

UNE MÉTHODOLOGIE DE PROJET FONDÉ SUR LES DONNÉES PROBANTES EN PRÉVENTION/PROMOTION DE LA SANTÉ

LA DÉMARCHE ÉVALUATION-ACTION (DEVA)

→ Aujourd'hui, grâce aux connaissances produites depuis une trentaine d'années, nous pouvons savoir comment prévenir les principaux problèmes de santé publique.

→ En Prévention/Promotion de la Santé (P/PS), un des fondamentaux est donc de mobiliser ces connaissances afin d'éclairer les pratiques professionnelles et de développer des interventions en s'appuyant sur des données qui ont déjà été prouvées.

→ D'un côté, au sein du monde de la recherche, plus que la production de nouvelles données empiriques, l'enjeu prioritaire est de faciliter l'utilisation des connaissances existantes.

Enjeu n°1 : développer la recherche interventionnelle, en particulier la recherche & développement.

→ De l'autre, au sein du monde professionnel, les enjeux sont également de prendre connaissance de cette mine de savoirs, ainsi que de s'en servir, afin d'enrichir les pratiques et de garantir l'efficacité des interventions à venir.

Enjeu n°2 : développer des interventions fondées sur les données probantes.

→ Alors que plusieurs guides méthodologiques existent déjà pour élaborer des actions ou pour réaliser des évaluations, aucun outil n'est à disposition pour mettre en œuvre des actions fondées sur les données probantes. La Démarche Évaluation-Action (DEVA) vient ainsi combler ce besoin en proposant une méthodologie de projets, à la fois structurée, intégrative et fondée.

→ Outil méthodologique construit à partir des meilleurs instruments disponibles, la DEVA se place dans une logique de facilitation et d'optimisation des pratiques professionnelles, au cœur d'un champ d'intervention en pleine évolution porté par des enjeux sociétaux majeurs.

CONTEXTE

Une pratique fondée sur les données probantes ...

Le paradigme de l'Evidence-Based ...

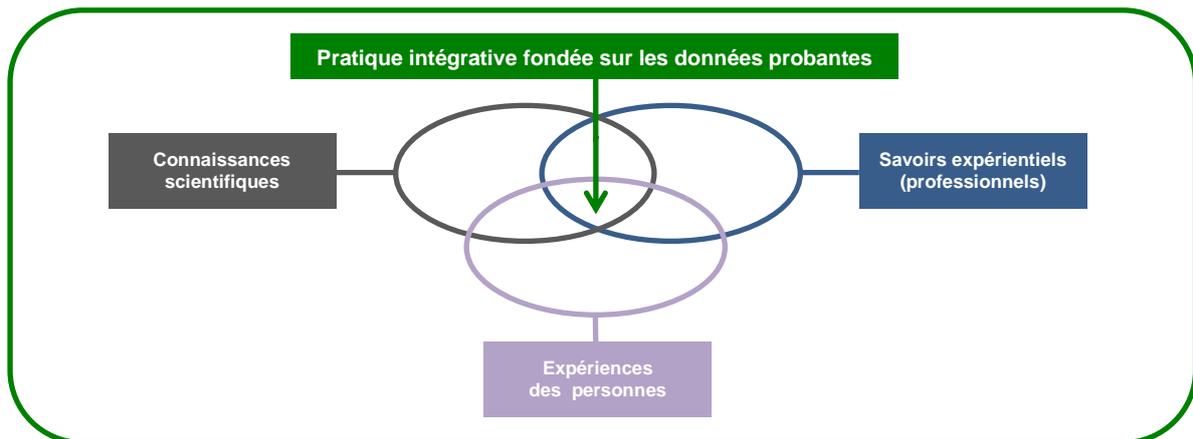
Depuis plusieurs années, de nombreux organismes nationaux et internationaux recommandent de s'appuyer sur des données probantes pour mener à bien des actions dans le domaine de la santé (Inserm, INSPQ, EU, OMS, UE, Ministères de différents pays, etc.).

A l'origine, la notion de pratique fondée sur les données probantes prend ses racines dans le paradigme de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) qui peut se traduire par une médecine basée sur des faits prouvés. Ce paradigme a été adopté dans sa forme actuelle au début des années 90, même si ses fondements sont

bien plus anciens. Il se définit comme l'utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles afin de prendre des décisions sur les soins les plus adaptés à prodiguer à chaque patient [1].

