-applicants were representatives of the beneficiaries of the programme.

External environment

Authors did not share any information about possible external characteristics of the partnerships.

Outcomes of stakeholder involvement

Very few papers included reflections about the outcomes of stakeholder involvement in the RE process. A few (n=4) emphasized that having close relationships with stakeholders leads to more valuable knowledge about the intervention which may in turn increase the relevance and uptake of the evaluation results (13, 64, 70, 88). For instance, Butler et al. (64) underline the positive outcome of having end-beneficiaries within the research team to ensure that the study is informed by their perspective. Marchal et al. (13) stressed that adopting a participatory approach increased the added value of the inputs of participants in providing “more context-adapted” outputs.

Other authors (n=3) emphasize evaluation utilization by stakeholders in order to inform decisions for further development of the intervention (61, 62, 70). For instance, Bulley et al. (61) highlight that discussing study recommendations gave the opportunity for stakeholders to plan and organize work-streams and working groups. Lhussier et al. (62) report that the engagement of stakeholders has the potential to “reduce the gap between research and action” (62, p461).

Discussion

Our findings suggest an overall increase of stakeholder involvement within RE, since more than half of the studies included in our scoping review were published in 2020 or after. However, the synthesis of the 26 included RE suggests that there is room for the development and integration of stakeholder involvement approaches and theories within RE. Along with Manzano's working paper (14), our scoping review is one of the first to address this topic. We described the current practices of the RE community in terms of stakeholder involvement, based on which we now draw lessons that would foster transparent and meaningful involvement of stakeholders in RE.

Overall, our findings show that current practices of stakeholder involvement vary across RE. Different types of stakeholders have been involved at varied levels of involvement with diverse means by which stakeholders were involved. Also, the involvement approach (here defined as the combination of types, level and means) within one RE often varied between RE phases. Globally, the group of realist studies included in our scoping review shows a rich array of stakeholder involvement practices. It may be that the evaluations we looked at and the context in which they were conducted are so different that they necessitate different approaches. As realists, we know that context matters, and this is true for both evaluation and stakeholder involvement (90), so it appears appropriate to tailor the stakeholder involvement strategy.

Despite this heterogeneity of stakeholder involvement practices, our findings pinpoint that the most frequent and typical way to involve stakeholders within RE at this time is engage with the people involved in doing the work of implementation (the "who") during the theory gleaning phase and data collection phase (the "when") and primarily through a dialogue that maintains decision-making authority in the hands of researchers/evaluators (the "how"). In their review of the empirical research on stakeholder involvement in program evaluation, Brandon and Fukunaga (26) make similar observations regarding the simple designs used for stakeholder involvement and the lack of studies involving program beneficiaries. These findings support the

need to continue exploration of different stakeholder involvement approaches (the who, when and how) within various context of RE; and especially, to assure more equitable participation among stakeholder groups.

Similar to Brandon and Fukunaga's review (26), our results point to a lack of transparency and clarity in the practices of stakeholder involvement. One explanation that we could give based on our results is that current stakeholder involvement practices are rarely derived from established participatory approaches. There were few papers that highlighted theoretical underpinnings of their participatory approach, which has also been reported in Manzano's working paper (14). This suggests that participation might be organized ad-hoc rather than forming an integral part of the methods planned and used. The RE community would benefit from investigating existing theories and approaches of stakeholder involvement ; for instance from the "use" branch of the evaluation tree theory, initially presented in Alkin's book "Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences" (91). This could bring more sophisticated designs of stakeholder involvement to RE.

Several authors have developed methodological guidance for data collection in reference to the "teacher-learner relationship" within the context of realist interviewing (1), implying that the researcher and interviewee take each role in turn (7, 92, 93, 94, 95). Even though the realist interviewing technique gives a role to participants in the conceptual and more theoretical part of the realist evaluation (96), the evaluators – given their scientific background – remain the leading actor when it comes to translating the findings into a programme theory. Yet, following Pawson (97) this teacher-learner relationship does not have to be limited to the data collection phase. It should rather characterize a certain posture of the researcher/evaluator who "dare to share that understanding with those for whom they act." (97, p194). This posture involves critically examining one's position and practice in the light of ethical considerations (98). Although this issue of posture is a key element of participatory research and evaluation (32, 33) in the REs reviewed the ethical considerations of stakeholder involvement are scarcely presented or discussed. The RE community would therefore further develop this "teacher-learner relationship" by reflecting and sharing the ethical aspects of the process of involving stakeholders in

RE and how this may vary between contexts and aims. This would also contribute to responding to the call for decolonizing research (98).

Although the philosophical underpinnings of RE contrast with dominant evaluation discourses grounded in either positivist philosophy (e.g., (quasi-)experimental designs) or constructivist philosophies (e.g., most-significant change) (97), authors shared very little about the lessons learned of bringing in stakeholders to consider using the realist evaluation lens themselves. Just like Westthorp et al. (99) have reflected on the implications of realist epistemology for participatory approaches in the context of action research, our findings warrant exploration of the role of conflicting paradigms and epistemology that may result from different evaluation experiences. Deeply exploring the experience of stakeholders using the realist logic of inquiry might bring valuable insights into the current literature. Westthorp et al. (99) also concluded that realist principles can be incorporated within action research. Extending on this idea, further studies may explore and reflect on combining realist principles with other participatory research approaches.

The characteristics of partnerships (stakeholders, researchers, and partnership relationship) were under-reported in the included REs. The reporting of the partnership characteristics is however considered a critical feature to sufficiently address diversity of partners and power dynamics (100). This calls for better reporting of the interactions and relationships between evaluators and stakeholders, also called the social process of evaluation (101), in a realist evaluation setting.

While the literature on participatory research puts a strong emphasis on the emancipatory and transformative role it can and even should play (30, 32), our review showed limited attempts to pursuing and reporting this aim in RE. Instead, in most studies, participation is used to validate the content and conclusions of the evaluation. This might surprise critical realists for whom the realist approach is an inherently normative endeavour aimed at making the world more just (102). However, the context in which evaluation is often performed may limit its possibilities to enact change; for example, evaluations are often commissioned by a government or an organization and guided by fixed terms of reference and timescales. This

makes it more difficult to take on the emancipatory and transformative task. Evaluation is urged to be neutral and objective and responding to the demands and wishes of the financer; which led Pawson (97) to shy away from the more normative position defended by critical realism. However, this should not be seen as an insurmountable barrier to a more transformative approach in all RE, as good practices in RE prescribe to adapt the design to the objectives of the evaluation (103). Beyond the literature on participatory research (30, 32), insights from other evaluation approaches like transformative evaluation (104) and empowerment evaluation (105) may also help to strengthen the level and depth of participation in RE.

Strengths and limitations

In this scoping review, we identified 26 realist studies and used the best fit framework synthesis method. This allowed us to combine systematic searches of primary studies (REs) with systematic searches for theories and concepts on participatory research, which avoids the risk of cherry-picking of selected theories and frameworks in the context of evaluation (106, 107). It also combined two approaches to synthesis: initial thematic analysis using an *a priori* framework and an inductive secondary thematic analysis during the revision and testing of the data charting form during analysis (45, 46).

The use of best fit framework synthesis allows for the development of an initial framework of stakeholder involvement in research and evaluation. While this framework of stakeholder involvement is not exhaustive, it might serve as a starting point for integrating, reflecting on, and reporting the characteristics of stakeholder involvement in REs.

We may have missed other relevant literature not available publicly or published in other languages as we had to make some trade-offs between comprehensiveness and feasibility, as is often the case in scoping reviews (37). Yet, we ensured a systematic and comprehensive search in five databases, including Google Scholar to identify contextually rich grey literature. For robustness, three reviewers performed the title and abstract screening and seven reviewers carried out data

extraction, and all authors were involved in analysis. Further investigation of stakeholder involvement in RE could utilise a systematic review design (108).

Lessons

Our scoping review findings illuminate some lessons rooted in existing theories and models of stakeholder approaches, that may improve the practice of stakeholder involvement within RE:

- Develop a coherent rationale and philosophy from the start of the protocol development phase built on existing literature on participatory approaches and ensure that the evaluation design remains true to it.
- Report more extensively why, how, when, and which stakeholders were involved in the evaluation. The analytical framework developed and used in this review may serve as a working example.
- Reflect and discuss the added value – for both the evaluation and the intervention – of the participatory approach and share learned lessons on what worked and what didn't, for whom, and in what circumstances.

We believe that adherence to these three general guidelines will help further the impact, utility, and application of stakeholder involvement approaches within RE.

In this article, we reviewed the current practices of the RE community in terms of stakeholder involvement. We identified 26 realist evaluations in which stakeholders had been actively involved. The results show that the exemplars of stakeholder involvement within RE are increasing, but also that current practices of stakeholder involvement lack of transparency and theoretical grounding. We also identified topics related to stakeholder involvement which are under-addressed in current methodological guidance. This scoping review indicates a need for further exploration of the combination of stakeholder involvement approaches and the realist logic of inquiry.

Supplementary files ⁴²

Supplementary file 1: Complete search strategy.

Supplementary file 2: Screening tools used in title/abstract and full text screening.

Supplementary file 3: Best-Fit Framework Synthesis process.

Supplementary table 1: Associations of (i) type of stakeholder involved, (ii) levels of stakeholder involvement and (iii) means by which stakeholder are involved for each phase of Group A realist cycle.

Supplementary table 2: Associations of (i) type of stakeholder involved, (ii) levels of stakeholder involvement and (iii) means by which stakeholders are involved for each phase of Group B realist cycle.

⁴² Ces documents sont accessibles sur le site du journal Evaluation : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13563890241279562>

Points saillants du chapitre 6

- ♦ Cette *scoping review* explore la **QR2**. Elle a été publiée en 2024 dans le numéro 31 de la revue *Evaluation* est le fruit d'une collaboration entre plusieurs chercheurs issus d'universités internationales. La chercheuse en est la première autrice.
- ♦ Tenant compte que la précédente *scoping review* (chapitre 5) avait mis en évidence que les démarches d'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé étaient rarement guidées par les principes de participation et de capacitation, nous avons élargi notre analyse de ces principes à des contextes d'évaluation réaliste **hors du champ de la promotion de la santé**.
- ♦ L'objectif de cette deuxième *scoping review* était d'explorer la manière dont les chercheurs et les évaluateurs réalistes **impliquent les parties prenantes** à chaque phase d'une évaluation réaliste.
- ♦ **Cinq bases de données** ont été examinées qui ont permis d'identifier 1623 références uniques. Après l'application de nos critères d'inclusion, **29 références ont été retenues portant sur 26 évaluations réalistes différentes** qui démontrent avoir activement impliqué les parties prenantes dans le cycle de l'évaluation réaliste.
- ♦ Ces évaluations réalistes ont été analysées à l'aide d'un **cadre d'analyse** construit **à partir de 8 cadres théoriques** relatifs à la participation dans l'évaluation ou la recherche. La construction de ce cadre d'analyse a été réalisée à l'aide de l'approche du « Best Fit Framework »⁴³.
- ♦ Les résultats montrent **un intérêt croissant** pour des démarches d'évaluation réaliste impliquant activement les parties prenantes et ce principalement en contexte anglo-saxon.
- ♦ Nous avons relevé une certaine **hétérogénéité** dans les pratiques d'implication des parties prenantes tant du point de vue des types de parties prenantes impliquées, que par rapport au niveau d'implication ou encore relatif à la manière de les impliquer. La combinaison de ces trois aspects (type, niveau et manière) pouvait aussi varier entre les phases de l'évaluation réaliste.
- ♦ Malgré cette hétérogénéité, nous avons identifié que la **combinaison la plus fréquente** consistait à impliquer les personnes participant à la mise en œuvre du programme (le « qui ») pendant la phase de construction de la théorie de programme initiale ou pendant la phase de collecte de données (le « quand ») et principalement à l'aide de stratégies de mise en dialogue sans qu'il y ait un partage des processus décisionnels (le « comment »).

⁴³ Carroll, C., Booth, A. & Cooper, K. A worked example of "best fit" framework synthesis: A systematic review of views concerning the taking of some potential chemopreventive agents. *BMC Med Res Methodol* 11, 29 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-29>

- ♦ Les résultats suggèrent que la plupart des démarches d'implication étaient greffées à l'évaluation plutôt qu'intégrées au processus évaluatif. Ils révèlent que les auteurs soulignent principalement l'importance de l'implication des parties prenantes pour **accroître la validité des résultats**, au détriment d'une finalité visant à renforcer les capacités des parties prenantes.
- ♦ Globalement, les démarches participatives étaient **peu documentées** dans les articles. Dès lors, de nombreux aspects manquaient de précision tels que la dimension éthique et les aspects liés au partenariat.
- ♦ À la lumière de la littérature, nos résultats suggèrent que les dimensions sociales et politiques de l'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes sont sous-estimées et soulignent la nécessité d'une réflexion approfondie sur ces dimensions.
- ♦ Nos résultats ont mis en lumière **trois leçons** destinées aux chercheurs et évaluateurs réalistes pour qu'ils développent des pratiques participatives plus transparentes et davantage ancrées dans les théories et modèles existants : (1) développer une approche participative dès le début sur base de la littérature relative aux approches participatives, (2) documenter plus en détail l'approche participative et (3) réfléchir et discuter de la valeur ajoutée et des leçons apprises de l'approche participative.

References

1. Pawson R., Tilley N. Realistic Evaluation London: SAGE Publications Ltd; 1997.
2. Archer M. S. Realist social theory: The morphogenetic approach. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. 354 p.
3. Bhaskar R. A realist theory of science. London: Verso books; 2008.
4. Harré R. Varieties of realism: a rationale for the natural sciences: Blackwell; 1986. 541-2 p.
5. Astbury B., Leeuw F.L. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. American Journal of Evaluation. 2010;31(3):363-81.
6. Bunge M. Mechanism and Explanation. Philosophy of the Social Sciences. 1997;27(4):410-65.
7. Manzano A. The craft of interviewing in realist evaluation. Evaluation. 2016;22(3):342-60.
8. 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.
9. 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.
10. Emmel N, Greenhalgh J, Manzano A, Monaghan M, Dalkin S. Doing realist research. London: Sage; 2018.
11. Renmans D., Castellano Pleguezuelo V. Methods in realist evaluation: A mapping review. Eval Program Plann. 2023;97:102209.
12. Greenhalgh T., Jackson C., Shaw S., Janamian T. Achieving Research Impact Through Co-creation in Community-Based Health Services: Literature Review and Case Study. Milbank Q. 2016;94(2):392-429.
13. Marchal B., Abejirinde I.O., Sulaberidze L., Chikovani I., Uchaneishvili M., Shengelia N., et al. How do participatory methods shape policy? Applying a realist approach to the formulation of a new tuberculosis policy in Georgia. BMJ Open. 2021;11(6):e047948.
14. Manzano A. User and Stakeholder Involvement in Realist Evaluation. 2024.
15. Westhorp G. Realist impact evaluation: An introduction. 2014.
16. Sayer A. Method in Social Science: A Realist Approach. London, New York: Routledge; 1992. 313 p.

17. Seward N., Hanlon C., Hinrichs-Kraples S., Lund C., Murdoch J., Salisbury T.T., et al. A guide to systems-level, participatory, theory-informed implementation research in global health. *BMJ Global Health*. 2021;6(12):e005365.
18. Alonge O., Rodriguez D. C., Brandes N., Geng E., Reveiz L., Peters D. H. How is implementation research applied to advance health in low-income and middle-income countries? *BMJ Global Health*. 2019;4(2):e001257.
19. Renmans D., Sarkar N., Van Belle S., Affun-Adegbulu C., Marchal B., Mukumbang F.C. Realist evaluation in times of decolonising global health. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2022;37(s1):37-44.
20. Scher BD, Scott-Barrett J, Hickman M, Chrisinger BW. Participatory Research Emergent Recommendations for Researchers and Academic Institutions: A Rapid Scoping Review. *Journal of Participatory Research Methods*. 2023;4(2).
21. European Commission, Joint Research Centre, Guimarães Pereira A, Cuccillato E, Figueiredo Nascimento S, Schade S. Citizen engagement in science and policy-making: Publications Office; 2016.
22. Herzog L., Lepenies R. Citizen Science in Deliberative Systems: Participation, Epistemic Injustice, and Civic Empowerment. *Minerva*. 2022;60(4):489-508.
23. Van Belle S., Marchal B., Dubourg D., Kegels G. How to develop a theory-driven evaluation design? Lessons learned from an adolescent sexual and reproductive health programme in West Africa. *BMC public health*. 2010;10(1):741.
24. Marchal B., Kegels G., Van Belle S. Theory and realist methods In: Emmel N, Greenhalgh J, Manzano A, Monaghan M, Dalkin S, editors. *Doing Realist Research*. Los Angeles, London, New Delhi: SAGE; 2018. p. 79-90.
25. Bryson J.M., Patton M.Q., Bowman R.A. Working with evaluation stakeholders: A rationale, step-wise approach and toolkit. *Evaluation and Program Planning*. 2011;34(1):1-12.
26. Brandon PR, Fukunaga LL. The State of the Empirical Research Literature on Stakeholder Involvement in Program Evaluation. *American Journal of Evaluation*. 2014;35(1):26-44.
27. Fetterman D., Rodríguez-Campos L., Wandersman A., O'Sullivan R.G. Collaborative, Participatory, and Empowerment Evaluation: Building a Strong Conceptual Foundation for Stakeholder Involvement Approaches to Evaluation (A Response to Cousins, Whitmore, and Shulha, 2013). *American Journal of Evaluation*. 2014;35(1):144-8.
28. Abma T.A., Banks S., Cook T., Dias S., Madsen W., Springett J., et al., editors. *Participatory Research for Health and Social Well-Being*.: Springer Cham; 2019.
29. Chevalier J.M., Buckles D.J., editors. *Participatory Action Research. Theory and Methods for Engaged Inquiry*. London: Routledge; 2019.

30. Macaulay A.C., Commanda L.E., Freeman W.L., Gibson N., McCabe M.L., Robbins C.M., et al. Participatory research maximises community and lay involvement. North American Primary Care Research Group. *Bmj*. 1999;319(7212):774-8.
31. Brisolara S. The history of participatory evaluation and current debates in the field. *New Directions for Evaluation*. 1998;1998(80):25-41.
32. Cornwall A., Jewkes R. What is participatory research? *Social Science & Medicine*. 1995;41(12):1667-76.
33. House E.R., Howe K.R. Deliberative democratic evaluation. *International handbook of educational evaluation*. The Netherlands: Springer; 2003. p. 79-100.
34. Abrams R., Park S., Wong G., Rastogi J., Boylan A-M., Tierney S., et al. Lost in reviews: Looking for the involvement of stakeholders, patients, public and other non-researcher contributors in realist reviews. *Research Synthesis Methods*. 2021;12(2):239-47.
35. Mukumbang F.C., van Wyk B. Leveraging the Photovoice Methodology for Critical Realist Theorizing. *International Journal of Qualitative Methods*. 2020;19:1609406920958981.
36. 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).
37. Arksey H., O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
38. Levac D., Colquhoun H., O'Brien K.K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. 2010;5(1):69.
39. Tricco A.C., Lillie E., Zarin W., O'Brien K.K., Colquhoun H., Levac D., et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. 2018;169(7):467-73.
40. Ouzzani M., Hammady H., Fedorowicz Z., Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*. 2016;5:1-10.
41. Wong G., Westhorp G., Manzano A., Greenhalgh J., Jagosh J., Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Medicine*. 2016;14(1):96.
42. Higgins J.P.T., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M.J., et al. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*: John Wiley & Sons; 2019.
43. Polanin J.R., Pigott T.D., Espelage D.L., Grotzinger J.K. Best practice guidelines for abstract screening large-evidence systematic reviews and meta-analyses. *Res Synth Methods*. 2019;10(3):330-42.

44. Carroll C., Booth A., Cooper K. A worked example of "best fit" framework synthesis: A systematic review of views concerning the taking of some potential chemopreventive agents. *BMC Medical Research Methodology*. 2011;11(1):29.
45. Carroll C., Booth A., Leaviss J., Rick J. "Best fit" framework synthesis: refining the method. *BMC Medical Research Methodology*. 2013;13(1):37.
46. Booth A., Carroll C. How to build up the actionable knowledge base: the role of 'best fit' framework synthesis for studies of improvement in healthcare. *BMJ Quality & Safety*. 2015;24:700-8.
47. Cousins J.B., Whitmore E. Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation*. 1998;1998(80):5-23.
48. Wallerstein N., Oetzel J., Duran B., Tafoya G., Belone L., Rae R. What predicts outcomes in CBPR? In: Minkler M, Wallerstein N, editors. *Community Based Participatory Research for Health: Process to Outcomes*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008. p. 371-92.
49. Oetzel J.G., Zhou C., Duran B., Pearson C., Magarati M., Lucero J., et al. Establishing the psychometric properties of constructs in a community-based participatory research conceptual model. *Am J Health Promot*. 2015;29(5):e188-202.
50. Baum F., MacDougall C., Smith D. Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60(10):854-7.
51. Beckett K., Farr M., Kothari A., Wye L., le May A. Embracing complexity and uncertainty to create impact: exploring the processes and transformative potential of co-produced research through development of a social impact model. *Health Research Policy and Systems*. 2018;16(1):118.
52. Pohl C., Hirsch Hadorn G. Methodological challenges of transdisciplinary research. *Natures Sciences Sociétés*. 2008;16(2):111-21.
53. Lasker R.D., Weiss E.S., Miller R. Partnership Synergy: A Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage. *The Milbank Quarterly*. 2001;79(2):179-205.
54. Shulha L., Whitmore E., Cousins J.B., Gilbert N., Al Hudib H. Evidence based principles to guide collaborative approaches to evaluation: Technical report.; 2015.
55. Rycroft-Malone J, Burton CR, Wilkinson J, Harvey G, McCormack B, Baker R, et al. Collective action for implementation: a realist evaluation of organisational collaboration in healthcare. *Implementation science : IS*. 2015;11:17.
56. De Weger E, Van Vooren NJE, Drewes HW, Luijkx KG, Baan CA. Searching for new community engagement approaches in the Netherlands: a realist qualitative study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):508.
57. De Weger E, Baan C, Bos C, Luijkx K, Drewes H. 'They need to ask me first'. Community engagement with low-income citizens. A realist qualitative case-study. *Health Expect*. 2022;25(2):684-96.

58. De Weger E, Drewes HW, Van Vooren NJE, Luijkx KG, Baan CA. Engaging citizens in local health policymaking. A realist explorative case-study. *PLOS ONE*. 2022;17(3):e0265404.
59. Rycroft-Malone J, Burton C, Wilkinson J, Harvey G, McCormack B, Baker R, et al. Health Services and Delivery Research. Collective action for knowledge mobilisation: a realist evaluation of the Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015.
60. Palm R., Fahsold A., Roes M., Holle B. Context, mechanisms and outcomes of dementia special care units: An initial programme theory based on realist methodology. *PLoS One*. 2021;16(11):e0259496.
61. Bulley C, Baer G, Mahal D, Buckton CH, Donald S, Lugton K, et al. Supporting families and carers of people living with multiple sclerosis: a rapid realist review and realist evaluation. *International Journal of Care and Caring*. 2021;5(2):263-82.
62. Lhussier M., Bangash S., Dykes F., Zaman M., Lowe N.M. Development and implementation of a nutrition intervention programme in North West Pakistan: a realist framework. *Health Promot Int*. 2012;27(4):453-62.
63. Taylor J., Jones R. M., O'Reilly P., Oldfield W., Blackburn A. The Station Community Mental Health Centre Inc: nurturing and empowering. *Rural Remote Health*. 2010;10(3):1411.
64. Butler C, Wilson P, Abrahamson V, Mikelyte R, Gage H, Williams P, et al. Optimum models of hospice at home services for end-of-life care in England: a realist-informed mixed-methods evaluation. *Health and Social Care Delivery Research*. 2022;10(24).
65. Van der Veken K., Lauwerier E., Willems S.J. How community sport programs may improve the health of vulnerable population groups: a program theory. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19(1):74.
66. Vanden Bossche D., Willems S., Decat P. Understanding Trustful Relationships between Community Health Workers and Vulnerable Citizens during the COVID-19 Pandemic: A Realist Evaluation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5).
67. Wood E., Ohlsen S., Fenton S-J., Connell J., Weich S. Social prescribing for people with complex needs: a realist evaluation. *BMC Family Practice*. 2021;22(1):53.
68. Yardley S., Williams H., Bowie P., Edwards A., Noble S., Donaldson L., et al. Which human factors design issues are influencing system performance in out-of-hours community palliative care? Integration of realist approaches with an established systems analysis framework to develop mid-range programme theory. *BMJ Open*. 2022;12(1):e048045.
69. Davies S., Burton C.R., Williams L., Tinkler A. Brief smoking cessation in acute Welsh hospitals: a realist approach. *Health Promotion International*. 2019;35(2):244-54.

70. Janssen M.M., Vos W., Luijkx K.G. Development of an evaluation tool for geriatric rehabilitation care. *BMC Geriatrics*. 2019;19(1):206.
71. Daniels J.E., Bell B., Horrocks C. Capturing the realities of sports programmes: systematic 'messiness'? *International Journal of Sport Policy and Politics*. 2018;10(4):779-94.
72. Wright M.T., Roche B., von Unger H., Block M., Gardner B. A call for an international collaboration on participatory research for health. *Health Promot Int*. 2010;25(1):115-22.
73. Nelson G., Ochocka J., Griffin K., Lord J. "Nothing about me, without me": Participatory action research with self-help/mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivors. *American Journal of Community Psychology*. 1998;26(6):881-912.
74. McInnes R.J., Aitken-Arbuckle A., Lake S., Hollins Martin C., MacArthur J. Implementing continuity of midwife carer – just a friendly face? A realist evaluation. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):304.
75. Gibbs G. *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit Oxford Polytechnic; 1988.
76. Jackson C., McBride T., Manley K., Dewar B., Young B., Ryan A., et al. Strengthening nursing, midwifery and allied health professional leadership in the UK – a realist evaluation. *Leadership in Health Services*. 2021;34(4):392-453.
77. Maitlis S., Christianson M. Sensemaking in organizations: Taking stock and moving forward. *The Academy of Management Annals*. 2014;8(1):57-125.
78. McConnell T., Best P., Sturm T., Stevenson M., Donnelly M., Taylor B.J., et al. A translational case study of empowerment into practice: A realist evaluation of a member-led dementia empowerment service. *Dementia (London)*. 2020;19(6):1974-96.
79. Dewing J. Participatory research: a method for process consent with persons who have dementia. *Dementia*. 2007;6(1):11.
80. Tolson D, Schofield I. Football reminiscence for men with dementia: Lessons from a realistic evaluation. *Nursing Inquiry*. 2012;19(1):63-70.
81. Bergeron D.A., Talbot L.R., Gaboury I. Intersectoral oral health promotion interventions for schoolchildren living in remote rural Andean communities: a realist evaluation. *Glob Health Promot*. 2020;27(3):103-12.
82. Cardiff S., Sanders K., Webster J., Manley K. Guiding lights for effective workplace cultures that are also good places to work. *International Practice Development Journal*. 2020;10(2).
83. Darlington E.J., Violon N., Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process ? *BMC Public Health*. 2018;18(1):163.

84. Peek S.T.M., Luijkx K.G., Vrijhoef H.J.M., Nieboer M.E., Aarts S., van der Voort C.S., et al. Origins and consequences of technology acquirement by independent-living seniors: towards an integrative model. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):189.
85. Tolson D., Schofield I. Football reminiscence for men with dementia: lessons from a realistic evaluation. *Nursing Inquiry.* 2012;19(1):63-70.
86. Tyler I., Pauly B., Wang J., Patterson T., Bourgeault I., Manson H. Evidence use in equity focused health impact assessment: a realist evaluation. *BMC Public Health.* 2019;19(1):230.
87. Heaton J., Day J., Britten N. Inside the "Black Box" of a Knowledge Translation Program in Applied Health Research. *Qual Health Res.* 2015;25(11):1477-91.
88. Hinrichsen C., Nelausen M.K., Nielsen L., Santini Z.I., Meilstrup C., Rod M.H., et al. The workings of an action learning program for building mental health promotion capacity - A realist evaluation. *Eval Program Plann.* 2022;92:102080.
89. Jackson C, McBride T, Manley K, Dewar B, Young B, Ryan A, et al. Strengthening nursing, midwifery and allied health professional leadership in the UK – a realist evaluation. *Leadership in Health Services.* 2021;34(4):392-453.
90. Chouinard J.A., Milley P. Mapping the spatial dimensions of participatory practice: A discussion of context in evaluation. *Evaluation and Program Planning.* 2016;54:1-10.
91. Alkin M.C., editor. *Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences.*: Thousand Oaks CA: Sage; 2004.
92. Manzano A. Conducting focus groups in realist evaluation. *Evaluation.* 2022;28(4):406-25.
93. Pawson R., Manzano-Santaella A. A realist diagnostic workshop. *Evaluation.* 2012;18(2):176-91.
94. Verkooijen K.T., Super S., Mulderij L.S., de Jager D., Wagemakers A. Using Realist Interviews to Improve Theory on the Mechanisms and Outcomes of Sport for Development Programmes. 2020. 2020;8(3):10.
95. Westhorp G., Manzano-Santaella A. Realist Evaluation Interviewing – A 'Starter Set' of Questions 2017 [Available from: https://www.ramesesproject.org/media/RAMESES_II_Realist_interviewing_starter_questions.pdf].
96. Manzano A. The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation.* 2016;22(3):342-60.
97. Pawson R. *The science of evaluation : a realist manifesto.* London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2013.
98. Chouinard J.A., Cousins J.B. Developing an ethical rationale for collaborative approaches to evaluation. *Evaluation.* 2021;27(3):364-81.

99. Westthorp G., Stevens K., Rogers P.J. Using realist action research for service redesign. *Evaluation*. 2016;22(3):361-79.
100. Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, Salsberg J, Bush PL, Henderson J, et al. Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *Milbank Quarterly*. 2012;90(2):311-46.
101. Abma T.A., Widdershoven G.A.M. *Evaluation and/as Social Relation*. *Evaluation*. 2008;14(2):209-25.
102. Sayer A. *Realism and Social Science*. London: SAGE Publications; 2000.
103. Greenhalgh T, Pawson R, Wong G, Westthorp G, Greenhalgh J, Manzano A, et al. *Quality Standards for Realist Evaluation: For evaluators and peer-reviewers* Oxford, UK: RAMESES II project; 2017 [Available from: https://www.ramesesproject.org/pgm-download_media.php?name=RE_Quality_Standards_for_evaluators_and_peer_reviewers.pdf].
104. Mertens DM. *Transformative Research and Evaluation*: Guilford Publications; 2008.
105. Fetterman DM. *Foundations of Empowerment Evaluation*. London, UK: SAGE Publications; 2001.
106. Copestake J. Case selection for robust generalisation: lessons from QulP impact evaluation studies. *Development in Practice*. 2021;31(2):150-60.
107. Schwandt T. *Cultivating a Life of the Mind for Practice*. Redwood City: Stanford University Press; 2015.
108. Munn Z., Peters M.D.J., Stern C., Tufanaru C., McArthur A., Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*. 2018;18(1):143.

CHAPITRE 7

Analyse des conditions à l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé. (ARTICLE 3 DES RESULTATS)

“Learning a paradigm, as Kuhn once said, is like learning a language. [...] Evaluation is, after all, applied research. And although we have called throughout for injections of “theory” into every aspect of evaluation design and analysis, the goal has never been to construct theory per se; rather it has been to develop the theories of practitioners, participants, and policy makers. The proof of this realist pudding thus lies, not so much with the question of what realism can do for evaluation, but with the issue of what realist evaluation can do for programming and policy making. The upshot is that we have avoided being terminological terrorists and have tried instead to be conceptual captivators in smuggling the realist paradigm ever so gently into the existing language of evaluation.”

Ray Pawson and Nick Tilley (*Realistic evaluation*, 1997)

MALENGREAU S, DOUMONT D, LAMBERT A-S, AUJOLAT 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). GLOBAL HEALTH PROMOTION. 2024;0(0). DOI:10.1177/17579759241285588

Analyse des conditions à l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé.

Résumé

Introduction : L'évaluation réaliste est de plus en plus plébiscitée dans le champ de la promotion de la santé. Pourtant, cette démarche d'évaluation est encore très peu utilisée par, ou même avec, des équipes de terrain, ce qui vient limiter sa portée pour les pratiques de terrain. Notre étude propose d'explorer les conditions favorables à la pratique de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé.

Méthodes : Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude de cas multiples impliquant une chercheuse et quatre équipes de promotion de la santé en Région de Bruxelles-Capitale. Des données qualitatives ont été collectées tout au long de l'expérimentation de l'évaluation réaliste de projets de promotion de la santé avec les quatre équipes bruxelloises.

Résultats : Nos résultats montrent l'intérêt de l'évaluation réaliste pour orienter les pratiques évaluatives des acteurs de terrain vers des pratiques favorables à la réflexivité. Ils montrent aussi les difficultés rencontrées et les ressources sur lesquelles s'appuyer pour les surmonter. Quatre conditions sont ainsi mises en évidence pour mener une évaluation réaliste de manière participative et capacitante.

Conclusion : Notre étude encourage à envisager de nouveaux repères pour une pratique pragmatique de l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé, axée sur la participation et la capacitation des parties prenantes.

Introduction

L'évaluation réaliste (ER) (1) fait partie des « nouvelles » approches qui séduisent le champ de la promotion de la santé (PS) par leur capacité à produire des preuves d'efficacité contextualisées et présentant un potentiel de transférabilité (2, 3). L'ER envisage la causalité comme la rencontre entre les ressources créées par l'intervention et certaines caractéristiques du contexte, qui va amener (ou non) à actionner un ou plusieurs mécanismes chez les individus, collectivités, environnements, qui produiront à leur tour des effets. Un moyen heuristique est à ce titre utilisé pour étudier cette causalité qui consiste à formuler des hypothèses de fonctionnement en termes de configurations Contexte-Mécanisme-Effet (CME) (1). L'ER « ouvre » la question de l'efficacité des interventions complexes en questionnant « Comment fonctionne l'intervention ? Pourquoi ? Dans quelles circonstances ? Pour qui ? » plutôt qu'en constatant seulement des effets. De nature à favoriser la réflexivité, l'ER se démarque de celles privilégiées par les pouvoirs publics, souvent guidés par des besoins de redevabilité (4).

L'ER suit une démarche de cycle guidé par la théorie de programme (1). Dans l'ouvrage de référence de Ray Pawson et Nick Tilley (1), les auteurs identifient quatre étapes au cycle d'une ER. La première est d'explicitier le raisonnement de fonctionnement sur lequel repose l'intervention, soit sa théorie de programme. Cette théorie initiale est, lors d'une deuxième étape, formulée en configurations CME hypothétiques qui seront investiguées empiriquement par une collecte et une analyse de données (troisième étape). Les conclusions de cette investigation amènent lors d'une quatrième étape à réviser et consolider la théorie du programme, qui peut alors faire l'objet d'un nouveau cycle d'évaluation (1).

En Région de Bruxelles-Capitale (Belgique), l'ER a suscité l'intérêt des personnes en charge du développement d'un Plan quinquennal de Promotion de la santé (ci-après nommé Plan) (5), entré en application en 2018. Ce Plan, qui définissait les orientations stratégiques et les objectifs régionaux de PS, invitait les organisations à se saisir de l'ER pour l'évaluation des projets financés. Ce choix, de la part du décideur, était motivé par le constat que les pratiques évaluatives des acteurs sont

le plus souvent axées sur une mesure des livrables, qui fournit des informations peu utiles au développement des programmes. En présentant l'ER comme une approche à privilégier, le décideur souhaitait ainsi encourager l'analyse réflexive dans les pratiques évaluatives.

L'approche connaît effectivement un intérêt grandissant mais gagnerait, selon certains, à être utilisée en impliquant davantage les parties prenantes (2, 6, 7). Bien qu'un nombre croissant d'ER impliquant des parties prenantes est constaté, celles-ci sont impliquées à des degrés relativement limités (8). Les aspects sous-jacents à la pratique de l'ER par des parties prenantes, tels que leur capacité à mener une ER ou les bénéfices qu'elles peuvent en tirer (9, 10), font d'ailleurs l'objet de peu de discussions dans la littérature. La participation des parties prenantes et leur capacitation étant des principes centraux dans les programmes de PS, y compris pour l'évaluation de ceux-ci, ces questions nous intéressent particulièrement. D'autant plus que plusieurs difficultés à l'opérationnalisation de l'ER sont soulignées (11, 12) et peuvent contraindre l'utilisation de l'approche par des parties prenantes (13).

L'inscription de l'ER dans le Plan, impliquant l'utilisation de l'ER par des équipes de PS, alors même que l'approche est, encore à ce jour, principalement utilisée en contexte scientifique et rarement de manière participative et capacitante, interpelle et constitue le point de départ de notre étude. Notre objectif est dès lors d'explorer ce que l'application de l'ER par des équipes de PS vient interroger et d'en tirer argument pour énoncer des conditions favorables à la pratique de l'ER par des équipes de PS.

