

L'APPROCHE *REALIST* À L'ÉPREUVE DU RÉEL DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Valéry Ridde
Université de Montréal
Montréal, Québec

Emilie Robert
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Montréal, Québec

Anne Guichard
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
Paris, France

Pierre Blaise
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Pays de la Loire
Nantes, France

Josefien Van Olmen
Institut de Médecine Tropicale
Anvers, Belgique

Résumé : L'approche *Realist* propose une manière d'appréhender la complexité des interventions sociales en cherchant à comprendre ce qui fonctionne, pour qui, et dans quels contextes. À partir de l'étude des écrits scientifiques et d'une analyse réflexive de nos expériences, nous présentons quelques défis et réflexions liés à l'emploi de cette innovation évaluative. Si l'approche *Realist* apparaît intellectuellement séduisante, la construction des configurations « Contexte-Mécanisme-Effet » qu'elle suggère s'avère délicate à effectuer. Les difficultés de trouver les informations sur les contextes ou les effets, de distinguer les éléments du contexte de ceux du mécanisme, et d'adopter le niveau d'analyse adéquat constituent autant de défis dans l'utilisation de l'approche *Realist*.

Abstract: The *Realist* approach suggests a way to grasp the complexity of social interventions, through questioning what works, for whom, and under what circumstances. We present here some challenges and discussion on the use of this methodological innovation, based on an analysis of our own experience and an examination of the scientific literature. Although the *Realist* approach seems

Correspondance à l'auteur : Valéry Ridde, Centre de recherche du CHUM,
3875 rue Saint-Urbain, 5ème étage, Montréal, QC, Canada H2W 1V1;
<valery.ridde@umontreal.ca>

intellectually attractive, building its “Context-Mechanism-Outcome” configurations proves problematic. Finding the necessary information about context and outcome, differentiating context-related elements from those related to mechanisms, and adopting an accurate level of analysis are among the challenges in using the *Realist* approach.

Évoquer l'évaluation des interventions complexes ne peut assurément faire l'impasse d'un courant théorique relativement récent qui propose, parmi d'autres, une solution à cette difficulté évaluative. L'approche *Realist* est en effet présentée comme une approche d'évaluation permettant de produire des « données probantes sur les interventions sociales complexes, qui fournissent une explication de la manière dont celles-ci fonctionnent (ou non), et pour quelles raisons, dans des contextes spécifiques »¹ (Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2004). La perspective épistémologique est celle du réalisme critique, que nous expliciterons plus loin, différente du constructivisme et du post-positivisme. Nous avons délibérément choisi de ne pas traduire le terme « *Realistic* » ou « *Realist* » en français, car la traduction littérale (« réaliste ») ne nous semble pas rendre compte du sens du terme. Sa lecture pourrait nous entraîner vers des débats concernant des enjeux liés notamment à la faisabilité des évaluations (e.g., *Real World Evaluation; Evaluability Assessment*), ce qui n'est pas le propos de cet article. En effet, l'objectif ici est de présenter les tenants et les aboutissants de cette approche en mettant particulièrement en relief les défis méthodologiques de son emploi lors d'évaluations (*Realistic Evaluation*) et de synthèses de connaissances (*Realist Review / Synthesis*). Pour ce faire, nous avons recours, d'une part, à l'étude des écrits scientifiques d'auteurs ayant fait appel à cette approche et, d'autre part, à l'analyse réflexive de nos propres expériences au Canada, en France, et en Afrique.

L'APPRÉHENSION DE LA COMPLEXITÉ PAR L'APPROCHE *REALIST*

On ne reviendra pas ici sur les débats concernant la complexité traités dans d'autres articles de ce numéro spécial de la Revue et ailleurs (Morin, 2005; Ridde, Delormier, & Gaudreau, 2007). D'une manière globale, il faut comprendre les interventions complexes comme étant la présence d'enchevêtrements de multiples éléments et composantes, mis en jeu dans des relations la plupart du temps non linéaires, où la compréhension de la contribution d'un seul n'est pas suffisante pour analyser l'intervention comprise comme un tout. Ces interventions ont une histoire, elles sont enchâssées dans un

contexte particulier qu'il faut prendre en compte. Elles sont des systèmes ouverts dont le chercheur qui les observe fait lui-même partie (Blaise, Marchal, Lefèvre, & Kegels, 2010). Pour Pawson et al. (2004), les interventions complexes disposent de sept caractéristiques. Pour améliorer l'appréhension de ces éléments, nous donnons un exemple dans le Tableau 1 de la nature de cette complexité à travers le cas des récentes politiques qui se déroulent en Afrique, visant à supprimer le paiement direct des soins. Compte tenu de cette complexité, le recours à des démarches évaluatives expérimentales (ou des synthèses quantitatives de type méta-analyses) ne paraît que peu pertinent (Blaise et al.), comme le montre bien une étude sur la suppression du paiement des soins en Afrique (Lagarde & Palmer, 2006).

Tableau 1
Les sept caractéristiques des interventions complexes appliquées aux politiques d'abolition du paiement des soins en Afrique

<i>Les interventions sociales...</i>	<i>Les politiques d'abolition du paiement direct...</i>
... sont des théories ou sont composées de plusieurs théories.	... visent à réduire le fardeau financier des ménages, améliorer l'accès aux services de santé et leur recours précoce aux soins, et ainsi de suite.
... impliquent la participation de nombreuses parties prenantes.	... impliquent les États, la communauté internationale, les ONG, les populations, les agents de santé, et ainsi de suite.
... consistent en une chaîne de processus décisionnels.	... supposent l'identification du problème, la formulation de la politique, la mise en œuvre de la politique par différents acteurs, l'acceptation de la politique par la population, et ainsi de suite.
... ne sont pas linéaires et sont soumises à des boucles de rétroaction.	... se transforment et s'adaptent par l'action et l'influence des agents de santé, des patients, des décideurs, et ainsi de suite.
... sont enchâssées dans plusieurs systèmes sociaux et plusieurs contextes.	... sont mises en œuvre dans plusieurs pays, eux-mêmes composés de différentes populations, elles-mêmes évoluant dans des réalités sociales et des représentations du monde distinctes, et ayant des systèmes de santé différents.
... sont perméables à l'influence d'autres interventions.	... coexistent avec d'autres politiques de santé ou interventions sociales qui les influencent.
... sont des systèmes ouverts apprenants.	... sont des systèmes dans lesquels les agents de santé, les patients, les décideurs, et autres adaptent leurs pratiques, leurs comportements, leurs attitudes, et ainsi de suite.