Ce paradigme d'intervention consiste à intégrer à la fois l'expertise des professionnels et les expériences individuelles des personnes, aux données scientifiques issues de la recherche systématique. Il est souvent représenté schématiquement par trois cercles qui s'entrecroisent ; la partie commune donnant lieu à cette pratique intégrative fondée sur les données probantes (cf. schéma 1 ci-dessous).

Schéma 1 : Principe de la démarche intégrative selon l'Evidence-Based Practice



Par la suite, ce paradigme a été généralisé aux différents champs d'intervention de la santé et du social. Aujourd'hui, il est question d'*Evidence-Based Health Promotion*, *Evidence-Based Prevention*, *Evidence-Based Intervention*, et autres *Evidence-Based Public Health*, *Evidence-Based Psychology*, etc. [2,3,4].

Dans notre cadre d'intervention, la **Prévention/Promotion de la santé (P/PS) fondée sur les données probantes** se définit donc comme l'utilisation des meilleures connaissances disponibles (observationnelles et interventionnelles – issues notamment des études scientifiques et de l'expertise des professionnels) dans le but d'identifier les causes et facteurs associés aux problèmes de santé, ainsi que les actions les plus efficaces pour répondre aux besoins des populations,

afin de réduire l'incidence des maladies et de permettre d'améliorer la santé et le bien-être des personnes [4,5].

A cette fin, les connaissances disponibles sont issues de diverses disciplines telles que la santé publiques (études épidémiologiques sur les déterminants de santé, évaluations des interventions), la psychologie (connaissances des comportements de santé et des théories du changement), l'ethnographie et la sociologie (facteurs sociaux et culturels), l'économie, etc. [1,5].

En plus d'une **démarche intégrative**, la pratique fondée sur les données probantes est portée par des valeurs fortes qui sont les suivantes :

- **L'efficacité** : consiste à prodiguer les meilleurs services possibles aux individus.

- **L'autonomie de la personne** : consiste à intégrer les valeurs, les besoins et les compétences des personnes dans le processus d'intervention.
- **La justice sociale** : consiste à faire bénéficier des connaissances et des avancées médico-sociales au plus grand nombre.

... et l'enjeu du transfert des connaissances

Contexte français dans le champ de la P/PS

La notion de démarche fondée sur les données probantes est en étroite articulation avec une autre notion forte, apparue depuis quelques années sur la scène internationale, à savoir le transfert de connaissances [6].

La définition classique du **transfert de connaissances** est bien en lien direct avec notre propos puisqu'il s'agit du processus visant à rendre disponible, pour la pratique, les connaissances les plus pertinentes issues de la recherche scientifique en vue de dispenser des interventions efficaces, ceci afin d'améliorer la santé, en offrant de meilleurs produits et services, tout en renforçant le système en question [8,9,10].

Ces deux notions conjuguées mettent en exergue la nécessité de mieux articuler les connaissances scientifiques avec les pratiques et expertises professionnelles en vue de proposer les meilleures interventions possibles à tous les niveaux (national, régional et local).

Les connaissances scientifiques à intégrer à la pratique sont souvent regroupées en deux catégories en fonction de l'objet de connaissance [7]. D'un côté, **les connaissances observationnelles** sont issues de recherches portant sur l'état de santé (problèmes de santé ou bien-être) et ses déterminants. De l'autre, **les connaissances interventionnelles** (ou évaluatives) sont issues de recherches portant sur les interventions de P/PS (développement, implantation, déploiement, efficacité, efficience, rentabilité, etc.).

Ces connaissances peuvent aussi être répertoriées en fonction de la nature des données [10]. **Les données primaires** sont produites à partir de travaux de recherche originaux. **Les données secondaires** correspondent à une compilation de données primaires (synthèse de littérature, méta-analyse statistique). Les connaissances de troisième génération sont, quant à elles, **des produits de connaissances (ou d'expertise)** élaborés à partir de connaissances secondaires et pouvant prendre différentes formes utiles à la pratique (avis/ recommandation pour l'action, référentiel d'intervention, guide d'aide à la décision ou à l'action...).