Méthodes

Notre étude vise à produire des connaissances qui émanent de l'exploration d'une intervention, créée dans ce but et s'inscrivant dans le cadre d'une étude de cas multiples. Notre démarche se veut rompre avec une position de « sachant » dans le chef du chercheur, pour lui assigner un rôle de facilitateur dans le cadre d'une recherche capacitante, menée avec et pour des personnes qui en sont totalement parties prenantes (14).

Intervention

L'intervention de la chercheuse visait à accompagner des équipes à l'ER d'un de leurs projets de PS, en restant au plus près du contexte de chaque équipe. L'accompagnement reposait sur une démarche capacitante et participative, dans le cadre d'une approche pragmatique de l'ER dont les principes pouvaient être adaptés suivant les possibilités et limites du contexte d'expérimentation, plutôt qu'être appliqués strictement. Ainsi, en pratique, le sens et l'utilité perçue de la démarche pour les équipes primaient sur le respect strict des principes de la démarche théorique. En dehors de l'opportunité pour les équipes de disposer des résultats de l'évaluation (*réaliste*) de leur projet, un des bénéfices de leur participation à la recherche était, plus largement, d'augmenter leur capacité à évaluer de manière réflexive. L'accompagnement se déroulait au sein des locaux de chaque équipe participante à raison d'une réunion de travail par mois avec la chercheuse, ci-après nommée chercheuse accompagnatrice (CA), entre octobre 2018 et juillet 2020. En guise de formation à l'ER, les équipes ont suivi un module de deux heures construit à partir d'une synthèse écrite (15) des principes théoriques de l'ER, mise à la disposition des équipes.

Étude de cas multiples

Dès lors que l'application de l'ER est étroitement liée au contexte dans lequel elle se déroule, nous avons opté pour une méthode par étude de cas multiples en raison de sa capacité à explorer en profondeur un phénomène dans différents contextes de manière à produire une analyse détaillée et nuancée de données variées, favorisant ainsi la transférabilité des conclusions à d'autres contextes (16). En juillet 2018, un appel a été lancé aux organisations ayant obtenu un financement du Plan auquel huit organisations ont répondu en proposant un de leurs projets pour expérimenter l'ER. L'analyse des candidatures s'est faite en deux temps par un groupe de chercheurs : d'abord par l'application de critères de diversité des projets proposés et ensuite par l'application de critères permettant d'apprécier la capacité de l'équipe candidate à s'engager dans la recherche (cf. matériel supplémentaire

1⁴⁴). Ce processus a permis de constituer un groupe de 4 équipes chacune porteuse d'un projet de PS financé par le Plan, le plus diversifié possible. Issues d'associations sans but lucratif, ces équipes, de deux à cinq professionnels, mènent des programmes de PS aux objectifs variés. Une description de chaque équipe et des programmes est présentée dans le matériel supplémentaire 2⁴⁵. La diversification des cas d'étude a permis de favoriser la validité externe de nos résultats.

Matériau

Le matériau mobilisé pour l'analyse des résultats présentés ci-après provient de sources de données qualitatives multiples et collectées tout au long de l'étude auprès des quatre cas (cf. matériel supplémentaire 3⁴⁶) avec l'accord des équipes et du comité d'éthique :

- Un total de 77 réunions de travail entre la CA et chaque équipe, dont 55 ont été enregistrées et retranscrites et 49 ont fait l'objet d'un compte rendu.
- Un focus group, organisé en octobre 2019 soit à la moitié de l'étude, ayant rassemblé 9 représentants des 4 équipes participantes ainsi que la CA. Cette dernière y participait avec sa casquette d'accompagnatrice. Le focus group était animé par une autre chercheuse (D.D.).
- 8 entretiens semi-directifs filmés en septembre 2020, soit à la clôture de la démarche, avec des membres des équipes participantes.
- Le cahier de recherche de la CA.

⁴⁴ Dans ce document, le matériel supplémentaire 1 correspond au tableau 4 du chapitre 4.

⁴⁵ Dans ce document, le matériel supplémentaire 2 correspond à l'annexe 6.

⁴⁶ Dans ce document, le matériel supplémentaire 3 correspond au tableau 7 du chapitre 4.

Analyse

Nous avons commencé par repérer, pour chaque cas, le ou les objectifs de chaque réunion en fonction des quatre grandes étapes d'une ER et des étapes spécifiques à l'accompagnement.

Pour deux cas, la démarche d'expérimentation de l'ER s'est clôturée avant la fin. Le cas 3 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. Quant au cas 4, il a retiré sa participation au moment de la collecte des données en raison d'absences de longue durée au sein de l'équipe.

Ensuite, chaque étape a été documentée, à l'aide du matériau, de manière à mettre en évidence ce que les principes de l'ER venaient interroger et les éléments du processus qui ont été soutenant pour toutes les équipes. Nous avons ensuite analysé les entretiens et le focus group afin de croiser nos analyses aux perceptions des participants.

La démarche d'analyse a été réalisée en premier lieu par la CA, dans le cadre d'une démarche réflexive tout au long du projet, soutenue par une relecture approfondie de l'ensemble du matériau à la clôture de l'intervention. À mesure qu'ils émergeaient de cette analyse réflexive, les questionnements analytiques étaient régulièrement discutés avec les parties prenantes de la recherche et un comité d'accompagnement multidisciplinaire.

Résultats

L'analyse du matériau montre que l'utilisation de l'ER amène les acteurs à avoir une analyse réflexive sur leurs programmes mais que les modalités dans lesquelles s'est déroulée la pratique de l'ER ont été déterminantes pour y parvenir.

C'est vrai qu'on fonctionne de manière assez intuitive au niveau de nos projets. Et de se poser des questions avec [la CA], ça nous permet, à la rigueur de mieux savoir pourquoi on fait les choses. [...] Et donc de sortir de cet intuitif en explicite, ça je trouve que c'est intéressant. Mais tout seul ... heu ... non [rire] (Extrait focus group)

Nos analyses mettent ainsi en lumière quatre conditions favorables à la pratique de l'ER par des équipes de terrain et qui répondent à ce que l'application de l'ER est venue interroger chez toutes les équipes de PS participantes. Nos résultats sont donc présentés de manière à mettre en évidence les récurrences entre les quatre cas plutôt que leurs spécificités.

Soutenir et accompagner par le dialogue

Pour l'ensemble des cas, le soutien et l'accompagnement à l'ER se sont essentiellement matérialisés par le dialogue, entre la CA et les membres des équipes participantes, ainsi qu'entre les membres des équipes participantes. Le dialogue s'est par exemple avéré essentiel pour expliciter la théorie de programme initiale, lors de laquelle l'aide de la CA consistait à faciliter et susciter les échanges et questionner certaines « évidences » relatives au fonctionnement du projet.

[...] d'avoir quelqu'un qui vient de l'extérieur et qui nous pose des questions que je qualifierais de naïves dans le sens positif du terme, des questions que l'on ne se pose plus ou des questions qui nous paraissent évidentes, ça nous force à reformuler, à mettre des mots dessus et à pouvoir s'ajuster en équipe : "toi tu dirais cela ? Moi je le dirais plutôt comme ça". (Extrait d'entretien)

Soutenir par le dialogue impliquait aussi à la CA de créer un climat propice au dialogue, que les principes de l'ER ont pu parfois mettre en péril. L'étape d'explicitation de la théorie de programme initiale est ici aussi un bon exemple, car elle nécessitait un certain degré d'abstraction dans les discussions, d'autant plus lorsqu'il s'agissait d'adjoindre des théories existantes pour expliquer la causalité de la théorie de programme initiale. Le fait d'ajouter ces théories existantes demandait aux équipes de prendre davantage de hauteur et d'explorer des dimensions abstraites qui ont pu créer un inconfort chez certains participants. Les équipes avaient, en effet, parfois du mal à percevoir comment ces théories pouvaient les aider dans leur démarche évaluative. La CA n'a donc pas imposé l'utilisation de ces théories afin d'éviter un désengagement des équipes et d'impacter négativement la qualité du dialogue.

C'est très différent d'avoir un tiers qui ne connaît pas forcément le projet, qui vient avec des questions, avec une méthode. [...] j'ai adoré la manière avec laquelle [l'accompagnatrice] a été prudente, dans la manière d'arriver dans l'équipe, de prendre le temps d'écouter, de ... enfin des grandes qualités d'adaptation à la réalité de [l'équipe]. Ça joue beaucoup aussi. (Extrait focus group)

En revanche, la construction des outils de collecte a permis de remettre du concret dans la démarche et de redynamiser les équipes, après les réflexions théoriques inhérentes à l'explicitation de la théorie de programme et la formulation des configurations CME.

Chacun ne joue pas avec la même aisance dans l'abstrait et [...] avec le temps, quand les choses deviennent plus claires c'est aussi parce qu'il y en a qui sont beaucoup plus à l'aise avec des choses beaucoup plus concrètes. (Extrait focus group)

Penser la rencontre entre les repères de l'ER et de la PS

L'application de l'ER par des équipes œuvrant en référence au cadre de la PS a mis en évidence certaines tensions liées à la rencontre entre les repères de l'ER et ceux

de la PS. L'étape de formulation des configurations CME illustre bien ces tensions. Cette étape s'est réalisée avec chaque équipe à l'aide d'un tableau mettant en relation les hypothétiques éléments de l'intervention, de contexte (externe à l'intervention), de mécanisme à l'œuvre pour expliquer un ou plusieurs effets. La notion de « mécanisme » a amené de la méfiance chez certaines personnes, qui associaient cette notion à un niveau individuel uniquement, ne témoignant dès lors pas de la systémique des déterminants de la santé.

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'ER] dans des dimensions d'expériences sociales, qu'on mobilise assez peu en fait. (Extrait focus group)

La notion de « contexte » a quant à elle nécessité que les équipes se détachent d'une vision dichotomique : les freins d'un côté et les leviers de l'autre. Cette représentation du contexte était la plus naturelle pour les participants mais était peu favorable à la formulation de CME.

Pour dépasser ces tensions, la CA a fait force de propositions de deux manières : (i) en proposant des configurations CME dont la pertinence était évaluée par chaque équipe au regard de leurs expériences de terrain (ii) en ajustant leurs propositions d'éléments de contextes, de mécanismes et d'effets pour les traduire en configurations CME.

Adopter une approche de l'ER axée sur les apprentissages

Plusieurs opportunités ont permis aux équipes participantes d'apporter des adaptations à la mise en œuvre des projets pendant la démarche évaluative ; particulièrement lors de l'étape d'explicitation de la théorie de programme et de formulation des configurations CME.

[Recréé un échange eu avec son collègue après une réunion d'accompagnement :] "en fait ... non mais attend, on n'a pas du tout compris, 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 [les conclusions de l'évaluation] C'est un processus continu quoi. Ça c'est super chouette. (Extrait focus group)

Au-delà des révisions apportées au projet, les équipes ont aussi relevé l'importance des apprentissages tirés de l'accompagnement tant au niveau individuel, collectif qu'organisationnel. Ces apprentissages s'observent aussi au niveau de la capacité de l'équipe à mener des évaluations de projet.

Et donc, pour moi, c'est un réel enrichissement professionnel d'avoir participé à tout ce processus. (Extrait entretien)

Le fait d'avoir participé à cette démarche a permis de mieux éclairer notre plus-value, notre rôle en tant qu'acteur en promotion de la santé, de mieux comprendre les enjeux aussi dans lesquels l'asbl se situait. Et donc, cela a vraiment été très éclairant, tant pour l'équipe pilote qui a participé tous les mois aux réunions de ce projet que pour l'équipe en général. (Extrait entretien)

Et donc, cela a vraiment permis de développer nos compétences en évaluation au sein de l'équipe. (Extrait entretien)

Inscrire la démarche dans une politique publique axée sur une culture de la réflexivité

Avant de démarrer le cycle de l'ER, nous avons pris le temps de clarifier les raisons et les objectifs de l'évaluation. Ce travail a mis en évidence, au sein de chaque équipe, une grande variété de raisons à mener une évaluation. Néanmoins, l'enjeu que les résultats de l'évaluation permettent de valoriser le projet auprès de l'administration publique a été présenté comme une attente importante de la démarche d'évaluation par tous les cas.

Evaluer pourquoi ? Eh bien, il y a le rapport, le rendre des comptes, ce qui est une manière de faire. Et puis, il y a évaluer pour affiner, améliorer. [...]

Et nous, c'est à ces deux niveaux-là. (Extrait de réunion)

Nos analyses montrent que le processus itératif entre la définition de l'objectif d'évaluation et l'explicitation de la théorie de programme a permis d'avoir un questionnement évaluatif contextualisé et davantage aligné prioritairement aux besoins de développement de chaque projet. Cela a été rendu possible par la culture réflexive promue par l'administration publique et le Plan.

Discussion

Nos résultats montrent l'intérêt de l'ER pour orienter les pratiques évaluatives des acteurs de terrain vers des pratiques favorables à la réflexivité. Ils montrent aussi les difficultés que peuvent rencontrer des équipes de terrain dans la pratique de l'ER et les ressources sur lesquelles s'appuyer pour surmonter ces difficultés. Les résultats ont mis en évidence quatre conditions favorables pour la conduite d'ER avec des équipes de PS et dans une perspective capacitante.

Ces résultats sont les témoins de l'application de l'ER par quatre équipes de PS mais sont cohérents avec la littérature existante comme nous le discutons ci-après.

Nos résultats montrent tout d'abord le rôle fondamental de la CA dans la pratique de l'ER par les équipes de terrain. Si son soutien technique à l'utilisation de l'ER était profitable pour pleinement éprouver la contribution épistémologique et méthodologique de l'ER, en réalité, c'est surtout le caractère social de son soutien qui a marqué. Telle une « amie critique » (17), son rôle était surtout de soutenir les équipes à prendre de la hauteur par rapport au projet à l'aide de questions naïves, voire provocatrices et d'une approche narrative (*storytelling*). 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 (10, 18). Ainsi, le dialogue devient, s'il se déroule dans des conditions favorables, déterminant pour que la démarche profite à toutes les parties (19) et pour éviter les écueils d'une approche évaluative déconnectée du projet et exempte de réflexivité (20).

Dans le champ de la PS, les interventions tout comme leur évaluation se fondent d'ailleurs sur des principes de participation et de capacitation (21), incitant dès lors à ne pas négliger les conditions d'émergence du dialogue dans la pratique de l'ER 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 CA privilégiait le dialogue en faisant des compromis sur la démarche de l'ER, par exemple sur l'utilisation de théories explicatives existantes.

Notre recherche montre également que la rencontre entre les dimensions épistémologiques et méthodologiques de l'ER et celles des repères de PS peuvent créer des tensions.

Dans notre étude, les acteurs comprenaient, par exemple, le contexte comme des caractéristiques qui interagissent avec l'intervention et participent à l'explication des effets. Pourtant, ils 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 participants 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 (22). 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 (23). 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 (24). Ainsi, l'ER 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 la notion 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 (6) et dans le chapitre d'un ouvrage (25) consacré à l'ER, qui propose quatre conceptions supplémentaires de la notion de mécanisme dans l'optique de couvrir les niveaux du système (25) : *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 (26).

Dans notre recherche, l'ER 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 participants de notre étude. On préférera le terme « adaptation » au terme « amélioration », qui semble plus conforme à la nature complexe et changeante des systèmes dans lesquels les projets prennent vie (27). Cette stratégie fait écho à l'approche de *l'évaluation développementale*, proposée par Patton (27) et s'avère éclairante pour utiliser l'ER dans une démarche cohérente avec les principes de participation et de capacitation, au cœur des pratiques de PS.

Au-delà des apprentissages sur le projet, nos résultats suggèrent que l'utilisation de l'ER par des acteurs de terrain peut aussi représenter une opportunité pour améliorer la capacité organisationnelle à évaluer (28) qui, selon Lobo *et al.* (29), 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 auteurs avec l'apprentissage organisationnel (30, 31, 32). En adoptant dans notre démarche une perspective socioculturelle de l'ER 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 (33, 34). Selon plusieurs auteurs (35, 36, 37), 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 pour 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 (38).

Finalement, 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'ER dans le Plan ou pour avoir soutenu et facilité la présente démarche de recherche qui témoigne de l'importance accordée à créer un terrain de dialogue entre politique, intervention et recherche. Les demandes d'évaluation par les pouvoirs publics tendent pourtant à être dominées par un modèle technocratique guidé par la mesure de la performance et de l'efficacité (39). Les politiques de PS ne font pas exception à cette tendance (40). Or, l'utilisation de l'ER vise à comprendre une efficacité circonstanciée et non une efficacité absolue. L'utilisation de l'ER 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.

Forces et limites

Par la singularité de la démarche et de ses résultats, cet article offre une analyse et des réflexions non négligeables au regard de la littérature disponible. La méthode d'étude de cas implique que nos résultats restent en revanche circonscrits aux quatre cas investigués. Nous ne prétendons donc pas à l'exhaustivité des résultats ni à leur généralisation, néanmoins notre démarche méthodologique permet d'envisager une certaine transférabilité des résultats. Celle-ci peut être limitée par le fait que l'analyse du matériau a été réalisée par la CA uniquement, dans le cadre d'une démarche réflexive, bien qu'elle ait pu compter sur des échanges réguliers avec des équipes de terrain et de recherche. En outre, nous n'avons pas eu la possibilité d'explorer en profondeur les effets de l'utilisation de l'ER sur les équipes et organisations participantes et les projets évalués. Cette question nous semble pourtant importante pour pleinement prendre la mesure d'une pratique de l'ER par des équipes de PS et pourrait être investiguée dans le cadre de futures recherches.

Conclusions

Dans cet article, nous avons présenté quatre conditions favorables à la pratique de l'ER par des équipes de terrain et ce dans une approche qui se voulait capacitante pour ces dernières. Notre étude montre que l'ER permet d'ancrer les pratiques évaluatives des acteurs de terrain dans des démarches orientées vers la réflexivité mais elle invite également à ne pas s'attacher à une forme de rigidité de l'ER alors que celle-ci gagnerait peut-être à s'associer à d'autres approches pour être plus contextualisée aux repères existants et à la capacité des acteurs de terrain. Notre étude contribue dès lors à définir les perspectives à donner à l'ER dans le champ de la PS sans en négliger les principes fondateurs, tels que la participation et la capacitation.

Points saillants du chapitre 7

- ♦ À partir des données collectées lors de l'étude de cas multiples, nous avons exploré la **QR3**. Cette analyse a fait l'objet d'une publication en 2024 dans la revue *Global Health Promotion*. La chercheuse en est la première autrice.
- ♦ L'évaluation réaliste fait partie des « nouvelles » approches qui séduisent le champ de la promotion de la santé par leur capacité à **produire des preuves** sur les interventions et à envisager leur potentiel transférabilité.
- ♦ L'évaluation en promotion de la santé ne peut néanmoins se réduire à un simple enjeu méthodologique, sans prendre en compte les **spécificités** propres à ce domaine. Plus particulièrement, il est essentiel de considérer certaines caractéristiques particulières du processus évaluatif, tels que la **participation et la capacitation**.
- ♦ Notre objectif était dès lors d'explorer ce que l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé vient interroger et d'en tirer argument pour **énoncer des conditions favorables** à la pratique de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé.
- ♦ Nous avons analysé les données issues d'une **étude de cas** portant sur une **intervention** réalisée auprès de quatre équipes, conçue dans le but d'accompagner des équipes de terrain à utiliser l'évaluation réaliste.
- ♦ Le matériau mobilisé pour l'analyse provient de **sources de données qualitatives multiples** et collectées tout au long de l'étude auprès des quatre cas : retranscriptions et comptes rendus des réunions d'accompagnement, focus group, entretiens semi-directifs filmés et le cahier de recherche de la chercheuse-accompagnatrice.
- ♦ Une démarche d'analyse en **trois étapes** a été suivie : (1) codage systématique des objectifs de chaque réunion (2) analyse des conditions d'application communes aux cas à partir du matériau lié aux réunions de travail et (3) triangulation à l'aide d'une analyse thématique du focus group et des entretiens.
- ♦ Nos analyses mettent ainsi en lumière **quatre conditions favorables** à la pratique de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain : (i) Soutenir et accompagner par le dialogue (ii) Penser la rencontre entre les repères de l'évaluation réaliste et de la promotion de la santé (iii) Adopter une approche de l'évaluation réaliste axée sur les apprentissages (iv) Inscrire la démarche dans une politique publique axée sur une culture de la réflexivité.
- ♦ Les résultats montrent également que l'utilisation de l'évaluation réaliste a amené les équipes à avoir une **analyse réflexive** de leurs pratiques.
- ♦ Nos résultats soulignent que l'utilisation de l'évaluation réaliste par des acteurs de terrain impliqués dans la mise en œuvre d'un programme soulève des **questions tant sur le plan méthodologique que social**. Ils révèlent également

les **tensions** entre les approches épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation réaliste et les repères traditionnels en promotion de la santé.

- ♦ Enfin, ils soulignent l'importance du **contexte politique** dans lequel s'inscrit l'utilisation de l'évaluation réaliste et suggèrent d'impliquer de manière adéquate les acteurs de l'**appareil politico-administratif** dans les évaluations réalistes.

Bibliographie

1. Pawson R., Tilley N. Realistic Evaluation London: SAGE Publications Ltd; 1997.
2. Jackson S.F. Using a Realist Approach in Qualitative Research to Analyse Connections Among Context, Intervention and Outcome. In: Jourdan D, Potvin L, editors. Global Handbook of Health Promotion Research, Vol 3: Doing Health Promotion Research. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 189-99.
3. Blaise P., Marchal B., Lefèvre P., Kegels G. Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation. In: INPES, editor. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis 2010. p. 285-96.
4. Harris K. Building sport for development practitioners' capacity for undertaking monitoring and evaluation – reflections on a training programme building capacity in realist evaluation. International Journal of Sport Policy and Politics. 2018;10(4):795-814.
5. Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale. Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois Bruxelles 2017.
6. 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).
7. Frohlich K.L., St-Arneault K., St-Pierre M. Capturing Complexity in Health Promotion Intervention Research: Conducting Critical Realist Evaluation. In: Potvin L, Jourdan D, editors. Global Handbook of Health Promotion Research, Vol 1: Mapping Health Promotion Research. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 483-95.
8. 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 Evaluation. 2024;0(0).
9. Kazi M. Realist Evaluation for Practice. The British Journal of Social Work. 2003;33(6):803-18.
10. Chagnon F., Daigle M., Gervais M.-J., Houle J., Béguet V. L'utilisation de l'évaluation centrée sur la théorie du programme comme stratégie d'application des connaissances issues de la recherche. 2009. 3-32 p.
11. Ridde V., Robert E., Guichard A., Blaise P., Van Olmen J. L'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes The Canadian Journal of Program Evaluation. 2011;26(3):37-59.
12. 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.

13. Jackson S.F., Poland B., Gloger A., Morgan G.T. A Realist Approach to Analysis in a Participatory Research Project. *Prog Community Health Partnersh.* 2022;16(2s):91-7.
14. T.A. A, C.J. N, Widdershoven G.A.M. Patients as Partners in Responsive Research: Methodological Notions for Collaborations in Mixed Research Teams. *Qualitative Health Research.* 2009;19(3):401-15.
15. 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.
16. Yin R.K. Case study research - Design and methods. 3rd ed: Sage Publications; 2003.
17. Rallis S.F., Rossman G.B. Dialogue for learning: Evaluator as critical friend. *New Directions for Evaluation.* 2000;2000(86):81-92.
18. Abma T.A. Reflexive Dialogues: A Story about the Development of Injury Prevention in Two Performing-Arts Schools. *Evaluation.* 2001;7(2):238-52.
19. Abma T.A., Widdershoven G.A.M. Evaluation and/as Social Relation. *Evaluation.* 2008;14(2):209-25.
20. Baur V.E., Van Elteren A.H.G., Nierse C.J., Abma T.A. Dealing with Distrust and Power Dynamics: Asymmetric Relations among Stakeholders in Responsive Evaluation. *Evaluation.* 2010;16(3):233-48.
21. Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., MacQueen D.V., Potvin L., Springett J., et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.: WHO Regional Publications European series No 92; 2001.
22. May C.R., Johnson M., Finch T. Implementation, context and complexity. *Implementation Science.* 2016;11(1):141.
23. 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.
24. Greenhalgh J., Manzano A. Understanding 'context' in realist evaluation and synthesis. *International Journal of Social Research Methodology.* 2022;25(5):583-95.
25. Westhorp G. Understanding mechanisms in realist evaluation and research In: Emmel N., Greenhalgh J., Manzano A., Monaghan M., Dalkin S., editors. *Doing realist research* 2018.
26. 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.
27. Patton M.Q., editor. *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use.* New York: Guilford; 2011.
28. Bourgeois I., Cousins J. B. Understanding Dimensions of Organizational Evaluation Capacity. *American Journal of Evaluation.* 2013;34(3):299-319.

29. Lobo R., Petrich M., Burns S.K. Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development. *BMC public health*. 2014;14:1315-.
30. Cousins J.B., Goh S.C., Elliott C.J., Bourgeois I. Framing the Capacity to Do and Use Evaluation. *New Directions for Evaluation*. 2014;2014(141):7-23.
31. Owen J.M., Lambert F.C. Roles for Evaluation in Learning Organizations. *Evaluation*. 1995;1(2):237-50.
32. Preskill H., Torres R.T. Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry. *Evaluation*. 1999;5(1):42-60.
33. Torres R.T., Preskill H. Evaluation and organizational learning: past, present, and future. *The American Journal of Evaluation*. 2001;22(3):387-95.
34. 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.
35. Prugsamatz R. Factors that influence organization learning sustainability in non-profit organizations. *The Learning Organization*. 2010;17(3):243-67.
36. 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.
37. Ebrahim A. Accountability Myopia: Losing Sight of Organizational Learning. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2005;34(1):56-87.
38. 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.
39. Carman J.G. Nonprofits, Funders, and Evaluation: Accountability in Action. *The American Review of Public Administration*. 2009;39(4):374-90.
40. 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.

CHAPITRE 8

L'accompagnement d'équipes à l'évaluation réaliste : qu'attendre en termes de capacitation à l'évaluation ? (PARTIE 4 DES RESULTATS)

« Nous n'apprenons jamais mieux que par nous-mêmes. L'apprentissage de la marche, du vélo, de la conduite automobile ou du piano est une suite d'essais et d'erreurs. Nous agissons, constatons les conséquences de nos actions, et rectifions notre manière de faire. Cette méthode ne convient, cependant, que si les retombées de nos actes sont proches et compréhensibles. Ce n'est pas le cas lorsque nous évoluons dans un système complexe. Nos décisions y ont des effets qui peuvent être très éloignés dans le temps et dans l'espace. Nous sommes alors confrontés au « dilemme de l'apprentissage par l'expérience » : l'observation des conséquences de nos actions est le meilleur moyen d'apprendre mais ces conséquences sont invisibles ! Dès lors, que peut-on faire ? »

Peter Senge (*La cinquième discipline. L'art et la manière des Organisations qui apprennent*, 1990)

L'accompagnement d'équipes à l'évaluation réaliste : qu'attendre en termes de capacitation à l'évaluation ?

Introduction

Une démarche d'évaluation peut être considérée comme un **processus social**, ayant des effets sociaux. (1, 2) Dans cette perspective, il ne s'agit pas de considérer uniquement l'utilisation des résultats de l'évaluation mais plus largement de considérer les apprentissages issus de la démarche évaluative. Pour bien distinguer les apprentissages résultant de l'utilisation des résultats d'une évaluation (*findings use*) des apprentissages résultant du processus évaluatif (*process use*), Michael Q. Patton définit ces derniers comme « Les changements dans la pensée et le comportement qui se produisent chez les personnes impliquées dans l'évaluation en raison de l'apprentissage qui a lieu au cours du processus évaluatif. » ⁴⁷ (2, p90). Les travaux qui s'attèlent à mieux comprendre les effets des processus évaluatifs montrent que, dans certaines circonstances, les apprentissages qui en sont issus participent à améliorer la capacité des organisations à évaluer (3, 4, 5, 6, 7, 8).

La capacité d'une organisation à évaluer ses pratiques fait l'objet d'une attention croissante dans la littérature depuis les années 2000 (9, 10, 11). Elles comprennent « à la fois les capacités individuelles (c'est-à-dire les compétences techniques et interpersonnelles de l'évaluateur ainsi que les connaissances des gestionnaires et

⁴⁷ Traduit librement de : « individual changes in thinking and behaviour that occur among those involved in the evaluation as a result of the learning that occurs during the evaluation process. » (Patton, 1997)

autres membres de l'organisation en matière d'évaluation) et les systèmes, structures et outils organisationnels qui servent à la production et à l'utilisation des évaluations. » (12, p131). Renforcer la capacité organisationnelle à évaluer revient dès lors à mettre en place une intervention visant à augmenter la motivation, les compétences, les connaissances des individus ainsi que la capacité d'un groupe et d'une organisation à mener une évaluation et à en utiliser le processus et les résultats.⁴⁸ (13)

Dans plusieurs travaux, le développement de la capacité à évaluer est présenté comme une forme **d'apprentissage organisationnel**. (14) Dans le cadre de ce travail, nous définissons l'apprentissage organisationnel de la manière suivante : « L'apprentissage organisationnel implique un changement dans l'état des connaissances détenues par une organisation à la suite d'une expérience. Les connaissances développées par l'organisation peuvent être explicites ou tacites et difficiles à cerner. Ces connaissances peuvent se manifester de diverses manières, notamment par des changements dans les fonctions cognitives, les routines et les comportements. »⁴⁹. (15)

Le contexte dans lequel l'apprentissage se fait joue un rôle essentiel. Les **petites organisations à but non lucratif**, par exemple, présentent un contexte particulier. En effet, la question de l'évaluation y est directement liée à la pérennité des financements publics dont la plupart bénéficient. Ces organisations doivent faire face à des exigences importantes en termes de redevabilité financière et sociale. Elles doivent pouvoir démontrer les effets de leurs programmes tant vis-à-vis des financeurs que vis-à-vis de la société. Paradoxalement, rares sont les petites organisations qui bénéficient d'une fonction d'évaluateur en interne, ou même qui

⁴⁸ Traduit librement de: « Evaluation Capacity Building (ECB) is an intentional process to increase individual motivation, knowledge, and skills, and to enhance a group or organization's ability to conduct or use evaluation. » (Bourgeois & Valiquette L'Heureux, 2018)

⁴⁹ Traduit librement de: « organizational learning as a change in the organization's knowledge that occurs as a function of experience. The knowledge the organization develops can be explicit or it can be tacit and difficult-to-articulate. The knowledge can manifest itself in a variety of ways, including changes in cognitions, routines and behaviors. » (Argote, 2011)

disposent de personnel formé à l'évaluation. L'évaluation est alors le plus souvent de la responsabilité de « non-évaluateurs », c'est-à-dire de personnes pour qui l'évaluation s'ajoute à leurs autres responsabilités de gestion de projet. (16, 17) Ainsi, le renforcement de la capacité des petites organisations à but non lucratif à évaluer implique d'adopter des stratégies adaptées à ce contexte.

Il est globalement accepté qu'un processus évaluatif génère des apprentissages à condition qu'il soit **collaboratif** et se déroule dans un contexte qui favorise le **dialogue** et la **réflexivité** (18). Les stratégies reposant sur le principe d'« apprentissage en faisant » et intégrées au contexte de travail, autrement dit des stratégies consistant à impliquer les membres d'une organisation à la conduite de l'évaluation de leur programme, sont soulignées comme particulièrement intéressantes pour générer des apprentissages utiles au développement de leur capacité à évaluer. (11) On parle alors de stratégies indirectes dans le sens où elles ne visent pas directement le renforcement de la capacité à évaluer. Pourtant, ce type de stratégie générerait des effets davantage ancrés dans les pratiques et serait dès lors plus prometteuse pour renforcer la capacité organisationnelle à évaluer. (11)

Dans une revue de la littérature relative au renforcement de la capacité à évaluer (2023), Bourgeois et ses collègues (11) relèvent que les **effets** des initiatives visant le renforcement de la capacité à évaluer sont rarement décrits et font encore plus rarement l'objet d'une analyse des mécanismes causaux. Un numéro spécial de la revue *New Directions for Evaluation* (Issue 183, 2024), consacré au renforcement de la capacité à évaluer, appuie également la nécessité de développer notre compréhension des effets de ces efforts de capacitation en matière d'évaluation. (19)

Compte tenu de l'attrait de l'approche réaliste pour l'évaluation des interventions complexes, le renforcement de la capacité des organisations à évaluer leurs interventions passe aussi par leur capacité à mobiliser ce type d'approche. D'autant plus que cette approche évaluative se démarque de celles utilisées de façon ordinaire, tant du point de vue des concepts – avec la notion de configurations Contexte-Mécanisme-Effet – que du point de vue de la philosophie – le réalisme

transcendental. Malgré les défis opérationnels à la mobilisation de l'évaluation réaliste par des organisations non scientifiques, l'enjeu est de réduire le fossé entre la recherche et la pratique, tant d'un point de vue des connaissances produites que des méthodes employées.

La réduction du **fossé existant entre la recherche et la pratique** est un phénomène bien documenté qui touche de nombreux champs – la santé, l'éducation, les sciences environnementales, le management, ... - y compris l'évaluation de programme. (20) L'une des stratégies centrales pour réduire ce fossé est d'avoir des pratiques de recherche collaboratives et participatives. (20, 21) Pourtant, nous avons identifié que l'évaluation réaliste se pratiquait encore rarement avec les parties prenantes et que les démarches d'implication des parties prenantes ne reposaient pas forcément sur un principe de capacitation. (22) Ce constat, nous l'avons également tiré plus spécifiquement dans le champ de la promotion de la santé qui se caractérise pourtant par une culture de la participation et de la capacitation. (23)

Comme dans d'autres champs, les organisations qui œuvrent dans le champ de la promotion de la santé sont appelées à démontrer ce qui fonctionne, comment, pour qui et pourquoi. (24) Pourtant elles rencontrent de nombreux freins à l'implémentation d'évaluations de programme, et plus spécifiquement, à l'implémentation de designs évaluatifs qui permettent de répondre aux questions énoncées ci-dessus. (25) D'abord, le contexte organisationnel joue un rôle central dans les pratiques évaluatives (par exemple, la culture de travail, le modèle de leadership, les ressources, etc.). Ensuite, les compétences, connaissances et attitudes des personnes et des équipes vis-à-vis de l'évaluation influencent les pratiques évaluatives. Enfin, l'environnement politique et de financement oriente également les pratiques évaluatives des organisations. (25, 26, 27) Ce contexte appuie l'intérêt naissant porté par le champ de la promotion de la santé pour les stratégies de renforcement de la capacité des organisations à évaluer. (26, 27, 28, 29) Ce chapitre participe humblement à cet enjeu.

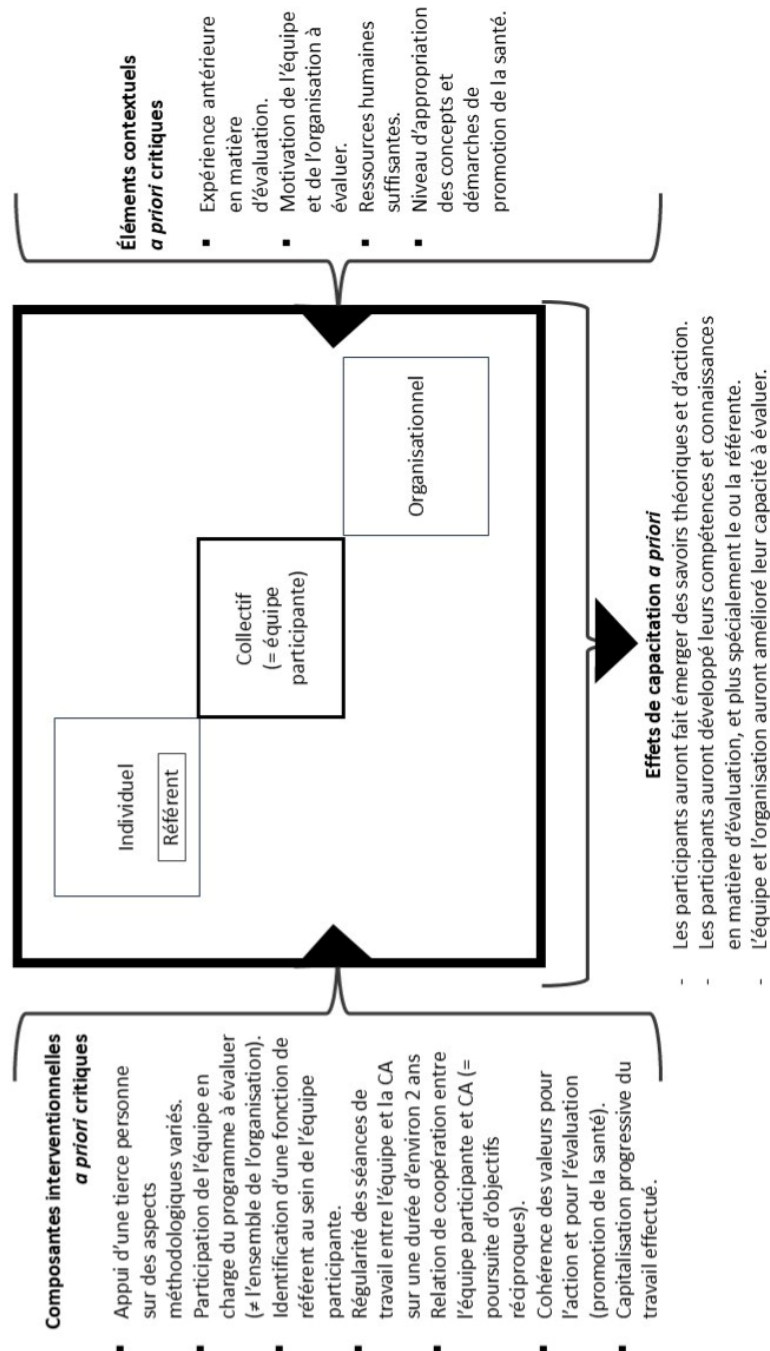
Dans le cadre d'une recherche participative poursuivant l'objectif d'expérimenter l'évaluation réaliste avec des petites organisations (sans but lucratif), la chercheuse a accompagné des équipes à la conduite de l'évaluation réaliste d'un de leurs programmes de promotion de la santé. Cet accompagnement, qui représente l'intervention à l'étude dans ce chapitre, est développé ci-après.