S'inspirant des méthodes d'évaluation fondées sur la théorie (Astbury & Leeuw, 2010; Chen, 2005; Donaldson, 2007) et d'une épistémologie réaliste (Julnes, Mark, & Henry, 1998), Pawson propose un cadre structurant pour décrire les logiques d'interventions observées.

L'approche *Realist* dispose souvent d'un caractère exploratoire et permet de mettre au jour, tester, puis améliorer des théories dites de moyenne portée. Selon Merton, il s'agit de :

théories dont le niveau se situe entre [d'abord] les hypothèses de travail, mineures mais nécessaires, qui se développent au quotidien dans le cadre de la recherche, et [ensuite] les efforts systématiques d'intégration pour développer une théorie unitaire qui expliquerait toutes les uniformités observées du comportement social, de l'organisation sociale, et du changement social. (1968, p. 39)

Ces théories concernent des mécanismes de changements qui sont liés aux raisonnements humains et concernent les choix des personnes ainsi que leurs aptitudes (Pawson & Tilley, 1997). Car, si les programmes fonctionnent, c'est bien parce que les personnes en ont décidé ainsi. Il s'agit donc de mettre en lumière le mécanisme (M) actionné par l'intervention pour produire ses effets (E) dans un contexte donné (C), ce que Pawson appelle la configuration « Contexte-Mécanisme-Effet » (CME). Il suggère ensuite de comparer la CME à la « théorie² de l'intervention », autrement dit la logique de l'intervention qui décrit la chaîne des résultats et la production des effets. Le Tableau 2 propose quelques définitions des concepts clés de l'approche *Realist*.

Tableau 2
Les concepts clés de l'approche *Realist*

Mécanisme	Élément du raisonnement de l'acteur face à une intervention. Un mécanisme : (a) est généralement caché; (b) est sensible aux variations du contexte; et (c) produit des effets.
Configuration C-M-E	Outil conceptuel permettant de mettre en relation les éléments du contexte, les mécanismes, et les effets d'une intervention.
Théorie de l'intervention	Ensemble des hypothèses qui expliquent la manière dont (comment et pourquoi) l'intervention est supposée produire ses effets. Elle peut se décliner sous la forme d'une ou de plusieurs C-M-E.
Théorie de moyenne portée	Niveau d'abstraction théorique qui permet de donner une explication des tendances et régularités observées dans les interactions contexte-mécanisme-effet d'un ensemble d'interventions.

Adaptés de Astbury & Leeuw, 2010; Blaise, Marchal, Lefèvre, & Kegels, 2010; Pawson & Tilley, 1997

Cette démarche s'éloigne des approches expérimentales qui cherchent à tester la stabilité d'une relation causale entre une intervention et son effet postulé, sans tenir compte des circonstances et

des détails contextuels, autrement que sous la forme de variables numériques et de facteurs de confusion. Les tenants de l'approche *Realist* intègrent le contexte dans la production d'effets. La recherche ne vise pas la production d'une réponse définitive sous la forme d'une loi identifiant l'intervention la plus efficace dans toutes les circonstances (Blaise et al., 2010). L'objectif n'est plus, par exemple, de répondre à la question « l'abolition du paiement fonctionne-t-elle? », mais « est-ce que les politiques d'abolition du paiement en Afrique fonctionnent, comment, pour qui et dans quelles circonstances particulières? » (Robert, Ridde, Marchal, & Fournier, 2012).

Rendre compte de la manière dont fonctionne la logique d'intervention (et les CME) dans un contexte spécifique avec un cadre d'analyse *Realist* permet de projeter les résultats de recherche dans différents contextes. Partant du postulat qu'il est envisageable d'observer différentes interventions déployant la même logique—une même famille de mécanismes—dans des contextes différents, l'approche *Realist* suggère la possibilité de mettre au jour des régularités (*patterns*)—liées à des caractéristiques spécifiques du contexte—dans les effets constatés. C'est en réalisant de telles observations empiriques multiples (ou des synthèses) dans des contextes variés qu'il est a priori possible de voir apparaître ces régularités. On ne cherche pas à vérifier des effets, constants et reproductibles, en fonction de variables ou de facteurs de confusion, mais à observer des régularités ou des tendances dans les effets produits (positifs, négatifs, ou inattendus), dans des contextes semblables ou différents, mais dont les différences sont identifiées et caractérisées dans une typologie.

Le fait de trouver des effets variés n'est pas en soi un problème. Ce que l'on veut comprendre, c'est pourquoi un mécanisme produit des effets différents dans un autre contexte, ou bien provoque des effets identiques dans des contextes différents, ou des effets différents dans des contextes semblables. En repérant les régularités qui surviennent dans ces relations, il serait possible de les regrouper dans une typologie de CME, et ainsi améliorer la théorie explicative des régularités observées (Pawson, 2003). De CME en CME, on améliore graduellement notre compréhension des mécanismes qui entrent en jeu dans une intervention (Pawson, 2002). Il s'agit ici d'appliquer une démarche analytique proposée par Yin (1994) pour la réalisation d'études de cas, soit une « construction de l'explication de nature itérative » : « les données issues de l'étude de cas sont examinées, les positions théoriques sont amendées puis les données sont une nouvelle fois examinées à partir d'une nouvelle perspective, selon cette démarche itérative » (Yin, 1994, p. 111).

L'approche *Realist* peut être appliquée dans deux occasions précises : la synthèse et l'évaluation. La synthèse *Realist* est une des multiples méthodes pour résumer des connaissances déjà disponibles, à l'instar des synthèses narratives ou des méta-analyses, et s'inscrit dans le récent courant des *Mixed Studies Reviews* (Grant & Booth, 2009; Pope, Mays, & Popay, 2007). Elle prend en compte tous les types d'études, qu'elles soient de nature quantitative, qualitative, ou mixte (Pluye et al., 2009), et permet de considérer tous les écrits qui apportent des informations supplémentaires sur l'intervention étudiée. Nous appréhendons la synthèse *Realist* comme une démarche d'évaluation, au même titre que l'étude de cas ou l'étude observationnelle, dans la mesure où elle permet de comprendre et/ou de porter un jugement sur une intervention (Ridde & Dagenais, 2012). L'évaluation *Realist* implique une collecte de données primaires lors de l'évaluation d'une intervention. C'est au regard de ces deux démarches que nous allons maintenant relever les défis particuliers de l'utilisation de l'approche *Realist*.