Dans le champ de la P/PS en particulier, l'enjeu actuel se situe davantage au niveau de l'utilisation des connaissances scientifiques qu'au niveau de la production de nouvelles données. En effet, les données accumulées au cours des trente dernières années nous permettent déjà de savoir comment agir sur les principaux déterminants de santé, et ainsi de prévenir les problèmes majeurs de santé publique. Les recherches réalisées ont permis de démontrer l'efficacité à long terme de nombreuses formes d'intervention de prévention auprès de diverses populations données [7]. Il s'agit donc maintenant de pouvoir mobiliser les différentes connaissances scientifiques afin d'éclairer et d'optimiser les modalités d'action au sein d'un champ d'intervention encore en pleine construction.

INTRODUCTION A LA DÉMARCHE ÉVALUATION-ACTION

Fondements, principes et spécificités de la Démarche Évaluation-Action

Les fondements de la DEVA

La Démarche Évaluation-Action (DEVA) est une **méthodologie de projet** qui permet d'élaborer des interventions fondées sur les données probantes en P/PS. Il s'agit ainsi d'une mise en pratique du paradigme de l'*Evidence-Based Intervention* (dans son sens original) appliqué à ce champ d'action.

La DEVA a été élaboré à partir d'un état des lieux des connaissances et outils disponibles, en matière de méthodologie de projet et d'évaluation. Selon un processus de *benchmarking*, avec l'idée de s'appuyer sur les meilleurs outils disponibles, un bilan des méthodes d'évaluations utilisées à l'INPES a été enrichi par un bilan des démarches méthodologiques existants en France et à l'international. Ce bilan a ensuite été complété par l'étude analytique des différentes formes d'évaluation d'intervention au sein de plusieurs disciplines (santé publique, psychologie, économie, marketing, communication).

Les principes et spécificités de la DEVA

Que ce soit par sa volonté d'articuler la méthodologie de l'évaluation à la méthodologie de projet, ou par la mobilisation des différents types de savoirs, la DEVA peut être qualifiée de **démarche intégrative**. Le principe de base est donc la mise en synergie des différents savoirs et savoir-faire, grâce à une **démarche standardisée** qui se déroule en plusieurs phases.

La DEVA se caractérise par l'importance accordée à la mobilisation des différentes

formes de connaissances et, en particulier, aux connaissances scientifiques. Cela se traduit par une **phase de conception plus importante**, ainsi que par l'utilisation d'outils permettant de vérifier les fondements du projet (ex. modélisation, évaluation théorique du projet).

Au sein de la DEVA, il est aussi donné une **place capitale à l'évaluation** en tant qu'outil d'aide à la construction du projet d'action. En effet, l'évaluation fait ici partie intégrante du projet, de la conception de l'action jusqu'à sa mise en œuvre. La DEVA s'appuie sur le fait qu'il existe plusieurs formes d'évaluations qui permettent aux acteurs de terrain d'adopter à différents moments un regard réflexif sur leur pratique afin de pouvoir l'ajuster en temps réel. Chaque étude évaluative a une fonction spécifique qui permet de répondre à une question donnée. A chaque moment-clé de la réalisation du projet, une forme d'évaluation se met au service de l'action pour l'ajuster et l'enrichir.

Par la mobilisation des différents savoirs et savoir-faire, ainsi qu'avec le feed-back des différentes évaluations, la DEVA vise à s'assurer que le projet puisse atteindre ses objectifs de santé. Dans **cette perspective de qualité et d'efficacité**, la DEVA ajoute une phase importante de développement (expérimentation) entre la conception et la mise en œuvre de l'action. Cette **phase dite "test"** cherche à mettre le projet à l'épreuve des faits auprès d'un petit échantillon avant de l'étendre à toute la population ciblée.

LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE ÉVALUATION-ACTION

Selon la DEVA, lors de l'élaboration d'une intervention, l'évaluation n'est pas considérée comme une dernière étape qui viendrait se surajouter à un processus d'action indépendant qui n'aurait comme fonction que de rendre compte de ce qui a été réalisée. Dans cette démarche, les évaluations permettent de mener à bien le projet d'action. Ainsi, **les processus d'action et d'évaluation sont menés de front** ; ils s'enrichissent mutuellement en suivant un

cheminement rigoureux de plusieurs étapes interactives (cf. Tableau 1).

La construction d'une intervention de P/PS se déroule en **trois phases** qui commencent par la conception du projet d'action (phase I), passent par le développement et l'expérimentation du projet d'action (phase II) pour arriver jusqu'au déploiement de l'action en tant que telle (phase III). A chacune de ces phases, diverses

La Démarche **E**valuation **A**ction © **DEVA-2017**
Document de synthèse

méthodes évaluatives sont utilisées en étroite articulation avec le projet.