Nous analysons en profondeur l'intervention dans le but de **comprendre de quelle manière elle a contribué au renforcement de la capacité des organisations**. La chercheuse étant partie prenante de l'intervention (en tant qu'accompagnatrice) a adopté une posture de praticienne-chercheuse – que nous désignons ci-après comme chercheuse-accompagnatrice (CA) – dans l'analyse du matériau. Pour ce faire, nous aurons recours au raisonnement *réaliste* pour explorer les données issues du processus d'accompagnement et investiguer les questions de recherche suivantes : En quoi une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste peut-elle être capacitante ? Pour qui ? À quels niveaux (individuel, collectif, organisationnel) ? Dans quelles conditions ? Et par quels mécanismes ?

L'intervention : l'accompagnement d'équipes à l'évaluation réaliste

Des équipes de trois petites organisations sans but lucratif financées, entre autres, par une politique publique régionale de promotion de la santé (Région Bruxelles-Capitale – Belgique) ont été accompagnées à évaluer un de leurs programmes à l'aide de l'évaluation réaliste. L'accompagnement à l'évaluation est une stratégie de renforcement de la capacité à évaluer dite indirecte dans le sens où les objectifs de capacitation sont secondaires. Ici, ils sont poursuivis au moyen de l'expérimentation de la démarche d'évaluation réaliste. L'intervention a été largement détaillée au chapitre 4 de cette thèse. La logique d'intervention de cette intervention est reproduite ci-après (cf. illustration 8) en guise de rappel de ses principales caractéristiques.

Illustration 8 – La logique d'intervention



Méthodes

L'évaluation réaliste est une approche **d'évaluation basée sur la théorie** qui invite à décortiquer les relations causales d'interventions complexes en repérant les mécanismes causaux et en examinant de quelles manières ceux-ci sont actionnés par la rencontre entre les éléments contextuels et interventionnels. (30)

Le **choix de guider notre étude selon les principes de l'évaluation réaliste** se justifie de plusieurs façons. D'abord, cette approche permet de produire des connaissances susceptibles de favoriser la transférabilité de l'intervention. Ensuite, comme nous l'avons mis en évidence ci-avant, les mécanismes par lesquels ce type d'intervention influence la capacité des organisations à évaluer restent méconnus. Enfin, en mobilisant l'évaluation réaliste, nous nous donnions l'opportunité de pratiquer par nous-même l'approche évaluative expérimentée avec les participants à l'intervention ici à l'étude.

Cette section est structurée de la manière suivante. Nous commençons par décrire brièvement l'étude de cas multiples, puis les données collectées et la manière dont elles ont été analysées. Le dispositif méthodologique de l'étude de cas est présenté plus en détail au chapitre 4. La démarche d'analyse des données est ensuite présentée de manière globale avant d'entrer dans les détails. Ces informations prolongent celles présentées au chapitre 4.

Étude de cas multiples

Les résultats présentés dans ce chapitre émanent **d'une étude de cas multiples** où les cas sont des équipes ayant participé à l'intervention décrite ci-dessus. Le choix de ce design de recherche s'explique par son intérêt pour comparer les cas et ainsi produire une analyse approfondie d'un phénomène qui tende vers des résultats transférables à d'autres contextes. (31)

Au total, quatre équipes ont pris part à l'étude de cas. Néanmoins, en raison des absences pour longue durée des membres d'une des équipes, l'une des organisations a retiré sa participation en cours de processus (mars 2020). Pour ce volet de l'étude, nous avons fait le choix de ne pas intégrer ce cas.

Comme pour le volet précédent (cf. chapitre 7), l'objet à l'étude n'est pas les programmes évalués par les équipes participantes mais bien le processus d'accompagnement mis en œuvre par la CA, présenté en détail ci-dessus.

Collecte des données

Le matériau mobilisé provient de sources de données qualitatives multiples et collectées tout au long de l'étude de cas multiples auprès de trois cas avec l'accord des équipes et du comité d'éthique (2019/27FEV/097).

Plus spécifiquement, nous nous sommes reposée sur **quatre types de sources de données** :

- ♦ Réunions d'accompagnement (entre octobre 2018 et juillet 2020)

Un total de 64 réunions de travail entre la CA et chacune des trois équipes, dont 46 ont été enregistrées et retranscrites et 39 ont fait l'objet d'un compte rendu.

- ♦ Le cahier de recherche

Tout au long de son travail de terrain, la CA a pris des notes qui ne se limitaient pas à documenter la question de recherche investiguée mais qui permettaient de consigner les idées et les discussions informelles.

- ♦ Entretiens filmés (septembre 2020)

Huit entretiens semi-directifs en septembre 2020, soit à la clôture de la démarche, avec des membres des trois équipes participantes. Les entretiens ont été réalisés aussi dans le cadre d'un enjeu de dissémination du processus de recherche participative et ont, à ce titre, été filmés afin de retenir certaines séquences pour la réalisation de capsules vidéo.

- ♦ Entretiens de consolidation théorique (décembre 2024)

Six participants, issus des trois équipes, ont été contactés en vue d'un entretien quatre ans après la fin de l'intervention (décembre 2024). Trois entretiens ont été organisés avec quatre participants, issus des trois équipes. Lors de ces entretiens la chercheuse présentait les configurations CME aux participants, qui étaient ensuite

invités à réagir à la plausibilité de chaque configuration au regard de leur expérience de l'intervention. Sur les quatre personnes interrogées, seule une travaillait encore dans l'organisation partenaire au moment de ces entretiens. Les autres personnes ont accepté de participer à l'entretien à titre de participant et non à titre de représentant de l'organisation partenaire.

Analyse des données

Nous avons mobilisé une approche d'analyse par théorisation rétroductive, combinant les démarches inductive, déductive et abductive. Cette approche consiste à partir de l'observation d'un phénomène concret pour reconstruire progressivement les conditions de base qui ont rendu possible ce phénomène, par la mobilisation de l'exploration empirique et la reconstruction théorique (cf. chapitre 4). (32)

Nous sommes partie des effets pour chercher les mécanismes (abduction) lors d'allers-retours entre une analyse inductive du matériau et une analyse déductive à l'aide de théories existantes. L'utilisation des théories aide à monter en abstraction les hypothèses de causalité qui émanent des analyses inductives. (33) Au-delà des va-et-vient entre les données de terrain et des éléments théoriques, nous avons également procédé à des allers-retours entre les cas. Cette approche est inspirée de celle de Gilmore et ses collègues (34).

Notre démarche d'analyse visait à comparer les cas entre eux afin de mettre en évidence ce qui était commun (pluriel) plutôt que ce qui était singulier. L'objectif était de tendre vers une compréhension des effets de capacitation au potentiel de transférabilité sans occulter les éléments contextuels particuliers aux cas. (35)

Notre démarche d'analyse s'est déroulée en cinq phases, comme le montre l'illustration 9 et a nécessité un traitement du matériau en deux temps, selon le type de sources de données : les sources rétrospectives et les entretiens semi-directifs. Les entretiens de consolidation théorique ont été exploités en dernier lieu pour affiner nos interprétations. Nous avons utilisé le logiciel NVivo® 14 pour analyser les données.

Phase #1

Les entretiens individuels ont été analysés par la chercheuse afin de relever les effets (E), les éléments contextuels (C), interventionnels (Ci) et mécanismes (M) ayant contribué (facilité ou freiné) à ces effets. Les effets ont d'emblée été classés en fonction des niveaux d'apprentissage prédéfinis dans notre logique de programme (cf. illustration 8) : individuel (Indi), collectif (Coll) et organisationnel (Org). Chaque cas a été successivement analysé par ce procédé d'analyse thématique en procédant par des allers-retours entre les cas lors du codage (cf. flèches noires sur l'illustration 9).

Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, nous avons regroupé, renommé, scindé les thèmes. Les thèmes ne pouvant être associés à l'une de ces catégories (C ; Ci ; M ; E) ont été classés dans une rubrique « autres ». Au terme de cette première étape, nous avons un arbre thématique unique à l'ensemble des cas (ensemble des *nœuds* selon les termes NVivo) qui proposait des thèmes de C, de Ci, de M et de E apparus comme importants dans le fonctionnement de l'intervention. Ici, notre démarche s'éloigne de celle de Gilmore et al. (34) qui ont directement extrait des configurations CME.

Phase #2

Nous sommes repartie de l'arbre thématique intermédiaire pour analyser le matériau émanant de sources rétrospectives (retranscriptions de réunions et notes de terrain) pour chaque cas. À partir de l'arbre thématique, nous avons continué l'analyse thématique, jusqu'à ce que l'ensemble du matériau ait été analysé pour l'ensemble des cas.

Un travail de regroupement des thèmes a permis de monter progressivement à un niveau d'inférence plus éloigné. Si un nouveau thème émergeait lors de l'analyse d'un cas et que ce thème faisait écho à un ou plusieurs cas précédemment analysés, nous retournions dans le matériau du ou des cas afin d'enrichir l'analyse. Au terme de la phase 2, nous avons un arbre thématique représentatif de l'analyse inductive de l'ensemble de notre matériau et unique à l'ensemble des cas.

Phase #3

La troisième étape (#3) a démarré par l'identification des effets qui se constatent auprès de tous les cas. La commande *Matrix Coding Query* de NVivo nous a aidée dans cette entreprise en produisant un tableau mettant en lien les codes de la rubrique « effet » et les cas. À partir de ce tableau, nous avons considéré que les codes de la rubrique « effet » pour lesquels il y avait du contenu issu de chaque cas représentaient des effets récurrents et appelaient à ce titre à être expliqués.

Nous avons alors procédé à élaborer de potentielles configurations à partir de chaque effet récurrent. L'objectif était d'identifier des configurations possibles en procédant à une analyse des similitudes et divergences entre les cas dans l'explication possible de chaque effet. Au terme de la phase 3, nous avons donc de possibles configurations.

Phase #4

La littérature a été explorée lors de la phase #4 afin d'identifier un cadre théorique en mesure de soutenir la recherche de mécanismes causaux. Nous avons plus spécifiquement recherché dans la littérature relative à l'apprentissage en contexte organisationnel. Le modèle des 4 i de Crossan et ses collègues (36) a été choisi pour sa contribution à la compréhension des mécanismes d'apprentissage organisationnel. Nous développons au point suivant.

Pour ce faire, nous avons appliqué le modèle de Crossan et al. à nos demi-régularités afin de solidifier leur base théorique ou de réviser nos hypothèses en retournant dans notre arbre thématique. Cette troisième phase a abouti à une série de configurations C-Ci-M-E transversales aux cas et testables.

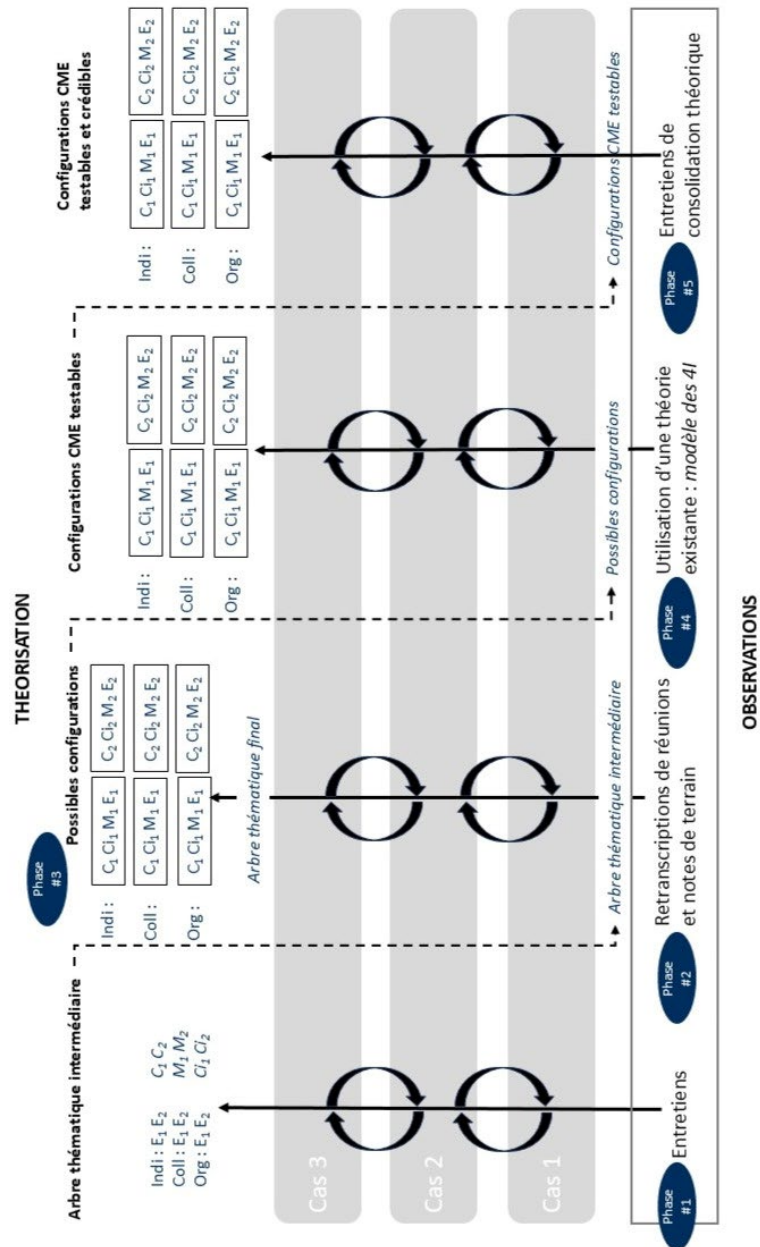
Phase #5

Les configurations C-Ci-M-E testables ont ensuite été discutées avec des participants de chaque équipe lors d'entretiens de consolidation théorique. Quatre personnes ont été rencontrées au total. Ces entretiens de consolidation théorique ont eu lieu en décembre 2024, soit quatre ans après la fin de l'intervention. L'objectif de ces entretiens était de questionner la plausibilité des configurations au regard du

vécu des participants et après avoir pris une certaine distance et ce afin de renforcer la crédibilité et la cohérence interne des résultats. Leurs commentaires ont été considérés pour nuancer ou ajuster les configurations, sauf lorsque nos données ne nous permettaient pas de confirmer la plausibilité de leurs remarques pour les autres cas.

Au terme de cette cinquième phase, nous avons donc 10 configurations CME testables et crédibles qui font l'objet de nos résultats qui les présentent en contraste avec notre logique de programme présenté ci-avant.

Illustration 9 – Démarche d'analyse



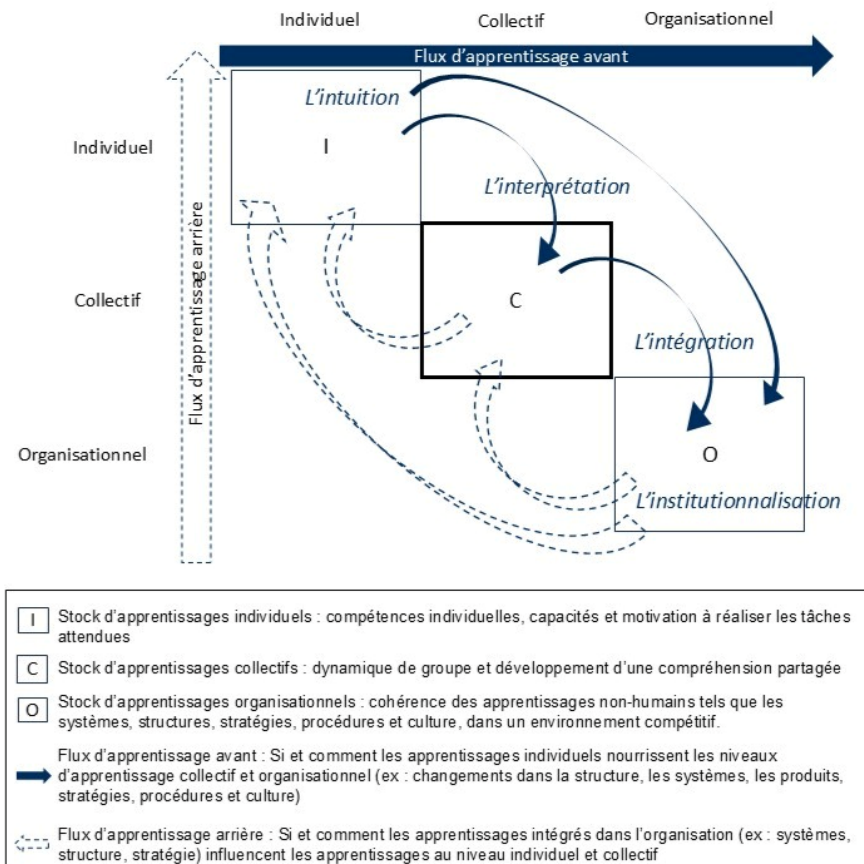
*Note : Indi : Individuel ; Coll : Collectif ; Org : Organisationnel ; O : Outcome ; C : Contexte ;
M : Mécanisme ; Ci : Composante interventionnelle*

1. Présentation du modèle des 4i

Le **modèle théorique de l'apprentissage organisationnel de Crossan et ses collègues** (36, 37, 38) a été choisi pour son caractère général au potentiel explicatif (cf. illustration 10) ; ce qui nous pousse à le présenter comme une théorie de moyenne portée, soit une théorie dont le niveau d'abstraction permet de donner une explication des tendances et régularités observées dans un ensemble d'intervention. (39) Il a été choisi pour sa contribution à la compréhension des mécanismes d'apprentissage organisationnel et sa cohérence avec notre logique de programme (cf. illustration 8) qui anticipait des effets à différents niveaux.

Crossan et ses collègues identifient **trois niveaux interconnectés** d'apprenants (*learners*) - l'individu (I), le collectif (C) et l'organisation (O) – et quatre processus de type social et psychosocial (les 4 « i ») – l'intuitif, l'interprétation, l'intégration et l'institutionnalisation. À ce stade, le modèle nomme où se passent les apprentissages (les trois niveaux) et de quelle manière les apprentissages se font (les processus d'apprentissages). Les auteurs distinguent également les « **intrants** » (*input*) et « **résultats** » (*output*) des processus d'apprentissage, qu'ils mettent sous le terme de « stock », représenté par les initiales I, C, O dans le schéma ci-dessous. Enfin, ils clarifient de quelle manière les apprentissages passent d'un processus (« i ») à l'autre. Ils identifient deux **flux d'apprentissages** : le flux d'apprentissage avant (*feed-forward flow*) et le flux d'apprentissage arrière (*feedback flow*). Le premier illustre les apprentissages qui vont du niveau individuel au niveau organisationnel et, à l'inverse, le deuxième illustre les apprentissages qui vont du niveau organisationnel vers le niveau individuel. Ces flux permettent de reconnaître les tensions qui peuvent exister entre de nouveaux apprentissages et des pratiques existantes et ancrées dans les organisations.

Illustration 10 – Cadre théorique de l'apprentissage organisationnel des 4i



Adapté de Vera & Crossan 2004 (38)

Crossan et ses collègues définissent les processus d'apprentissage de la manière suivante (36, 37, 38):

Le processus **d'intuition** est un processus qui se situe au niveau individuel et initie l'apprentissage. De manière inconsciente les individus reconnaissent des modèles (*pattern*) inhérents à leurs expériences passées. L'individu comprend ce qui se passe sans user de sa capacité à raisonner. Ce processus va influencer les comportements intuitifs des individus et peut aussi toucher d'autres personnes lorsque l'intuition s'exprime à l'aide de métaphores ou des images par exemple.

Le processus **d'interprétation** peut se dérouler aux niveaux individuel et collectif. Par un processus d'interprétation, les individus interprètent leurs intuitions, parviennent à les connecter pour mieux les comprendre. Dans ce processus, l'usage du langage (oral ou écrit) joue un rôle primordial puisqu'il va permettre d'explicitier les intuitions. Le rôle du contexte dans lequel les individus œuvrent joue également un rôle important dans le processus d'interprétation ainsi que la précision du langage utilisé. Le processus d'interprétation s'illustre également au niveau collectif étant donné la nature sociale du langage qui permet de créer une compréhension partagée, ou au contraire d'identifier les multiples interprétations, de clarifier les représentations des uns et des autres, d'affiner un langage commun.

Le processus **d'intégration** permet le passage des apprentissages du niveau collectif au niveau institutionnel. Dans ce processus, l'action collective et cohérente devient le témoin de l'apprentissage. Un présupposé à l'action collective et cohérente est d'être plusieurs à partager une compréhension de la situation et de l'action à entreprendre. Le processus d'intégration implique dès lors de mettre en interaction les interprétations des individus, par exemple par le dialogue. Le dialogue permet au groupe de développer une nouvelle compréhension des choses ou du moins de faire évoluer la compréhension autrefois partagée par tous en vue de faire évoluer les pratiques. Ce type d'évolution est déterminant si on considère que pour qu'une organisation apprenne, elle doit faire évoluer son langage. Tout comme le processus d'interprétation, le contexte joue un rôle critique dans le processus d'intégration.

Le processus **d'institutionnalisation** opère au niveau de l'organisation. Il s'agit du processus qui ancre les apprentissages dans la structure, les routines, les procédures, les guides de pratique, les feuilles de route, ... de l'organisation. Les apprentissages dépassent leur interdépendance aux individus et aux groupes et s'intériorisent dans l'institution. Crossan et ses collègues (36) distinguent les jeunes organisations, où le niveau de l'organisation est occulté par les niveaux individuel et collectif et les organisations plus matures, où à l'inverse les apprentissages spontanés se font plus rares aux niveaux individuel et collectif.

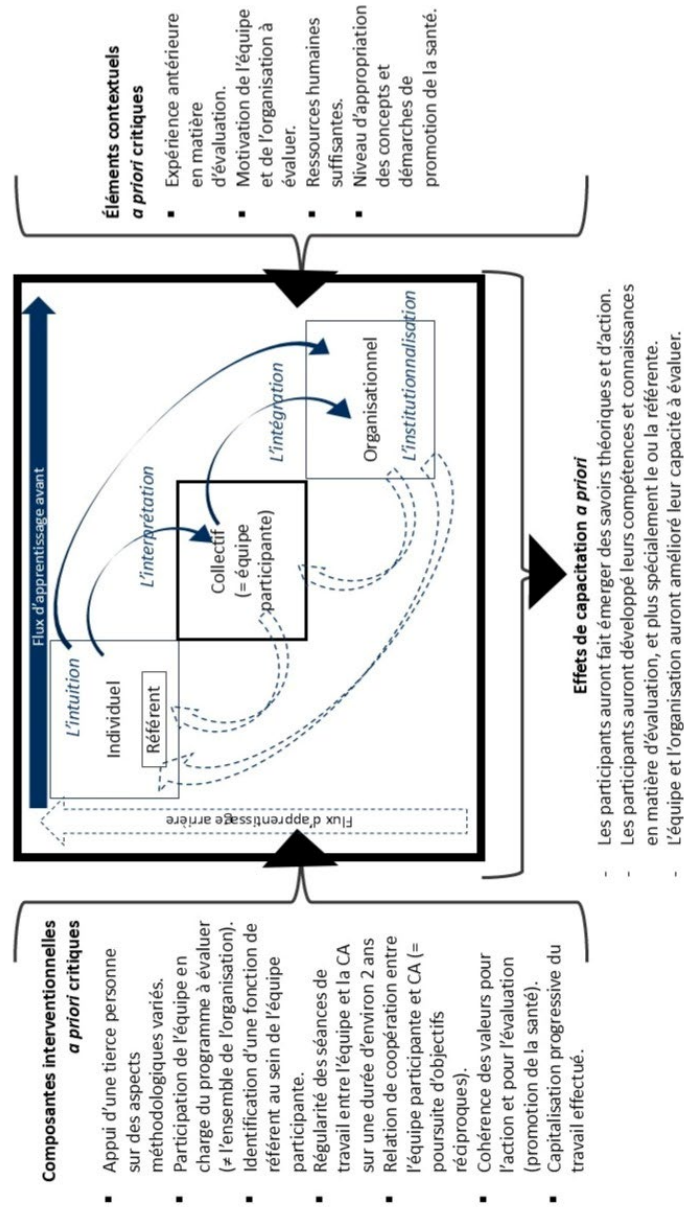
Dans ce travail, nous adoptons une lecture de ces processus guidée par la notion de *mécanisme* telle que proposée par Ray Pawson et Nick Tilley dans leurs travaux sur l'évaluation réaliste (30, 40). Ainsi, sans en changer leur définition, nous considérons ces processus comme des hypothèses de mécanismes au sens *réaliste* du terme, soit la *réponse* (raisonnement) des personnes ou entités aux ressources offertes par le programme.

Résultats

Pour expliquer les effets de l'accompagnement d'équipes à l'évaluation réaliste de projets de promotion de la santé, nous avons commencé par construire la théorie de programme initiale qui, comme le montre l'illustration 11 ci-dessous, articule la logique d'intervention (en noir sur l'illustration) et la théorie de moyenne portée utilisée pour soutenir la formulation des hypothèses (en bleu).

Les résultats sont présentés de sorte à ne pas compromettre leur confidentialité et sont organisés en trois sections, correspondant chacune à un niveau d'effet : (1) niveau individuel ; (2) niveau collectif ; (3) niveau organisationnel. Au sein de chaque section, nous détaillons chaque effet commun aux trois cas. D'abord nous décrivons les données s'y rapportant puis nous en proposons une configuration C-Ci-M-E.

Illustration 11 – Théorie de programme initiale



Le tableau 8 ci-après synthétise les 10 effets de capacitation communs aux trois cas. Les effets de capacitation *a priori* se retrouvent à plusieurs reprises. L'émergence de savoirs théoriques et d'action a été identifiée au niveau individuel (effet 1.1.) et le développement de compétences et connaissances en matière d'évaluation est repérable au niveau individuel (effet 1.2. et 1.3.) et au niveau collectif (effet 2.3.). En revanche, nos résultats ne témoignent pas d'une amélioration de la capacité de l'organisation à évaluer. Nous documentons ces effets de capacitation et en proposons des hypothèses explicatives – à l'aide de l'heuristique C-Ci-M-E – dans lesquelles les éléments *a priori* critiques (cf. illustration 11) sont mis en gras.

Tableau 8 – Effets (et non effets) de capacitation communs aux trois cas en fonction des niveaux

Niveaux	Effets de capacitation (et non effets) communs aux trois cas	
1. Niveau individuel	1.1.	Les participants transforment leurs pratiques individuelles et collectives en savoirs.
	1.2.	Les participants développent leur expertise en matière d'évaluation de deux manières différentes.
	1.2.1.	L'attitude et la motivation en matière d'évaluation évoluent.
	1.2.2.	Les connaissances et compétences en matière d'évaluation évoluent.
	1.3.	Les référents ne renforcent pas davantage leurs connaissances et compétences.
2. Niveau collectif	2.1.	Les équipes développent une compréhension commune du programme et procèdent à des ajustements en cours d'évaluation.
	2.2.	Les équipes renforcent leur capacité à mettre en œuvre collectivement le programme de manière cohérente et concertée.
	2.3.	Les équipes installent au fil des réunions un (nouveau) vocabulaire et des repères communs en matière d'évaluation.
3. Niveau organisationnel	3.1.	Les organisations considèrent des ajustements allant au-delà du programme.
	3.2.	Les organisations développent leur capacité à valoriser le projet auprès des parties prenantes extérieures.
	3.3.	Les organisations ont renforcé leur reconnaissance et leur crédibilité auprès du bailleur de fonds.

1. Au niveau individuel

1.1. Les participants transforment leurs pratiques individuelles et collectives en savoirs

Les données montrent que l'espace créé par l'intervention est générateur de savoirs pour les participants. Ces savoirs sont variés. Ils sont en lien avec des pratiques personnelles et collectives. Ils émergent d'une prise de conscience des savoirs qui guident les pratiques implicites ou d'un processus interprétatif, personnel ou collectif (nous y revenons dans les résultats relatifs au niveau collectif). Dès lors que ces savoirs ont été soulevés et interprétés, ils viennent induire de nouvelles hypothèses de travail, voire suggèrent des changements de pratiques.

Je n'avais pas du tout conscience de l'importance que cela prenait et de la place que cela prenait lors du travail. Ça c'est quelque chose qui m'a beaucoup interpellée. Extrait d'entretien

L'engagement à accueillir dans ses locaux une tierce personne est non négligeable, car sa venue régulière (mensuelle) s'inscrivait dans les agendas et imposait (en raison de leur engagement) à « ouvrir » un espace de réflexion personnelle et collective.

Le fait que l'on soit en partenariat avec un organisme extérieur qui vienne à des temps donnés mensuellement, cela permettait de caler des moments où l'on savait que l'on devait se poser sur l'évaluation de nos projets. Parce que, finalement, on a toujours un peu la tête sous l'eau et on est pris par le cours de nos projets et là cela permettait vraiment de se poser. Extrait d'entretien

Par ailleurs, le fait qu'elle interroge et encourage les participants à questionner leurs pratiques dans un espace respectueux d'une remise en question est un aspect de l'intervention mis en contraste par les participants avec le contexte de travail. Alors que le contexte de travail induirait une posture plutôt « opérationnelle » (être dans le « faire »), l'espace inviterait à une posture davantage réflexive, favorable à une prise de recul et à l'interprétation de ses pratiques. Le fait d'avoir mené ce processus évaluatif en équipes lors de sessions de travail régulières (mensuelles) et dans une temporalité relativement longue (2 ans) lors desquelles le projet de terrain est au

centre des discussions, a créé un nouvel espace dans la vie institutionnelle et a procuré un sentiment de bien-être au travail.

Cela m'a permis de prendre le temps de réfléchir à la pratique. Je pense que dans une vie institutionnelle, quand on travaille avec l'humain, souvent on est pris dans une espèce de routine et aussi de choses à faire. Il y a toujours quelque chose à faire et donc le fait de participer à cette évaluation permet de s'arrêter et de prendre le temps de réfléchir à sa pratique, d'émettre des hypothèses, parfois de pouvoir avoir l'occasion de lire certains aspects plus théoriques via des articles.

Extrait d'entretien

Configuration CME testable et crédible 1.1.

Contexte : Le contexte de travail se caractérise par une pression à « faire » qui laisse peu de place au doute et à la réflexivité collective.

Composante interventionnelle : L'engagement des membres de l'équipe à accueillir une **tierce personne**, qui vient dans les locaux de l'organisation et interroge et encourage les participants à questionner leurs pratiques dans un espace respectueux d'une remise en question, sur un temps relativement long et de manière régulière.

Mécanisme : Les participants voient en cet espace un temps de pause structurel et temporaire où ils peuvent adopter une posture réflexive, d'auto-analyse, qui leur procure du bien-être.

Effet : Les participants **transforment leurs pratiques individuelles et collectives en savoirs** (cf. effet 2.1.).

1.2. Les participants développent leur expertise en matière d'évaluation de deux manières différentes...

Les participants partagent, avec plus ou moins de prudence, avoir développé leur capacité à évaluer. L'intervention est perçue par les participants comme une expérience professionnelle enrichissante mais chronophage.

Pour moi, c'était vraiment une expérience et je pense que c'est important d'appuyer le fait que c'est une expérience, qui était à la fois enrichissante mais énergivore. Extrait d'entretien

L'utilisation de l'approche réaliste avec les équipes a pu aussi jouer un rôle dans l'acquisition de connaissances et compétences. Si l'approche a été appréciée sur plusieurs aspects, elle est très éloignée des pratiques habituelles et freine une certaine spontanéité.

Est ce qu'on pourrait refaire une phrase type un peu pour voir comment s'articulent les 3 colonnes pour que ce soit plus frais pour moi ? Parce que je me perds un peu ... Enfin je vois : intervention-mécanisme-effet [lit un exemple de configuration] mais je n'arrive pas [...] à placer le contexte là-dedans. Extrait de réunion

Les données montrent que tous les participants n'ont pas répondu de la même manière et que, dès lors, l'expérience a développé plus ou moins l'expertise selon le contexte. En fonction du rôle, de l'expérience préalable et de l'intérêt manifesté pour les questions d'évaluation, les participants ont développé des capacités différentes : certains ont renforcé leur attitude et leur motivation et d'autres ont enrichi leurs connaissances et compétences. Dès lors, deux configurations émergent (cf. 1.2.1 et 1.2.2).

1.2.1. ... Soit l'attitude et la motivation en matière d'évaluation évoluent

Chez les participants qui avaient peu de repères et d'expériences en matière d'évaluation, l'inconfort et l'appréhension vis-à-vis des aspects formels d'une démarche évaluative n'ont pas été totalement levés à la fin de l'intervention, bien qu'ils soient capables avec leurs mots de décrire ce qui a été fait et comment.

L'acquisition d'une nouvelle expérience d'évaluation a participé à faire évoluer et faire grandir l'intuition en matière d'évaluation de ces participants. Il s'agit d'un apprentissage relativement inconscient que les participants expriment en disant « avoir pris conscience » et qui s'accompagne d'une évolution dans l'attitude principalement.

Très vite, on discute de ce sur quoi l'éval pourrait porter : le type d'analyse, l'objet d'évaluation sur lequel se concentrer, le type d'outils d'analyse. Dans cette discussion, on sent que l'équipe a peu de repères et très vite, « use » ses repères en parlant par exemple d'« impact », de « questionnaire de satisfaction ». La chercheuse prend plus d'espace et énumère des possibilités d'évaluation de types différents. [...] On sent que les échanges sont moins « pop-corn » et que l'équipe ne dispose pas des repères nécessaires pour envisager les possibilités comme la chercheuse. Le manque de repères théoriques de l'équipe en ce qui concerne les différents types d'évaluation possibles est un frein à cette compréhension mutuelle.

Renvoie à la représentation de l'évaluation comme étant au singulier : il n'y a qu'une manière d'évaluer. Note du cahier de recherche en date de la 5^e réunion avec un des cas

Configuration CME testable et crédible 1.2.1

Contexte : Les participants qui avaient peu de **repères et d'expériences en matière d'évaluation**.

Composante interventionnelle : La participation à l'intervention est perçue comme une expérience positive par les individus, même s'ils reconnaissent que la démarche d'évaluation utilisée est complexe et difficilement reproductible sans accompagnement, qui était également perçu comme chronophage.

Mécanisme : Les participants inscriront **intuitivement** cette nouvelle expérience dans leurs schémas de raisonnement mais ne sont pas en mesure de l'interpréter en termes de nouvelles compétences et connaissances.

Effet : Les participants font évoluer leur attitude et motivation en matière d'évaluation.

1.2.2. ... Soit les connaissances et compétences en matière d'évaluation évoluent

Chez les participants qui disposaient de repères théoriques et d'expériences antécédentes en matière d'évaluation, le processus a, en revanche, mis du sens dans les repères existants et les a fait évoluer, notamment en raison des particularités de l'évaluation réaliste (et des démarches évaluatives guidées par la théorie). Ces participants interprètent les apprentissages au regard de précédentes expériences en évaluation et de leurs repères ; ce qui participe à faire évoluer et faire grandir leur intuition en matière d'évaluation. Quand ces aspects intuitifs rencontrent des repères connus théoriquement, ces derniers semblent gagner en intégration et peuvent plus facilement être exploités par les individus.

[...] je me rends compte davantage, en travaillant de cette manière-là, que c'est primordial que ça [l'évaluation] fasse partie dès le départ, d'un des objectifs de penser à ça en parallèle systématiquement. Alors qu'auparavant, on avait tendance à construire l'outil puis, après, à réfléchir à un moyen de l'évaluer. Et je me rends compte que de travailler de cette manière-là n'est pas forcément le plus adéquat, au final. Donc, moi ça m'aide. Ça m'a permis d'y voir plus clair et de comprendre le sens que ça avait. Extrait d'entretien

On observe aussi que les participants qui occupent une fonction en lien avec des missions de coordination ou de support méthodologique voient davantage l'utilité des apprentissages. L'expérience d'une évaluation avec tiers leur aurait offert une expérience sur laquelle pouvoir se reposer à l'avenir pour remplir leurs missions au sein de l'organisation. Ils restent néanmoins vagues sur la manière dont l'expérience les outille concrètement. Le processus ferait écho à des tâches ou à des aspects de leur fonction.

Configuration CME testable et crédible 1.2.2.