L'UTILISATION DE L'APPROCHE *REALIST* RAPPORTÉE DANS LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES

L'opérationnalisation de la démarche

L'approche *Realist* étant récente, peu de chercheurs se sont encore essayés à l'exercice. En santé publique, dix synthèses, neuf études empiriques, et une recherche combinant synthèse et évaluation *Realist* ont été recensées (Tableau 3). Une recherche documentaire dans les bases de données MEDLINE, CINAHL, EMBASE, CAB HEALTH, SAGE Journals Online, et ERIC a été réalisée jusqu'à fin 2010, en utilisant les expressions clés suivantes : « *realist* review* », « *realist* synthesis* », « *realist* evaluation* » et « *realist* approach* ». Malgré la nouveauté et la complexité de cette approche, certains articles ne font pas état des difficultés rencontrées (Clark, Whelan, Barbour, & MacIntyre, 2005; Evans & Killoran, 2000; Greenhalgh, Kristjansson, & Robinson, 2007; Jackson et al., 2009; Kennedy, Rogers, & Gately, 2005; Law, Plunkett, Taylor, & Gunning, 2009; Oroviogioicoechea & Watson, 2009; Wilson, McCormack, & Ives, 2008). Pourtant, les auteurs appréhendent et appliquent différemment l'approche *Realist*, reflétant à notre avis son défi majeur : l'application d'une approche novatrice, récente, et encore peu utilisée, pour laquelle Pawson a préféré donner des pistes plutôt qu'imposer un cadre méthodologique strict.

Tableau 3

Articles rapportant l'utilisation de l'approche *Realist* (1997–2010)

Synthèses

- Clamp, S., & Keen, J. (2007). Electronic health records : Is the evidence base any use?
- Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. (2009). Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries : A realist review.
- Greenhalgh, T., Kristjansson, E., & Robinson, V. (2007). Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes.
- Jackson, L., Langille, L., Lyons, L., Hughes, J., Martin, D., & Winstanley, V. (2009). Does moving from a high-poverty to lower-poverty neighborhood improve mental health? A realist review of "Moving to Opportunity."
- Kane, S. S., Gerretsen, B., Scherpbier, R., Dal Poz, M., & Dieleman, M. (2010). A realist synthesis of randomized control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries.
- Law, J., Plunkett, C., Taylor, J., & Gunning, M. (2009). Developing policy in the provision of parenting programmes : Integrating a review of reviews with the perspectives of both parents and professionals.
- Leeman, J., Chang, Y. K., Lee, E. J., Voils, C. I., Crandell, J., & Sandelowski, M. (2010). Implementation of antiretroviral therapy adherence interventions : A realist synthesis of evidence.
- McCormack, B., Wright, J., Dewar, B., Harvey, G., & Ballantine, K. (2007). A realist synthesis of evidence relating to practice development : Methodology and methods.
- O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A., & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders : A realist approach to synthesizing evidence.
- Wong, G., Greenhalgh, T., & Pawson, R. (2010). Internet-based medical education : A realist review of what works, for whom and in what circumstances.

Études empiriques

- Byng, R., Norman, I., & Redfern, S. (2005). Using realistic evaluation to evaluate a practice-level intervention to improve primary healthcare for patients with long-term mental illness.
- Byng, R., Norman, I., Redfern, S., & Jones, R. (2008). Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health : Case study of a process evaluation.
- Clark, A., Whelan, H. K., Barbour, R., & MacIntyre, P. D. (2005). A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation.
- Evans, D., & Killoran, A. (2000). Tackling health inequalities through partnership working : Learning from a realistic evaluation.
- Kennedy, A., Rogers, A., & Gately, C. (2005). Assessing the introduction of the expert patients programme into the NHS : A realistic evaluation of recruitment to a national lay-led self-care initiative.
- Marchal, B., Dedzo, M., & Kegels, G. (2010). A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana.
- Oroviogicochea, C., & Watson, R. (2009). A quantitative analysis of the impact of a computerized information system on nurses' clinical practice using a realistic evaluation framework.
- Tolson, D., McIntosh, J., Loftus, L., & Cormie, P. (2007). Developing a managed clinical network in palliative care : A realistic evaluation.
- Wilson, V., McCormack, B., & Ives, G. (2008). Developing healthcare practice through action learning : Individual and group journeys.

Étude combinant synthèse et étude empirique

- Rycroft-Malone, J., Fontenla, M., Bick, D., & Seers, K. (2010). A realistic evaluation : The case of protocol-based care.

En effet, au-delà des principes réalistes de l'appréhension des phénomènes sociaux et de la définition des éléments de l'équation CME, les ouvrages traitant de l'évaluation *Réalist* explicitent peu la mise en pratique de ces principes. Si cela permet une certaine latitude, comme le soulignent Rycroft-Malone et al. (2010), le processus de recherche peut devenir d'autant plus long que les chercheurs ne disposent que d'une expertise limitée dans ce domaine. Les dimensions temporelle et financière associées à la démarche sont également à prendre en considération. La recherche menée par Marchal et al. (2010) montre bien la nécessité de s'interroger sur la faisabilité d'une évaluation de type *Réalist*. Dans leur cas, trois visites de terrain impliquant une collecte de données ont été réalisées entre 2004 et 2007, sans compter le temps dédié à l'analyse des données. Rycroft-Malone et al. relèvent le même défi en précisant que, faute de ressources, ils n'ont pu mener entièrement une synthèse *Realist*, ni tester autant de configurations CME que nécessaires.