Les études évaluatives utiles à l'action sont regroupées en deux catégories. D'un côté, certaines formes d'évaluations sont qualifiées de "professionnelles" car elles peuvent être réalisées par les acteurs du projet eux-mêmes en utilisant des moyens limités dans un temps relativement restreint (elles sont parfois qualifiées "d'évaluations pragmatiques"). De

l'autre, les évaluations dites "scientifiques" s'appuient sur des protocoles plus complexes qui nécessitent davantage de ressources et d'expertise scientifique (elles se situent dans le champ de la "recherche évaluative").

Les évaluations professionnelles ont donc été intégrées au cœur d'un déroulement interactif de 11 étapes méthodologiques tout à fait réalisables par les acteurs du projet.

Tableau 1 : Les différentes phases et étapes du projet selon la DEVA

Phases du projet	Les étapes de l'action	Les évaluations	
		Etudes professionnelles	Etudes scientifiques
I. Conception	1. Diagnostic : synthèse des connaissances Projet d'action : 2. Priorisation 3. Modélisation 5. Planification	4. Évaluation théorique	A. Évaluation théorique
II. Développement	6. Construction des supports 8. Expérimentation de l'action (petite échelle)	7. Études pré-tests	B. Études (quasi)expérimentales (dont Essais Contrôlés Randomisés)
III. Déploiement	9. Mise en œuvre de l'action (grande échelle)	10. Évaluation de mise en œuvre 11. Évaluation de résultats par indicateurs	C. Évaluations d'implantation D. Séries chronologiques

En résumé, le projet commence par une phase de conception (phase I) avec une étape de diagnostic qui synthétise l'ensemble des connaissances scientifiques et expérientielles pertinentes (étape 1). Puis, parmi ces savoirs, sont choisies les composantes du projet à l'aide de critères prédéfinis et fondés (étape 2). Après avoir précisé les composantes de l'intervention, il est alors possible d'élaborer une modélisation qui permet de schématiser la future intervention et les effets de santé attendus (étape 3). A partir de la modélisation, l'évaluation théorique permet d'estimer l'efficacité potentielle de l'action envisagée au regard des connaissances disponibles et, au besoin, d'ajuster le projet d'action (étape 4). Ensuite, lors de la planification, le projet d'action est rédigé et les éléments nécessaires au bon déroulement de l'intervention sont prévus (étape 5).

Lors de la phase de développement de l'action (phase II), les acteurs s'attellent à la construction des supports de l'intervention (étape 6). À ce stade, des évaluations sous forme d'études pré-tests sont requises afin d'ajuster le projet et/ou les supports (étape 7). Ensuite, l'action est expérimentée à petite échelle auprès d'un échantillon restreint de la

population ciblée (étape 8) ; ce qui permet de faire émerger les éventuelles lacunes du projet et d'y remédier à moindre frais.

Lors de la phase de déploiement de l'action (phase III), l'intervention est mise en œuvre auprès de la totalité de la population ciblée (étape 9). A cet ultime moment de la DEVA, les évaluations visent à décrire ce qui a été effectivement réalisé dans le cadre de la mise en œuvre de l'action P/PS (étape 10), et à étudier l'évolution des déterminants visés afin d'explicitier les effets du projet sur la santé de la population ciblée (étape 11).

Il est préférable d'avoir recours à la totalité des évaluations afin de pouvoir ajuster le projet d'action en temps réel, ainsi que de garantir la qualité et l'efficacité de l'intervention. Il n'est cependant pas toujours possible de réaliser toutes les évaluations. En particulier, les évaluations scientifiques qui nécessitent des moyens importants et des compétences très spécifiques ne pourront être réalisées que dans certains contextes. Le nombre et le type de méthodes évaluatives à utiliser peut alors fluctuer en fonction du contexte, des enjeux, du degré potentiel d'innovation et du calendrier prévisionnel du projet d'action ; ainsi que des compétences et des moyens disponibles.

Étape 1.