Contexte : Les participants qui disposaient de **repères théoriques et d'expériences antécédentes en matière d'évaluation** et/ou d'une fonction davantage perçue comme moteur en matière d'évaluation (direction, coordination, support méthodologique).

Composante interventionnelle : La participation à l'intervention est perçue comme une expérience positive par les individus même s'ils reconnaissent que la démarche d'évaluation utilisée est complexe et difficilement reproductible sans accompagnement, qui était également perçu comme chronophage.

Mécanisme : Les participants **interprètent** l'expérience au regard de leurs repères existants, tant théoriques que ceux issus d'expériences antécédentes et au regard de leur fonction.

Effet : Les participants font évoluer leurs **connaissances et compétences en matière d'évaluation**.

1.3. Les référents ne renforcent pas davantage leurs connaissances et compétences.

Dès le démarrage de l'intervention, les équipes devaient identifier une personne de référence. Très sobrement définie au départ, cette personne devait principalement jouer un rôle de liaison entre l'équipe et la chercheuse. Notre hypothèse initiale était qu'elle jouerait également un rôle de « leader » dans la conduite du processus évaluatif et développerait dès lors davantage ses compétences et connaissances.

Pourtant, les personnes de référence ont adopté une posture de facilitateur plutôt que de leader. Nos données suggèrent que les caractéristiques des équipes étaient davantage compatibles avec une posture tournée vers le groupe. À ce titre, la diversité – en termes de fonction, de discipline, d'expériences en matière d'évaluation – de profils des membres de l'équipe, a nécessité cette posture de facilitation pour travailler de manière collective.

Au tout début, on a désigné quelqu'un dans l'équipe qui était "chargé" de projet, qui était en tout cas la personne de contact avec l'UCL-RESO. Extrait d'entretien

Configuration CME testable et crédible 1.3.

Contexte : Les équipes participantes sont pluridisciplinaires et ont un fonctionnement horizontal et collaboratif, tant dans leur culture de travail interne que dans la poursuite de leurs missions de terrain (en référence avec le cadre théorique de la promotion de la santé).

Composante interventionnelle : Le rôle du référent, initialement défini comme un leader mais avec une certaine flexibilité dans la manière de définir le rôle.

Mécanisme : En cohérence avec leur culture de travail, les personnes référentes adoptent une posture tournée vers le groupe (posture de facilitation) pour créer un climat de travail favorable à la participation de tous les membres de l'équipe.

Effet : Les référents n'ont pas davantage renforcé leurs connaissances et compétences que les autres participants.

2. Au niveau collectif

2.1. Les équipes développent une compréhension commune du programme et procèdent à des ajustements en cours d'évaluation

Cet effet est dans la continuité de l'effet 1.1. relatif à la conscientisation et l'interprétation des savoirs par les individus. Nos données montrent que lors des réunions de travail, une partie importante de l'interprétation des savoirs d'action résultait du travail de réflexion collective et que certains savoirs s'intégraient dans les pratiques de l'équipe. Ainsi toutes les équipes relèvent avoir pu questionner les évidences sur lesquelles l'intervention repose, voire de traiter de questions de fond qui restent le plus souvent énoncées sans davantage de discussions. À plusieurs reprises, l'interprétation des implicites a amené les équipes à intégrer ce « nouveau » savoir, par exemple dans les rapports d'activité. Si le processus a permis de mettre en question les pratiques, il a aussi permis de confirmer des

observations, des hypothèses et de prendre conscience (ou de visibiliser) certaines dimensions du projet peu considérées jusqu'alors.

Moi, ce que j'ai beaucoup retenu aussi c'est que d'avoir quelqu'un qui vient de l'extérieur et qui nous pose des questions que je qualifierais de naïves dans le sens positif du terme, des questions que l'on ne se pose plus ou des questions qui nous paraissent évidentes, ça nous force à reformuler, à mettre des mots dessus et à pouvoir s'ajuster en équipe: "toi tu dirais cela? Moi je le dirais plutôt comme ça". Et, en fait, on ne se le demande pas entre nous. Et je pourrais prendre l'exemple comme ça d'une question : [...] c'était des espèces d'évidences qui ont pu être revues grâce au fait d'aborder des questions que l'on ne se serait pas posées tout seul. Extrait d'entretien

Un élément marquant au sein des équipes participantes et qui a pu jouer un rôle dans le fait que ces mises en question collectives aient été perçues positivement par les participants est que ces équipes reposaient sur des dynamiques collaboratives, sans rivalité, tensions ou concurrence apparente entre les membres.

La force du processus a été de questionner avec prudence et respect les implicites et les intuitions au sein des pratiques, sans que ces questionnements viennent cibler ou mettre en difficulté une personne en particulier.

Et, je pense que le fait d'engager un travail avec toi, ici, ça bouscule aussi pas mal les idées parce qu'on voit que l'on se perd un peu dans la surcharge d'informations, dans les rapports, enfin voilà. Et donc, du coup, on constate que les réponses ne sont pas si cohérentes entre nous aussi et donc il était peut-être nécessaire de remettre un peu les réflexions autour du projet pour que l'on puisse avoir la même perception des choses, la même interprétation des besoins, des propositions que l'on fait. Extrait de réunion

Nos données indiquent que le processus d'évaluation participatif a eu pour effet de renforcer les liens entre le projet et l'équipe. Les équipes participantes montrent s'être réapproprié les projets. Cette réappropriation s'est fait par l'identification collective des faiblesses et des forces du projet et par la construction d'une interprétation collective des effets du projet. Dans un contexte où les équipes sont

pluridisciplinaires, le travail d'évaluation a permis de croiser les lectures disciplinaires et a ainsi donné l'opportunité à chacun de mettre du sens dans le projet.

J'ai l'impression que souvent quand on fait des réunions avec toi, c'est comme si on se réappropriait, en fait, le projet sous un nouvel angle de vue et qui requestionne. On pourrait imaginer que l'on refait la même chose dans un certain sens que ce que l'on a fait la dernière fois en parlant des barrières etc mais je trouve qu'il y a, de nouveau, une perspective nouvelle qui est de faire lien entre ces différentes dimensions : des activités, des barrières, des changements attendus, des effets finaux, qui nous poussent de nouveau à se repositionner sur qu'est-ce que l'on veut vraiment observer comme effet, qu'est-ce que l'on veut vraiment cibler comme objectifs finaux? Je trouve que quand on voit le tableau comme ça, ça paraît complexe et, en même temps, c'est tellement cohérent finalement. Donc, c'est rassurant aussi, je trouve, dans un certain sens. Que ce que l'on met en place ce n'est pas qu'intuitif quoi. Il y a de l'intuition mais finalement il y a de la structure aussi derrière tout ça. Extrait de réunion

Configuration CME testable et crédible 2.1.

Contexte : Le contexte de réunion est particulièrement respectueux et bienveillant, avec une parole en « je » et peu de rapports de force. On constate par exemple que les désaccords sont possibles et accueillis, que les différences dans les approches disciplinaires sont reconnues mais ne représentent pas un frein à la construction d'une vision partagée et que les limites de chacun peuvent être entendues et engendrer une flexibilité de la part du collectif.

Composante interventionnelle : Le processus évaluatif repose sur une mise en dialogue des interprétations du fonctionnement du projet (en raison de son assise sur une approche d'évaluation basée sur la théorie – i.e. l'évaluation réaliste) de manière prudente et progressive.

Mécanisme : Les participants **interprètent** leurs pratiques individuelles et collectives en savoirs qui rendent possible le développement de nouvelles pratiques.

Effet : Les équipes ont une compréhension commune du programme et ont procédé à des ajustements en cours d'évaluation. En revanche, cette compréhension commune est difficilement transmissible au-delà de l'espace de travail (cf. effet 3.1.).

2.2. Les équipes renforcent leur capacité à mettre en œuvre collectivement le programme de manière cohérente et concertée

Facilité par ce travail de réflexion collective, le processus aurait également permis de renforcer la cohésion d'équipes qui se traduit par un renforcement des liens interpersonnels et une amélioration de la collaboration dans la mise en œuvre du projet.

En raison d'un *turn over* dans les équipes, nous pouvons également tirer le constat que l'existence de cet espace de réflexion a également joué un rôle dans l'inclusion des nouveaux collaborateurs. Les épisodes de turn-over, quoique contraignants et

énergivores, ont été perçus comme bénéfiques dans le cadre de ces réunions, à la fois pour les discussions (regard neuf) et pour l'intégration du nouvel arrivant (par un processus de sociabilisation), qui avait de plus l'occasion de s'approprier le projet.

Cela a permis pour les nouveaux collègues de voir ce qui avait été fait, ce qui avait été réfléchi à l'origine et puis de confronter ça aussi à leur vision. Ils arrivent avec de nouveaux yeux donc ils observent des choses que quelqu'un qui est plus ancien n'observe plus. Extrait d'entretien

Cet effet est particulièrement observé dans les équipes où plusieurs personnes travaillent sur le terrain ensemble.

Configuration CME testable et crédible 2.2.

Contexte : Les équipes sont pluridisciplinaires et connaissent un *turn over* relativement important avec peu d'espaces consacrés à la réflexivité collective.

Composante interventionnelle : Un espace de réunions consacré au développement d'une compréhension commune du programme par les équipes où chacun prend conscience des savoirs de l'autre (cf. effet 2.1.)

Mécanisme : Chacun a légitimé son expertise et son identité professionnelle au regard du programme et dans une perspective de consolidations et d'articulations et non de défense (articulation identitaire).

Effet : Les équipes ont renforcé leur capacité à collectivement mettre en œuvre le programme de manière cohérente et concertée.

2.3. Les équipes installent au fil des réunions un (nouveau) vocabulaire et des repères communs en matière d'évaluation

D'après nos données, les équipes se construisent un vocabulaire commun en matière d'évaluation. Au fil des réunions de travail, on observe que les discussions sont plus fluides. Les notions d'efficacité, de contexte, de mécanisme, sont des

notions qui se sont progressivement fait une place dans le vocabulaire des équipes. On observe que lors d'épisodes de *turn over*, les nouveaux arrivants adoptent assez rapidement ce vocabulaire.

- ♦ *[...] il est clair que si on devait reproduire la même chose maintenant on prendrait vraiment moins de temps pour faire la même chose.*
- ♦ *Pourquoi est-ce que vous prendriez moins de temps si vous deviez refaire le processus ?*
- ♦ *Parce que l'on a intégré, je pense, une partie du travail réalisé, du processus. Au début, c'était quand même compliqué de savoir où on allait. On avait une motivation de départ, c'était l'évaluation qualitative mais ça c'est quand même un grand terme, on peut mettre beaucoup de choses là-dedans. On ne connaissait pas la méthode, on ne savait pas comment on allait s'y prendre. Et donc, notre culture d'évaluation était limitée. Et donc, au début cela demande beaucoup d'énergie. Je ne dis pas que ça en demanderait plus si on devait recommencer mais, en tout cas, je pense qu'il y a vraiment une différence.*

Extrait d'entretien

Ce vocabulaire est fortement lié à la démarche de l'évaluation réaliste, qui comme dit plus haut, dénote des pratiques habituelles. Dans un contexte où la culture évaluative des organisations est assez limitée, ou en tout cas peu formalisée mais (comme vu plus haut) avec différents niveaux d'expériences, l'utilisation d'une nouvelle approche semble mettre tout le monde sur un même niveau et permettre de faire émerger un vocabulaire commun.

[...] il y avait beaucoup de ponts qui étaient faits entre du théorique mais aussi avec des données de terrain et des comparaisons entre ce qui se fait sur le terrain et du lien avec des données théoriques. Et donc, ça c'était appréciable parce que c'était vraiment adapté à des équipes qui font, finalement, beaucoup de terrain et qui n'ont pas de culture évaluative très prononcée non plus. Extrait d'entretien

Configuration CME testable et crédible 2.3.

Contexte : La culture évaluative des équipes se définit au regard des demandes des bailleurs de fonds et rarement au regard des besoins du programme. Elle est par ailleurs relativement limitée et peu formalisée.

Composante interventionnelle : La présence d'une **tierce personne** – lors de **séances de travail régulières (répétition) et sur un laps de temps relativement long** – qui utilise un vocabulaire différent à celui connu des équipes et qui est en lien avec une démarche évaluative axée sur la compréhension des effets plutôt que sur le contrôle des effets.

Mécanisme : Les équipes se montrent ouvertes à cette nouvelle expérience et **intègrent** un vocabulaire commun (ajustement langagier).

Effet : Les équipes installent au fil des réunions un (nouveau) vocabulaire et des repères communs en matière d'évaluation. Ceux-ci restent néanmoins informels et circonscrits à l'équipe participante.

3. Au niveau organisationnel

3.1. Les organisations considèrent des ajustements allant au-delà du programme évalué

Les données montrent que les équipes participantes ont, pendant le processus évaluatif, identifié des opportunités d'ajustements allant au-delà du programme évalué. Les exemples d'intégration des modifications au-delà de l'équipe participante se caractérisent par un processus de transmission de l'interprétation au-delà des frontières des réunions de travail. Par exemple, en invitant l'équipe œuvrant dans une autre zone géographique à retravailler une offre de services commune ou en partageant en réunion d'équipe élargie des perspectives pour la transférabilité du projet. Le processus a ainsi encouragé les équipes à considérer des ajustements au niveau institutionnel. Les personnes ayant une fonction de management nomment d'ailleurs ces réajustements comme une des leçons principales du processus.

[...] il faut qu'on arrive (je ne veux pas dire de manière brutale) mais à se dégager et à permettre de pérenniser les choses [les changements souhaités] [...] pour pouvoir les disséminer et avoir un impact plus important [...] Extrait de réunion
(participant ayant une fonction de direction)

Et dans ce sens-là, on était autour de la table et on réfléchissait déjà à notre public, à son profil, au contexte dans lequel on intervenait. Et puis, de fil en aiguille, de comprendre en quoi ce contexte influence les choses, quels sont les effets finalement de notre action. C'était vraiment déjà des temps ensemble autour de la table comme je disais mais aussi des temps de réflexion en équipe [ici le terme équipe inclut l'ensemble des membres de l'organisation] entre deux réunions mensuelles, des moments où l'on pouvait en rediscuter à travers les réunions, d'essayer de faire vivre le projet d'évaluation réaliste au sein même de la dynamique d'équipe tout au long de l'année. Extrait d'entretien (participant ayant une fonction de direction)

Nous ne sommes néanmoins pas en mesure de vérifier que les ajustements envisagés ont été réellement implémentés.

Configuration CME testable et crédible 3.1.

Contexte : Une figure de direction ou de coordination (leader) participe à l'espace de travail et a pleinement confiance (adhère) dans les suggestions d'ajustement qui en émanent.

Composante interventionnelle : La compréhension commune du programme développée par **l'équipe** suggère des ajustements impliquant l'ensemble de l'organisation.

Mécanisme : la figure de direction ou de coordination (leadership) permettra aux ajustements envisagés de perdre leur dépendance à l'espace de travail pour être considérés dans d'autres espaces de travail internes.

Effet : Les organisations ont considéré des ajustements allant au-delà du programme. En revanche, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que ces ajustements aient été intégrés ou institutionnalisés.

3.2. Les organisations développent leur capacité à valoriser le programme auprès des parties prenantes extérieures

Le processus a aussi eu pour effet de capaciter les organisations à mieux valoriser le programme évalué auprès de la sphère politique et dans le paysage sectoriel grâce aux supports qui émanent de la démarche évaluative et qui permettent d'objectiver le travail.

Le travail de capitalisation du processus a à ce titre joué un rôle important, à la fois pour voir le travail avancer et pour être réutilisé dans des formats plus exploitables.

*De mettre sur papier ce qui se passait, de se formuler des phrases et d'être ...
enfin voilà ça nous a demandé beaucoup de temps parce qu'on a dû se
replonger beaucoup sur les réunions et tout ça et c'était pas facile au début mais
après quand on l'a eu fait, on était assez contents et on avait l'impression d'avoir
vraiment compris ... tu vois l'aboutissement alors que c'est vrai que quand on est
tout le temps dans les réunions et qu'on avance un peu pas à pas ... mais une fois*

que tu mets cela sur papier, tu as l'impression d'avoir fait un grand chemin et de comprendre en fait et que ça a du sens. Extrait de réunion

Comme en ce qui concerne les modifications apportées à la stratégie de l'organisation, c'est aussi un effet qui est davantage mis en avant par les personnes ayant une fonction de management. Ces personnes sont aussi celles qui, le plus souvent, ont la responsabilité de présenter les programmes à l'extérieur et qui perçoivent donc mieux de quelle manière le travail réalisé pourrait leur être utile à ce niveau-là.

Fonction de management : [...] c'est vrai que le fait d'avoir le tableau final [...] dans le PowerPoint, moi je l'ai par exemple utilisé il y a 2 jours pour commencer à écrire un article [...] Ben c'est génial en fait de partir de ce tableau pour avoir des éléments. Moi je vois l'utilité directe alors ça me tient sur le fait de passer ce temps. [...]

Chargé de projet : Et puis nous on a un peu moins de présentations à faire aussi à l'extérieur ...

Fonction de management : Mais c'est super utile : tu as un schéma, tous les éléments... C'est génial, moi je suis super fan.

Extrait de réunion

Cet effet est aussi davantage mis en avant par les cas bénéficiant depuis plus récemment d'un financement dans ce secteur d'activité. L'enjeu de pérenniser ce financement est ainsi plus présent dans leur discours.

Configuration CME testable et crédible 3.2.

Contexte : L'organisation est en recherche de financements pérennes et suffisants (dans un contexte de mise en concurrence) et/ou cherche à renforcer sa présence sur le terrain (besoin de stabilité).

Composante interventionnelle : La démarche évaluative, et plus particulièrement, la théorisation du projet et les résultats de l'évaluation, est **capitalisée** dans un format visuel et facilement exploitable et les personnes en charge de valoriser le projet savent mobiliser cette capitalisation.

Mécanisme : Le caractère objectivant du travail est valorisé et utilisable à l'occasion de communications vers l'extérieur (crédibilité).

Effet : Les organisations ont développé leur capacité à valoriser le projet auprès des parties prenantes extérieures.

3.3. Les organisations ont renforcé leur reconnaissance et leur crédibilité auprès du bailleur de fonds

Rappelons que le politique a inscrit l'évaluation réaliste dans son plan de promotion de la santé comme une approche à privilégier pour comprendre les effets des interventions et que, en parallèle, il a financé l'expérimentation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain sous la forme d'une recherche-action coordonnée par un service spécialisé en promotion de la santé et en évaluation réaliste (i.e. la recherche sur laquelle repose cette étude).

Il a été observé que des narratifs ont été intégrés au niveau des organisations participantes et que ces narratifs mettent en cohérence les valeurs et principes défendus par les organisations et ceux constituant la politique publique, principalement en lien avec le cadre théorique de la promotion de la santé et l'évaluation réaliste.

De cette manière, les organisations ont favorisé la reconnaissance et la crédibilité de la part du bailleur de fonds.

Configuration CME testable et crédible 3.3.

Contexte : La politique publique finançant le programme évalué s'ancre dans un cadre théorique – ici la promotion de la santé – qui ne constitue pas nécessairement le seul **cadre théorique** des organisations participantes. Celles-ci peuvent se reposer sur plusieurs cadres théoriques ou se reposer historiquement sur un autre cadre théorique. Les organisations sont en recherche de financements pérennes et suffisants (dans un contexte de mise en concurrence) et/ou cherchent à renforcer leur présence sur le terrain (besoin de stabilité).

Composante interventionnelle : L'accompagnement à l'évaluation est associé et associable (par les participants) à la fois au cadre d'évaluation (ici l'évaluation réaliste) et au cadre de valeur et théorique (ici la promotion de la santé) de la politique publique finançant l'organisation. L'accompagnement offre des opportunités pour questionner ou appuyer l'alignement des valeurs et stratégies institutionnelles à celles prônées par le bailleur de fonds.

Mécanisme : Les organisations construisent et **intègrent** un narratif qui aligne leurs pratiques aux attentes du bailleur de fonds.

Effet : Les organisations renforcent leur reconnaissance et leur crédibilité auprès du bailleur de fonds.

Discussion

Nos résultats mettent en lumière les effets de capacitation que l'on peut attendre d'une intervention consistant à accompagner des équipes de terrain à la conduite d'une évaluation réaliste au sein des petites associations dépendant de financements publics. Si des effets de capacitation sont constatés à différents niveaux – individuel, collectif et organisationnel – nos résultats montrent néanmoins que les effets de capacitation de l'intervention au niveau organisationnel sont assez limités et peu contributifs à la capacité de l'organisation à évaluer. Ils montrent en revanche une certaine utilisation des résultats de l'évaluation par l'organisation pour valoriser le programme vers l'extérieur et considérer des ajustements futurs. Les effets de capacitation observés au niveau individuel et collectif sont, en revanche, plus engageants en termes de capacitation à l'évaluation.

Au regard du cadre théorique de Crossan et al. (36, 37, 38), nos résultats montrent l'action des mécanismes d'intuition, d'interprétation et d'intégration. Nos données ne permettent, en revanche, pas d'observer l'action du mécanisme d'institutionnalisation. D'autres mécanismes ont également été repérés. Au niveau individuel, on observe un mécanisme d'auto-analyse et, chez les référents, un mécanisme de posture facilitante à la dynamique collective. Au niveau de l'équipe, nous avons constaté un mécanisme d'articulation identitaire et d'ajustement langagier. Au niveau organisationnel, nous avons mis en évidence un mécanisme de leadership et de crédibilité.

Ces mécanismes sont les réponses des individus, équipes et organisations aux changements induits par notre intervention et plus précisément par l'implémentation de notre intervention dans le contexte caractérisant les trois cas à l'étude. Certains éléments contextuels anticipés dans notre logique d'intervention se sont avérés effectivement critiques suite à l'analyse et d'autres ont été identifiés : un contexte de travail laissant peu de place au doute et à la réflexion collective, la pluridisciplinarité des équipes et leur fonctionnement collaboratif, l'espace de réunion et les caractéristiques du dialogue, le *turn over* fréquent au sein des équipes, la culture évaluative alourdie par les besoins de rendre compte, l'implication d'une figure de

leader et le contexte de concurrence. Au niveau des composantes interventionnelles, nos résultats mettent en avant plusieurs composantes non anticipées, telles que l'engagement à accueillir la personne extérieure, le regard positif posé par les participants sur l'intervention, la flexibilité dans la définition du rôle du référent, les caractéristiques de la démarche évaluative mobilisée, le rôle central de l'espace de réunion créé, la connaissance par la chercheuse des aspects évaluatifs et des valeurs et théories du champ d'activité des organisations participantes.

Nos résultats montrent que l'intervention a soutenu des apprentissages qui vont au-delà de l'acquisition de « nouveaux » savoirs en venant questionner les savoirs au départ pris pour acquis par les membres des équipes. Ce type d'apprentissage est central aux organisations qui évoluent dans un environnement changeant et complexe. Argyris et Schön ont été les premiers à distinguer les apprentissages en simple boucle (*Single Loop Learning*) – consistant à corriger des pratiques sans les questionner – des apprentissages en double boucle (*Double Loop Learning*) – consistant à corriger des pratiques en questionnant les croyances et représentations sous-jacentes. (41, 42) Cette notion est au cœur du cadre théorique de Crossan et ses collègues (36) qui l'illustre par les flèches de flux d'apprentissage avant et arrière. Dans notre intervention, ces flux s'illustrent, par exemple, par l'interprétation des pratiques individuelles et collectives (effet 1.1.) qui invite les équipes à se réapproprier le programme et à y apporter des ajustements (effet 2.1.).

Les composantes interventionnelles et le contexte de notre intervention résonnent avec les résultats de la revue systématique de Auqui-Caceres et Furlan (43). Ils montrent plusieurs éléments contextuels particulièrement importants dans la survenue d'apprentissages en double boucle. D'abord, le temps que prend ce type d'intervention qui s'explique par la dimension répétitive nécessaire à l'ancrage des apprentissages. Ensuite, la complexité et l'incertitude des effets de ce type d'intervention. Ils identifient également le manque de visibilité des effets, qui pourtant est nécessaire à maintenir l'engagement à l'intervention. Autre dimension importante, les processus réflexifs au sein des organisations comme condition pour générer des apprentissages en double boucle. De ce fait, les auteurs rapportent

également l'influence d'un dialogue authentique exigeant un contexte sécurisant. Les auteurs identifient aussi l'implication des leaders comme facteur déterminant. Pour finir, ils soulèvent l'espace physique des réunions collectives comme une caractéristique importante des interventions, notamment pour se construire une identité collective.

Nous avons mis en avant l'importance de l'approche évaluative utilisée par les équipes participantes. L'évaluation réaliste a joué un rôle non négligeable dans l'intervention. La littérature relative au renforcement de la capacité des organisations à évaluer met pourtant peu l'accent sur l'orientation philosophique donnée à la stratégie de renforcement. Dans notre étude, l'évaluation réaliste a participé à orienter l'attention sur la compréhension des effets plutôt que sur la preuve des effets. Elle a contribué à mettre les participants dans une posture réflexive pour l'évaluation.

La faible institutionnalisation des effets de renforcement de la capacité à évaluer peut s'expliquer par des facteurs liés à l'intervention elle-même et par des facteurs liés au contexte politico-administratif dans lequel s'inscrivent les programmes des associations.

Le développement du modèle de Crossan et al. (36, 37, 38) s'est déroulé lors de l'étude d'un phénomène engageant l'ensemble de l'organisation (*renewal strategic*). Dans notre cas, l'apprentissage se fait sur l'évaluation d'un des programmes mis en œuvre par chacune des organisations. Dès lors, l'objet duquel émanent les apprentissages concerne un groupe d'individus au sein de l'organisation et non directement toute l'organisation. La nature des apprentissages est donc très liée à cet objet évaluatif et à ce groupe, ce qui pourrait expliquer la faible institutionnalisation des apprentissages liés à l'évaluation. Ainsi, l'espace de réunion créé par l'intervention se focalisait principalement sur les équipes ; il a été un réel catalyseur pour des apprentissages ; mais cet espace a aussi érigé une frontière peu poreuse à ce que ces apprentissages s'institutionnalisent.

Une des raisons pourrait se situer au niveau de la culture évaluative des organisations. (44) Celle-ci ne reposerait pas sur une vision de l'évaluation comme

un projet institutionnel mais plutôt comme une démarche singulière, concernant un programme financé dont il faut rendre compte. Le renforcement de la capacité des organisations à évaluer leurs programmes est directement lié à ce que les bailleurs de fonds renvoient comme attentes en matière d'évaluation. Ainsi, la capacité de ces organisations à gérer les tensions entre les pratiques évaluatives existantes, le développement de nouvelles pratiques évaluatives et le conformisme des pratiques à celles attendues par les bailleurs de fonds relève de la survie de l'organisation.

Un autre facteur pourrait être en lien avec l'absence de « spécialistes » de l'évaluation au sein des organisations. Le plus souvent par manque de moyens, les petites organisations sont forcées de diluer la fonction d'évaluation au sein de l'équipe. Il peut s'agir d'un choix lié au mode de gouvernance, souvent horizontal, qui repose sur des responsabilités partagées. Nos résultats ont montré que ni la fonction de référent en évaluation – qui a par ailleurs été appliquée davantage comme un facilitateur que comme un leader – ni la participation des personnes ayant une fonction de direction ou de coordination n'ont suffi à ce qu'il y ait une forme de leadership capable d'institutionnaliser les apprentissages. (11) Les stratégies de renforcement de la capacité organisationnelle à évaluer devraient pouvoir répondre à ce type de situation. À titre d'exemple, Gomez et Argyrous (45) présentent une intervention consistant en une communauté de pratiques évaluatives animée par des spécialistes pour des non spécialistes en évaluation comme une intervention qui permet de faire tomber ce qu'ils appellent le « mur de l'expertise » (*expert wall*) et de faire évoluer la culture évaluative d'une organisation. De même, Laubek et Bourgeois (46) montrent le potentiel, sous certaines conditions, d'une stratégie de renforcement inter-organisationnelle.

Forces et limites

L'originalité de notre intervention et de notre approche d'analyse constitue l'une de ses plus grandes forces alors que la littérature relative à l'étude d'initiatives visant à développer la capacité des organisations (publiques et privées) à évaluer fait état de peu d'expériences sur le sol européen. (11) Une limite majeure de l'étude est que nous ne pouvons pas juger de la pérennisation des apprentissages, nos données

ayant été rassemblées sur la durée de l'intervention. La diversité des sources de données sur lesquelles repose l'analyse de chaque cas renforce la validité interne de nos résultats par leur triangulation.

Le design de l'étude de cas multiples a permis de comparer différentes organisations. Nos critères de sélection des cas ont été guidés par les besoins de l'intervention et non par l'objectif de l'étude de l'apprentissage organisationnel. Pour rappel, l'exploration de notre question de recherche repose en partie sur des données empiriques récoltées au départ pour les besoins de l'intervention. Dès lors, de futures recherches pourraient utiliser un design similaire mais en utilisant d'autres stratégies de sélection des cas.

Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité des résultats ni à leur généralisation. Néanmoins, notre démarche méthodologique permet d'envisager la transférabilité des résultats. En mettant en évidence les relations entre les conditions contextuelles et interventionnelles et les mécanismes génératifs, nos résultats permettent d'envisager comment obtenir les mêmes effets dans un contexte similaire mais aussi comment adapter l'intervention pour, potentiellement, obtenir des changements différents. À ce sujet, le recours au cadre théorique de Crossan et al. (36) s'est révélé soutenant pour la compréhension de l'apprentissage organisationnel et constitue dès lors une base théorique pertinente pour adapter l'intervention. (47)

L'analyse du matériau a été réalisée par la chercheuse uniquement, ce qui constitue une limite dans le cadre d'une évaluation réaliste. (40) Elle a toutefois pu compter sur des échanges réguliers avec les équipes de terrain et avec des équipes de recherche. Ses analyses ont également été partagées à quatre participants de la recherche, quatre ans après la fin de l'intervention, dans le but de s'assurer que leur expérience était fidèlement traduite dans les résultats.

De plus, en raison de notre posture de chercheuse-praticienne, nos interprétations sont sujettes à plusieurs biais qui peuvent limiter la validité interne de nos résultats. Les risques de biais d'interprétation, et plus particulièrement, de biais de confirmation et de rétrospection, ont été limités de différentes manières : en nous donnant le temps nécessaire à une distanciation de notre terrain, en diversifiant et

en triangulant nos sources de données, en adoptant une analyse de théorisation rétroductive.

Nos résultats restent des hypothèses, certes crédibles mais non testées, qui gagneraient à l'être dans le futur.

Conclusion

Cette étude a montré que l'accompagnement d'équipes à l'évaluation réaliste a des effets de renforcement de la capacité à évaluer au niveau individuel et des équipes. Nous avons mis en évidence les éléments contextuels et les composantes interventionnelles qui apparaissent comme des conditions de l'efficacité de ce type d'intervention. Nous avons expliqué de quelle manière ces conditions génèrent les effets constatés à l'aide de mécanismes, dont la plupart concordent avec les processus d'apprentissage identifiés par Crossan et ses collègues (36, 37, 38) dans leur cadre théorique des 4i, plus spécifiquement l'intuition, l'interprétation et l'intégration. Ces effets imprègnent néanmoins peu l'organisation, qui semble en effet peu réceptive à ce type d'intervention. Nous avons essayé de comprendre pourquoi les apprentissages des équipes accompagnées ont été peu institutionnalisés.

Finalement, nos résultats appuient la nécessité de diversifier les stratégies de renforcement de la capacité des organisations à évaluer en adoptant une approche systémique qui tienne compte du contexte particulier aux petites organisations sans but lucratif. Cela signifie également de fixer des objectifs de renforcement de la capacité des organisations à évaluer qui soient adaptés aux moyens à disposition. Un élément contextuel important à prendre en considération est que ces organisations ont rarement les moyens d'engager des évaluateurs externes et doivent donc faire reposer cette responsabilité sur des personnes qui ne sont pas des spécialistes de l'évaluation.

Points saillants du chapitre 8

- ♦ Ce chapitre porte sur la **QR 4**. Il présente des résultats qui n'ont pas encore fait l'objet d'une publication scientifique.
- ♦ L'évaluation de programme est un processus qui a le potentiel de générer des **effets capacitants** pour ceux qui y participent. Cependant, dans le cas de petites associations en promotion de la santé, les pratiques évaluatives s'inscrivent dans un **contexte peu propice** à l'apprentissage par l'évaluation. Le **renforcement de la capacité** des associations à évaluer et à utiliser les résultats est donc un défi non négligeable.
- ♦ De plus, étant donné la complexité des interventions évaluées, il est essentiel de recourir à des démarches évaluatives capables de **mettre en évidence cette complexité**, afin de favoriser l'**utilisation des résultats** pour adapter les interventions et favoriser l'innovation.
- ♦ Il est donc pertinent de se questionner sur les **apprentissages** des associations lorsqu'elles sont placées dans des **conditions favorables**, tant à l'utilisation d'approches évaluatives permettant de saisir la complexité des interventions qu'à l'apprentissage découlant de cette utilisation.
- ♦ L'objectif était de mieux comprendre en quoi une démarche d'accompagnement à l'évaluation réaliste peut être capacitante en adoptant une **analyse compréhensive** qui portait sur les questions suivantes : Pour qui ? À quels niveaux (individuel, collectif, organisationnel) ? Dans quelles conditions ? Et par quels mécanismes ?
- ♦ Nous avons analysé les données issues d'une étude de cas portant sur une **intervention**, reposant sur un modèle **de développement professionnel**, réalisée auprès des équipes participantes, conçue dans le but d'accompagner des équipes de terrain à utiliser l'**évaluation réaliste**.
- ♦ Le matériau mobilisé pour l'analyse provient de **sources de données qualitatives multiples** et collectées tout au long de l'étude auprès des **trois cas** : retranscriptions et comptes rendus des réunions d'accompagnement, entretiens semi-directifs filmés, cahier de recherche de la chercheuse-accompagnatrice et entretiens de consolidation théorique.
- ♦ La démarche d'analyse repose sur un mode de raisonnement **par théorisation rétroductive** fondée sur la recherche d'une explication **réaliste** (au sens du réalisme scientifique) et impliquant l'utilisation d'une **théorie de moyenne portée** issue de la littérature : le modèle d'apprentissage organisationnel des 4 i de Crossan et ses collègues ⁵⁰.

⁵⁰ Crossan, Mary M., et al. "An Organizational Learning Framework: From Intuition to Institution." *The Academy of Management Review*, vol. 24, no. 3, 1999, pp. 522–37. JSTOR, <https://doi.org/10.2307/259140>.

- ♦ Les analyses ont permis de mettre en lumière **10 configurations contexte-mécanisme-effet** qui proposent une explication plausible aux apprentissages – aux niveaux individuel, collectif et organisationnel – constatés chez les trois cas.
- ♦ Au niveau **individuel**, les résultats montrent que les participants ont adopté une posture d'auto-analyse, transformant leurs pratiques de terrain en savoirs explicites, ce qui a conduit à un sentiment de bien-être au travail.
- ♦ Au niveau de **l'équipe** participante (collectif), les résultats mettent en évidence que les pratiques se sont transformées en savoirs collectifs grâce au dialogue, amenant des ajustements au programme en cours d'évaluation. En créant un espace de réflexivité collective, l'équipe a légitimé son identité et ses expertises et a développé un vocabulaire commun en matière d'évaluation. En revanche, ces repères restent limités aux participants et ont très peu imprégné l'ensemble de l'organisation.
- ♦ Au niveau de **l'organisation**, les résultats indiquent que les effets ont été peu institutionnalisés mais que la crédibilité de l'organisation ainsi que la valorisation des interventions vers l'extérieur ont été favorisées.
- ♦ Nos résultats montrent que l'intervention a soutenu des apprentissages qui vont au-delà de l'acquisition de « nouveaux » apprentissages en venant questionner des savoirs au départ pris pour acquis par les membres des équipes (apprentissage en double boucle).
- ♦ Enfin, les résultats révèlent des apprentissages à plusieurs niveaux, bien que ceux qui n'ont pas participé au dispositif aient peu bénéficié de ces acquis. La réflexivité constitue un élément central des apprentissages associés à l'évaluation réaliste mais le contexte dans lequel ces apprentissages sont appliqués — notamment le contexte de gestion publique et politique — joue un rôle déterminant.