Distinguer ce qui appartient au contexte, à l'intervention et au mécanisme

La structuration des configurations CME se heurte à la confusion qui peut surgir parfois dans la détermination de ce qu'est un mécanisme, un contexte, voire une configuration CME, ce que Marchal et al. (2010) nomment le « dilemme CME ». Ce défi est rencontré par plusieurs auteurs (Byng, Norman, Redfern, & Jones, 2008). En effet, les chercheurs doivent parvenir à placer la focale de leur analyse au niveau où ils pourront observer les régularités CME. De la même manière que le zoom d'un appareil photographique modifiant le champ couvert par l'objectif, la vision du champ de recherche par le chercheur doit s'ajuster à un niveau permettant de voir l'ensemble des mécanismes de l'intervention, tout en facilitant la construction des configurations CME, à l'aune des régularités observées des contextes et des effets. La confusion entre contexte, mécanisme, et intervention peut surgir lorsque le « zoom » du chercheur n'est pas tout à fait ajusté, c'est-à-dire lorsqu'un trouble persiste quant au niveau de réalité sur lequel l'analyse se concentre. Ainsi un élément peut aussi bien être un mécanisme qu'un contexte, ou une configuration CME, selon la position de la focale. Ce défi est bien relevé par McCormack et al. dans leur article méthodologique (2007). Toutefois, cette confusion est surtout d'ordre pragmatique, car elle n'empêche pas de comprendre le cheminement causal des relations au sein d'une intervention. Comme Byng, Norman, & Redfern (2005) le rappellent :

dans la mesure où la notation CME a été vue comme une technique méthodologique, avec une scission plus pragmatique que théorique entre contexte et mécanisme, il y a eu moins de problèmes. Ce qui a été important était que la recherche des configurations CME a amélioré notre compréhension de ce qui s'était produit. (p. 90)

Parvenir à cette distinction afin d'élaborer les configurations CME est un processus de longue haleine.

Des défis inhérents à la synthèse des connaissances

L'identification des théories d'intervention est une gageure relevée par Dieleman, Gerretsen, et van der Wilt (2009). En effet, ces théories sont rarement explicitées dans les travaux publiés, notamment du fait des contraintes de mots imposées par les revues. Ces restrictions expliquent également la difficulté pour les auteurs de synthèses de trouver des éléments contextuels (Kane, Gerretsen, Scherpbier, Dal Poz, & Dieleman, 2010; O'Campo et al., 2009), ou encore les mécanismes en œuvre (Dieleman et al.; Leeman et al., 2010). Il peut aussi arriver que plusieurs théories soient sous-jacentes à une seule intervention, mais que les analyses menées sur cette intervention ne concernent qu'une ou certaines de ces théories. Les auteurs des revues *Realist*, comme Dieleman et al., Clamp et Keen (2007), et Wong, Greenhalgh, et Pawson (2010), se trouvent alors dans l'impossibilité de tester et comparer les différentes théories d'intervention, limitant le potentiel explicatif de leur synthèse.

De plus, il peut s'avérer compliqué, voire impossible, d'identifier les régularités dans les configurations CME, notamment l'influence du contexte sur les effets. En effet, cela suppose, d'une part, de pouvoir recueillir suffisamment d'information au sujet du contexte, et d'autre part, l'existence d'interventions similaires dans des contextes différents, ce que résumant bien Dieleman et al. (2009) :

il n'a pas été possible de repérer des récurrences (« *patterns* ») sur la manière dont le contexte influence les effets des interventions compte tenu de leur description limitée et du fait que très peu d'interventions similaires sont mises en œuvre dans des contextes différents. (Discussion, ¶ 2)

Notre pratique de l'approche *Realist* fait écho aux défis évoqués dans la littérature. Nous proposons maintenant de les présenter plus en

profondeur, à la lumière de nos expériences en tant que chercheurs en évaluation.

NOS EXPÉRIENCES INTERNATIONALES DE L'USAGE DE L'APPROCHE *REALIST*

Les interventions de promotion de la santé et les inégalités sociales de santé

Nos expériences de recherches au Canada puis en France concernant les interventions de promotion de la santé et leurs effets potentiels dans la réduction des inégalités sociales de santé ont permis de révéler trois défis spécifiques de l'usage de l'approche *Realist*.

Le premier défi concerne la difficulté de disposer de l'élément contextuel dans les configurations CME. À la demande du ministère de la Santé du Canada, des chercheurs du Consortium canadien de Recherche en Promotion de la Santé ont été mandatés pour s'interroger sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé (Hills, O'Neill, Carroll, & MacDonald, 2004). Il s'agissait de construire un outil à caractère exploratoire afin d'évaluer l'efficacité des programmes et de mettre au jour les mécanismes potentiellement contributeurs de l'efficacité. Au stade de la réflexion sur le concept de mécanismes (voir infra) à cette époque de l'usage de l'approche *Realist*, les chercheurs évoquaient donc plutôt des stratégies d'intervention que des réactions des acteurs sociaux impliqués dans les programmes (Tableau 2). Afin de produire un tel outil, plusieurs revues des écrits scientifiques ont été réalisées pour repérer certains mécanismes récurrents et potentiellement efficaces. Au stade de développement de la recherche et compte tenu des moyens disponibles à l'époque, les chercheurs se limitaient à mettre au jour les seuls mécanismes, mettant ainsi de côté les contextes et les effets, ce qui montre une première limite d'une approche « budgétivore ». L'ambition des chercheurs était que la mise en relief de ces mécanismes « candidats », donc potentiels, permettrait ainsi de voir, ultérieurement s'ils pouvaient aussi être relevés dans d'autres contextes (Guichard & Ridde, 2010; Hills, Carroll, & O'Neill, 2004).

Dans le cadre de la recension des écrits francophones qui nous était impartie, plusieurs difficultés sont très vite apparues dans l'application de la démarche *Realist*. On ne reviendra pas sur les problèmes habituels inhérents à l'accès à des revues francophones qui publient rarement de telles évaluations. L'usage de l'approche *Realist* s'est

surtout révélé ardu compte tenu de la manière dont les us et coutumes scientifiques ont façonné les formes d'écritures. Outre la difficulté évoquée ci-dessus d'obtenir des informations sur les contextes, la pression académique de publier (« *publish or perish* ») a de son côté contribué au « démembrement » de nombreuses études. Ainsi, il n'est pas rare de trouver les évaluations des effets des interventions publiées séparément des analyses de processus, rendant l'association des deux délicate à réaliser. La seconde difficulté est liée au fait que les analyses des interventions dont il s'agit de faire une synthèse n'ont pas été rédigées à cet effet. Les cadres d'analyse et autres théories à l'origine des travaux évaluatifs ne reprennent pas forcément, loin s'en faut, les éléments de l'approche *Realist*. Ainsi, la synthèse ne peut-elle inventer ou inférer que peu d'éléments des écrits dont le contenu n'a pas été produit au regard de la démarche. Voilà pourquoi des auteurs ayant récemment tenté une telle expérience en arrivent au même constat que nous : « Cette revue [...] doit être complétée par des évaluations utilisant l'approche réaliste afin de construire et de tester les théories de programme » (Dieleman et al., 2009, Discussion, ¶ 10).