Diagnostic : synthèse des connaissances

Avant de se lancer dans un nouveau projet, les acteurs s'attèlent d'abord à l'analyse de la demande. Soit celle-ci est à l'initiative des acteurs, soit elle est extérieure, dépendante d'un cadre plus institutionnel, auquel cas il est souvent nécessaire de la reformuler. Il s'agit alors d'identifier le problème de santé à prévenir (ou l'état de santé positif à promouvoir), ceci en fonction de la classification des actions établie en santé publique [11]. Il est aussi important de savoir si les déterminants (ou facteurs) associés à la situation problématique visée sont clairement explicités dans la demande, si les actions à entreprendre sont distinctement exprimées, et si elles relèvent bien du champ de la P/PS. Si ce n'est

pas le cas, la demande est retravaillée en conséquence.

Lors du diagnostic (étape 1), de la phase de conception (phase I), le porteur de projet fait un état des connaissances concernant les trois grandes dimensions de l'intervention à documenter : le problème de santé, les déterminants associés, et les actions de P/PS validées ou prometteuses. Cet état des lieux est réalisé à partir de trois sources d'informations : les productions scientifiques, les savoirs issus de l'expérience (des professionnels, des populations), ainsi que des documents de nature juridique et politique. Ces données peuvent être représentées sous forme d'un tableau (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Les différentes connaissances à mobiliser lors du diagnostic

Objets d'étude Types d'informations	Problème de santé	Déterminants (facteurs)	Actions de prévention / promotion de la santé
Connaissances scientifiques	- Définition du problème - Importance du problème : prévalence, incidences - Conséquences : incapacités, socio-économiques	- Facteurs de risque et de protection : individuels, familiaux et environnementaux	- Actions validées - Théories d'action (ou du changement)
Connaissances pratiques			- Actions mises en œuvre et reconnues - Perceptions et besoins relatifs aux actions
Données politiques			- Recommandations et avis publiques - Plans - Textes législatifs et réglementaires

Tous les éléments mentionnés dans le tableau 2 sont des connaissances essentielles, nécessaires pour bâtir une action de P/PS fondée sur les données probantes.

Afin de réaliser ce bilan des connaissances utiles à l'action, la DEVA propose une démarche structurée pour effectuer la recherche documentaire, ainsi que l'analyse des documents, dans un temps relativement court, avec des moyens limités (cf. Tableau 3).

Concernant les connaissances scientifiques, sauf exception, seuls les rapports et articles de synthèses les plus récents, produits par des sources sûres (agences de santé publique et/ou revues à comité de lecture), sont utilisées pour documenter les problèmes de santé, ses facteurs de risques ou de protection, et les

actions de P/PS validées ou théoriquement fondées.

Concernant les connaissances expérientielles, il s'agit de documenter prioritairement les actions de P/PS mises en œuvre, reconnues par les parties prenantes et la population cible ; ceci en s'appuyant, d'une part, sur la littérature grise disponible, et d'autre part, sur des informations issues d'échanges formels et informels réalisés auprès de personnes-clés.

Concernant les données de nature politico-juridique, il est nécessaire de viser l'exhaustivité à date en prenant connaissance de tous les plans (européens, nationaux, régionaux, locaux), les avis/recommandations et les textes de loi en lien avec le projet.

La Démarche **E**valuation Action © **DEVA-2017**
Document de synthèse

Tableau 3 : Les différentes sources de connaissances permettant de réaliser le diagnostic

Objets d'étude Types d'informations	Problème de santé	Déterminants (facteurs)	Actions de prévention / promotion de la santé
Connaissances scientifiques	→ Données secondaires sous formes d'articles de synthèse ou de rapport (les plus récents) → à défaut données primaires (articles les plus récents)		
Connaissances pratiques	- Littérature grise → Documents existants + Informations orales → Échanges, entretiens		
Données politiques	→ Rapports d'organismes officiels formulant des avis/recommandations → Plans ministériels locaux, départementaux, régionaux, nationaux, européens → Lois, décrets (Ministères, journal officiel)		

Étape 2.

Projet d'action : priorisation

Une fois le bilan des connaissances réalisé, il va être essentiel de sélectionner les différentes composantes (problème, déterminants, action de P/PS) en effectuant des choix fondés à l'aide de critères objectifs (cf. Tableau 4).

Actuellement, en santé publique, il y a un consensus sur le fait que les interventions mises en œuvre doivent pouvoir répondre à au moins 3 critères essentiels, dénommés "FAF" dans la DEVA.

- **Critère 1 : "Fondé"**, ou scientifiquement valide.

- **Critère 2 : "Adapté"**, qui est en articulation avec le contexte.
- **Critère 3 : "Faisable"**, qui implique que la réalisation soit possible.