Bibliographie

1. Abma T.A., Widdershoven G.A.M. Evaluation and/as Social Relation. *Evaluation*. 2008;14(2):209-25.
2. Patton M.Q. *Utilization-Focused Evaluation*: SAGE Publications; 1997.
3. Cousins J.B., Goh S., Clark S., Lee L. Integrating evaluative inquiry into the organizational culture: A review and synthesis of the knowledge base. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2004;19:99-141.
4. Owen J.M., Lambert F.C. Roles for Evaluation in Learning Organizations. *Evaluation*. 1995;1(2):237-50.
5. Bourgeois I, Cousins JB. Informing evaluation capacity building through profiling organizational capacity for evaluation: An empirical examination of four Canadian Federal Government Organizations. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2008;23(3):127-46.
6. Preskill H., Boyle S. Insights into evaluation capacity building : motivations, strategies, outcomes, and lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2008;23(3).
7. Cousins J.B., Earl L.M. The Case for Participatory Evaluation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*. 1992;14(4):397-418.
8. Preskill H. Evaluation's role in enhancing organizational learning: A model for practice. *Evaluation and Program Planning*. 1994;17(3):291-7.
9. Hueftle Stockdill S., Baizerman M., Compton D.W. Toward a definition of the ECB process: A conversation with the ECB literature. *New Directions for Evaluation*. 2002;2002(93):7-26.
10. Boyle R., Lemaire D., editors. *Building effective evaluation capacity : lessons from practice* 1999.
11. Bourgeois I., Lemire S. T., Fierro L A., Castleman A M., Cho M. Laying a Solid Foundation for the Next Generation of Evaluation Capacity Building: Findings from an Integrative Review. *American Journal of Evaluation*. 2023;44(1):29-49.
12. Bourgeois I., Valiquette l'Heureux A. Le renforcement des capacités organisationnelles en évaluation. In: Hurteau M., Bourgeois I., Houle S., editors. *L'évaluation de programme axée sur la rencontre des acteurs - une sagesse pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec,; 2018. p. 131-48.
13. Labin S.N., Duffy J.L., Meyers D.C., Wandersman A., Lesesne C.A. A Research Synthesis of the Evaluation Capacity Building Literature. *American Journal of Evaluation*. 2012;33(3):307-38.
14. Preskill H., Torres R.T. Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry. *Evaluation*. 1999;5(1):42-60.
15. Argote L. Organizational learning research: Past, present and future. *Management Learning*. 2011;42(4):439-46.

16. Kelly L.M. *Evaluation in Small Development Non-Profits. Deadends, Victories, and Alternative Routes.*: Palgrave Macmillan Cham; 2021. 215 p.
17. Carman J.G., Fredericks K.A. Nonprofits and evaluation: Empirical evidence from the field. *New Directions for Evaluation*. 2008;2008(119):51-71.
18. Preskill H., Torres R.T. The learning dimension of evaluation use. *New Directions for Evaluation*. 2000;2000(88):25-37.
19. Lopez M., Becho L.W. Issue Information. *New Directions for Evaluation*. 2024;2024(183):1-6.
20. Berry T., Hite B., Sloper M., Umans H. The Role of Evaluation Theory and Practice in Narrowing the Research-to-Practice Gap. *American Journal of Evaluation*. 2024;45(4):502-18.
21. Mallonee S., Fowler C., Istre G.R. Bridging the gap between research and practice: a continuing challenge. *Inj Prev*. 2006;12(6):357-9.
22. 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 Evaluation. 2024;0(0).
23. 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).
24. Pettman T.L., Armstrong R., Doyle J., Burford B., Anderson L.M., Hillgrove T., et al. Strengthening evaluation to capture the breadth of public health practice: ideal vs. real. *J Public Health (Oxf)*. 2012;34(1):151-5.
25. Lobo R., Petrich M., Burns S.K. Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development. *BMC public health*. 2014;14:1315-.
26. Schwarzman J., Bauman A., Gabbe B., Rissel C., Shilton T., Smith B.J. Organizational determinants of evaluation practice in Australian prevention agencies. *Health Education Research*. 2018;33(3):243-55.
27. Schwarzman J., Bauman A., Gabbe B., Rissel C., Shilton T., Smith B.J. How practitioner, organisational and system-level factors act to influence health promotion evaluation capacity: Validation of a conceptual framework. *Evaluation and Program Planning*. 2022;91:102019.
28. van Koperen T.M., Renders C.M., Spierings E.J., Hendriks A.M., Westerman M.J., Seidell J.C., et al. Recommendations and Improvements for the Evaluation of Integrated Community-Wide Interventions Approaches. *J Obes*. 2016;2016:2385698.
29. Brug J., Tak N.I., Te Velde S.J. Evaluation of nationwide health promotion campaigns in The Netherlands: an exploration of practices, wishes and opportunities. *Health Promot Int*. 2011;26(2):244-54.
30. Pawson R., Tilley N. *Realistic Evaluation* London: SAGE Publications Ltd; 1997.

31. Yin R.K. Case study research - Design and methods. 3rd ed: Sage Publications; 2003.
32. Mukumbang F.C., Kabongo E.M., Eastwood J.G. Examining the Application of Retroductive Theorizing in Realist-Informed Studies. *International Journal of Qualitative Methods*. 2021;20:16094069211053516.
33. Roudaut F. Comment on invente les hypothèses : Peirce et la théorie de l'abduction. *Cahiers philosophiques*. 2017;150(3):45-65.
34. Gilmore B., McAuliffe E., Power J., Vallières F. Data Analysis and Synthesis Within a Realist Evaluation: Toward More Transparent Methodological Approaches. *International Journal of Qualitative Methods*. 2019;18:1609406919859754.
35. Stake R.E. Multiple Case Study Analysis. New York: Guilford Press; 2006. 342 p.
36. Crossan M.M., Lane H.W., White R.E. An Organizational Learning Framework: From Intuition to Institution. *The Academy of Management Review*. 1999;24(3):522-37.
37. Crossan M.M., Berdrow I. Organizational learning and strategic renewal. *Strategic Management Journal*. 2003;24(11):1087-105.
38. Vera D., Crossan M. Strategic leadership and organizational learning. *The Academy of Management Review*. 2004;29(2):222-40.
39. Lacouture A., Guichard A. L'approche *réalist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2013;26(3):37-59.
40. Pawson R. The science of evaluation : a realist manifesto. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2013.
41. Argyris C., Schon D.A. Theory in practice: Increasing professional effectiveness. Oxford, England: Jossey-Bass; 1974.
42. Argyris C., Schön D.A. Organizational Learning: A Theory of Action Perspective. *Reis*. 1997(77/78):345-8.
43. Auqui-Caceres M-V., Furlan A. Revitalizing double-loop learning in organizational contexts: A systematic review and research agenda. *European Management Review*. 2023;20(4):741-61.
44. Taut S. Studying Self-Evaluation Capacity Building in a Large International Development Organization. *American Journal of Evaluation*. 2007;28(1):45-59.
45. Gomez F., Argyrous G. Communities of practice as an effective ECB approach for nonevaluation specialists: A case study in an Australian state government department. *New Directions for Evaluation*. 2024;2024(183):95-108.
46. Laubek C., Bourgeois I. Interorganizational evaluation capacity building in the public, health and community sectors. *Evaluation*. 2024;30(2):190-210.

47. Nielsen J.A., Mathiassen L., Hansen A.M. Exploration and Exploitation in Organizational Learning: A Critical Application of the 4I Model. *British Journal of Management*. 2018;29(4):835-50.

PARTIE IV – DISCUSSION ET PERSPECTIVES

CHAPITRE 9

Synthèse des résultats et discussion générale

« Dans le contexte du travail d'aujourd'hui, où la confiance, la convivialité, la solidarité ont été déstructurées par les nouvelles formes d'organisation du travail, de gestion et de management, les conditions du jugement et de la reconnaissance sont fortement compromises. (...) Force est d'envisager la recherche d'autres moyens de porter un jugement sur le travail, qui ne se réclament plus de l'évaluation objective ni d'un jugement direct de reconnaissance par les pairs. Juger la contribution de chacun suppose d'abord de pouvoir décrire le travail lui-même dans les activités dites de service et dans les tâches immatérielles, dont on sait qu'elles ne sont pas directement observables, car avant la reconnaissance, il faut la connaissance du travail en cause. Pour reconnaître, il faut d'abord connaître. »

Christophe Dejours (L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. 2001)

I. Synthèse des principaux résultats

L'évaluation réaliste est une approche de recherche utilisée, notamment pour l'évaluation de programmes complexes. L'approche vise à expliquer de manière holistique le fonctionnement des programmes : en quoi fonctionnent-ils ? dans quel contexte ? pour qui ? et pourquoi ? L'approche séduit scientifiques, évaluateurs, politiques et intervenants ; dans les domaines de la santé, des sciences politiques, des sciences sociales, de l'évaluation de programme. (1, 2, 3)

En 2018, le Plan Stratégique de Promotion de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale réfère l'évaluation réaliste comme approche évaluative appropriée pour l'évaluation des programmes financés par le Plan. La référence à l'évaluation réaliste, jusqu'alors inconnue des intervenants de terrain, dans le cadre de référence d'une politique publique de promotion de la santé interrogeait à plusieurs égards.

L'objectif de notre travail doctoral était d'explorer ce que la conduite d'évaluations réalistes par des petites associations suscitait comme questionnements et controverses dans le champ de la promotion de la santé. Cet objectif a été poursuivi par l'exploration de quatre questions de recherche (QR).

D'abord (**QR1**), nous nous sommes demandée, à partir de la littérature, de quelle manière l'évaluation réaliste est conduite dans le champ de la promotion de la santé qui se caractérise par des principes et des valeurs (de complexité, de multidisciplinarité, de participation et de capacitation). Les résultats obtenus nous ont ensuite amenée (**QR2**) à poursuivre l'exploration de la littérature pour nous doter d'une meilleure connaissance de la manière dont les principes de participation et de capacitation sont mobilisés dans les évaluations réalistes hors du champ de la promotion de la santé. Au travers de notre expérimentation de l'évaluation réaliste avec des équipes de promotion de la santé, nous nous sommes questionnée (**QR3**) sur les conditions de la mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain. Parmi les conditions identifiées, il apparaît que l'accompagnement des équipes à l'utilisation de l'évaluation réaliste a eu des effets qui vont au-delà de la seule mise en œuvre méthodologique de cette approche. Nous nous sommes dès lors intéressée (**QR4**) aux effets de cet accompagnement, tant pour les individus qui

ont participé que pour les équipes avec lesquelles et les organisations dans lesquelles, l'accompagnement s'est déroulé.

Nous synthétisons maintenant la contribution de notre travail doctoral au regard de ces questions de recherche.

1. Panorama des pratiques d'évaluation réaliste de programmes de promotion de la santé

Dans le chapitre 5, qui reproduit un article publié dans la revue *International Health Promotion* (4), nous avons examiné des articles scientifiques rapportant une démarche d'évaluation réaliste de programmes de promotion de la santé publiés entre 2010 et 2021.

Dix-sept articles ont été retenus pour l'analyse, qui s'est structurée autour des quatre principes de promotion de la santé essentiels aux démarches évaluatives des interventions : (i) la prise en compte de la nature complexe des interventions de promotion de la santé, (ii) l'utilisation d'une variété d'outils de collecte et d'approches disciplinaires, (iii) la participation des parties prenantes et (iv) la capacitation des parties prenantes par le biais de l'évaluation.

(i) La prise en compte de la nature complexe des interventions de promotion de la santé

Nous avons mis en évidence que les auteurs privilégiaient l'évaluation réaliste en raison de sa pertinence face à la nature complexe des interventions de promotion de la santé. L'heuristique CME était à ce titre présentée comme un outil utile pour comprendre comment ces interventions produisent des changements, sans en négliger la complexité intrinsèque. L'utilisation de l'évaluation réaliste a par ailleurs le potentiel de rendre plus lisibles les interventions de promotion de la santé en donnant une juste place aux éléments contextuels. Malgré tout, l'application de l'heuristique varie entre les études et ne sert pas toujours le caractère explicatif attendu de leur utilisation. Nous avons également relevé que les concepts de contexte, mécanisme et effet se concentraient le plus souvent sur une dimension individuelle et plus rarement sur des dimensions collectives, organisationnelles ou

politiques. Nous invitons donc les évaluateurs réalistes à étendre les configurations CME à ces dimensions afin de mieux rendre compte de l'action des déterminants de la santé dans les conditions d'efficacité des interventions de promotion de la santé.

Nous avons aussi constaté que le rôle central accordé à la théorie de programme contribuait à une meilleure prise en compte de la complexité. Guidées par la théorie de programmes, les démarches évaluatives des interventions de promotion de la santé ont le potentiel de générer des résultats plus utiles à l'amélioration des programmes et à la prise de décision.

(ii) L'utilisation d'une variété d'outils de collecte et d'approches disciplinaires

Nous avons montré que les pratiques actuelles reposent majoritairement sur des données de type qualitatif, collectées à l'aide de diverses méthodes et que l'analyse des données est souvent réalisée par plusieurs personnes. En ce qui concerne les approches disciplinaires, nous avons considéré les affiliations des auteurs et en avons conclu qu'il y avait probablement des approches interdisciplinaires, voire transdisciplinaires dans certaines études.

(iii) La participation des parties prenantes

Nous avons constaté que peu d'articles témoignent d'une démarche participative de l'évaluation réaliste. Les pratiques participatives repérées sont hétérogènes mais impliquent rarement les parties prenantes tout au long de la démarche. Les raisons évoquées à une démarche participative servent le plus souvent la validité des résultats. Par conséquent, les approches participatives de l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé ne semblent pas reposer sur une intention explicite de partager le pouvoir.

(iv) La capacitation des parties prenantes par le biais de l'évaluation

Les démarches d'évaluation réaliste analysées ne semblaient pas viser des objectifs de capacitation, bien que les auteurs donnent peu de détails sur les effets du processus évaluatif.

Pour conclure, nos résultats suggèrent que les pratiques actuelles de l'évaluation réaliste répondent partiellement aux enjeux d'évaluation des programmes de promotion de la santé. L'approche est principalement considérée dans la littérature spécialisée en promotion de la santé comme une pratique d'abord méthodologique au détriment d'une pratique sociale. Par pratique sociale, nous entendons une pratique dont le processus met en relation les parties prenantes afin que les résultats de l'évaluation servent aux enjeux de promotion de la santé.

2. Horizon des évaluations réalistes impliquant les parties prenantes

Dans la continuité du précédent travail, nous avons examiné de plus près la question de la participation et de la capacitation des parties prenantes dans les évaluations réalistes toutes disciplines confondues et donc au-delà de la promotion de la santé. Le chapitre 6 porte sur ce travail et reproduit une *scoping review* publiée dans la revue *Evaluation*. (5)

À la suite de la description des 26 évaluations réalistes retenues – publiées entre 2010 et 2022, nous avons soulevé le constat qu'une grande majorité de celles-ci se sont déroulées en Europe (et surtout en Angleterre). L'analyse a montré que les pratiques de l'évaluation réaliste impliquant les parties prenantes tendent à augmenter depuis quelques années, ou du moins, qu'elles sont plus fréquemment rapportées dans la littérature scientifique (62% des articles retenus ont été publiés entre 2020 et 2022). Les 26 évaluations réalistes ont principalement mobilisé des données qualitatives (interviews, focus group, documents liés à l'intervention, workshops, observations) et quelques-unes étaient mixtes (données qualitatives et quantitatives).

Les résultats de nos analyses ont montré diverses façons d'impliquer les parties prenantes dans les évaluations réalistes, tant en ce qui concerne le type de parties prenantes impliquées (les personnes participant à la mise en œuvre de l'intervention, les bénéficiaires, les experts, etc.) qu'en ce qui concerne le niveau d'implication (les parties prenantes participent aux décisions ou sont consultées), ou encore en ce qui concerne les manières d'impliquer les parties prenantes (par des

techniques reposant sur la création d'un dialogue entre les évaluateurs et les parties prenantes, par des techniques visant le consensus, par des méthodes scientifiques impliquant une traduction par les scientifiques, etc.). La combinaison de ces trois aspects (type, niveau et manière) pouvait aussi varier au sein d'une même évaluation, par exemple, selon les phases de l'évaluation réaliste.

Malgré cette hétérogénéité, nous avons constaté que la forme de participation la plus fréquente consistait à impliquer les acteurs de la mise en œuvre du programme lors de la phase de construction de la théorie de programme initiale ou durant la collecte de données. Cette implication s'opérait principalement à l'aide de stratégies de mise en dialogue, sans toutefois inclure un partage des processus décisionnels.

Nous avons également mis en évidence que l'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes était souvent pensée en dehors des apports de la littérature spécialisée sur la participation. La plupart des pratiques apparaissent greffées à l'évaluation plutôt que comme composante intégrée à la démarche évaluative.

La dimension éthique de l'implication des parties prenantes était peu considérée. Les relations de partenariat qui ont pu se construire dans la conduite collaborative des évaluations réalistes faisaient l'objet de peu d'attention dans les articles.

Les résultats révèlent que les auteurs soulignent principalement l'importance de l'implication des parties prenantes pour accroître la validité des résultats, au détriment d'une finalité visant à renforcer les capacités des parties prenantes. Ces constats rejoignent ceux de la précédente *scoping review* qui mettait également en lumière l'absence presque systématique de la dimension capacitante de l'implication des parties prenantes.

Enfin, cette analyse met en avant le manque de description des démarches participatives et des effets de la participation. Les effets rapportés se limitent le plus souvent aux biais de la participation, plutôt que de porter sur les effets du processus évaluatif pour les participants.

Pour conclure, nos résultats suggèrent que les dimensions sociales et politiques de l'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes

sont sous-estimées. Ils soulignent la nécessité d'une réflexion approfondie sur la participation systématique, capacitante et éthique des parties prenantes dans les évaluations réalistes.

3. Conditions favorables à la pratique de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain

Comme l'indiquent les résultats des deux *scoping review* précédemment détaillés, la participation des parties prenantes dans la conduite d'une évaluation réaliste demeure peu explorée. Elle soulève toutefois de nombreuses questions qui, selon ces analyses, restent encore absentes de la littérature.

À partir d'un travail de terrain consistant à accompagner – de manière capacitante – des équipes issues de petites organisations subsidiées par Plan Stratégique de Promotion de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale dans l'évaluation réaliste d'un de leur programme de promotion de la santé, nous avons exploré les conditions essentielles à la pratique de l'évaluation réaliste par des équipes. Dans le chapitre 7, nous avons reproduit un article publié dans la revue *Global Health Promotion* qui concerne cette question.

Quatre équipes ont été accompagnées, chacune représentant un cas d'étude dans le cadre de notre étude de cas multiples. Quatre conditions apparaissent comme essentielles pour une pratique de l'évaluation réaliste impliquant des équipes de terrain. Ces conditions mettent en évidence la nécessité d'intégrer la participation des équipes de terrain, tout en prenant en compte le contexte global dans lequel elles évoluent car il influence la démarche participative de l'évaluation réaliste.

1) Soutenir et accompagner par le dialogue

La première condition qui émerge de nos analyses met l'accent sur l'importance de mettre le dialogue au centre de l'évaluation réaliste. À cette fin, les résultats mettent en évidence 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 semble avoir marqué.

Cette dernière fonction a été identifiée par plusieurs participants comme déterminante dans le processus. Son rôle était surtout de soutenir les équipes à prendre de la hauteur par rapport à leur programme à l'aide de questions naïves, voire provocatrices et d'une approche narrative (*storytelling*). Les conditions dans lesquelles se déroulait le dialogue entre les différentes parties prenantes ont joué un rôle fondamental. Le dialogue, s'il se déroule dans des conditions favorables, est déterminant pour que la démarche profite à toutes les parties et pour éviter les écueils d'une approche évaluative déconnectée du programme et exempte de réflexivité.

2) Penser la rencontre entre les repères de l'évaluation réaliste et de la promotion de la santé

Les analyses ont montré que la rencontre entre les dimensions épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation réaliste et les fondements de la promotion de la santé a pu créer des tensions. Dans notre étude, les membres des équipes comprenaient, par exemple, le contexte comme des caractéristiques qui interagissent avec l'intervention et participent à l'explication des effets. Pourtant, ils avaient tendance à avoir une vision relativement descriptive et statique du contexte quand il s'agissait de l'intégrer à une réflexion sur la causalité. Par exemple, un repère très présent dans les pratiques des participants 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 était que ces éléments étaient peu dynamiques et souvent mis sur un même pied d'égalité. Leur poids et leur rôle dans la survenue ou non des effets étaient dès lors occultés et le contexte de l'intervention paraissait figé. Nos résultats suggèrent que 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.

La notion de mécanisme est entrée en tension avec le principe des « déterminants de la santé » en raison de l'accent que met cette notion sur des dimensions

cognitives et psychologiques, au détriment des « forces » présentes à d'autres niveaux du système, tels que les niveaux politique, organisationnel ou structurel. Cela suggère la nécessité d'étendre la définition du mécanisme, afin d'éviter de réduire l'analyse aux seuls facteurs psychosociaux, alors que les programmes de promotion de la santé visent à influencer un ensemble plus large de déterminants de la santé.

Une démarche participative de l'évaluation réaliste demanderait dès lors d'examiner les tensions pouvant émerger de la rencontre entre les fondements de la promotion de la santé et les principes épistémologiques et conceptuels de l'évaluation réaliste, ainsi que de réfléchir à la manière de les articuler de manière plus cohérente.

3) Adopter une approche de l'évaluation réaliste qui soit axée sur les apprentissages

Dans notre recherche, l'évaluation réaliste a été envisagée comme une approche au service du développement des programmes. Le processus évaluatif était donc intégré au programme et à son contexte, plutôt que d'être « greffé », ce qui a permis d'apporter des adaptations tout au long de l'évaluation et non uniquement à la fin. Autrement dit, la pression du résultat d'évaluation était mise en second plan au profit d'adaptations en cours d'évaluation.

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 semble avoir le potentiel de promouvoir l'apprentissage organisationnel et l'innovation. Au-delà des enseignements sur le projet, nos résultats suggèrent que l'utilisation de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain pourrait également représenter une opportunité pour développer leurs capacités à évaluer et à analyser les situations.

4) Inscrire la démarche dans une politique publique axée sur une culture de la réflexivité

Les résultats ont montré que les équipes initient un processus évaluatif pour des raisons variées mais que la valorisation des programmes aux yeux des bailleurs de fonds était un objectif saillant. Le processus itératif entre la définition de l'objectif de l'évaluation et l'explicitation de la théorie de programme a permis de recentrer les questions d'évaluation sur des aspects réflexifs au service des besoins du programme. Bien que la valorisation auprès du bailleur de fond soit restée importante, elle a progressivement pris moins de place dans les réflexions qui étaient dès lors davantage ancrées dans l'explicitation de la théorie de programme.

Nos résultats montrent que l'évaluation réaliste, en tant qu'approche d'évaluation des programmes financés par des politiques publiques, nécessite de dépasser la culture du contrôle des effets ou la sanction de l'absence d'effets. Elle doit plutôt s'inscrire dans une relation avec les bailleurs de fonds fondée sur une culture de la réflexivité, où la compréhension systémique des effets prime sur la recherche d'une efficacité absolue.

Cette étude s'inscrivait dans la volonté de l'appareil politico-administratif de se doter d'outils d'évaluation axés sur la réflexivité, comme en témoignent l'intégration de l'évaluation réaliste dans la politique publique de promotion de la santé et le soutien apporté à cette démarche. Cela souligne l'importance accordée à l'établissement d'un espace de dialogue réciproque entre acteurs politiques, de terrain et de recherche dans notre contexte.

Pour conclure, nos résultats soulignent que l'utilisation de l'évaluation réaliste par les acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'un programme (désignés ici sous le nom d'équipes) soulève des questions cruciales concernant le soutien, tant sur le plan méthodologique que social. Ils révèlent également les tensions entre les approches épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation réaliste et les repères traditionnels en promotion de la santé. Par ailleurs, ils mettent en lumière qu'une approche participative de l'évaluation réaliste a le potentiel de renforcer les capacités des acteurs. Enfin, nos

résultats montrent l'importance du contexte politique dans lequel s'inscrit la démarche participative de l'évaluation réaliste et invitent à impliquer aussi les acteurs de l'appareil politico-administratif dans les évaluations réalistes.

4. Apprentissages d'une démarche d'évaluation réaliste accompagnée

Dans le chapitre 8, nous avons exploré en détail les effets de l'accompagnement des équipes de promotion de la santé à l'évaluation réaliste. De notre position de chercheuse-accompagnatrice, nous avons adopté un raisonnement *réaliste* afin d'examiner comment l'accompagnement des équipes à l'évaluation réaliste contribue au développement de leurs capacités à répondre aux enjeux de promotion de la santé.

Les analyses ont permis d'élaborer 10 configurations contexte-mécanisme-effet qui expliquent les effets de capacitation de l'accompagnement, observés au niveau individuel, des équipes et de l'organisation. Nous les synthétisons ci-après.

Par la création d'un espace de réflexion au sein de l'organisation en présence d'une tierce personne, les participants, qui d'ordinaire ressentent une pression à « faire » avec peu d'espace pour de la réflexivité, ont adopté une posture d'auto-analyse qui leur a procuré du bien-être professionnel et leur a permis de transformer leurs pratiques en savoirs. (configuration 1.1.)

Malgré la complexité de la démarche réaliste, la participation à l'accompagnement a été perçue positivement par les participants. Ceux qui avaient peu d'expérience en matière d'évaluation ont inscrit intuitivement l'expérience dans leurs repères, ce qui leur a permis de faire évoluer leur attitude et leur motivation envers l'évaluation. (configuration 1.2.) Ceux qui, au contraire, disposaient de repères théoriques et d'expériences antérieures en matière d'évaluation ont interprété cette nouvelle expérience et ont ainsi renforcé leurs connaissances et compétences. (configuration 1.3.)

En raison d'une culture de travail horizontale et collaborative, les référents ont adopté un rôle de facilitateur plutôt que de leader et ont permis de créer un climat

favorable à la participation collective mais n'ont dès lors pas renforcé davantage que les autres leurs compétences. (configuration 1.4.)

Par une mise en dialogue des interprétations du fonctionnement du programme au sein des équipes, dans un climat bienveillant et collaboratif, celles-ci ont interprété leurs pratiques en savoirs qui ont permis d'ajuster le programme en cours d'évaluation mais qui sont difficilement transmissibles au reste de l'organisation. (configuration 2.1.)

Par la création d'un espace dédié à la réflexivité collective, les équipes, qui sont pluridisciplinaires et connaissent un turn-over important, ont légitimé les multiples identités et expertises, ce qui a permis de mettre en œuvre le programme de manière cohérente. (configuration 2.2.)

En raison de la présence régulière d'une tierce personne qui utilisait un vocabulaire évaluatif différent et orienté sur les apprentissages, alors que la culture évaluative des équipes est centrée sur les exigences des bailleurs de fonds, les équipes se sont dotées d'un vocabulaire commun, ce qui a permis de développer des repères partagés en matière d'évaluation mais qui restent circonscrits à l'équipe participante. (configuration 2.3.)

La compréhension commune du programme que les équipes ont développé (cf. configuration 2.1.) en présence de figures de management a été diffusée au-delà de l'équipe participante, ce qui a permis d'envisager des ajustements qui n'ont pas nécessairement été institutionnalisés. (configuration 3.1.)

La capitalisation des résultats de l'évaluation sous des formats utilisables, dans un contexte où les organisations cherchent à assurer leur pérennité financière et à renforcer leur visibilité, a contribué à accroître leur crédibilité organisationnelle. Ce qui a permis de mieux valoriser les projets auprès des parties prenantes externes. (configuration 3.2.)

En raison du fait que l'accompagnement traduisait à la fois l'évaluation réaliste et la promotion de la santé, alors que les organisations doivent naviguer parmi plusieurs cadres théoriques, les organisations ont intégré un narratif qui met en cohérence

leur identité organisationnelle et celle du bailleur de fonds, ce qui renforce leur reconnaissance et leur crédibilité auprès du bailleur de fonds. (configuration 3.3.)

Nos résultats mettent en lumière les effets de capacitation que l'on peut attendre d'une intervention consistant à accompagner des équipes de terrain à la conduite d'une évaluation réaliste au sein des petites associations dépendant de financements publics. Si des effets de capacitation sont constatés à différents niveaux – individuel, collectif et organisationnel – nos résultats montrent néanmoins que les effets de capacitation de l'intervention au niveau organisationnel sont assez limités et peu contributifs à la capacité de l'organisation à évaluer. Ils montrent en revanche une certaine utilisation des résultats de l'évaluation par l'organisation pour valoriser le programme vers l'extérieur et considérer des ajustements futurs. Les effets de capacitation observés aux niveaux individuel et collectif sont, en revanche, plus engageants en termes de capacitation à l'évaluation.

Nos résultats montrent aussi l'interdépendance entre les pratiques évaluatives des organisations et ce qu'elles imaginent être valorisé par les bailleurs de fonds. Ils montrent aussi que l'application de l'évaluation réaliste implique de devoir « désapprendre » ou déconstruire les représentations pour être en mesure de faire évoluer les compétences et connaissances.

Pour conclure, nos résultats suggèrent qu'un processus d'évaluation réaliste accompagné produit des effets à différents niveaux. Il permet aux individus et équipes de poser un regard réflexif sur leurs pratiques, de structurer leurs savoirs et de renforcer leur engagement envers l'évaluation. La capacitation des individus et équipes est ainsi passée par la déconstruction des pratiques, leur analyse, puis l'adaptation. Les effets sur l'organisation se situent, en revanche, sur un autre registre : ils montrent que la relation qu'entretiennent les associations avec les bailleurs de fonds influence les processus d'apprentissage organisationnel et l'utilisation qui est faite de l'évaluation – tant l'utilisation des résultats de l'évaluation que du processus. Nos résultats confirment le rôle considérable joué par le contexte politico-administratif dans les démarches de capacitation.

II. Discussion générale

La synthèse des principaux résultats de notre recherche doctorale met en lumière sa contribution à l'exploration des questionnements et controverses soulevés par la mise en œuvre d'évaluations réalistes au sein de petites associations subventionnées dans le domaine de la promotion de la santé. Plus précisément, nos résultats enrichissent la réflexion sur les enjeux liés à une pratique participative et capacitante de l'évaluation réaliste. En adoptant une approche interdisciplinaire, voire transdisciplinaire, notre recherche permet d'examiner cette pratique sous différents angles, révélant ainsi les tensions et défis qui y sont associés à partir des expériences des acteurs concernés.

Tout au long de notre recherche doctorale, nous avons assumé le choix d'une approche évaluative (l'évaluation réaliste) et de l'école de pensée à laquelle elle se rapporte (le réalisme transcendantal) tant dans une démarche orientée sur son application par les acteurs de terrain avec l'accompagnement de la chercheuse-accompagnatrice (CA) (cf. chapitre 7) que dans une démarche de recherche par la mobilisation de l'évaluation réaliste pour l'étude rétrospective des effets de l'accompagnement (cf. chapitre 8).

Par ce double emploi, nous apportons une contribution au **double enjeu** énoncé par Louart et Ridde (6) qu'ils présentent de la manière suivante : « (...) il est nécessaire de documenter les défis liés à l'utilisation de cette approche [évaluation réaliste] afin de développer des solutions adéquates. Il est en particulier nécessaire d'agir à la fois pour la démocratisation et l'accessibilité de cette approche évaluative auprès des acteurs de terrain et, du côté de la recherche, de documenter systématiquement les processus suivis (...) et d'informer sur les défis rencontrés lors de la mobilisation de cette approche. » ⁵¹ (6, p57).

⁵¹ Traduit librement de : « (...) it is necessary to document the challenges related to the use of this approach in order to try to develop adequate solutions. In particular, it is necessary to act both for the democratisation and popularisation of this evaluation approach among field actors; and also, on the research side, to systematically document the processes followed

Dans notre discussion, nous approfondissons ce double enjeu en mobilisant une réflexion critique soutenue par la littérature issue de disciplines variées, afin de dégager de nouvelles perspectives à partir de nos résultats. Ainsi, **le premier point** approfondit les enjeux liés à l'utilisation de l'évaluation réaliste dans un cadre de recherches participatives et capacitanes en promotion de la santé. **Le deuxième point** s'intéresse à son utilisation comme cadre de référence d'une politique publique. Enfin, le **troisième point** examine les implications de l'évaluation réaliste dans un espace délibératif.

1. L'évaluation réaliste dans une approche de recherche participative et capacitante en promotion de la santé : vers une pratique négociée de l'évaluation réaliste

Les résultats de l'exploration de la littérature dans le champ de la promotion de la santé soulignent que le recours à l'approche réaliste est principalement motivé par son attrait méthodologique pour mieux comprendre la complexité dans laquelle les programmes se mettent en œuvre. (4) Cet attrait méthodologique tend à occuper une place prépondérante dans le processus évaluatif, au détriment d'une attention aux principes éthiques de la promotion de la santé tels que la participation et la capacitation. (4)

L'analyse des pratiques participatives de l'évaluation réaliste, tous champs confondus, indique qu'elles impliquent le plus souvent les acteurs engagés dans la conception et la mise en œuvre des programmes. (5) Néanmoins, leur implication semble le plus souvent instrumentale, sans réelle prise en compte des dimensions éthique et capacitante de la participation – réduisant ainsi son potentiel sociétal. (5)

Les résultats de notre recherche empirique mettent en évidence que pour pratiquer l'évaluation réaliste avec des acteurs de terrain, il faut pouvoir se détacher d'une forme de rigidité de l'évaluation réaliste alors que celle-ci gagnerait à être négociée

(...) and to inform on the challenges encountered in mobilising this approach. » (Louart & Ridde, 2023)

et associée à d'autres approches pour être davantage contextualisée aux repères existants, aux besoins et à la capacité des équipes de terrain. (7)

À la lumière de ces résultats, plusieurs questions émergent pour que le choix de l'évaluation réaliste ne repose pas uniquement sur son attrait méthodologique mais aussi sur son adéquation avec les valeurs, besoins et contraintes des acteurs en charge des programmes et politiques de promotion de la santé ; autrement dit pour une utilisation appropriée de l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé. Ces questions sont approfondies dans ce premier point de discussion.

1.1. Produire des connaissances valides et socialement utiles ... et utilisables ?

En intégrant une compréhension ancrée dans le contexte des interventions, l'évaluation réaliste enrichit la boîte à outils des chercheurs, des décideurs et des praticiens engagés dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de promotion de la santé. (8) Elle s'inscrit ainsi parmi les approches qui prétendent fournir des connaissances à la fois valides sur le plan scientifique et socialement utiles. (9, 10)

En s'attachant à analyser l'efficacité dans ses dimensions circonstanciées – attendues comme inattendues – l'évaluation réaliste évite l'écueil d'une approche exclusivement axée sur la mesure d'une efficacité absolue et généralisable. L'approche permet de produire des connaissances qui traduisent la complexité des interventions. Tout le processus d'évaluation est ancré dans les théories existantes, ce qui attribue à ses résultats un potentiel transférable. L'évaluation réaliste repose sur une visée compréhensive et holistique des interventions, invitant à la multidisciplinarité et à la diversité des sources de données, tant qualitatives que quantitatives. (6)

Globalement, elle permet de ne pas tomber dans le piège d'une approche exclusivement basée sur les preuves produites par une méthode unique (souvent l'essai contrôlé randomisé) qui non seulement décontextualise les interventions mais ne permet pas de comprendre pourquoi les effets se produisent et qui sous-théorise les objets.

Toutefois, notre travail doctoral met en lumière un angle mort dans la littérature : si les bénéfices de l'évaluation réaliste sont largement discutés, les défis liés à l'appropriation et à l'utilisation de ses résultats restent peu documentés. Nos résultats suggèrent que, bien que les connaissances produites soient socialement utiles, elles demeurent difficilement exploitables par ceux qui n'ont pas été impliqués dans le processus évaluatif (cf. chapitre 8). Or, la mise en œuvre des interventions repose précisément sur des acteurs sociaux (praticiens, intervenants, chargés de projet etc.) dont l'interprétation et l'appropriation des résultats influencent directement leur capacité à ajuster les pratiques.

Si l'évaluation réaliste valorise le rôle des acteurs de terrain dans la compréhension du fonctionnement d'un programme (11), leur implication dans **l'appropriation et la mobilisation des résultats** d'évaluation reste, d'après nos résultats, largement sous-explorée (5). Nos résultats suggèrent que cette dimension devrait être intégrée de manière plus explicite dans le cycle de l'évaluation réaliste, notamment à l'étape de la révision de la théorie du programme pour que des adaptations pratiques puissent être envisagées en cohérence avec les ajustements de la théorie de programme.

Ce constat ouvre une perspective de recherche essentielle alors que de récents travaux ont contribué à enrichir les défis méthodologiques de l'évaluation réaliste (12). Plusieurs auteurs ont par exemple contribué aux réflexions relatives aux méthodes de collecte de données qualitatives (13, 14) et quantitatives (15). D'autres ont cherché à faire évoluer les concepts-clés des approches réalistes comme la notion de contexte (16) ou de mécanisme (1, 17). Quelques-uns ont aussi expérimenté des méthodes plus innovantes telles que le photovoix (18), les entretiens en visioconférence (19) ou les diagrammes de boucle causale (20).

La question de l'appropriation et de l'utilisation des résultats des évaluations réalistes reste un défi majeur. Elle appelle à être explorée par des approches de recherche collaborative et participative.

Nos résultats suggèrent ainsi que l'utilisation de l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé ne peut se limiter à son perfectionnement

méthodologique. Elle nécessite de se doter d'une double mission : d'une part, le développement scientifique rigoureux des connaissances et, d'autre part, une visée sociétale visant à l'utilisation des évaluations pour les pratiques et les décisions. Cela suppose de porter une attention accrue aux modalités de participation des parties prenantes, afin de renforcer leur capacité à interpréter et s'approprier les résultats.

Il ressort de ce développement que la participation plus systématique des **parties prenantes dans les évaluations réalistes**, démarche qui a fait ses preuves dans d'autres domaines comme en sciences de l'environnement (21) et en sciences de la santé (22), permettrait de relever cette double mission.