À la suite de cette recherche canadienne, des travaux effectués en France ont révélé un deuxième défi de l'application de l'approche *Realist*, celui de disposer de données sur les effets (E) des interventions. Nous avons argumenté ailleurs que dans le domaine de la promotion de la santé, une intervention ne peut être qualifiée d'efficace que si elle est aussi équitable, c'est-à-dire qu'elle contribue à réduire les inégalités sociales de santé (Ridde, 2007). Ainsi, nous avons choisi de collecter des données empiriques originales par l'intermédiaire d'une étude de cas multiples en France. Dans un premier temps, un guide d'entrevues qualitatives a été construit, reprenant les principaux mécanismes mis au jour au Canada, auquel ont été ajoutés et adaptés des mécanismes relevés au sein de deux autres outils employés dans des travaux hollandais (*Preffi*) et européen (*Closing the Gap*) (Guichard & Ridde, 2010). Dans un second temps, ce guide a servi de support à des entrevues en profondeur qui visaient à rendre compte des configurations CME. Il n'était évidemment pas possible de passer en revue les 51 mécanismes de la grille, aussi, les configurations CME ont été explorées pour les seuls mécanismes jugés les plus favorables à la réduction des inégalités sociales de santé selon les acteurs. Le défi majeur a été de trouver le E, car aucun des responsables des neuf interventions sélectionnées n'avait organisé un système d'évaluation permettant de porter un jugement sur l'atteinte de l'effet visé concernant la réduction des inégalités sociales

de santé. Ainsi, nous avons pris comme mesure d'effet la *perception de la réduction* des inégalités de la part des intervenants. Cette perspective émique, pour reprendre le vocabulaire anthropologique (Olivier de Sardan, 2008), constitue certes une limite scientifique au sens positiviste du terme. Mais, d'une part, nous nous inscrivons dans une perspective constructiviste, où la construction du sens par les acteurs sociaux est centrale dans la production des connaissances, d'autre part, cette étude est comprise comme une première étape pour révéler quelques mécanismes causaux. Un programme de recherche situé dans l'Ouest de la France a démarré fin 2011 afin de poursuivre ces travaux (<http://www.iferiss.org/>). Au-delà de cette limite liée à la perspective émique des effets employée dans cette recherche, nous croyons avoir compris que cette approche paraît de l'ordre du faisable et permet de disposer de données originales et utiles pour appréhender l'efficacité et l'équité des actions.

Cependant, cette recherche a aussi permis de mettre au jour un troisième défi, sous-jacent aux lignes précédentes, celui de l'appréhension du concept de mécanisme. En effet, depuis les travaux auxquels nous avons participé au Canada au début des années 2000, notre compréhension et notre utilisation du concept de mécanisme ont largement évolué, reflétant les débats entre chercheurs (voir : <http://www.itg.be/internet/ds/tde/index.html>) et le besoin de certains de clarifier cette notion (Astbury & Leeuw, 2010). À la suite de cette application en France, nous avons ainsi compris qu'il faudrait étudier plus en profondeur et d'une manière plus exhaustive tous les mécanismes en jeu de plusieurs actions afin de tenter de relever certaines récurrences et de passer à des théories de moyenne portée. De plus, au moment où nous avons effectué cette recherche, nous n'avions pas eu le temps de développer une compréhension suffisamment fine de la notion conceptuelle du terme « mécanisme » appliquée aux interventions de lutte contre les inégalités sociales de santé. Ce terme est l'objet de débat depuis longtemps en sciences sociales (Hedström & Swedberg, 1996), mais ce n'est que récemment que le domaine de l'évaluation des programmes l'a abordé plus en détail (Astbury & Leeuw). Ainsi, plusieurs éléments qualifiés de mécanismes dans cette recherche (Ridde & Guichard, 2011) relevaient plus des activités et des stratégies d'interventions (e.g., « mise en place de processus réflexifs et de dialogue critique », p. 58) que des raisonnements ou des attitudes et aptitudes des acteurs sociaux (e.g., « réflexion critique continue sur les processus et les résultats », p. 58). Il reste donc encore de nombreuses adaptations à effectuer à la grille et aux mécanismes employés pour comprendre leur contribution potentielle dans la réduction des inégalités sociales de santé avant de l'appliquer de

nouveau à d'autres contextes. Ensuite, il conviendrait évidemment de trouver un moyen de disposer du E de la famille C+M=E, où le E concernerait les effets pour la réduction des inégalités sociales de santé. Puisque de telles évaluations sont rares, il faudrait tenter d'appliquer cette démarche dans des projets de recherche où les interventions ont été spécifiquement mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

La modélisation des configurations organisationnelles en Afrique associée à l'évaluation *Realist*

Une évaluation *Realist* a été menée afin d'étudier les effets des programmes mis en œuvre dans les services publics de santé en Afrique durant ces 20 dernières années pour améliorer la qualité des soins (Blaise, 2005). Partant du postulat que « la qualité est le principe d'action unique autour duquel l'ensemble de l'organisation et de ses acteurs doivent s'organiser » (Minvielle, Bremond, Develay, Lombrail, & Brodin, 1994), les auteurs ont étudié dans quelle mesure les projets ont permis aux systèmes de santé d'adopter les principes du management de la qualité, et finalement de mettre de façon pérenne la préoccupation pour la qualité au cœur de leur management (théorie d'intervention). Ils se sont concentrés sur le processus de mise en œuvre du management de la qualité (mécanisme M) dont ils ont étudié l'effet sur l'organisation, la configuration, le fonctionnement, les acteurs, la « culture ». L'effet attendu étant de placer constamment et durablement la démarche qualité au cœur de l'organisation et de son fonctionnement (effet E). Ces éléments d'évaluation précisés, ils ont mené une série d'études de cas examinant ainsi plusieurs « configurations CME » dans des contextes multiples et variés (contexte C).

Au terme de cette démarche *Realist*, les auteurs ont formulé une théorie de moyenne portée qui peut être synthétisée ainsi : l'introduction de projets qualité valorisant la prise d'initiative et le changement n'a pas transformé le management de systèmes de santé structurés comme des organisations mécanistes, hiérarchisées et coordonnées par la standardisation des procédures. Tolérées pour un temps dans un contexte de projet, les prises d'initiatives propres à la démarche qualité y sont inhibées. L'évolution attendue vers l'organisation apprenante ne s'est pas concrétisée.