Ces 3 critères FAF sont appliqués aux 3 grandes composantes du projet, donnant alors lieu à une cotation des 9 dimensions obtenues selon une échelle en 3 niveaux (+1=Oui, 0=Moyennement, -1=Non).

Tableau 4 : Les critères FAF d'un projet d'action (Fondé, Adapté, Faisable)

Critères FAF	Problème de santé	Déterminants de santé	Actions de prévention / promotion de la santé
Fondé (+1, 0,-1)	- Le problème est-il important d'un point de vue épidémiologique ?	- Le lien entre le déterminant (ou facteur) et le problème de santé est-il démontré scientifiquement ?	- L'efficacité de l'action est-elle démontrée scientifiquement (par des évaluations et/ou des modèles théoriques) ?
Adapté (+1, 0,-1)	- Le problème est-il en articulation avec les priorités de santé publique ?	- Le déterminant a-t-il un "poids causal" ou explicatif important ?	- L'action est-elle articulée avec le contexte d'intervention ?
Faisable (+1, 0,-1)	- Est-il possible de prévenir le problème ?	- Est-il possible d'agir sur le déterminant ?	- Les ressources (humaines, financières, matérielles) sont-elles suffisantes ?

En premier lieu, en accord avec les critères FAF, le **problème de santé** est choisi de façon fondée. Il doit être important, voire prioritaire, en termes de mortalité, morbidité (prévalence) et conséquences pour les personnes et la société. Le problème choisi doit aussi être articulé avec les priorités de santé publique, en

matière de politiques (qu'elles soient d'ordre national, régional ou local), ainsi qu'avec les besoins des acteurs et des bénéficiaires. Il faut également que le problème de santé puisse être prévenu à l'aide d'action de prévention.

En deuxième lieu, **chacun des déterminants** visés est choisi de façon objective à l'aide de la

cotation FAF. Le lien entre le déterminant choisi et le problème de santé doit être fiable, c'est-à-dire qu'il a scientifiquement été démontré. Le déterminant doit aussi être important ; la force explicative avec le problème doit être importante (avoir un "poids causal" considérable). Il doit également être possible de le modifier à l'aide d'action de P/PS. Il est important de retenir qu'un comportement problématique donné est d'autant plus modifiable qu'il n'est pas installé depuis longtemps, et qu'il n'est pas relié en profondeur avec le style de vie ou la culture de la personne.

En troisième lieu, selon les 3 critères FAF, l'action de P/PS à mettre en œuvre est aussi choisie de façon fondée. Il est nécessaire que l'efficacité de l'action soit démontrée scientifiquement ; soit des études évaluatives ont démontré que l'action permettait d'atteindre ses objectifs de santé, soit l'action s'appuie sur un modèle théorique du changement scientifiquement valide. De plus, l'action doit également être en articulation avec le contexte d'intervention, à savoir les pratiques des acteurs et les besoins des bénéficiaires. Enfin, les ressources, humaines, matérielles et financières doivent être suffisantes pour mener à bien le projet.

Étape 3.

Projet d'action : modélisation

L'étape de la **modélisation** doit être considérée comme un préambule crucial à toute action et à toute évaluation. Il s'agit d'une représentation structurée, schématique et dynamique du projet, ainsi que des résultats attendus. En d'autres termes, la modélisation permet d'explicitier les 3 composantes du projet, ainsi que l'articulation logique entre ces différents éléments. En mettant à plat le contenu et le rationnel du projet, les acteurs peuvent se construire une représentation commune et s'interroger sur le bien-fondé du projet avant sa mise en œuvre effective [11].

De façon pratique, la modélisation se construit en deux temps (cf. Schéma 2).

Dans un premier temps, il s'agit de décrire toutes les composantes du projet, à savoir le problème de santé à prévenir, les déterminants impliqués et les activités planifiées – en particulier les livrables (biens et services destinés aux bénéficiaires).

Dans un second temps, il s'agit d'explicitier les liens de causalité entre ces différentes composantes, ainsi que les hypothèses de production des effets de santé attendus (*symbolisés par les flèches orange*). Cette stratégie est élaborée à partir des connaissances scientifiques issues de la recherche et des connaissances expérientielles des parties prenantes du projet d'action (porteurs de projet, experts, bénéficiaires, décideurs, etc.).

Une fois la modélisation réalisée, les différents objectifs du projet peuvent être intégrés (*symbolisés en filigrane*).