1.2. Rapprocher recherche et terrain pour la production de connaissances : la synergie est-elle possible ?

Les résultats de notre étude de l'accompagnement d'équipes de terrain à la conduite de l'évaluation réaliste mettent en évidence le potentiel de la collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain (7). Cette synergie apparaît bénéfique tant pour la production de connaissances que pour l'apprentissage organisationnel et l'innovation sur le terrain.

Dans le champ de la promotion de la santé, l'évaluation réaliste pourrait être envisagée non seulement comme une approche méthodologique mais aussi comme une opportunité pour fédérer **chercheurs (université) et acteurs (société)** autour d'un objet commun (l'intervention) et d'une préoccupation partagée (en comprendre les mécanismes pour favoriser l'impact⁵² des interventions). De cette manière, l'évaluation réaliste favoriserait non seulement la co-crédation des savoirs mais également, comme décrit plus haut, l'appropriation de ces savoirs.

Cependant, la mise en œuvre de ce type d'approche nécessite un équilibre entre la rigueur méthodologique et la reconnaissance du rôle essentiel des acteurs de terrain. La littérature scientifique témoigne d'une prise de conscience croissante de

⁵² Ici compris comme pouvant produire des bénéfices sociétaux en termes de santé, économie, culturel, ...

l'importance que revêt **l'impact sociétal** des recherches, et ce dans différentes disciplines. (22, 23, 24) Dans cette dynamique, le partenariat entre université et société joue un rôle déterminant mais ne constitue pas un gage de réussite (25, 26). La co-crédation de connaissances est un processus complexe qui ne peut être rédult à l'utilisation de techniques et d'outils spécifiques. (22) Elle rencontre divers obstacles, qu'ils soient liés aux parties prenantes (chercheurs, décideurs, financeurs ...) ou à des facteurs systémiques (culture organisationnelle, temporalité divergente ...). (27)

Pearce et ses collègues (28) offre un cadre structurant pour envisager l'évaluation réaliste comme levier de co-crédation de savoirs en promotion de la santé : « [La co-crédation de nouvelles connaissances] découle de l'application de méthodes de recherche rigoureuses qui sont intégrées à la mise en œuvre d'un programme ou d'une politique (par des chercheurs et une diversité d'acteurs, notamment les prestataires de services, les usagers, les organisations communautaires et les décideurs politiques). Ce processus se déroule à travers quatre processus collaboratifs : (1) le développement d'une idée (co-idéation) ; (2) la conception du programme ou de la politique ainsi que des méthodes de recherche (co-conception) ; (3) la mise en œuvre du programme ou de la politique selon les méthodes de recherche convenues (co-implémentation) ; et (4) la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (co-évaluation). » ⁵³ (28, p11)

Plusieurs expériences (29, 30) associant à la fois exigence méthodologique et engagement des parties prenantes dans la pratique des méthodes encouragent à se doter de cadres et de modèles, comme celui de Pearce et ses collègues (28), capables de soutenir cette synergie entre rigueur scientifique et co-construction.

⁵³ Traduit librement de : « The generation of new knowledge that is derived from the application of rigorous research methods that are embedded into the delivery of a program or policy (by researchers and a range of actors including service providers, service users, community organisations and policymakers) through four collaborative processes: (1) generating an idea (co-ideation); (2) designing the program or policy and the research methods (co-design); (3) implementing the program or policy according to the agreed research methods (co-implementation), and (4) the collection, analysis and interpretation of data (co-evaluation). » (Pearce et al. 2020)

L'appel à investir cette mission dans le champ de la promotion de la santé a été lancé par von Heimbürg et Cluley (31) qui argumentent l'intérêt des approches de co-création pour développer des interventions de promotion de la santé en tenant compte de la complexité des contextes.

En ce qui concerne la discipline de l'évaluation, les défis sont certes nombreux en raison de l'intrication des enjeux méthodologiques, politiques et éthiques qui le traversent. Pourtant, plusieurs perspectives prometteuses émergent (8, 10, 32), incitant à explorer plus en profondeur la possibilité de guider la conduite d'évaluation réaliste selon les principes du mouvement des « évaluations de quatrième génération » (33).

1.3. Vers une évaluation réaliste négociée

Dans leur ouvrage de référence « Fourth Generation Evaluation » (1989), Guba et Lincoln proposent une **typologie** des évaluations en quatre générations (33) : les évaluations axées sur la mesure (1^e génération), les évaluations descriptives (2^e génération), les évaluations axées sur le jugement et la prise de décision (3^e génération) et les évaluations négociées (4^e génération). Alors que les trois premières s'inscrivent dans un paradigme positiviste, la quatrième repose sur un paradigme constructiviste. Chaque génération reflète une « culture » de l'évaluation, sans pour autant qu'il y ait une hiérarchie entre elles. Comme le titre de leur ouvrage le suggère, Guba et Lincoln proposent et développent la quatrième génération d'évaluation. Nous y reviendrons.

L'évaluation réaliste est difficile à situer dans cette typologie en raison de son ancrage dans le paradigme du réalisme transcendantal, lui-même à l'intersection entre le paradigme positiviste et constructiviste.

Rappelons que notre **approche pragmatique de l'évaluation réaliste** s'inscrivait dans une démarche participative et capacitante dont l'objectif n'était pas d'achever l'évaluation réaliste à tout prix mais plutôt d'expérimenter l'approche avec des professionnels de terrain. Nous nous sommes appuyée sur les fondements théoriques et méthodologiques définis par Ray Pawson et Nick Tilley (11, 34, 35),

tout en les adaptant de sorte que le processus évaluatif⁵⁴ reste adapté aux réalités dans lesquelles se réalisaient les évaluations. (36)

L'idée de pragmatisme renvoie aux travaux de Michaël Q. Patton qui a développé « l'évaluation axée sur l'utilisation », c'est-à-dire une approche évaluative qui implique de travailler avec les principaux utilisateurs de l'évaluation dans le but d'atteindre l'utilisation souhaitée. (37) Par « pragmatisme », on entend donc adopter une posture qui s'éloigne du dogmatisme des approches paradigmatiques pour se rapprocher du réel des utilisateurs directs et indirects des évaluations. (38)

Ainsi, notre approche pragmatique de l'évaluation réaliste donne davantage de place aux principes qui sous-tendent le **paradigme constructiviste** dans le processus d'évaluation. En ce sens, notre approche s'inscrit dans les évaluations de quatrième génération proposées par Guba et Lincoln, que nous détaillons maintenant brièvement.

Outre le fait que cette approche d'évaluation soit basée sur le paradigme constructiviste, elle est organisée en tenant compte des préoccupations et des problèmes des publics concernés. Ainsi, la personne évaluatrice endosse des responsabilités variées pour pouvoir naviguer dans le processus herméneutique-dialectique de ce type d'évaluation, autrement dit dans un processus de négociation et d'arbitrage. Ce processus est herméneutique car il est interprétatif par nature et dialectique car il comprend une comparaison et une mise en contraste des points de vue différents pour parvenir à une synthèse qui conduit à l'action. (39)

Guba et Lincoln accompagnent leur typologie de **cinq critères de qualité**, eux aussi guidés par le paradigme constructiviste, qu'ils appellent « critères d'authenticité », pour juger de la qualité de ce type d'évaluation. Nous les citons mais ne les développerons pas : l'équité (toutes les constructions concurrentes ont été considérées), l'authenticité ontologique (toutes les constructions individuelles ont évolué), l'authenticité éducative (les individus comprennent mieux les constructions

⁵⁴ Une description détaillée de l'utilisation de l'évaluation réaliste se trouve dans le rapport de recherche ProSess, accessible via le site du RESO : www.uclouvain.be/reso

des autres), l'authenticité catalytique (l'action est stimulée et facilitée par l'évaluation) et l'authenticité tactique (les individus sont habilités à prendre les mesures que l'évaluation implique ou propose). (39)

Mêler les paradigmes n'est pas toujours facile à justifier dans le milieu académique. Pourtant, selon Valery Ridde et ses collègues, « L'avenir de l'évaluation est certainement du côté de la mise à l'écart de tout dogmatisme disciplinaire ou paradigmatique. [...] À l'image des personnes suggérant un recours accru aux méthodes mixtes dans le domaine de l'évaluation (Bujold et al. 2018), dépassant ainsi les discussions paradigmatiques pour plus de pragmatisme, le futur est peut-être dans une voie du dépassement consistant à mêler les approches. » (40) Pour illustrer cette tendance à mêler les paradigmes, les auteurs donnent l'exemple des démarches développant des « essais contrôlés randomisés réalistes » (41), autrement dit une démarche qui mêle réalisme et positivisme.

Plusieurs auteurs ont partagé des expériences d'évaluation réaliste combinées à une approche constructiviste. Evelyne de Leeuw et ses collègues ont, par exemple, mené une évaluation réaliste selon les principes des évaluations de 4^e génération – qu'ils nomment « Fourth Generation Realist Evaluation » (32) – dans le cadre de l'évaluation de la dynamique des Villes Santé Européennes soutenues par l'OMS. (8, 32, 42) Autre exemple, Gill Westhorp et ses collègues (10) ont utilisé une « recherche-action réaliste » dans le but de co-construire des services visant à favoriser la participation sociale et économique de communautés et des individus en grande précarité.

Dans la poursuite des expériences de Evelyne de Leeuw (8), Gill Westhorp (10) et d'autres sans doute, nous suggérons une approche de l'évaluation réaliste qui s'inscrit en faveur d'une conciliation des paradigmes pour une approche pragmatique et négociée de l'évaluation réaliste, que nous simplifions en parlant **d'évaluation réaliste négociée**.

D'après nos résultats, croisés avec les expériences relatées ci-avant, nous proposons une tentative de définition et les principes suivants d'une *évaluation réaliste négociée*.

Une évaluation réaliste négociée est une approche hybride qui articule les principes épistémologiques et ontologiques de l'évaluation réaliste – qui se fondent sur l'idée d'une réalité indépendante des représentations que nous en avons – avec une démarche méthodologique inspirée des évaluations de quatrième génération – qui mobilisent un processus herméneutique et dialectique avec les parties prenantes – pour produire des preuves à la fois contextuellement valides, socialement utiles et utilisables pour soutenir le développement des programmes par la compréhension de son fonctionnement causal.

Si cette définition tend à distinguer les fondements de l'approche réaliste et des évaluations de quatrième génération, il nous semble que, en pratique, des chevauchements puissent émerger, notamment lors des dynamiques de co-construction et d'interprétation.

Sur base de cette définition, nous identifions **7 caractéristiques** d'une évaluation réaliste négociée :

- ♦ **Ancrage dans le réalisme transcendantal et le constructivisme**

L'évaluation réaliste négociée repose sur un double postulat : d'une part, les constructions que les parties prenantes se font de la réalité constituent un point d'accès essentiel à la compréhension de la réalité indépendante des constructions et, d'autre part, cette compréhension du réel régule les constructions que l'on se fait de la réalité (10).

Ainsi, le processus de recherche s'ancre dans un paradigme constructiviste, tandis que les connaissances générées s'inscrivent dans une compréhension réaliste et générative de la causalité.

- ♦ **Une conception générative de la causalité**

La causalité est générative et se comprend à l'aide du contexte. Le contexte est compris comme ce qui participe à actionner - ou pas - les mécanismes causaux qui expliquent les effets. En ce sens, le programme n'est pas causal mais participe à ce que des relations causales s'opèrent dans le réel.

Les constructions des parties prenantes ne suffisent pas nécessairement à atteindre cette abstraction causale.

Ainsi, le rôle du chercheur est de repérer et proposer des théories existantes pouvant soutenir l'atteinte d'une compréhension de la causalité à laquelle le programme participe et ce dans le respect des principes délibératifs.

- ♦ **Une phase pré-évaluative structurante**

Cette phase est essentielle pour (i) s'assurer que le choix de l'évaluation réaliste est un choix raisonné en fonction des besoins et des particularités du contexte de la recherche et du programme, (ii) négocier les conditions nécessaires au processus herméneutique et dialectique et (iii) construire une base de confiance et un engagement mutuel entre les parties prenantes.

- ♦ **Des objectifs et des questions de recherche négociés**

Les objectifs et questions de recherche sont définis avec les parties prenantes. Ils ont un caractère explicatif et holistique, visant à comprendre *le si, le pourquoi, le comment et le pour qui* un programme fonctionne. Ils tiennent compte des considérations pragmatiques, politiques et des besoins des parties prenantes.

- ♦ **Théorisation continue par un processus herméneutique et dialectique**

La théorisation accompagne chaque étape du processus évaluatif, bien qu'elle ne soit pas directement structurée selon l'heuristique réaliste (configuration CME).

Les théories de programmes initiales émergent d'une phase de découverte interprétative (herméneutique) nourrie des représentations des parties prenantes et des sources de données existantes.

Les méthodes de collecte des données sont multiples, guidées par ces premières hypothèses et conçues pour favoriser l'écoute et la reconnaissance des savoirs situés. Elles favorisent ainsi l'engagement des parties prenantes.

Les théories de programme finales, expliquant le fonctionnement causal du programme, sont formulées selon les critères de la causalité générative.

♦ **Un partage du pouvoir décisionnel fondé sur la délibération**

Le rôle du chercheur ou de la personne évaluatrice est multiple. Il est à la fois défenseur des constructions de chacun et du principe épistémologique selon lequel il existe une réalité indépendante. Il est pédagogue dans le sens où il accompagne les parties prenantes à faire l'examen de leurs constructions et à y mettre du sens à travers les constructions des autres et les théories existantes. Il est facilitateur des processus de délibération et garant de l'atteinte d'un consensus. Relativement aux théories de programmes, il lui revient de susciter un consensus raisonné sur un maximum de théories et d'accueillir les conflits de valeurs et d'intérêts en les intégrant au processus pour enrichir les résultats.

La phase de révision de la théorie de programme s'opère en ce sens par un processus dialectique – ou d'assimilation – visant à obtenir une nouvelle construction qui soit contextuellement valide, socialement utile et utilisable par les parties prenantes.

♦ **Une visée transformative**

L'évaluation ne s'arrête pas à la production de connaissances. Elle soutient activement l'adaptation des pratiques, en continu, tout au long de la démarche. Elle cherche à développer la capacité des parties prenantes à prendre action en valorisant notamment leur rôle dans l'appropriation et l'utilisation des résultats.

Pour clôturer ce point, il est évident que cette définition ainsi que ces caractéristiques méritent d'être approfondies. Elles constituent un point de départ qu'il appartiendra aux chercheurs intéressés de faire évoluer, d'affiner et de mettre à l'épreuve dans des contextes variés.

1.4. S'interroger sur sa posture et ses implications éthiques

Les résultats des *scoping reviews* (4, 5) ont montré qu'une considération éthique de la participation dans les évaluations réalistes manquait. En outre, nos analyses empiriques ont peu développé cet aspect. En revanche, nous avons mis en évidence au chapitre 4 que nos réflexions éthiques ont accompagné le processus de

recherche et l'ont transformé par l'évolution de notre positionnement (cf. IV Forces et limites).

Il apparaît ainsi essentiel, dans une approche négociée de l'évaluation réaliste, d'accompagner la démarche **d'une réflexion éthique**. La littérature sur l'éthique en évaluation est riche et variée (43, 44, 45, 46), tout comme celle portant sur l'éthique en promotion de la santé (47, 48).

Dans ce point de discussion, nous abordons trois questions éthiques ayant occasionné des dilemmes au cours de la recherche.

La **première question éthique** soulevée concerne **l'inclusion** des parties prenantes, qui constitue l'une des nombreuses dimensions de la participation. L'inclusion implique d'abord de déterminer *qui* est appelé à participer au processus mais aussi d'identifier les obstacles susceptibles d'entraver cette participation. Il s'agit d'un enjeu fondamental, dans la mesure où le degré et les modalités d'inclusion influencent directement le déroulement du processus évaluatif ainsi que ses résultats. (49)

Ces questions relatives à l'inclusion ne se posent pas uniquement en amont du processus mais tout au long de celui-ci. Elles s'inscrivent dans les contextes institutionnel, politique et méthodologique de l'évaluation. Elles dépendent par ailleurs des compétences et sensibilités de la personne évaluatrice. (49) La question de l'inclusion revêt une dimension politique indéniable qu'il convient de reconnaître et d'analyser. (50)

La création d'espaces participatifs autour des questions d'évaluation soulève nécessairement des interrogations quant à l'intégration de certaines voix et donc, à l'exclusion d'autres : qui est inclus, qui ne l'est pas et pourquoi ? À travers la réflexion sur ces questions, l'inclusion ne peut se réduire à la simple ouverture (l'accessibilité) des espaces, elle implique une réflexion critique du pouvoir et de la représentativité.

Ainsi, les considérations éthiques liées à la participation doivent être mobilisées tout au long du processus évaluatif. Elles exigent du chercheur ou de la personne évaluatrice une vigilance et une capacité à interroger ses représentations ainsi

qu'une disposition à réviser ses préférences méthodologiques au profit de la participation. Comme le formulent Mathieu Berger et Julien Charles : il s'agit de « contrôler ses intuitions critiques et de revoir son rapport préférentiel à l'une ou à l'autre des modalités de l'inclusion démocratique ». (50, p30) Une « éthique des participations » devrait par ailleurs questionner les formes politiques de la participation. (51)

Découlant de la première, la **seconde question** concerne le **dialogue** qui se tient tant au sein des espaces formels consacrés à l'évaluation qu'en dehors. Dans une évaluation réaliste négociée, la négociation ne peut exister sans dialogue : un échange ouvert, pluriel, parfois conflictuel, constitue le cœur même du processus évaluatif et oriente les résultats qui en émergent (52). Ce dialogue s'accompagne inévitablement de dilemmes et de questionnements éthiques, liés notamment aux positions des parties prenantes, aux rapports de pouvoir et aux effets de la mise en discussion.

Les récits issus du terrain y occupent une place centrale et relèvent de l'interprétation des acteurs. Ils peuvent être enthousiastes et inspirants mais ils peuvent aussi être plus sombres, révélant des injustices, des violences ou des pratiques discutables. Ces récits peuvent ne pas faire consensus : ce qui est perçu comme problématique par certains ne l'est pas nécessairement pour d'autres, y compris pour le chercheur. Dans ces situations, que faire des émotions ? de celles exprimées ou enfouies par les collectifs comme de celles du chercheur ? Comment les accueillir sans les neutraliser ?

À cela s'ajoute une autre dimension souvent négligée : celle des dialogues invisibilisés. Par là, nous entendons les échanges qui ont lieu en dehors des espaces formels de l'évaluation – avant ou après les réunions, dans les couloirs, lors de réunions externes au processus évaluatif. Ces conversations, bien que souvent hors du regard et de la connaissance du chercheur, influencent les dynamiques et les consensus.

La **troisième** concerne les **valeurs** du chercheur (ou de la personne évaluatrice) qui se positionne aux côtés des parties prenantes tout au long du processus

d'évaluation réaliste négociée. Plus précisément, notre réflexion interroge la place de ces valeurs lors de l'explicitation de la théorie de programme, une phase particulièrement critique de la démarche réaliste et les dilemmes qui peuvent en découler.

La théorie de programme et les configurations Contexte-Mécanisme-Effet (CME) qui l'accompagnent reposent sur la triangulation de plusieurs sources d'information mais s'ancrent principalement dans les hypothèses de fonctionnement formulées par les parties prenantes. De ce fait, elles sont intrinsèquement imprégnées des valeurs de ces acteurs. (53) Dans ce contexte, le chercheur peut éprouver des difficultés à percevoir l'influence de ses propres valeurs alors même qu'elles guident les parties prenantes dans ce processus d'explicitation. À l'inverse, cette étape peut également révéler des divergences de valeurs entre les parties prenantes ou entre celles-ci et la personne évaluatrice, générant ainsi des tensions ou des dilemmes éthiques.

Dès le début du processus évaluatif, la construction de la théorie de programme et des configurations CME peut donc soulever des enjeux éthiques, comme la discordance entre les valeurs défendues par l'organisation et celles qui transparaissent des pratiques de terrain. La manière d'aborder ces enjeux influencera l'ensemble du processus, jusqu'à la production des connaissances. Il est donc essentiel pour le chercheur de prendre conscience de ses propres valeurs et de leur influence. Plus encore, il doit veiller à ce que les valeurs sous-jacentes à la théorie de programme soient explicitement identifiées et analysées, afin de permettre des discussions approfondies et de lever d'éventuels points de tension.

La pratique d'une évaluation axée sur la rencontre entre parties prenantes induit ainsi des **situations éthiques complexes**. (54) Ces situations demandent au chercheur ou à la personne évaluatrice de faire reposer sa pratique sur des repères qui dépassent une dimension méthodologique. Robert Stake, cité par Marthe Hurteau (55), présentait ainsi l'évaluation comme un art – autrement dit, les compétences techniques ne suffisent pas à ce type d'évaluation. Par ailleurs, l'évolution de nos rapports à la vérité – au vrai du faux – a profondément complexifié la pratique de l'évaluation. (46)

Ainsi, les codes éthiques traditionnellement acceptés en évaluation ne suffisent plus pour répondre aux situations complexes. En complément de ces codes, plusieurs auteurs proposent d'appuyer la recherche de solution éthique sur la notion de sagesse pratique. (46, 54, 56) Ernest House définit la sagesse pratique comme le fait d' « accomplir le bon geste dans un contexte précis afin de mener à terme une tâche » (57, p27).

Une évaluation réaliste négociée demande au chercheur ou à la personne évaluatrice d'être compétent sur le plan méthodologique mais aussi d'empreindre sa pratique d'une sagesse pratique. (46, 58) Les travaux cités ci-dessus, et plus particulièrement, le récent ouvrage (2023) de Marthe Hurteau et Thomas Archibald « Practical wisdom for an ethical evaluation practice » (46), approfondissent les questions soulevées par cette notion telles que comment développer la sagesse pratique.

2. L'évaluation réaliste dans un cadre de référence d'une politique publique : choix de résistance ou choix d'ingérence ?

La nature politique de l'évaluation apparaît dans nos résultats de diverses manières. L'exploration de la littérature relative à la participation dans les pratiques d'évaluation réaliste (chapitres 5 et 6) montre que celles-ci sont peu situées dans les théories de la participation et considèrent dès lors peu les dimensions sociales et politiques de la participation des parties prenantes. Les résultats de l'étude de cas multiples montrent que l'utilisation de l'évaluation réaliste par des associations subventionnées doit s'inscrire dans une politique publique qui repose sur une culture réflexive (chapitre 7) et, d'autre part, que l'apprentissage organisationnel par l'utilisation de l'évaluation réaliste est intriqué au système de valeurs de l'administration publique (chapitre 8).

Nos résultats mettent ainsi en lumière le rôle crucial joué par le contexte politique mais surtout administratif, dans les processus évaluatifs et, plus spécifiquement, celui des agents administratifs et des orientations qu'ils donnent à l'évaluation.

2.1. Une conciliation paradigmatique

Nos résultats témoignent du **glissement de paradigme** induit par l'évaluation réaliste ainsi que les tensions qui l'accompagnent. Dans notre recherche, ces tensions ont été particulièrement perceptibles chez les acteurs de terrain, confrontés à une « gymnastique » mentale pour saisir les repères méthodologiques de l'évaluation réaliste. Toutefois, ces efforts ont été facilités par un cadre politique qui encourageait les participants à adopter une posture réflexive.

L'évaluation réaliste vient ébranler les fondements sur lesquels reposent les pratiques habituelles tant des chercheurs que des acteurs et des agents publics. On fait référence ici au défi épistémologique qu'elle suppose par son ancrage dans le réalisme transcendantal. Si l'approche chamboule tant c'est parce qu'elle entre en tension avec un contexte caractérisé par des standards en évaluation (59), voire une forme d'orthodoxie (60), qui s'inscrivent dans d'autres paradigmes. En réalité, le raisonnement scientifique induit par le réalisme transcendantal change du paradigme habituel et invite à déconstruire et reconstruire certains automatismes.

En invitant les opérateurs du Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022 en Région bruxelloise à se saisir de l'évaluation réaliste pour l'évaluation de leurs programmes, le législateur et l'Administration ont fait le choix d'une approche axée sur la réflexivité et sur une philosophie (le réalisme transcendantal) non conventionnelle. Ils ont bousculé les repères sans en faire pour autant une nouvelle doctrine. Leur invitation n'a, par exemple, pas été accompagnée de normes ou de contrôles visant à inciter les opérateurs à mobiliser l'évaluation réaliste. Ils ont surtout entrouvert une voie à une nouvelle approche évaluative.

Ainsi, l'orientation donnée à l'évaluation réaliste par la COCOF rejoint deux des trois paradigmes d'évaluation identifiés par Jean-Pierre Nioche (61) :

- ♦ L'évaluation stratégique ou « par les preuves » : juger de la valeur d'une intervention publique sur base d'une recherche empirique conforme aux méthodes de recherche en sciences sociales. (61) C'est bien sur ce paradigme que se fonde l'approche réaliste de Pawson et Tilley (11).

- ♦ L'évaluation collaborative/pluraliste ou « par la délibération » : considérer que la légitimité de l'évaluation est d'ordre politique et social. Ce paradigme implique donc de construire le jugement sur des conclusions faisant « consensus », ou du moins sur un « compromis raisonnable » entre les parties prenantes. (61) Le mode d'évaluation de « quatrième génération » développé au premier point de la discussion, s'inscrit dans ce paradigme qui a guidé l'utilisation de l'évaluation réaliste par les équipes dans le cadre du Plan.
- ♦ L'évaluation managériale ou « par les normes de pilotage » : juger des conséquences d'un programme en utilisant comme critères des normes et des objectifs formels définis dans un cadre budgétaire préétabli. (61) Ce paradigme, plébiscité dans la mouvance du New Public Management, s'éloigne quant à lui des modalités d'évaluation prévues dans le Plan.

En Belgique (comme en France), on n'observe pas un paradigme d'évaluation unique à travers les secteurs, institutions et niveaux de pouvoir. Dans le cadre de notre recherche, l'évaluation réaliste s'inscrit dans un **double paradigme** : paradigme par les preuves et paradigme par la délibération.

Dans un monde où la rationalisation et le contrôle priment sur la confiance et la réflexion, l'utilisation de l'évaluation réaliste, telle que mobilisée dans le cadre du Plan, peut être envisagée pour relier ces fonctions en raison de sa double nature : objectivante et réflexive. L'utilisation de l'approche réaliste soutient ainsi une forme de **conciliation des paradigmes de l'évaluation**.

Il convient de rappeler que nous n'avons pas analysé les effets du choix pluri-paradigmatique sur la gestion publique du Plan. Dans le futur, il nous semble pertinent de porter une attention particulière au sens et aux conséquences de ce cadre de référence du point de vue des pouvoirs publics.

2.2. Visibiliser les orientations données à l'évaluation : un enjeu de politique publique

Nos résultats appuient la nécessité d'adopter une vision globale des politiques publiques. En effet, le développement de ces résultats montre que derrière les

quelques phrases consacrées à l'évaluation réaliste dans le Plan (cf. chapitre 1) se cachent des processus bien plus complexes. Selon Clavier et de Leeuw (2013), les « politiques publiques sont des constructions abstraites (bien qu'ayant des effets très tangibles) qui résultent de processus complexes, itératifs et socialement ancrés. Pour étudier le processus politique, il faut aller au-delà du contenu et des résultats des politiques et s'intéresser à l'ensemble des conditions dans lesquelles les politiques sont élaborées. »⁵⁵. (62, p11)

Dans cette optique, William M. K.Trochim (63) développe son idée de « **politique d'évaluation** » partant du constat que toutes les évaluations sont guidées par un ensemble de règles, principes, normes, représentations. Dit autrement, tous les groupes de personnes ou organisations (organisations privées ou publiques) qui pratiquent l'évaluation sont guidés par une politique d'évaluation ; que celle-ci soit explicite ou implicite, les pratiques évaluatives sont le reflet d'un ensemble de règles et principes conscientisé, ou pas, par les personnes (et les organisations) qui évaluent. Trochim définit une politique d'évaluation comme « toute règle ou principe qu'un groupe ou une organisation utilise pour guider ses décisions et actions lorsqu'elle évalue »⁵⁶. (63)

Pour Trochim, le fait que la politique d'évaluation d'une organisation soit le plus souvent informelle et implicite constitue un problème. D'ailleurs, il explique le choix du terme « politique » (*policy*), plutôt que guide, théorie ou norme par exemple, en raison du caractère conscientisé que le terme « politique » suggère. Il donne cinq arguments en faveur de l'explicitation écrite d'une politique d'évaluation. Premièrement, une politique d'évaluation est pour lui un moyen de communiquer et d'encourager des pratiques évaluatives cohérentes. Deuxièmement, en raison du fait qu'elle est transparente, elle peut être critiquée et devient dès lors une pratique

⁵⁵ Traduit librement de : "Public policies, therefore, are abstract constructs (albeit with very tangible effects) that result from complex, iterative, and socially embedded processes. Studying the policy process necessitates looking beyond policy contents and outcomes to the whole set of conditions under which policies are developed." (Clavier & de Leeuw, 2013, p.11)

⁵⁶ Traduit librement de : « An evaluation policy is any rule or principle that a group or organisation uses to guide its decisions and actions when doing evaluation » (Trochim, 2009)

démocratique. Troisièmement, elle soutient l'apprentissage en matière d'évaluation en permettant de tirer des leçons des pratiques antérieures et ainsi d'accumuler les connaissances au sein de l'organisation. Quatrièmement, elle a le potentiel de changer les pratiques évaluatives, de les adapter, plus facilement. Cinquièmement, elle offre une réponse aux tensions existantes en matière d'évaluation : les débats relatifs aux méthodes de production de la preuve, les tensions entre des objectifs d'apprentissage et de redevabilité, etc. (63)

Enfin, Trochim souligne le caractère sensible de l'évaluation, dans ses dimensions de contrôle et de pouvoir. Il insiste sur l'importance du processus de construction d'une politique d'évaluation, qu'il suggère participative pour assurer la prise en compte de tous les aspects importants et favoriser l'acceptabilité de la politique d'évaluation. (63)

Ainsi, la **clarification et l'explicitation de la politique d'évaluation** du Plan Stratégique de Promotion de la santé en Région de Bruxelles-Capitale pourrait être une étape intéressante pour favoriser une approche cohérente et démocratique de l'évaluation. Cela permettrait aux acteurs d'inscrire leurs pratiques évaluatives dans un cadre transparent et de clarifier les intentions et attentes de l'Administration par rapport aux pratiques évaluatives. En orientant cette politique d'évaluation sur des aspects d'apprentissage organisationnel, l'appareil politico-administratif renforcerait la légitimité des approches évaluatives et participerait à promouvoir une approche plus « équitable » et adaptée aux réalités des associations de terrain.

2.3. Le futur de l'évaluation réaliste dans une politique publique : choix de résistance ou choix d'ingérence ?

Au regard du contexte qui est celui d'une tendance à mobiliser des valeurs, des logiques d'action et des méthodes venues du secteur privé décrit ci-dessus et des caractéristiques de l'évaluation réaliste largement détaillées tout au long de cette thèse, l'intérêt des agents publics pour l'évaluation réaliste peut être compris comme une tentative d'interroger la conception traditionnelle de l'administration et ses principes inspirés du **New Public Management**. (64)

Contrairement au pouvoir fédéral avec le Plan Copernic) et à la Communauté flamande (la réforme Beter Bestuurlijk Beleid), la Région de Bruxelles-Capitale n'a pas entrepris de réforme majeure visant à moderniser son appareil étatique selon les principes du New Public Management. (65) Ce qui ne veut pas dire que ces principes n'influencent pas les pratiques de gestion de l'Administration. En cherchant une approche évaluative hybride, l'administration bruxelloise ne tenterait-elle pas de résister aux discours dominants du New Public Management ?

Le choix de l'évaluation réaliste, en particulier dans le cadre du Plan Stratégique de promotion de la santé (COCOF), semble d'abord guidé par le souhait de renforcer l'adaptabilité du Plan en misant sur la l'expérience et les savoirs des professionnels de terrain. Toutefois, il est important d'envisager que le choix de l'évaluation réaliste dans d'autres contextes pourrait poursuivre d'autres intentions.

Une dérive potentielle à l'utilisation de l'évaluation réaliste serait de la réduire à une seule perspective paradigmatique : celle de l'évaluation par les preuves (61). En privilégiant les preuves scientifiques au détriment d'une pluralité de preuves, une telle approche risquerait d'imposer des méthodes et des partenariats entre acteurs et chercheurs dénués de leur véritable sens et ce sous le motif (discutable) d'accroître l'efficacité des programmes.

Dans le domaine de la santé, notamment dans les régions francophones du monde, le mouvement de **Recherche Interventionnelle en Santé des Populations (RISP)** émerge comme une réponse à ce risque. La RISP est « un processus scientifique pluridisciplinaire de production de connaissances cumulatives et itératives sur les interventions en santé des populations. Elle combine des méthodes complémentaires pour répondre à un faisceau de questions permettant d'appréhender à la fois la complexité des interventions, leur ancrage contextuel et l'utilité sociale de leurs conclusions en considérant la réduction des inégalités sociales de santé ». (30, p33)

La RISP est guidée par l'enjeu de construire un corpus de données probantes (ou scientifiquement validées) concernant les interventions en santé des populations, sans en négliger leur mission sociétale. Ce mouvement semble intéressant pour

prévenir le risque de dérive, en évitant que l'évaluation réaliste devienne un instrument d'ingérence. (66)

Ainsi, pour que l'évaluation réaliste conserve sa pertinence et sa souplesse, il semble important de maintenir une pluralité de preuves et de perspectives, tout en évitant les dérives d'une logique uniquement scientifique ou contrôlante.

Miser sur l'éthique des agents publics

Au terme de notre recherche doctorale, nous prenons conscience de la singularité du contexte dans lequel s'est déroulé notre travail de terrain. Sa particularité réside surtout dans le climat collaboratif entretenu par et entre les acteurs, les agents publics et les chercheurs, malgré la sensibilité de la question de l'évaluation. Rappelons que le choix d'inscrire l'évaluation réaliste dans le Plan était porté principalement par l'équipe administrative en charge de rédiger le Plan dont les balises étaient posées dans le décret de 2017 relatif à la promotion de la santé (67).

Le choix de l'évaluation réaliste comme cadre de référence dans le Plan Stratégique était motivé par une administration publique soucieuse de remettre du sens dans les démarches évaluatives des professionnels de terrain et les axer sur la réflexivité des équipes. C'est plus particulièrement le choix d'agents publics qui partageaient un système de valeurs et de croyances construit sur celles qui marquent le champ de la promotion de la santé.

Au-delà d'inscrire l'évaluation réaliste comme référence dans le Plan, l'administration publique a inscrit ses décisions et actions s'y rapportant dans un cadre d'action qui se caractérisait par la recherche d'une approche en mesure de visibiliser et reconnaître la part invisible du travail des professionnels de promotion de la santé ; de **sortir d'une évaluation du prescrit pour une évaluation à l'épreuve du réel.**

Dans cette optique, le choix de l'évaluation réaliste pourrait s'inscrire dans ce que Isabelle Fortier (2011) nomme une dynamique « post-bureaucratique, hybride, contribuant à la construction d'un *ethos* public renouvelé. » (64, p22). **L'*ethos* public** peut se définir comme « une dynamique sociopolitique caractérisant une

réalité collective dont les dispositifs de pouvoir – conçu comme relationnel – sont orientés vers une finalité démocratique et une éthique du bien commun fondant la spécificité de l'action publique. » (68, p168).

L'idée d'ethos public résonne avec les résultats de notre recherche, dans la mesure où elle met en évidence la cohérence entre les valeurs de promotion de la santé, partagées par les agents publics et leurs actions concrètes. Cela témoigne d'un souci de préserver leur autonomie et leur légitimité, malgré un contexte où l'adoption d'un paradigme hybride ne faisait pas nécessairement consensus.

Finalement, la pluralité des approches évaluatives invite à se poser la question de la préparation – entre autres éthique – des **agents publics** pour naviguer dans ce paysage évaluatif en mutation. (61)

L'adoption de l'évaluation réaliste dans le Plan Stratégique de Promotion de la santé 2018-2022 traduit une volonté de privilégier la réflexivité sur le travail réel plutôt que d'imposer un contrôle du travail prescrit. En ce sens, ce cadre d'évaluation dénote des approches dominantes du New Public Management, bien que la Région de Bruxelles Capitale n'ait pas engagé de réforme d'ampleur dans ce sens. L'émergence de ce cadre évaluatif peut ainsi être perçue comme une forme de résistance aux logiques d'évaluation qui s'inscrivent dans un paradigme d'évaluation managériale. Toutefois, pour affirmer cette orientation et en assurer la cohérence, la Région gagnerait à formaliser et expliciter sa politique d'évaluation, afin de mieux visibiliser ses spécificités et renforcer la lisibilité de ses choix en la matière.

Cette **approche hybride de l'évaluation réaliste** - combinant évaluation par les preuves et par la délibération - semble ouvrir une voie vers une gouvernance plus souple capable d'un projet différent pour l'évaluation. Elle rejoint l'ambition d'« évaluation équitable » selon Dejours, qui « suppose que soient pris en compte non seulement des critères relatifs à la vérité des états de choses dans le monde objectif mais aussi des critères de justice et des critères relatifs à la santé de chaque individu qui travaille. » (69, p50).