À la lumière de cette expérience, les auteurs identifient les obstacles qu'ils ont du franchir pour mener à bien cette évaluation. Ils ont d'abord dû circonscrire le mécanisme étudié (M) afin de bien l'identi-

fier, puis le décrire dans chacune des multiples études de cas, de façon à être sûrs que c'est bien le même mécanisme qui est à l'œuvre, produisant ses effets de manière variable d'un contexte à l'autre. Dans ce cas, le mécanisme observé était la transformation du management des services de santé par les projets qualité. Ensuite, ils ont dû décrire et caractériser le contexte pour le comparer d'une étude de cas à l'autre. Dans ce cas, la modélisation des configurations organisationnelles proposée par Mintzberg (1982) a permis de bien identifier la structure et les modes de coordination interne aux organisations.

Pour amorcer la démarche, il leur fallait formuler une théorie initiale. Elle a été établie à partir d'une large comparaison internationale s'appuyant sur la modélisation de Mintzberg, qui a permis d'établir une typologie des organisations de soins, puis de comparer l'introduction et l'évolution du management de la qualité dans ces divers types d'organisations (Blaise & Kegels, 2004). Pour les auteurs, la généralisation d'interventions sur la base des théories ainsi générées doit être prudente. Les lunettes indispensables pour réduire la complexité n'offrent qu'un angle de vue. Changer de « lunettes », d'outil de modélisation, offrirait une autre perspective sur les mêmes phénomènes. En imprimant un autre relief à l'objet, la perception change, n'effaçant pas la précédente, mais la complétant et l'enrichissant. Prolongeant la métaphore, en tournant autour de l'objet d'étude, il est lui-même en transformation permanente, de sorte qu'en repassant au même point d'observation plus tard, il se présentera différemment. Il s'agit donc d'un processus continu jamais terminé. Il ne s'agit pas de comprendre pièce après pièce le fonctionnement d'un mécanisme stable, comme on démontrerait une horloge; il s'agit de comprendre des dynamiques en évolution perpétuelle, et ainsi de donner du sens à l'action des acteurs afin d'inspirer et d'orienter des interventions futures. Le caractère incomplet et provisoire des théories ne correspond pas à une inadéquation de la méthode. Il reflète la nature complexe du système dans lequel s'observent des interactions. En conséquence, même si l'évaluation *Realist* assure une validité externe en rapprochant les études de cas, les théories de moyenne portée qu'elle génère restent incomplètes et provisoires et le processus d'évaluation est par conséquent cyclique et continu.

Évaluer des interventions a posteriori : du caractère applicable de l'évaluation *Realist*

L'approche *Realist* a été utilisée pour analyser deux interventions dont l'objectif était d'améliorer les compétences des médecins com-

munautaires au Mali (Coulibaly et al., 2007; Van Dormael et al., 2008; Van Dormael, Dugas, & Diarra, 2007), l'une portant sur la formation professionnelle, et l'autre sur l'échange Nord-Sud. Chaque intervention a été considérée comme une étude de cas exploratoire visant à générer une théorie. La théorie initiale était basée sur les hypothèses (implicites) formulées par les participants. Une analyse des documents de projet, d'articles publiés, et d'un entretien avec le chercheur principal a conduit à l'identification de configurations CME qui ont amené à préciser la théorie.

Au niveau conceptuel, le principal écueil que l'approche rencontre est l'intégration du contexte à la théorie. La configuration CME est une description de l'étude de cas individuelle, une explication du passé. L'objectif ultime de l'approche *Realist* est donc de formuler une théorie de moyenne portée, en des termes plus généraux. Cependant, capturer la multiplicité des différents contextes et mécanismes dans une théorie de moyenne portée est un véritable jeu d'équilibriste. Ainsi, comment atteindre un niveau suffisant de détail pour qu'une déclaration soit crédible (*trustworthy*), et dans le même temps être à un niveau suffisant de généralisation théorique pour que celle-ci soit utile dans d'autres situations? Nous pensons ainsi que l'utilité de l'évaluation *Realist* se trouve essentiellement dans l'explication du passé basée sur les configurations CME.

Au niveau pratique, le premier défi a été de délimiter les éléments à analyser, et de déterminer ce qui relevait du contexte, des mécanismes, et des effets. La chaîne des événements (non-linéaire) de la plupart des interventions se compose de différentes strates et étapes, et une classification simple de type CME ne permet pas de décrire le processus à l'œuvre de manière satisfaisante. En effet, des exemples d'éléments additionnels de cette chaîne sont l'intervention elle-même et les effets intermédiaires, qui pourraient être à leur tour considérés comme des mécanismes conduisant aux effets ultimes. Dans cette expérience, on a choisi d'analyser comment les différentes caractéristiques de l'intervention, la formation professionnelle, conduisaient à l'amélioration des dispositions des médecins et de leurs compétences.

Un autre défi porte sur la manière de relier les mécanismes spécifiques et les éléments du contexte à un effet. Dans un système complexe, il est impossible de démêler les différentes composantes d'une intervention pour rendre compte de leur effet individuel. Par exemple, l'amélioration de la disposition des médecins est-elle un effet de l'échange avec des modèles, de l'amélioration de l'estime de soi, ou d'autres facteurs?

Enfin, l'évaluation est souvent réalisée après l'intervention, posant le problème de la formulation a posteriori de la théorie. En effet, si la théorie est formulée après que l'intervention ait lieu, la vision du chercheur est biaisée par ce qu'il observe dans les faits. Il risque ainsi de se concentrer sur l'analyse des déterminants qui semblent évidents a posteriori, mais d'en négliger d'autres. Les limites pratiques à de nombreuses évaluations ne permettent pas de réaliser plusieurs cycles d'analyse afin de développer la théorie et de la vérifier. Pourtant, idéalement, l'évaluation *Realist* est un processus longitudinal qui débute lors de la phase de planification de l'intervention.