Il convient néanmoins de rester attentif au risque d'instrumentalisation de l'évaluation réaliste. Elle pourrait aussi constituer un moyen plus subtil pour des administrations d'encadrer, voire de contrôler les programmes financés.

Enfin, ce travail souligne le rôle central des agents publics dans la définition des conditions dans lesquelles les associations évaluent. Il invite à donner une place plus importante à la pluralité des approches évaluatives et à renforcer les compétences des agents publics en la matière.

3. L'évaluation réaliste dans un espace délibératif qui fait santé

Dans ce dernier point de discussion, nous proposons de faire un pas de côté par rapport à la conception de l'évaluation de programme exposée dans notre partie introductive – au chapitre 2 – et qui a guidé notre démarche de recherche doctorale.

Ce déplacement nous a été inspiré par la lecture des travaux de **Christophe Dejours** (69, 70, 71), que nous mobilisons ici – avec humilité – car ils offrent un éclairage précieux pour revisiter nos résultats à la lumière d'une dimension jusqu'ici peu explorée : celle de la santé au travail.

À première vue, le lien entre évaluation réaliste et santé au travail peut sembler ténu. Pourtant, les recherches de Dejours – parmi d'autres – mettent en évidence des connexions entre les conditions de l'évaluation du travail, sa reconnaissance et le bien-être des professionnels.

Ce point de discussion a donc pour objectif de mettre en lumière ces liens et d'ouvrir de nouvelles perspectives, tant pour la recherche que pour les pratiques évaluatives des associations et organisations du champ de la promotion de la santé – et peut-être au-delà.

3.1. Inscrire l'évaluation réaliste dans les pratiques évaluatives des associations : bonne ou mauvaise idée ?

L'évaluation réaliste est une approche scientifique pertinente pour l'étude des interventions. Toutefois, elle est aussi exigeante en temps, en compétences et en ressources (72).

Les résultats de notre recherche doctorale (7), appuyés par ceux de la recherche ProSess (36), montrent que même avec un appui scientifique, l'évaluation réaliste nécessite des moyens importants. Dès lors, on peut se demander s'il est pertinent, ou même souhaitable, de demander à des associations de terrain d'engager de tels moyens pour que le processus évaluatif informe les décisions et les actions sur le terrain.

Cependant, l'analyse des effets de l'accompagnement (chapitre 8) montre que certaines caractéristiques de l'évaluation réaliste se sont révélées particulièrement utiles pour reconnecter l'évaluation à la réalité du terrain. Elle montre aussi que la manière dont l'évaluation a été menée par les acteurs impliqués a généré des effets positifs allant au-delà de l'amélioration des programmes : **production de savoirs individuels et collectifs, sentiment de bien-être, renforcement de la cohésion des équipes.**

3.2. Mettre le travail collectif au centre des programmes

Au départ de notre thèse (cf. chapitre 2), nous avons adopté la définition de l'évaluation selon Rootman et al (2001) : « L'examen et l'analyse systématiques des caractéristiques d'un programme ou d'une autre intervention, afin de produire des connaissances que différents acteurs peuvent utiliser à diverses fins » (73, p26). Nous avons défini le programme comme un « ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie. » (74, p333).

Ces définitions ne nous ont pas posé de difficultés pendant l'exploration de la littérature et l'étude de cas multiples. Néanmoins, l'analyse des effets de l'accompagnement (chapitre 8) met en évidence une dimension des programmes qui nous semble invisibilisée dans cette définition, comme dans d'autres définitions que nous avons croisées lors de nos recherches. Pour Chen (75), un programme est un système ouvert s'inscrivant dans un environnement et composé d'intrants, de processus et de résultats. Pour Plante (76), repris par Ridde et Dagenais, un

programme est « un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent. » (77). Pour Rossi et ses collègues, un programme est « tout effort organisé, planifié et le plus souvent continu, conçu pour améliorer un problème social ou améliorer les conditions sociales » (78, p434). Ce ne sont là que quelques exemples pour illustrer notre propos.

À la lecture des travaux de Dejours, une dimension essentielle nous est apparue invisibilisée dans les définitions de l'évaluation : **le travail réel des personnes qui mettent en œuvre les programmes.**

Selon Dejours, le travail est « un acte orienté vers un objectif de production » (69, p13), entendu ici au sens large (produit et service). Il distingue le travail prescrit du travail réel, en soulignant qu'il y a toujours un décalage entre la prescription et la réalité du travail. Appliqué aux définitions de programme ci-dessus, un programme renvoie à un travail prescrit (des objectifs, des intrants, des processus, des résultats, etc.) et sa mise en œuvre repose sur le travail effectif d'une ou plusieurs personnes. Or, selon Dejours, « (...) il est impossible d'atteindre la qualité en respectant scrupuleusement les prescriptions » (69, p13). En réalité, cet écart revient, pour les travailleurs, à tricher pour bien travailler – ce qu'il appelle la grève du zèle.

Cet **écart** entre le prescrit et le réel n'est pas neutre pour les travailleurs, il est chargé d'affects, de tensions. L'écart entre le travail prescrit et le travail effectif ne peut se faire connaître que par la subjectivité des travailleurs, qui rencontrent, d'après Dejours, **cinq défis** à rendre visible le travail effectif :

- ♦ la contrainte de clandestinité

Pour atteindre la qualité, il faut s'écarter des seules règles et du prescrit. Nos résultats (chapitre 8) montrent que l'explicitation de la théorie de programme a permis de revisiter ces prescriptions, souvent incarnées dans les réponses aux appels à projets ou dans les conventions liant les structures aux bailleurs de fonds.

- ♦ les enjeux stratégiques de pouvoir

Les rapports de pouvoir au sein des organisations peuvent inciter les travailleurs à ne pas divulguer leur savoir-faire pour des raisons stratégiques. Si ces enjeux sont

restés relativement discrets dans nos résultats, il est probable qu'ils aient limité l'expression complète du travail réel dans certains cas.

- ♦ le déficit sémiotique et la domination symbolique

Il peut être difficile pour les travailleurs de trouver les mots justes pour décrire leur savoir-faire. Ce déficit sémiotique est particulièrement prégnant dans nos résultats et dans les résultats de ProSess (36). Il explique en partie pourquoi la phase d'explicitation de la théorie de programme a été relativement longue (cf. annexe 9).

- ♦ la description subjective du travail et des savoir-faire corporels

L'habileté professionnelle repose sur une connaissance corporelle du travail, c'est-à-dire une intelligence pratique et intuitive qui est difficile à théoriser et à transmettre. Si cette dimension n'est pas directement révélée par nos résultats, elle pourrait – indirectement – agir comme un frein et contribuer à la compréhension des difficultés rencontrées par beaucoup de participants, lorsqu'ils ont été invités à mettre en évidence les qualités de leur posture professionnelle par exemple.

- ♦ les stratégies de défense contre la souffrance

Il s'agit des mécanismes de défense mis en place par les travailleurs pour se protéger de la souffrance au travail et qui peuvent contraindre l'expression du vécu. C'est aussi un phénomène que l'on a observé dans notre travail de terrain et qui a pu nous poser des questions éthiques en tant que chercheuse telles que la place donnée aux émotions dans les récits de terrain ou la gestion des rapports de force lors des réunions de travail collectives.

La mise en évidence de ces obstacles dans nos résultats montrent que l'évaluation réaliste – par son cycle d'explicitation des hypothèses de fonctionnement du programme, de confrontation aux données, puis d'ajustement – propose une démarche qui – au sens de Dejours – peut « rendre intelligible à autrui ce qui ne se voit pas du « travailler » » (69, p26).

À la lumière de cette analyse – qui ne se veut pas exhaustive – nous suggérons qu'il pourrait être utile que les futurs débats sur l'évaluation en promotion de la santé – et au-delà – **posent la question de la place donnée au travail.**

3.3. Repenser l'évaluation pour faire santé au travail

Si Dejours réfute la possibilité d'une évaluation objective du travail, il la juge néanmoins nécessaire car elle « porte en elle la possibilité de donner un retour à celui qui travaille sur l'utilité et la qualité de ce qu'il donne de lui-même, de ce qu'il offre de lui-même à l'entreprise, l'organisation, l'exploitation agricole ou l'administration. » (69, p49-50). Pour Dejours, cette reconnaissance du travail des individus et du collectif doit guider l'évaluation. (71)

À la lumière de nos résultats (chapitre 8), cette perspective prend tout son sens : l'évaluation réaliste pratiquée dans des conditions favorables à la réflexivité et au dialogue (7) a permis de créer un **espace de délibération** soutenant la reconnaissance du travail. Il a soutenu une intelligence collective orientée vers l'action, où le travail prescrit a pu être réinterrogé à partir du travail effectif et d'une démarche empirique.

Les apports de la théorie de l'apprentissage organisationnel (modèle des 4i de Crossan et ses collègues (79, 80)) ont permis de comprendre comment cette dynamique a généré du savoir, du bien-être et de la cohésion au sein des équipes (chapitre 8).

Pour Gernet et Dejours, la reconnaissance du travail participe à l'accomplissement de soi. En ce sens, cette reconnaissance devient un facteur protecteur pour la santé. (71) À l'inverse, en l'absence de reconnaissance du travail, les individus et les collectifs seraient à risque de souffrances mentales et somatiques. (71)

3.4. Vers des pratiques d'évaluation guidées par les savoirs implicites dans un espace délibératif

Pour conclure, nous proposons des perspectives pour le développement des pratiques évaluatives des associations en promotion de la santé autour de deux leviers qui nous sont inspirés par les apports de la psychodynamique du travail, et plus particulièrement, par les travaux de Christophe Dejours et Isabelle Gernet.

Un **premier levier** serait de reconnaître la valeur des savoirs implicites des travailleurs et travailleuses de terrain, issus de leurs expériences et de leurs ajustements – fruits de leur sagesse pratique – comme des ressources centrales pour comprendre les effets d'un programme. Cette perspective met en lumière la pertinence des approches d'évaluation guidées par les théories (dont fait partie, entre autres, l'évaluation réaliste), en y intégrant la subjectivité du travail.

D'autre part, il s'agirait d'inscrire les pratiques d'évaluation dans des espaces délibératifs internes aux associations pour donner la possibilité à chaque travailleur et travailleuse de discuter du travail réel, de rendre visible l'écart entre le prescrit et le réel, pour permettre aux équipes de faire reposer les évaluations sur le travail effectif.

Si nous ne les avons pas développées dans ce point – qui se veut avant tout être une ouverture plutôt qu'une synthèse exhaustive – nous ne sous-estimons pas pour autant les **résistances** qui peuvent contraindre ces leviers : les types de management, les relations interpersonnelles, les cadres et les normes de gestion publique, etc.

Pratiquée telle que nous le proposons, l'évaluation pourrait devenir non seulement un outil d'amélioration et de développement des programmes mais aussi de visibilisation et de reconnaissance du travail, de cohésion des équipes et, *in fine*, un levier de santé au travail. Se faisant, il se pourrait que **l'évaluation devienne une pratique « en santé »** pour les travailleurs et les équipes.

III. Perspectives pour des pratiques appropriées de l'évaluation réaliste en promotion de la santé

L'exploration menée dans cette thèse des questionnements et controverses liés à une pratique de l'évaluation réaliste participative et capacitante dans le champ de la promotion de la santé ouvre sur plusieurs perspectives à destination d'une diversité d'acteurs. Toutefois, au risque de décevoir, le caractère exploratoire et contextualisé de notre recherche doctorale incite davantage à interroger qu'à affirmer. Ainsi, nous faisons reposer nos perspectives sur la discussion que nous avons présentée et qui identifie plusieurs pistes de réflexions.

1. Perspectives pour les équipes de recherche

Notre travail doctoral a permis de dégager plusieurs perspectives de recherche susceptibles d'alimenter les réflexions et les pratiques en matière d'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé et au-delà.

Nous avons proposé d'adopter une **approche réaliste négociée** dans le champ de la promotion de la santé. Nous en avons défini des contours théoriques sur base de nos résultats mais ceux-ci nécessitent d'être approfondis par la pratique pour être enrichis et ajustés. Les principes que nous en donnons doivent faire l'objet de mise en perspective et d'analyse critique.

Nous avons suggéré que les chercheurs et chercheuses s'autorisent davantage à dépasser les **clivages paradigmatiques** pour assumer de manière visible et argumentée une **posture pragmatique**, afin de mieux répondre à la complexité des interventions. Cela est valable en matière d'évaluation réaliste mais aussi pour d'autres types d'évaluation.

Les équipes de recherche devraient davantage **impliquer les parties prenantes** tout au long du cycle de l'évaluation réaliste, jusqu'à l'interprétation des résultats. Elles contribueraient ainsi à renforcer l'utilité sociale des évaluations réalistes. Ceci impliquerait de ne pas réduire l'évaluation réaliste à une méthode mais de l'envisager comme un espace de dialogue et de co-construction entre recherche et terrain.

L'étape de **révision de la théorie de programme** pourrait faire l'objet d'une attention plus particulière de la part des équipes de recherche afin de mieux guider les pratiques dans cette phase cruciale au renforcement de l'utilisation des résultats.

Le développement de pratiques **participatives** en évaluation réaliste devrait s'accompagner de **cadres théoriques et méthodologiques** permettant d'appuyer la robustesse des démarches, en aidant à anticiper les obstacles par exemple.

Les équipes de recherche devraient également accompagner leurs démarches d'une **réflexion éthique des participations**. Elles pourraient plus particulièrement s'intéresser aux **dilemmes éthiques** générés par une pratique participative de l'évaluation réaliste. Plus largement, l'évaluation réaliste devrait être envisagée comme un art relationnel et politique qui implique une certaine posture et une responsabilité éthique.

La recherche en promotion de la santé pourrait aussi davantage explorer des travaux issus d'autres **disciplines** – telles que les sciences politiques, les sciences administratives ou les sciences du travail – compte tenu des enjeux que ces dimensions représentent pour le développement du champ de la promotion de la santé.

2. Perspectives pour les politiques et administrations publiques

Le rôle de l'appareil politico-administratif dans les questions relatives à l'évaluation de programme de promotion de la santé est apparu comme un levier dans notre recherche doctorale. À partir de l'expérience avec la politique bruxelloise de promotion de la santé, plusieurs perspectives sont mises en évidence concernant les politiques publiques de manière générale.

L'une des perspectives qui se dégage est celle de l'élaboration de politiques d'évaluation intégrées aux politiques publiques. Une politique d'évaluation permettrait d'explicitier les principes qui orientent les attentes en matière d'évaluation et de proposer un cadre délibératif aux parties prenantes. En inscrivant ce processus dans une démarche participative, les gestionnaires publics pourraient s'assurer que les principes retenus sont en cohérence avec les cadres

théoriques, les logiques d'action et les réalités professionnelles des acteurs concernés. Cela renforcerait la pertinence de la politique et encouragerait son appropriation par les acteurs de terrain.

Notre recherche doctorale souligne les bénéfices d'un espace de dialogue et de délibération entre acteurs de terrain, gestionnaires publics et chercheurs, qui permet de construire une vision partagée de l'évaluation. Les approches évaluatives fondées sur la compréhension et la réflexivité, plutôt que sur le contrôle, semblent particulièrement propices à ce type de dialogue. **Cette concertation pourrait déboucher sur l'adoption d'un pacte ou d'une charte de l'évaluation, co-construite et porteuse de sens pour l'ensemble des acteurs.**

Pour aller dans ce sens, la section du Plan Stratégique de Promotion de la santé concernant l'évaluation pourrait s'enrichir en étant discutée avec les parties prenantes. Elle gagnerait ainsi en précision et en accessibilité.

Compte tenu de la complexité des interventions de promotion de la santé – et plus largement dans le champ du social –, il est essentiel que les politiques d'évaluation privilégient des approches évaluatives axées sur la compréhension des effets et le développement des programmes, plutôt que sur des indicateurs de performance et de résultats. Dans cette perspective, l'évaluation réaliste constitue une option pertinente, même si elle demande des ressources importantes et demeure exigeante à mettre en œuvre. Plus largement, les approches d'évaluation guidées par la théorie pourraient répondre à ces enjeux car elles mettent le contexte au cœur des démarches évaluatives.

Le Plan Stratégique de Promotion de la santé constitue à cet égard une initiative intéressante en proposant d'avoir recours à l'évaluation réaliste. Toutefois, il serait utile de clarifier que, hors d'un cadre de recherche, l'évaluation réaliste devrait être comprise comme susceptible d'inspirer les pratiques évaluatives et non comme une prescription rigide.

Notre recherche montre également que la mise en œuvre de ces approches nécessite un soutien extérieur pour soutenir la réflexivité. Ce rôle peut être joué par un tiers – souvent qualifié d'« ami critique » – capable de soutenir la posture

réflexive et les processus d'analyse collective. Si cette fonction peut être remplie par un acteur issu du monde académique, elle peut également s'exercer dans d'autres types de dispositifs d'accompagnement.

En soutenant la recherche ProSess, les gestionnaires du Plan ont permis aux équipes participantes d'expérimenter l'évaluation réaliste à travers un accompagnement régulier et inscrit sur du long terme. Ce type de dispositif, bien qu'intensif et difficilement généralisable en l'état, mériterait d'être réinventé sous des formes plus pérennes et adaptables.

Ces perspectives appellent à une mutation du paysage évaluatif qui devrait s'accompagner d'une valorisation du rôle et d'un renforcement des compétences des agents publics en matière d'évaluation. Le rôle de ces acteurs est en effet apparu comme central dans notre recherche doctorale. Leur capacité à saisir les enjeux de l'évaluation, les paradigmes et les développements méthodologiques en matière d'évaluation devrait se voir renforcée pour remplir ce nouveau mandat. Il est donc nécessaire de soutenir leur montée en compétence, non seulement sur les plans technique et méthodologique mais aussi éthique, afin de les accompagner dans ce mandat de garants du sens et de la qualité de l'évaluation.

Pour terminer, l'évaluation réaliste peut contribuer à produire des données probantes concernant les interventions dans un processus scientifique capable d'appréhender la complexité. **À ce titre, les politiques publiques devraient non seulement offrir des opportunités de mobilisation de cette approche dans le cadre de partenariat terrain-recherche mais aussi créer les conditions d'une réelle transférabilité des interventions.** Il ne s'agit pas seulement d'accumuler des preuves mais d'envisager la transférabilité effective d'interventions probantes.

3. Perspectives pour les pratiques d'évaluation par les acteurs et actrices de terrain

Nous clôturons cette partie en formulant plusieurs perspectives à destination des acteurs de terrain, centrées sur le développement de leurs pratiques évaluatives.

De manière transversale, notre recherche invite les acteurs de terrain à se réapproprier les enjeux et les pratiques d'évaluation. Il s'agit de remettre du sens dans ces démarches pour que celles-ci répondent aux questions concrètes qui émergent du terrain plutôt qu'à des exigences déconnectées. Cette réappropriation suppose un recentrage de l'évaluation sur les dynamiques réelles de travail, en lien avec les finalités et les valeurs portées par la promotion de la santé.

Dans cette optique, l'élaboration d'une politique d'évaluation organisationnelle semble prometteuse. La construction d'une politique d'évaluation pourrait renforcer la capacité des organisations à évaluer ainsi que favoriser la continuité et la cohérence des démarches évaluatives. Elle permettrait également d'explicitier les liens entre les valeurs et principes de promotion de la santé et les choix méthodologiques et épistémologiques sous-jacents aux démarches évaluatives.

Elle suggère également d'ancrer les démarches évaluatives dans le travail réel plutôt que le prescrit. **Cela implique de fonder les démarches évaluatives sur ce qui se fait sur le terrain – sur ce qui se joue effectivement dans la mise en œuvre des programmes – plutôt que sur ce qui en est dit dans des documents formels ou administratifs, tels que les dossiers de réponse aux appels à projets.** À ce titre, les approches d'évaluation guidées par la théorie, telle que l'évaluation réaliste, offrent un cadre intéressant pour guider les pratiques évaluatives des acteurs. Cette perspective renvoie à un levier que notre recherche doctorale identifie comme importante pour développer les pratiques d'évaluation « en santé ». Il s'agit de reconnaître la valeur des savoirs implicites des travailleurs pour comprendre les effets des interventions dans leur complexité.

Une autre perspective qui émerge de notre recherche est de créer des espaces délibératifs au sein des organisations dans lesquels les travailleurs peuvent discuter collectivement d'évaluation. Il s'agit du deuxième levier – identifié au

point 3 de la discussion – ayant le potentiel de pratiquer l'évaluation « en santé ». Ce type d'espace permettrait d'inscrire l'évaluation dans des processus d'apprentissage organisationnel ; ce qui favoriserait l'utilisation des résultats et les adaptations en cours de processus d'évaluation.

Enfin, en ce qui concerne l'utilisation de l'évaluation réaliste par des acteurs de terrain, **nos résultats invitent à ne pas s'attacher à une forme de rigidité de l'évaluation réaliste alors que celle-ci gagnerait à être associée à d'autres approches pour être davantage contextualisée aux repères existants et à la capacité des équipes de terrain.** Les professionnels disposant des ressources nécessaires pour mener ce type d'évaluation pourront utilement s'appuyer sur les enseignements issus de la recherche ProSess qui offre des repères concrets pour mobiliser les principes de l'évaluation réaliste de manière contextualisée et pragmatique.

IV. Forces et limites

L'interprétation des résultats présentés dans cette thèse repose sur des forces et des limites méthodologiques et contextuelles étroitement liées à notre posture de chercheuse intervenante. Nous présenterons ici les éléments transversaux, les spécificités étant détaillées dans chaque chapitre de résultats.

Notre position de chercheuse-accompagnatrice constitue à la fois une ressource et un facteur de vigilance. Cette posture, examinée en profondeur au chapitre 4, nous a permis un accès privilégié au terrain, à des données riches et variées et à une compréhension fine des dynamiques organisationnelles à l'œuvre. Toutefois, cette proximité a également induit des risques de surinterprétation. Les effets potentiels de la double posture ont été atténués par plusieurs stratégies : triangulation des données, validation des interprétations auprès des participants et le soutien d'un comité de recherche incluant des experts externes⁵⁷ à la recherche qui a soutenu notre réflexivité lors de l'interprétation des résultats.

Le travail de terrain précède la formulation explicite des questions de recherche, ce qui confère à l'analyse un caractère rétrospectif. Ce décalage temporel constitue une limite mais il a également favorisé une prise de distance analytique, facilitée par l'intervalle entre la fin du terrain (2020) et le début de l'analyse (2022). Ce qui a permis de se décentrer, essentiel à la réflexivité.

Les données mobilisées proviennent de dispositifs formels de collectes et de données générées au fil du travail de terrain. Cette diversité constitue une force de notre démarche de recherche.

L'une des méthodes de collecte de données (entretiens filmés) a été réalisée alors que nous préparions des capsules vidéos destinées à disséminer les résultats du premier cycle de la recherche ProSess (cf. chapitre 3, point I.). L'aspect filmé des

⁵⁷ Membres du comité d'accompagnement de thèse : Pre. AUJOLAT Isabelle (UCLouvain), Pre. CAMBON Linda (Université de Bordeaux, France), Pr. D'HOORE William (UCLouvain), Pre. THUNUS Sophie (UCLouvain), Pre. VAN DURME Thérèse (UCLouvain), et en tant qu'invité régulier, le Pr. ALLA François (Université de Bordeaux, France).

entretiens a pu influencer la qualité des entretiens dans le sens où, pour certains participants, ce format a été intimidant et peu naturel. Ce format a pu contraindre la profondeur des entretiens. Cette limite a été atténuée par la mobilisation de données complémentaires, issues d'autres sources (comme les retranscriptions des réunions, voir chapitre 4).

Notre approche de recherche exploratoire n'avait pas pour ambition de parvenir à des résultats généralisables. Bien humblement, nous visions de pouvoir considérer la transférabilité de nos résultats en sélectionnant des cas les plus variés, ainsi que par un effort de description fine et d'analyse comparative systématique entre les cas. Nous pensons dès lors pouvoir envisager une certaine transférabilité (81, 82) des résultats, ou ce que Stake nomme « *naturalistic generalization* » ou « *petite generalization* » (83).

La pandémie de COVID-19 a représenté un évènement extrême qui a eu une incidence sur le travail de terrain et, dès lors, sur nos résultats. Les mesures de prévention prises ont eu pour effet de faire basculer nos modalités de rencontre en ligne, ce qui a pu influencer la dynamique de travail avec les équipes. Ce basculement a eu lieu alors que la dynamique de travail entre la CA et chaque équipe était installée depuis plus d'un an, donc l'influence a pu être limitée. L'impossibilité pour les équipes de se rendre sur leur terrain d'intervention a pu, dans certains cas, représenter un élément facilitateur en raison d'un agenda allégé qui leur permettait de consacrer du temps à des activités plus réflexives telles que l'analyse des données collectées dans le cadre de l'application de l'évaluation réaliste. La pandémie n'a pas été explicitement intégrée dans notre démarche d'analyse mais elle constitue un élément contextuel à considérer à la lecture des résultats.

Certaines dimensions pourtant connexes à notre objet de recherche n'ont pu être explorées. Par exemple, nous n'avons pas pu apprécier de quelle manière les équipes participantes ont utilisé les résultats des évaluations menées. Nous n'avons pas non plus exploré la perspective des agents publics en charge de la politique publique, ni les publics finaux concernés par les programmes évalués.

Pour terminer, nous pensons qu'une force de notre travail est d'avoir cherché à dépasser une approche de recherche disciplinaire pour produire des savoirs intégrés concernant notre phénomène. **L'interdisciplinarité** de notre thèse en fait une force non négligeable. Elle en fait aussi sa vulnérabilité. Cette approche nous a amenée à investir des disciplines variées par la littérature et les théories : la santé publique, la sociologie, les sciences politiques, le management. En adoptant la voie de la **transdisciplinarité** (cf. chapitre 4, point I.), nous avons aussi pris le risque de nous heurter à des logiques épistémologiques parfois divergentes, de devoir naviguer entre des cadres théoriques hétérogènes et d'être considérée en décalage par rapport aux critères attendus dans chaque discipline prise isolément. Ce choix, bien que stimulant et porteur d'innovation, a nécessité une posture réflexive constante et un effort de traduction conceptuelle pour articuler ces savoirs de manière cohérente et pertinente au regard de notre objet de recherche.

Bibliographie

1. Lemire S., Kwako A., Nielsen S.B., Christie C.A., Donaldson S.I., Leeuw F.L. What Is This Thing Called a Mechanism? Findings From a Review of Realist Evaluations. *New Directions for Evaluation*. 2020;2020(167):73-86.
2. 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.
3. Nielsen S.B., Lemire S., Tangsig S. Unpacking context in realist evaluations: Findings from a comprehensive review. *Evaluation*. 2022;28(1):91-112.
4. 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).
5. 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 *Evaluation*. 2024;0(0).
6. Louart S., Ridde V. Critical Realism for Health Promotion Evaluation. In: Jourdan D., Potvin L., editors. *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol 3: Doing Health Promotion Research*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 49-59.
7. 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.
8. de Leeuw E. Researching a Diverse Epistemic Social Movement: The Challenges and Rewards of European Healthy Cities *Healthy cities Realist Synthesis*. In: Potvin L., Jourdan D., editors. *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol 1: Mapping Health Promotion Research*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 739-57.
9. Potvin L., Ferron C., Terral P., Di Ruggiero E., Cervenka I., Foucaud J. Recherche, partenariat, intervention : le triptyque de la recherche interventionnelle en santé des populations. *Global Health Promotion*. 2021;28(1_suppl):6-7.
10. Westhorp G., Stevens K., Rogers P.J. Using realist action research for service redesign. *Evaluation*. 2016;22(3):361-79.
11. Pawson R., Tilley N. *Realistic Evaluation* London: SAGE Publications Ltd; 1997.
12. Renmans D., Castellano Pleguezuelo V. Methods in realist evaluation: A mapping review. *Eval Program Plann*. 2023;97:102209.
13. Manzano A. The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*. 2016;22(3):342-60.
14. Manzano A. Conducting focus groups in realist evaluation. *Evaluation*. 2022;28(4):406-25.

15. Dyer W., Williams M. Quantification and realist methodologies. *International Journal of Social Research Methodology*. 2021;24(1):109-21.
16. Greenhalgh J., Manzano A. Understanding 'context' in realist evaluation and synthesis. *International Journal of Social Research Methodology*. 2022;25(5):583-95.
17. Lacouture A., Breton E., Guichard A., Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science*. 2015;10:153.
18. Mukumbang F.C., van Wyk B. Leveraging the Photovoice Methodology for Critical Realist Theorizing. *International Journal of Qualitative Methods*. 2020;19:1609406920958981.
19. Williams E. Qualitative realist interviews using online video technology – challenges and opportunities. In: Manzano A., Williams E., editors. *Realist Evaluation Principles and Practice*. London: Routledge; 2024.
20. Renmans D., Holvoet N., Criel B. No Mechanism Without Context: Strengthening the Analysis of Context in Realist Evaluations Using Causal Loop Diagramming. *New Directions for Evaluation*. 2020;2020(167):101-14.
21. Jacobi J., Llanque A., Mukhovi S.M., Birachi E., von Groote P., Eschen R., et al. Transdisciplinary co-creation increases the utilization of knowledge from sustainable development research. *Environmental Science & Policy*. 2022;129:107-15.
22. Greenhalgh T., Jackson C., Shaw S., Janamian T. Achieving Research Impact Through Co-creation in Community-Based Health Services: Literature Review and Case Study. *Milbank Q*. 2016;94(2):392-429.
23. Eckhardt J., Kaletka C., Krüger D., Maldonado-Mariscal K., Schulz A C. Ecosystems of co-creation. *Frontiers in sociology*. 2021;6.
24. Matsumoto M., Yokota S., Naito K., Itoh J. Development of a model to estimate the economic impacts of R&D output of public research institutes. *R&D Management*. 2010;40(1):91-100.
25. Jagosh J., Macaulay A.C., Pluye P., Salsberg J., Bush P.L., Henderson J., et al. Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *The Milbank Quarterly*. 2012;90(2):311-46.
26. Grindell C., Coates E., Croot L., O'Cathain A. The use of co-production, co-design and co-creation to mobilise knowledge in the management of health conditions: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):877.
27. Langley J., Knowles S. E., Ward V. Conducting a research coproduction project. A principles-based approach. In: Graham I. D., Rycroft-Malone J., Kothari A., McCutcheon C., editors. *Research coproduction in healthcare*. Oxford: Wiley & Sons Ltd.; 2022.

28. Pearce T., Maple M., Shakeshaft A., Wayland S., McKay K. What Is the Co-Creation of New Knowledge? A Content Analysis and Proposed Definition for Health Interventions. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7).
29. Pérez Jolles M., Willging C.E., Stadnick N.A., Crable E.L., Lengnick-Hall R., Hawkins J., et al. Understanding implementation research collaborations from a co-creation lens: Recommendations for a path forward. *Front Health Serv*. 2022;2.
30. Alla F., Cambon L., Ridde V. La recherche interventionnelle en santé des populations. Concepts, méthodes, applications.: IRD Éditions.; 2024.
31. Heimburg D.V., Cluley V. Advancing complexity-informed health promotion: a scoping review to link health promotion and co-creation. *Health Promot Int*. 2021;36(2):581-600.
32. Richmond A., de Leeuw E., Bunde-Birouste A. Fourth-Generation Realist Evaluation: Research Practice to Empower the NGO – A Reflection on the Case of Sport for Social Change. In: Potvin L, Jourdan D, editors. *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol 1: Mapping Health Promotion Research*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 327-42.
33. Guba E.G., Lincoln Y.S. Fourth generation evaluation. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1989. 294- p.
34. Pawson R. The science of evaluation : a realist manifesto. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2013.
35. Pawson R., Tilley N. Realist Evaluation. 2004.
36. 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.
37. Patton M.Q. Utilization-Focused Evaluation: SAGE Publications; 1997.
38. Ridde V., Haddad S. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 61S. 2013;S 95-S106.
39. Lay M., Papadopoulos I. An Exploration of Fourth Generation Evaluation in Practice. *Evaluation*. 2007;13(4):495-504.
40. Ridde V., Delahais T., Devaux-Spatarakis A., Revillard A. Introduction : la pluralité des approches paradigmatiques. *Évaluation Fondements, controverses, perspectives*. Open Access ed: Québec : Éditions science et bien commun; 2021.
41. Jamal F., Fletcher A., Shackleton N., Elbourne D., Viner R., Bonell C. The three stages of building and testing mid-level theories in a realist RCT: a theoretical and methodological case-example. *Trials*. 2015;16(1):466.
42. de Leeuw E., Green G., Tsouros A., Dyakova M., Farrington J., Faskunger J., et al. Healthy Cities Phase V evaluation: further synthesizing realism. *Health Promot Int*. 2015;30 Suppl 1:i118-i25.

43. Newman D.L., Brown R.D. Applied ethics for program evaluation. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1996.
44. Barnett C., Camfield L. Ethics in evaluation. *Journal of Development Effectiveness*. 2016;8(4):528-34.
45. Morris M. Research on Evaluation Ethics: Reflections and an Agenda. *New Directions for Evaluation*. 2015;2015(148):31-42.
46. Hurteau M., Archibald T. Practical Wisdom for an Ethical Evaluation Practice: Information Age Publishing; 2023.
47. Carter S.M., Cribb A., Allegrante J.P. How to Think about Health Promotion Ethics. *Public Health Reviews*. 2012;34(1):9.
48. Roussille B, Deschamps J-P. Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. *Santé Publique*. 2013;S2(HS2):85-91.
49. Springett J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, MacQueen DV, Potvin L, Springett J, et al., editors. *Evaluation in health promotion Principles and perspectives: WHO Regional Publications European series No 92*; 2001.
50. Berger M., Charles J. Persona non grata. Au seuil de la participation. *Participations*. 2014;N° 9(2):5-36.
51. Campagné G., Houéto D., Douiller A. Enjeu démocratique de la participation 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*. 2 ed. Rennes: Presses de l'EHESP; 2020 p. 369-400.
52. Schwandt T.A. Understanding dialogue as practice. *Evaluation*. 2001;7(2):228-37.
53. Shaw I., Crompton A. Theory, Like Mist on Spectacles, Obscures Vision. *Evaluation*. 2003;9(2):192-204.
54. Hurteau M., Bourgeois I., Houle S., editors. *L'évaluation de programme axée sur la rencontre des acteurs. Une sagesse pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2018.
55. Hurteau M. En guise de conclusion. In: Hurteau M., Bourgeois I., Houle S., editors. *L'évaluation de programme axée sur la rencontre des acteurs Une sagesse pratique* Québec: Presses de l'Université du Québec; 2018. p. 227-31.
56. Hurteau M., Gagnon C. Contribution of practical wisdom to resolving ethical issues. *Evaluation*. 2022;28(2):182-91.
57. House E.R. L'apport de la sagesse pratique. In: Hurteau M., Bourgeois I., Houle S., editors. *L'évaluation de programme axée sur la rencontre des acteurs Une sagesse pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2018. p. 25-34.
58. Marchand M-P., Hurteau M. Entre jeux de pouvoir et intérêts : retour à la raison d'être de l'évaluation. *Mesure et évaluation en éducation*. 2024;47(1):66-90.

59. Chouinard J.A. The Case for Participatory Evaluation in an Era of Accountability. *American Journal of Evaluation*. 2013;34(2):237-53.
60. Kelly L.M. A clash of values: Deep-rooted discord between empowering, participatory, community-driven development and results-focused, evidence-based evaluation. *Community Development*. 2021;52(5):607-23.
61. Nioche J-P. Les trois paradigmes de l'évaluation des politiques publiques face à l'obligation de rendre des comptes et de rendre compte. *Revue française d'administration publique*. 2016;160(4):1227-40.
62. Clavier C., de Leeuw E. Health promotion and the policy process.: Oxford University Press; 2013.
63. Trochim W.M.K. Evaluation policy and evaluation practice. *New Directions for Evaluation*. 2009;2009(123):13-32.
64. Fortier I., Emery Y. L'ethos public en tant que processus social dynamique. *Pyramides*. 2011;22:83-114.
65. Göransson M. La réforme des cabinets ministériels. *Courrier hebdomadaire du CRISP*. 2015;n° 2254(9):5-38.
66. Levin-Rozalis M. 2. Recherche et évaluation de programmes. In: Dagenais C., Ridde V., editors. *Approches et pratiques en évaluation de programmes*: Presses de l'Université de Montréal; 2012.
67. Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale. Décret relatif à la promotion de la santé. Bruxelles 18 février 2016.
68. Fortier I. Ethos public et quête de sens dans cette ère de réforme : le NMP, ses critiques et les luttes pour la reconnaissance d'une spécificité du secteur public. *@GRH*. 2013;9(4):157-98.
69. Dejours C. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. Editions Quae ed. Paris: Sciences en questions; 2003.
70. Dejours C. Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2013;61(2):11-8.
71. Gernet I., Dejours C. Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2009;n° 8(2):27-36.
72. Ridde V., Robert E., Guichard A., Blaise P., Van Olmen J. L'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2011;26(3):37-59.
73. Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., MacQueen D.V., Potvin L., Springett J., et al., editors. *Evaluation in health promotion Principles and perspectives WHO Regional Publications European series No 92*; 2001.
74. Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal, Québec: Editions Nouvelles AMS; 1995.

75. Chen H.T. Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness. California: SAGE Publications, Inc.; 2005.
76. Plante J. Evaluation de programmes. Sainte-Froy: Presses de l'Université Laval; 1994.
77. Ridde V., Dagenais C. Introduction générale à l'évaluation de programmes. In: Dagenais C., Ridde V., editors. Approches et pratiques en évaluation de programmes 2ed. Québec: Les Presses de l'Université de Montréal; 2012. p. 13-32.
78. Rossi P.H., Lipsey M.W., Freeman H.E. Evaluation : a systematic approach. 6th ed: SAGE Publications Inc.; 2004.
79. Crossan M.M., Lane H.W., White R.E. An Organizational Learning Framework: From Intuition to Institution. The Academy of Management Review. 1999;24(3):522-37.
80. Vera D., Crossan M. Strategic leadership and organizational learning. The Academy of Management Review. 2004;29(2):222-40.
81. Chen H.T. Practical program evaluation : Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective. 2nd ed: SAGE Publications, Inc; 2015.
82. Cambon L., Minary L., Ridde V., Alla F. A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. BMC Public Health. 2013;13(1):1184.
83. Abma T.A., Stake R.E. Stake's responsive evaluation: Core ideas and evolution. New Directions for Evaluation. 2001;2001(92):7-22.

CHAPITRE 10

Conclusion

« Comme tous les matins, Achille retrouve Corni à la plage. D'ordinaire son ami est d'humeur joyeuse, mais aujourd'hui il a l'air triste.

- ♦ *J'avais trouvé un très beau coquillage, explique-t-il, et j'aurais voulu le garder, mais une vague l'a emporté.*
- ♦ *Je vais t'aider à le chercher, dit Achille, qui adore nager.*

Mais la mer est immense, et le petit coquillage reste introuvable.

- ♦ *Il y a beaucoup trop d'eau ! s'exclame Corni, prêt à renoncer.*
- ♦ *Eh bien, tu sais quoi ? On va l'enlever ! dit Achille avec entrain.*
- ♦ *Vider la mer ?! s'étonne Corni. On peut toujours essayer... »*

Maud Sene (Qu'y a-t-il sous la mer ?, 2023, *Littérature jeunesse*)

De plus en plus mobilisée en recherche, l'évaluation réaliste se distingue d'autres approches d'évaluation par ses fondements philosophiques et sa conception de la causalité qui s'éloignent des postulats positivistes. Il s'agit d'une approche d'analyse des programmes et des politiques publiques qui s'inscrit dans le courant du réalisme transcendantal, à l'intersection du positivisme et du constructivisme.

Ce paradigme repose sur l'idée qu'une réalité existe indépendamment de notre perception et de notre connaissance de celle-ci. Cette réalité se manifeste à travers des mécanismes causaux, lesquels, lorsqu'ils sont activés dans des contextes spécifiques, peuvent générer des changements. À l'image d'un iceberg, les effets visibles d'un programme ne peuvent être pleinement compris qu'en « vidant la mer » pour dévoiler la partie immergée, c'est-à-dire en mettant au jour les mécanismes sous-jacents du réel.

Dans le récit métaphorique de Corni et Achille, dont un extrait a été reproduit ci-dessus, la quête du coquillage – qui implique de vider la mer – semble d'abord une entreprise impossible. Pourtant les deux amis décident d'entreprendre cette démarche ambitieuse. Cette métaphore nous sert d'illustration de la complexité et de l'exigence à première vue de l'évaluation réaliste. Pourtant, l'approche trouve progressivement sa place dans les politiques publiques et les pratiques de terrain.

C'est notamment le cas dans le cadre de la politique publique de promotion de la santé qui encourage les acteurs de terrain – principalement des petites associations – à recourir à l'évaluation réaliste pour mieux comprendre les effets des interventions.

Ce positionnement institutionnel tranche avec les approches évaluatives dominantes, souvent influencées par une idéologie néolibérale, où l'évaluation se limite à mesurer les effets sans en interroger les processus. Ainsi, ce choix soulève de nombreuses interrogations qui ont nourri notre questionnement doctoral.

À travers une analyse de la littérature et une recherche participative menée avec des associations de promotion de la santé bénéficiant d'un financement pour opérationnaliser cette politique bruxelloise, nous avons exploré les questionnements et controverses suscités par la conduite d'évaluations réalistes par des petites

associations dans le champ de la promotion de la santé – autrement dit dans un contexte extra-académique. Les résultats de cette exploration mettent en évidence tant les défis que les mutations qu'implique cette approche dans le champ de la promotion de la santé et dans ce type de contexte.

Ils appuient également l'importance d'inscrire les pratiques d'évaluation réaliste dans une éthique de la promotion de la santé ; ce qui revient à adopter une posture pragmatique qui a pour fin de mobiliser une démarche scientifique rigoureuse non pas comme une fin en soi mais comme un levier au service des enjeux sociétaux.

Certes l'évaluation réaliste est complexe à mettre en œuvre pour des structures disposant de ressources limitées. Néanmoins, il nous paraît essentiel de rendre les outils scientifiques accessibles aux acteurs du changement, afin de faire évoluer les pratiques, les représentations et les modèles décisionnels. Une telle entreprise suppose une collaboration étroite entre chercheurs, praticiens de terrain et représentants politico-administratifs, dans une logique d'expérimentation collective.

L'épilogue du récit d'Achille et Corni illustre cette dynamique collaborative. Leurs amis les rejoignent armés de seaux, de casseroles et de gobelets pour vider la mer. Les animaux marins sont temporairement relogés dans les fontaines publiques, baignoires et piscines. En vidant la mer, les amis font preuve de zèle et en profitent pour enlever les déchets qui s'y trouvent. Finalement, Corni retrouve son coquillage, et les animaux marins regagnent un océan assaini. Cette métaphore souligne l'idée qu'en conjuguant les efforts et en sortant des sentiers battus, il est possible de révéler les mécanismes invisibles et d'appréhender la complexité – un horizon que l'évaluation réaliste nous invite à envisager.

ANNEXES

Annexe 1 – Synthèse du chapitre 5 (article 1 des résultats)	343
Annexe 2 – Synthèse du chapitre 6 (article 2 des résultats)	348
Annexe 3 – Illustration des niveaux de pouvoir en Belgique et des niveaux concernés par des aspects de promotion de la santé	353
Annexe 4 – Synthèse du rapport de recherche ProSess.....	354
Annexe 5 – Liste des supports de partage des connaissances émanant de la recherche participative ProSess	362
Annexe 6 – Présentation détaillée des équipes et programmes participants à la recherche	363
Annexe 7 – Guide du focus group de novembre 2019	365
Annexe 8 – Guide des entretiens filmés	366
Annexe 9 – Calendrier des réunions pour chaque étape de la démarche d'évaluation en fonction des cas	367

Annexe 1 – Synthèse du chapitre 5 (article 1 des résultats)

MALENGREAU S., DOUMONT D., SCHEEN B., VAN DURME T., AUJOLAT I. REALIST EVALUATION OF HEALTH PROMOTION INTERVENTIONS: A SCOPING REVIEW. HEALTH PROMOT INT. 2022 OCT 1;37(5):DAAC136. DOI: 10.1093/HEAPRO/DAAC136. ERRATUM IN: HEALTH PROMOT INT. 2023 OCT 1;38(5): PMID: 36166263.

Introduction

La première revue de la littérature se justifie par les constats qui ont été partagés au chapitre 2 de cette thèse. A savoir, les programmes de promotion de la santé sont des **programmes dits complexes**, nécessitant d'être évalués par des approches qui permettent de tenir compte des interactions entre le programme et le contexte dans lequel il s'implémente pour l'analyse de ses effets. L'évaluation réaliste est ainsi présentée comme une approche particulièrement adaptée à cette fin.

Par ailleurs, l'évaluation de programme de promotion de la santé suppose aussi d'inscrire la démarche dans la continuité des **valeurs et principes de promotion de la santé** (cf. Chapitre 2). Il s'agit plus spécifiquement de quatre principes, définis par Rootman et ses collègues (2001) :

- La démarche évaluative est appropriée à la nature complexe des interventions de promotion de la santé ;
- La démarche évaluative permet l'utilisation de diverses méthodes de collecte de données et repose sur différentes disciplines ;
- La démarche évaluative favorise la participation des parties prenantes pertinentes de manière adaptée ;
- La démarche évaluative est une opportunité pour renforcer la capacité des individus, communautés, organisations et gouvernements.

Compte tenu de l'intérêt de la communauté internationale de promotion de la santé pour **l'évaluation réaliste** et l'importance de ces principes, la revue de la littérature a pour objectif de fournir un aperçu des pratiques actuelles de l'évaluation réaliste

dans le champ de la promotion de la santé et d'analyser la contribution de l'évaluation réaliste dans le respect de ces principes.

Méthode

À l'aide de la méthode de la **scoping review**, nous avons fait l'examen de la littérature répondant aux critères suivants : (i) présente des résultats d'une évaluation qualifiée de réaliste (ii) l'article porte sur l'évaluation d'un programme qualifié de promotion de la santé. Cinq bases de données ont été examinées (Embase, Pubmed, PsycINFO, ScienceDirect et Scopus). Sur les 88 références uniques identifiées, nous avons retenu 17 articles. L'analyse des articles a été réalisée à l'aide de l'outil Excel conçu pour extraire des informations sur (i) les caractéristiques de l'étude (question évaluative, objectif, description du programme) (ii) les caractéristiques de la démarche d'évaluation réaliste (justification du choix de l'évaluation réaliste, processus d'élaboration de la théorie de programme initiale, révision de la théorie de programme et utilisation des configurations CME) (iii) les caractéristiques de la démarche évaluative au regard des quatre principes guides (participation, capacitation, variété des outils de collecte et des approches disciplinaires et prises en compte de la complexité).

Résultats

Sur les **17 évaluations réalistes** de programme de promotion de la santé repérées, six d'entre elles visaient à élaborer la théorie de programme initiale et onze visaient à évaluer une théorie de programme initiale, préalablement élaborée. Les théories de programmes partagées dans les articles ne sont pas toutes construites à l'aide de configurations CME, certaines prennent la forme de schémas, de tableaux ou sont écrites en textes. Les hypothétiques relations de causalité ne sont donc pas toujours identifiables. La révision de la théorie de programme consiste à y apporter des précisions, à rejeter des aspects ou à en ajouter. Les ajustements apportés ne sont pas toujours clairement présentés ou argumentés.

Le **premier principe**, relatif à la prise en compte de la nature complexe, est l'argument le plus souvent avancé pour justifier l'intérêt de l'évaluation réaliste. Plusieurs auteurs identifient le concept de mécanisme comme particulièrement utile

pour comprendre les interactions entre le programme et le contexte. La majorité des mécanismes identifiés dans les articles se situent au niveau du comportement de l'individu. Le concept de contexte est utilisé pour caractériser l'environnement physique et social du programme. En ce qui concerne les effets, ceux-ci sont principalement relatifs aux ressources personnelles et aux comportements individuels. L'utilisation des configurations CME varie entre les articles. Certains auteurs présentent des éléments CME qui ne sont pas configurés et d'autres présentent des éléments CME configurés. Certains présentent des « configurations » CME globales et descriptives alors que d'autres présentent des « configurations » spécifiques et explicatives. Certains articles ne font pas usage de l'heuristique des configurations CME.

Quant au **deuxième principe**, relatif à l'utilisation de la variété des outils de collecte et des approches disciplinaires, les résultats reposent pour la majorité sur des données de type qualitatives collectées à l'aide de diverses méthodes. Les affiliations des auteurs supposent des approches interdisciplinaires, voire transdisciplinaires. Les procédures d'analyse impliquent le plus souvent plus d'une personne.

En ce qui concerne le **troisième principe**, relatif à la participation des parties prenantes, les auteurs ne détaillent pas toujours leur démarche. Les pratiques participatives sont ainsi plus rares, ou du moins plus rarement énoncées dans les articles scientifiques. Les pratiques participatives identifiées sont variées mais visent principalement à renforcer la validité des résultats et s'ancrent peu tout au long de la démarche. Ainsi les pratiques participatives ne reposaient pas sur une volonté de « distribuer le pouvoir ».

En toute logique, le **quatrième principe**, relatif à la capacitation, n'est donc pas au centre des démarches évaluatives, ou du moins, les auteurs ne font pas part d'effet de capacitation des suites du processus évaluatif. Bien que rares, les pratiques participatives répertoriées ci-dessus ont pu favoriser la réflexivité des participants et les capaciter.

Discussion

Nous avons relevé que l'utilisation de l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé 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 programme et se termine par une révision des interprétations qu'en font les équipes.

Nous avons ainsi identifié des **perspectives pour des évaluations de l'efficacité en promotion de la santé plus pertinentes**. Pensée pour rendre compte de la complexité du réel dans laquelle les programmes prennent vie, l'évaluation réaliste est une approche particulièrement pertinente dans le champ de la promotion de la santé. D'autant plus que l'approche n'est pas attachée à une méthode spécifique. Au contraire, il est recommandé de multiplier les sources et les stratégies de collecte de données. Plus spécifiquement, l'évaluation réaliste apporte une nouvelle perspective à l'évaluation de l'efficacité en promotion de la santé de deux manières : (i) en proposant d'élaborer une théorie de programme initiale avant de se lancer dans une démarche évaluative et en la mettant au cœur de la démarche évaluative et (ii) par sa conception de la causalité (génération) et le concept de configuration CME. Pourtant, le concept de mécanisme pourrait se montrer contre-productif si sa conception ne permet pas de prendre la mesure de l'influence des autres déterminants de la santé.

Nous avons dès lors également identifié des **perspectives pour des pratiques de l'évaluation réaliste plus cohérentes avec les principes de promotion de la santé**. Nos résultats suggèrent que le concept de mécanisme est trop souvent appliqué à un niveau individuel, centré sur les comportements humains. Dans le cadre de programmes de promotion de la santé, qui visent des actions sur les déterminants de la santé, il est essentiel de pouvoir appliquer la notion de mécanisme à d'autres niveaux du système. La théorie de programme se veut être

l'expression des hypothèses de fonctionnement des parties prenantes et est au centre de la démarche évaluative. Elle est théoriquement le témoin d'une compréhension partagée du fonctionnement du programme entre les principales parties prenantes. Pourtant, rares sont les démarches ayant une visée transformative aux côtés d'une visée de production de connaissances, ou celles-ci sont rarement explicitées dans les articles scientifiques. Nos résultats suggèrent dès lors que les évaluations réalistes gagneraient à être menées avec une intention de participation transparente et à ce que la démarche participative soit décrite dans les articles scientifiques. À condition d'être participative, la démarche réaliste offre de nombreuses opportunités pour le renforcement de la capacité des parties prenantes à évaluer et à améliorer les programmes. D'après nos résultats, ces opportunités sont trop rarement saisies.

En **conclusion**, l'utilisation de l'évaluation réaliste dans le champ de la promotion de la santé implique de porter une attention accrue aux relations sociales dans l'application de l'évaluation réaliste. Actuellement, la littérature scientifique relative à l'évaluation réaliste porte en grande partie sur le développement technique de l'approche, peut-être au détriment du développement d'une pratique participative de l'évaluation réaliste. Nous faisons ici l'hypothèse que la mise en dialogue des parties prenantes pour l'explicitation de la théorie de programme et son évaluation pourraient avoir des effets capacitants pour les personnes et organisations participantes.

Annexe 2 – Synthèse du chapitre 6 (article 2 des résultats)

MALENGREUX, S., MARTENS, M., CASTELLANO PLEGUEZUELO, V., OLUJUWON, I., VAN BELLE, S., RENMANS, D., & BELRHITI, Z. (2024). STAKEHOLDER INVOLVEMENT IN REALIST EVALUATION: A SCOPING REVIEW AND BEST FIT FRAMEWORK SYNTHESIS. EVALUATION, 0(0).
<https://doi.org/10.1177/13563890241279562>

Introduction

Dans le second travail de revue de la littérature, nous sommes partie du constat que si l'évaluation réaliste repose effectivement sur un positionnement favorable à l'implication des parties prenantes, plusieurs travaux montrent pourtant que les pratiques d'évaluation réaliste reposent rarement sur les connaissances et pratiques issues des démarches participatives. Cet intérêt pour **l'implication des parties prenantes** rejoint d'autres tendances dans la recherche scientifique telles que la décolonisation de la recherche ou la participation citoyenne en politique publique.

Dans ce travail, nous avons adopté une définition large de l'implication des parties prenantes, comprise comme la participation des personnes, groupes ou organisations, qui influencent ou sont influencés par le processus évaluatif et/ou ses résultats, à une ou plusieurs phases de la démarche évaluative.

L'objectif de la revue de la littérature était **d'explorer comment les chercheurs et évaluateurs réalistes impliquent les parties prenantes tout au long d'une évaluation réaliste**. Cette exploration nous permet de proposer des recommandations pour faire évoluer les pratiques d'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes et, ainsi, de soutenir des pratiques transparentes et ayant du sens pour les parties prenantes.

Méthodes

Comme pour la revue de la littérature précédente, nous avons mobilisé la méthode de **scoping review** pour explorer la littérature. Nous avons cherché des références issues de la littérature scientifique et grise portant sur des pratiques d'évaluations réalistes impliquant des parties prenantes. Contrairement à la première *scoping review*, nous avons ciblé l'implication des parties prenantes comme critère d'inclusion et n'avons pas restreint nos recherches au champ de la promotion de la santé. Cinq bases de données ont été scrutées (Pubmed, Embase, Web of Science, Scopus et Google Scholar) sans restriction de période. Sur les 1623 références identifiées, 29 ont été retenues portant sur 26 évaluations réalistes différentes (certains articles portant sur la même évaluation réaliste).

L'analyse de ces références supposait de se doter d'un cadre d'analyse que nous souhaitions ancrer dans les théories et cadres conceptuels relatifs à l'implication des parties prenantes dans les recherches et les évaluations. Au regard de l'importance de la littérature sur ce sujet, nous avons adopté une approche de synthèse appelée « **Best Fit Framework (BFF)** ». Le BFF propose une méthode de sélection de cadres théoriques qui permet d'avoir une approche transparente et ainsi éviter de sélectionner un ou plusieurs cadres théoriques de manière intuitive ou du moins sans considération des cadres théoriques existants. La méthode du BFF permet d'identifier les cadres théoriques pertinents au regard de la question de recherche permettant, une fois identifiés, de les assembler pour construire un cadre d'analyse issu des théories existantes. Sur les 71 références initialement identifiées à l'aide de la méthode BFF, nous avons retenu 8 cadres théoriques pertinents pour analyser les pratiques d'implication de parties prenantes dans les recherches et les évaluations. Ces huit cadres théoriques ont été associés pour produire un cadre d'analyse des processus d'implication des parties prenantes pour cette *scoping review*.

Un formulaire d'extraction des données a été élaboré sur Excel afin de permettre aux co-auteurs **d'analyser collaborativement** les 26 évaluations réalistes sélectionnées pour la *scoping review*. Ce formulaire incluait trois sections : (i)

description du programme évalué (pays, objectif, durée, niveau de mise en œuvre), (ii) description de l'évaluation réaliste (objectif de l'évaluation, phases de l'évaluation réaliste complétées, sources des données utilisées, méthodes de collecte des données, méthodes d'analyse, formes données aux configurations CME), (iii) les catégories issues du cadre d'analyse résultant du BFF (fondements philosophiques à l'implication des parties prenantes, processus d'implication en pratique [types de parties prenantes impliquées, niveaux d'implication, stratégies d'implication], modalités de partenariat, effets de l'implication des parties prenantes).

Les 26 évaluations réalistes ont été réparties entre les co-auteurs qui ont complété le formulaire pour chacune des évaluations réalistes. La candidate au doctorat, première autrice de ce papier, a quant à elle lu toutes les références afin de procéder à une double lecture indépendante et comparative.

Résultats

Les résultats montrent un **intérêt croissant** pour l'implication des parties prenantes dans les évaluations réalistes puisque plus de la moitié des 29 références analysées ont été publiées après 2020 (alors que nous n'avions pas mis de limite de dates). Nos résultats suggèrent que les manières d'impliquer les parties prenantes dans les évaluations réalistes varient considérablement. Nous avons relevé une grande variété de types de parties prenantes impliquées, différents niveaux d'implication et diverses stratégies d'implication. La manière d'impliquer les parties prenantes varie également entre les phases de l'évaluation réaliste. Dans certains cas, les parties prenantes impliquées n'étaient pas les mêmes à chaque phase. Ainsi, dans une même évaluation réaliste, nous avons relevé plusieurs processus d'implication, c'est-à-dire différentes combinaisons du type de parties prenantes, des niveaux d'implication et des stratégies d'implication.

Bien que nous ayons relevé une certaine **hétérogénéité** dans les pratiques d'implication des parties prenantes, nous avons aussi identifié que la manière la plus fréquente était d'impliquer les personnes participant à la mise en œuvre du programme (le « qui ») pendant la phase de construction de la théorie de programme initiale ou pendant la phase de collecte de données (le « quand ») et

principalement à l'aide de stratégies de mise en dialogue sans qu'il n'y ait un partage des processus décisionnels (le « comment »).

Très peu d'auteurs mettent en évidence les fondements de leur approche participative ou soutiennent leur approche à l'aide de la littérature spécialisée en matière d'approches participatives. Les auteurs ont porté peu d'attention à la dimension éthique du processus d'implication. Ainsi, les processus d'implication des parties prenantes semblent, le plus souvent, avoir été organisés « sur le moment » plutôt que de faire partie intégrante de la démarche évaluative.

Les caractéristiques d'éventuelles **relations de partenariat** - sous-jacentes à l'implication de parties prenantes – sont très peu rapportées dans les articles.

Enfin, les résultats de notre *scoping review* montrent peu d'attention à ce que le processus évaluatif puisse jouer un rôle **transformateur et capacitant** pour les parties prenantes qui y prennent part. Au contraire, la plupart des auteurs mettent l'accent sur l'intérêt de la participation des parties prenantes pour augmenter la validité des résultats de l'évaluation. Si cette finalité est tout à fait acceptable et légitime, il n'en reste pas moins que, en axant leur démarche sur cette finalité, les auteurs semblent faire peu de cas des effets que le processus évaluatif peut avoir sur les parties prenantes.

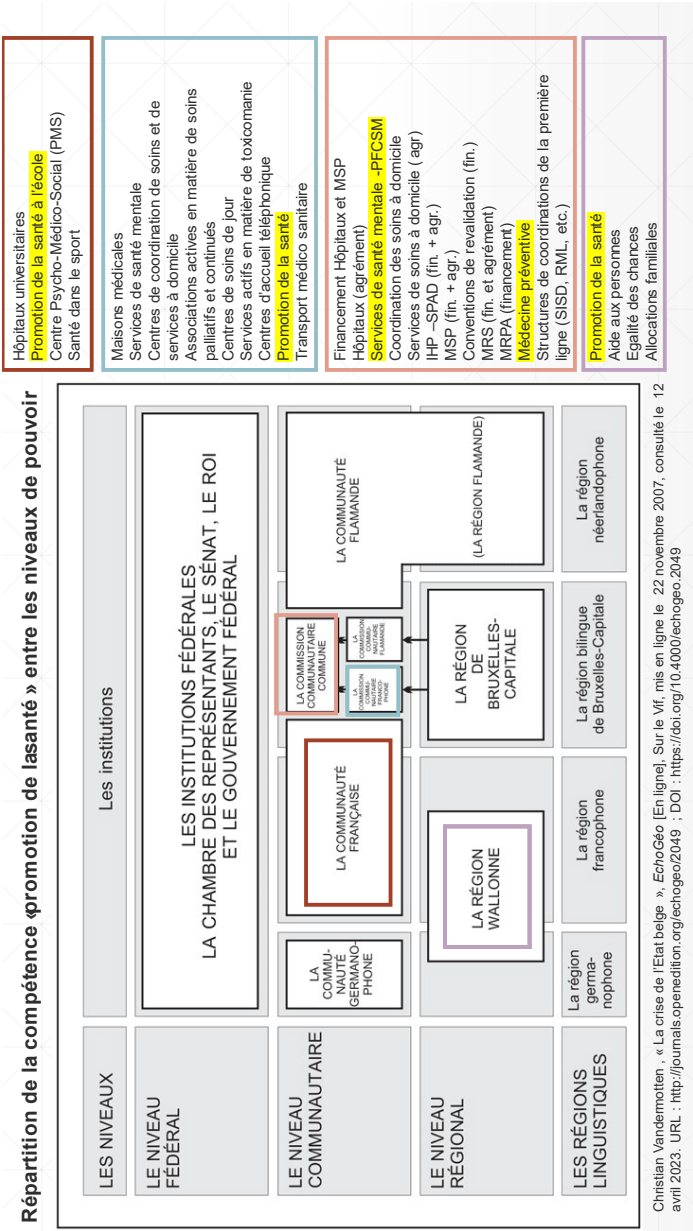
Discussion

Nos résultats ont mis en lumière plusieurs **leçons** destinées aux chercheurs et évaluateurs réalistes pour qu'ils développent des pratiques participatives plus transparentes et davantage ancrées dans les théories et modèles existants.

1. Développer une logique et une philosophie cohérentes dès le début de la phase d'élaboration du protocole, sur base de la littérature relative aux approches participatives et veiller à ce que la conception de l'évaluation reste fidèle à cette logique et à cette philosophie.
2. Rendre compte plus en détail du pourquoi, du comment, du quand et des parties prenantes qui ont été impliquées dans l'évaluation. Le cadre analytique développé et utilisé dans notre étude peut servir d'exemple.

3. Réfléchir et discuter de la valeur ajoutée - tant pour l'évaluation, les parties prenantes et l'intervention - de l'approche participative et partager les leçons apprises sur ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, pour qui et dans quelles circonstances.

Annexe 3 – Illustration des niveaux de pouvoir en Belgique et des niveaux concernés par des aspects de promotion de la santé



Annexe 4 – Synthèse du rapport de recherche ProSess

MALENGREUX 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.
https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=18953

Introduction

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.

Le choix du politique d'inviter les organisations de terrain à mobiliser **l'évaluation réaliste** pour l'évaluation de leurs programmes 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 de leurs approches. L'évaluation réaliste étant souvent présentée comme une approche prometteuse pour 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 de pilotage d'interventions de terrain.

Dans ce contexte, le service universitaire de promotion de la santé (UCLouvain/IRSS-RESO) a été mandaté pour **expérimenter l'approche réaliste avec des opérateurs de terrain, à l'aide d'une recherche participative**, plus tard nommée ProSess.

À la suite de ce processus d'expérimentation, nous avons rédigé un rapport ⁵⁸ dans le but de **documenter en quoi l'évaluation réaliste est une démarche pertinente pour apprécier les effets des interventions de promotion de la santé et quelles sont les leçons de son application par des équipes de terrain.**

Méthodes

Les modalités de l'intervention et de l'étude de cas multiples ont été détaillées au chapitre 4, ci-avant, donc nous nous contentons d'en rappeler les points-clés.

Nous avons créé **un contexte d'évaluation mixte** où la chercheuse accompagnatrice a soutenu quatre équipes à mettre en application l'approche réaliste pour l'évaluation d'un ou plusieurs de leurs programmes. Notre dispositif de recherche correspond à une étude de cas multiples où chaque cas (au nombre de 4) représente une équipe ayant appliqué (avec l'accompagnement de la chercheuse) l'évaluation réaliste. Dès lors, les méthodes visent une analyse approfondie de quatre processus de mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de promotion de la santé. Dit autrement, les résultats ne visent 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. Les données collectées tout au long des quatre processus d'expérimentation de l'évaluation réaliste ont été utilisées dans cette analyse (focus group, entretiens semi-directifs, réunions de travail retranscrites, comptes rendus de réunions et cahier de recherche) (cf. chapitre 4).

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. 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 de

⁵⁸ 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.
https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=18953

l'évaluation réaliste s'est déroulée, tout en tenant compte des spécificités des cas. Le focus group, les entretiens semi-directifs et le cahier de recherche ont été utilisés pour tirer des leçons relatives aux difficultés et ressources à l'application de l'évaluation réaliste.

Brève description des étapes et leçons

Les résultats présentés consistent en une **description de l'application de chaque étape de l'évaluation réaliste** (cf. illustration 4) par les équipes participantes. Nous en développons les principales difficultés rencontrées, les aménagements mis en place et les ressources mobilisées pour les surmonter. L'annexe 6 montre, pour chaque étape, le nombre de réunions qui y ont été consacrées par chacune des équipes.

- **Étape 1** : Définir le cadre de partenariat

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 capacitante.

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

Notre contexte de recherche se caractérisait par un bailleur de fonds particulièrement intéressé par les démarches évaluatives axées sur la réflexivité d'une part et sensibilisé aux défis méthodologiques de l'évaluation de l'efficacité d'interventions complexes d'autre part. Il était aussi partie prenante de l'expérimentation en restant en retrait mais en suivant le processus par ses échanges avec l'équipe de recherche. 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 la démarche entreprise est alignée avec les attentes du bailleur de fonds. 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

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 celui-ci bénéficie.

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. Nous pensons qu'il devrait être envisagé de renforcer la capacité des équipes à « préparer » leur projet à une démarche évaluative.

Une manière de préparer un programme à son évaluation réaliste est par ailleurs de repérer en amont le (ou les) modèle(s) et la (ou les) théorie(s) sur le(s)quel(s) repose l'efficacité présumée du programme. Nos résultats suggèrent aussi que les programmes et projets de promotion de la santé gagneraient en qualité si les acteurs et actrices étaient soutenus dans l'exercice d'identifier et utiliser les théories existantes pour la construction des programmes.

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

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 semblent 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.

- **Étape 5** : Construire les outils de récolte et collecter les données

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 professionnels lorsque l'on souhaite mener une évaluation réaliste avec ceux-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.

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.

▪ **Étape 6** : Analyser les données

Notre démarche a démontré l'importance de consacrer un temps suffisant à la préparation des données avant de les analyser en groupe. 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 d'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.

- **Étape 7** : Réviser la théorie de programme initiale

Lors de notre expérimentation de l'évaluation réaliste, nous avons manqué de temps pour approfondir cette 7e 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 transformative, 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 professionnels 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 transformative, 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.

Perspectives et conclusion

Notre expérimentation de l'évaluation réaliste conforte la pertinence de l'approche réaliste pour comprendre les effets des programmes. Elle a permis 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 dans une perspective holistique. 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.

Au-delà de cette plus-value, nous avons relevé de nombreux défis à l'application de l'évaluation hors contexte scientifique ainsi que les ressources sur lesquelles les équipes ont pu se reposer pour surmonter les difficultés de mise en œuvre de l'évaluation réaliste.

Dans ce rapport, nous avons documenté la mise en œuvre de l'évaluation réaliste par des équipes de terrain et en avons soulevé plusieurs arguments qui appuient l'intérêt paradigmatique du réalisme et l'intérêt méthodologique de l'évaluation réaliste. Nous avons aussi mis en avant plusieurs questionnements et controverses que l'application de l'évaluation réaliste par des ASBL, actives dans le champ de la promotion de la santé, suscite.

Annexe 5 – Liste des supports de partage des connaissances émanant de la recherche participative ProSess

Supports de partage de connaissances ⁵⁹ émanant du premier cycle de la recherche ProSess visant à expérimenter l'évaluation réaliste avec des équipes de terrain :

- Un rapport clarifiant les aspects théoriques de l'évaluation réaliste (2020) intitulé « L'approche réaliste pour évaluer les interventions de promotion de la santé »
- Des capsules vidéo ⁶⁰ dans lesquelles trois des quatre équipes partenaires lors du premier cycle présentent leur démarche évaluative, inspirée de l'évaluation réaliste.
- Des capsules vidéo dans lesquelles les équipes et la chercheuse partagent leurs expériences du processus d'accompagnement : les freins, les leviers et ce que ce processus leur a apporté.
- Une capsule vidéo pour présenter les 6 grands déterminants du soutien à l'amélioration des pratiques évaluatives identifiées à partir du premier cycle.
- Un rapport de recherche détaillant de quelle manière chaque étape de l'évaluation réaliste a été menée par les équipes qui ont expérimenté l'approche « L'évaluation réaliste pour évaluer les conditions d'efficacité d'interventions de promotion de la santé : Retour de 4 expériences en Région de Bruxelles-Capitale. »

Supports de partage de connaissances émanant du deuxième cycle de la recherche ProSess dont l'objectif était de co-construire un dispositif de soutien aux pratiques évaluatives des opérateurs de Plan :

- Le compte rendu de la journée d'échanges et de co-construction du 16 mars 2021.
- Le compte rendu des ateliers de co-construction de juin 2021.
- Les retours d'expériences des modules de formation en matière d'évaluation de projet organisés pendant l'été 2022.

⁵⁹ Ces supports se trouvent sur le site du RESO (www.uclouvain.be/reso) ou sur demande à Ségolène Malengreaux (segolene.malengreaux@uclouvain.be).

⁶⁰ Les capsules vidéo ont été réalisées par le MiiL (UCLouvain).

Annexe 6 – Présentation détaillée des équipes et programmes participants à la recherche

Nom de l'opérateur participant	Présentation des équipes participantes	Présentation des projets évalués à l'aide de l'évaluation réaliste
Alzheimer Belgique	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 promotion de la santé relativement pérenne (pour une durée de 3 ans, renouvelable pour 2 ans).	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.
Le Fonds des Affections RESpiratoires (FARES)	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 promotion de la santé.	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 différentes 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.
La Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF)	Le chargé de projet et la coordinatrice du département ont participé à la recherche. Au début de l'année 2020, tous les deux se sont absentés pour des raisons médicales. D'un commun accord avec le directeur de la structure, la participation de la FLCPF à la recherche a pris fin en avril 2020, soit à l'étape de l'analyse des données.	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, tel que les hommes gays et bisexuels, ou ayant des relations

	sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne.
I.Care	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 <i>Care.Connexion</i> 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'<i>évaluation réaliste</i> : 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.

Annexe 7 – Guide du focus group de novembre 2019

Thème 1 : L'influence du processus évaluatif sur soi (ses croyances, ses compétences, ses connaissances, ses attitudes)

1. A ce stade, comment pensez-vous que le processus d'évaluation vous a influencé personnellement (vos croyances, compétences, connaissances, attitudes vis-à-vis de l'évaluation) ?

=> Quels changements observez-vous au niveau de ... ?

1.1. Selon vous, qu'est-ce qui a facilité ces changements ?

1.2. Selon vous, qu'est-ce qui a fait obstacle à ces changements ?

Thème 2 : L'influence du processus évaluatif sur l'institution et l'équipe

1. A ce stade, comment pensez-vous que le processus évaluatif a influencé votre association ?

=> Quels changements observez-vous au niveau de vos collègues qui ne participent pas aux réunions ProSess ?

2. Comment avez-vous vécu l'ajout de ce processus dans votre pratique quotidienne ? (+ attention au rôle de la personne de référence)

2.1. Selon vous, qu'est-ce qui a facilité l'intégration de ces tâches supplémentaires ?

2.2. Selon vous, qu'est-ce qui a fait obstacle à l'intégration de ces tâches supplémentaires ?

Thème 3 : L'influence du processus évaluatif sur le programme évalué

1. Depuis le début du processus, qu'est-ce qui a changé dans vos programmes ?

2. Quels sont les éléments du processus qui ont contribué à des changements ?

2.1. Selon vous, qu'est-ce qui a facilité ces changements ?

2.2. Selon vous, qu'est-ce qui a fait obstacle à ces changements ?

Annexe 8 – Guide des entretiens filmés

Thème 1 : L'influence du processus évaluatif sur soi (ses croyances, ses compétences, ses connaissances, ses attitudes)

1. Comment le processus de capacitation vous a influencé personnellement ?

1.1. Qu'est-ce qui a facilité ces changements ?

1.2. Qu'est-ce qui a fait obstacle ?

Thème 2 : L'influence du processus évaluatif sur l'institution et l'équipe

1. Comment le processus de capacitation a influencé l'équipe, voir l'association ?

1.1. Qu'est-ce qui a facilité ces changements ?

1.2. Qu'est-ce qui a fait obstacle ?

Thème 3 : L'influence du processus évaluatif sur le programme évalué

1. Comment le processus de capacitation a influencé votre projet ?

1.1. Qu'est-ce que ça a eu comme influence sur les personnes visées par le projet ?

1.2. Qu'est-ce qui a facilité ces changements ?

1.3. Qu'est-ce qui a fait obstacle ?

Clôture

Finalement et en une phrase, quel est votre sentiment par rapport à cette expérience ?

Annexe 9 – 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. Caie	E1 – Partenariat																					
	E2 - Objectifs																					
	E3 - Théorie de pro.																					
	E4 - CME																					
	E5 - Collecte																					
FARES	E6 - Analyse																					
	E7 - Révision																					
	E1 – Partenariat																					
	E2 - Objectifs																					
	E3 - Théorie de pro.																					
Alzheimer Belgique ^a	E4 - CME																					
	E5 - Collecte																					
	E6 - Analyse																					
	E7 - Révision																					
	E1 – Partenariat																					
FLCPF ^b	E2 - Objectifs																					
	E3 - Théorie de pro.																					
	E4 - CME																					
	E5 - Collecte																					
	E6 - Analyse																					