CONCLUSION

Adopter une démarche *Realist* pour mieux appréhender la complexité des interventions sociales est une approche intellectuellement séduisante. Nos expériences, tout comme celles d'auteurs qui ont appliqué ces méthodes, montrent que l'enthousiasme suscité par leur utilisation ne peut faire abstraction des défis méthodologiques qui en découlent. Le premier concerne les revues *Realist* et a trait au manque évident d'informations nécessaires dans les articles scientifiques pour formuler les théories des interventions et développer les configurations CME, dans un contexte où l'espace de publication est restreint et où les évaluations utilisant l'approche *Realist* sont encore rares. Le second défi tient à la difficile distinction entre les éléments relevant du contexte de ceux relevant du mécanisme (dont la conceptualisation est complexe et mériterait encore des développements), voire des effets, pour la construction des configurations CME. Il s'agit en effet d'identifier clairement le niveau d'analyse qui permettra d'observer les régularités des configurations CME qui intéressent le chercheur, un exercice difficile lorsque l'on doit s'ajuster pour permettre, non seulement un niveau de détail pour appréhender l'intervention, mais également un niveau suffisant pour permettre de tester la théorie de moyenne portée. Enfin, le défi du temps nécessaire pour maîtriser l'approche, puis atteindre la maturité nécessaire pour l'analyse des données et la compréhension de la notion de mécanismes dans le contexte de l'étude de la part de l'évaluateur semble aujourd'hui remettre en question son utilité pour informer la prise de décision sur des problématiques urgentes. Toutefois, si l'approche *Realist* souffre, comme toute innovation méthodologique, de difficultés d'emploi, elle n'en reste pas moins un outil conceptuel prometteur dans le cadre de la recherche évaluative.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Bruno Marchal et Guy Kegels de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers pour leurs commentaires d'une partie de ce texte ainsi que les trois réviseurs de l'article dont les apports ont été essentiels.

NOTES

- 1 Toutes les citations en anglais ont été traduites par les auteurs.
- 2 Nous mettons ici cette expression entre guillemets car le thème de théorie est souvent galvaudé dans le domaine de l'évaluation de programme (parlons de logique d'intervention plutôt), comme le reconnaît par exemple Alkin (2004), ce qui ne l'empêche pas d'attribuer aux tenants de certaines *approches* évaluatives (terme que nous préférons) le qualificatif de « theorist ».

RÉFÉRENCES

- Alkin, M. C. (Éd.). (2004). *Evaluation roots. Tracing theorists' views and influences*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Astbury, B., & Leeuw, F. L. (2010). Unpacking black boxes : Mechanisms and theory building in evaluation. *American Journal of Evaluation*, 31(3), 363–381.
- Blaise, P. (2005). *Culture, qualité et organisation bureaucratique. Le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique*. Thèse de doctorat, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique.
- Blaise, P., & Kegels, G. (2004). A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems : A comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 19(4), 337–364. doi:10.1002/hpm.769
- Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P., & Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. Dans L. Potvin, M. J. Moquet, & C. Jones (Éds.), *Réduire les inégalités sociales de santé* (pp. 285–296). Saint-Denis, France : INPES (coll. Santé en action).

- Byng, R., Norman, I., & Redfern, S. (2005). Using realistic evaluation to evaluate a practice-level intervention to improve primary health-care for patients with long-term mental illness. *Evaluation : The International Journal of Theory, Research and Practice*, 11(1), 69–93. doi:10.1177/1356389005053198
- Byng, R., Norman, I., Redfern, S., & Jones, R. (2008). Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health : Case study of a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 8, 274. doi:10.1186/1472-6963-8-274
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Clamp, S., & Keen, J. (2007). Electronic health records : Is the evidence base any use? *Informatics for Health and Social Care*, 32(1), 5–10. doi:10.1080/14639230601097903
- Clark, A., Whelan, H. K., Barbour, R., & MacIntyre, P. D. (2005). A realist study of the mechanisms of cardiac rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 362–371. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03601.x
- Coulibaly, S., Desplats, D., Kone, Y., Nimaga, K., Dugas, S., Farnarier, G., Sy, M., et al. (2007). Neighbourhood rural medicine : An experience of rural doctors in Mali. *Education for Health* (Abingdon), 20(2), 47. Disponible de PM:18058682
- Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. (2009). Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries : A realist review. *Health Research Policy and Systems*, 7(7). doi:10.1186/1478-4505-7-7
- Donaldson, S. I. (2007). *Program theory-driven evaluation science : Strategies and applications*. New York, NY : Lawrence Erlbaum Associates.
- Evans, D., & Killoran, A. (2000). Tackling health inequalities through partnership working : Learning from a realistic evaluation. *Critical Public Health*, 10(2), 125–140. doi:10.1080/09581590050075899
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews : An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108

- Greenhalgh, T., Kristjansson, E., & Robinson, V. (2007). Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes. *British Medical Journal*, *335*, 858–861. doi:10.1136/bmj.39359.525174.AD
- Guichard, A., & Ridde, V. (2010). Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Dans L. Potvin, M. J. Moquet, & C. Jones (Éds.), *Réduire les inégalités sociales de santé* (pp. 297–312). Saint-Denis, France : INPES (coll. Santé en action).
- Hedström, P., & Swedberg, R. (1996). Social mechanisms. *Acta Sociologica*, *39*, 281-308.
- Hills, M. D., Carroll, S., & O'Neill, M. (2004). Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents. *Promotion & Education, Hors série 1, 11*, 17–21. doi:10.1177/10253823040110010105
- Hills, M., O'Neill, M., Carroll, S., & MacDonald, M. (2004). Efficacité des interventions communautaires visant à promouvoir la santé : un instrument d'évaluation. Rapport de recherche par le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé. Ottawa, ON : Santé Canada.
- Jackson, L., Langille, L., Lyons, L., Hughes, J., Martin, D., & Winstanley, V. (2009). Does moving from a high-poverty to lower-poverty neighborhood improve mental health? A realist review of "Moving to Opportunity." *Health & Place*, *15*(4), 961–970. doi:10.1016/j.health-place.2009.03.003
- Julnes, G., Mark, M. M., & Henry, G. T. (1998). Promoting realism in evaluation: Realistic evaluation and the broader context. *Evaluation*, *4*(4), 483–504. doi:10.1177/13563899822208743
- Kane, S. S., Gerretsen, B., Scherpbier, R., Dal Poz, M., & Dieleman, M. (2010). A realist synthesis of randomized control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. *BMC Health Services Research*, *10*, 286. doi: 10.1186/1472-6963-10-286. Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/286>
- Kennedy, A., Rogers, A., & Gately, C. (2005). Assessing the introduction of the expert patients programme into the NHS : A realistic evaluation of recruitment to a national lay-led self-care initiative. *Primary Health Care Research and Development*, *6*(2), 137–148. doi:10.1191/1463423605pc241oa

- Lagarde, M., & Palmer, N. (2006). *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people: A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth)*. Geneva, Suisse : Alliance for Health Policy and Systems Research. Repéré à <http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>
- Law, J., Plunkett, C., Taylor, J., & Gunning, M. (2009). Developing policy in the provision of parenting programmes : Integrating a review of reviews with the perspectives of both parents and professionals. *Child: care, health and development*, 35(3), 302–312. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00939.x
- Leeman, J., Chang, Y. K., Lee, E. J., Voils, C. I., Crandell, J., & Sandelowski, M. (2010). Implementation of antiretroviral therapy adherence interventions : A realist synthesis of evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 1915–1930. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05360.x
- Marchal, B., Dedzo, M., & Kegels, G. (2010). A realist evaluation of the management of a well- performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Services Research*, 10(24). doi: 10.1186/1472-6963-10-24. Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/24>
- McCormack, B., Wright, J., Dewar, B., Harvey, G., & Ballantine, K. (2007). A realist synthesis of evidence relating to practice development : Methodology and methods. *Practice Development in Health Care*, 6(1), 5–24. doi:10.1002/pdh.210
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York, NY : Free Press.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris, France : Éditions d'organisation.
- Minvielle, E., Bremond, M., Develay, A., Lombraïl, P., & Brodin, M. (1994). Vivent les « démarches qualité » à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, 340, 727–738.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, France : Seuil.
- O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A., & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorder

- ders : A realist approach to synthesizing evidence. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(6), 965–989. doi:10.1007/s11524-009-9392-1
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Academia Bruylant.
- Oroviogiochea, C., & Watson, R. (2009). A quantitative analysis of the impact of a computerized information system on nurses' clinical practice using a realistic evaluation framework. *International journal of medical informatics*, 78(12), 839–849. doi:10.1016/j.ijmedinf.2009.08.008
- Pawson, R. (2002). Evidence-based policy : The promise of "Realist Synthesis." *Evaluation*, 8(3), 340–358. doi:10.1177/135638902401462448
- Pawson, R. (2003). Nothing as practical as good theory. *Evaluation*, 9(4), 471–490. doi:10.1177/1356389003094007
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2004). Realist synthesis : An introduction (RMP Methods Paper 2/2004). *ESRC Research Methods Programme*, 2. Repéré à <http://www.ccsr.ac.uk/methods/publications/documents/RMPmethods2.pdf>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Grifiths, F. (2009). Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 123–141). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence : A guide to methods*. Maidenhead, UK : McGraw-Hill Education.
- Ridde, V. (2007). Reducing social inequalities in health : Public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, 14(2), 63–67. doi:10.1177/10253823070140021401
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). *Théories et pratiques en évaluation de programme : Manuel d'enseignement* (2ième éd.). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.

- Ridde, V., Delormier, T., & Gaudreau, L. (2007). Evaluation of empowerment and effectiveness : Universal concepts? Dans D. McQueen & C. Jones (Éds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York, NY : Springer / IUHPE.
- Ridde, V., & Guichard, A. (2011). Perception de quelques mécanismes favorables à la réduction des inégalités sociales de santé en France. *Global Health Promotion, 18*(3), 47–60.
- Robert, E., Ridde, V., Marchal, B., & Fournier, P. (2012). Protocol: a realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. *BMJ Open, 2*(1), e000706. doi:10.1136/bmjopen-2011-000706.
- Rycroft-Malone, J., Fontenla, M., Bick, D., & Seers, K. (2010). A realistic evaluation : The case of protocol-based care. *Implementation Science, 5*(38). doi: 10.1186/1748-5908-5-38. Repéré à <http://www.implementationscience.com/content/5/1/38>
- Tolson, D., McIntosh, J., Loftus, L., & Cormie, P. (2007). Developing a managed clinical network in palliative care : A realistic evaluation. *International Journal of Nursing Studies, 44*(2), 183–195.
- Van Dormael, M., Dugas, S., & Diarra, S. (2007). North-south exchange and professional development : Experience from Mali and France. *Family Practice, 24*(2), 102–107. Disponible de PM:17210986
- Van Dormael, M., Dugas, S., Kone, Y., Coulibaly, S., Sy, M., Marchal, B., & Desplats, D. (2008). Appropriate training and retention of community doctors in rural areas : A case study from Mali. *Human Resources for Health, 6*, 25. Disponible de PM:19017381
- Wilson, V., McCormack, B., & Ives, G. (2008). Developing healthcare practice through action learning : Individual and group journeys. *Action Learning: Research and Practice, 5*(1), 21–38. doi:10.1080/14767330701880226
- Wong, G., Greenhalgh, T., & Pawson, R. (2010). Internet-based medical education : A realist review of what works, for whom and in what circumstances. *BMC Medical Education, 10*(1). doi: 10.1186/1472-6920-10-12. Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/12>
- Yin, R. K. (1994). *Case study research : Design and methods* (2ième éd.). London, New Delhi : Sage.

Valéry Ridde, Ph.D, est professeur agrégé au département de médecine sociale et préventive et chercheur au Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM). Il est Nouveau chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Ses domaines de recherche sont : évaluation des programmes, équité, politiques de santé en Afrique de l'Ouest.

Emilie Robert est candidate au Ph.D. en santé publique de l'Université de Montréal (CRCHUM). Elle est stagiaire senior du Programme interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale (Santé-Cap) et boursière du Fonds de recherche Nature et technologies du Québec. Sa thèse est une synthèse réaliste des politiques de gratuité des soins en Afrique.

Anne Guichard, Ph.D, est chargée de recherche à la Direction des affaires scientifiques de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en France. Son travail touche les domaines d'intervention suivants : éducation et promotion de la santé, réduction des risques liés aux usages de drogues, réduction des inégalités sociales de santé.

Pierre Blaise, MD, Ph.D, est médecin de santé publique. Il intervient dans le cadre du programme régional d'accès aux soins et à la prévention mené par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la région des Pays de la Loire à Nantes, France.

Josefien Van Holmen, MD, MPH, est travailleuse scientifique aux systèmes de santé du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers en Belgique. Elle est spécialiste en analyse et renforcement de systèmes de santé, organisation de soins pour des maladies chronique, prestation de services de santé, et méthodologie d'évaluation d'interventions complexes.