L'**objectif général** précise l'impact attendu de l'action sur le problème de santé quant à la population ciblée.

Les objectifs spécifiques explicitent l'impact attendu sur les déterminants visés en précisant le sens de l'évolution de chacun (augmentation des facteurs de protection ou diminution des facteurs de risque).

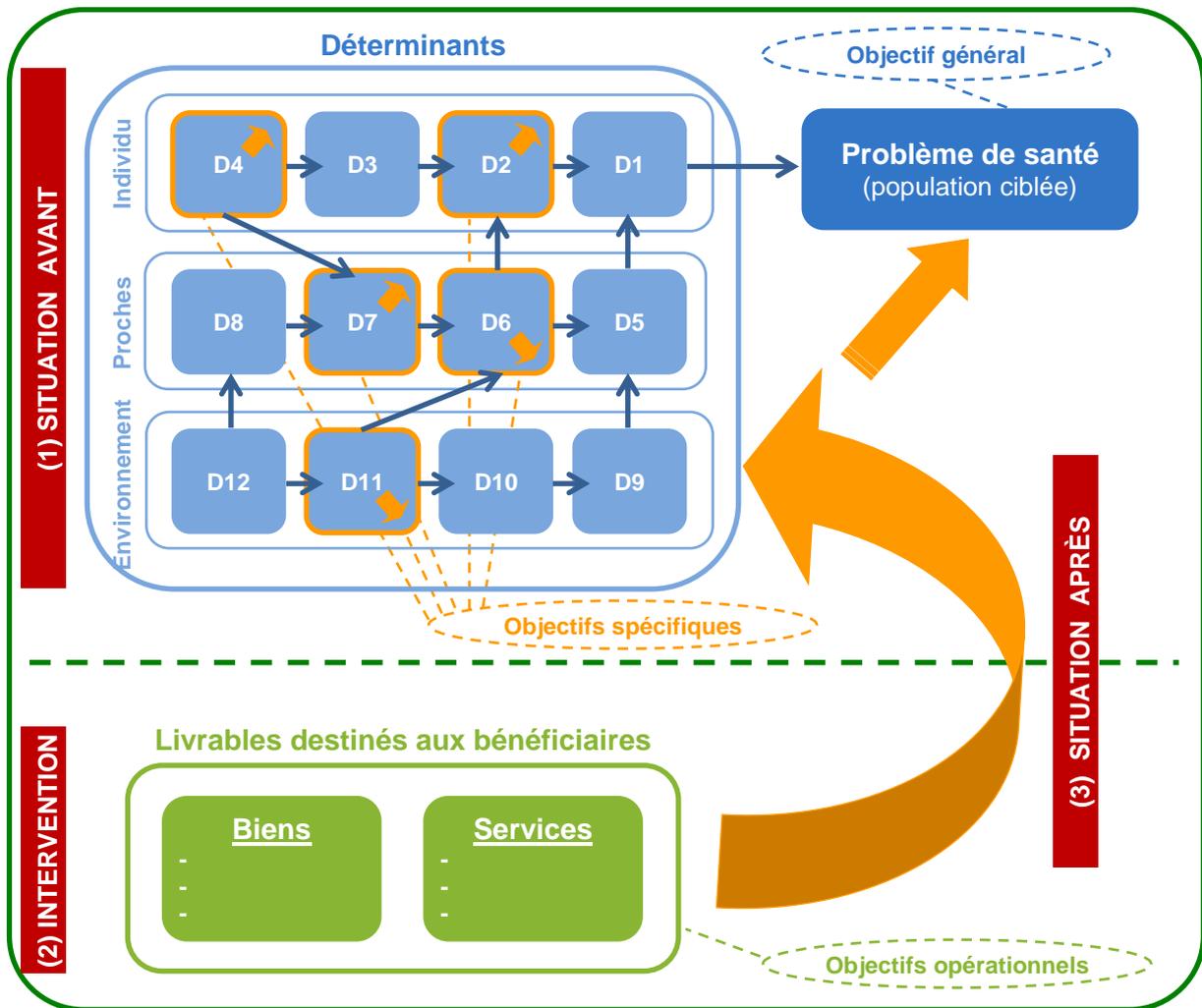
Les objectifs opérationnels détaillent, quant à eux, les biens et services proposés aux bénéficiaires (les livrables du projet).

La modélisation permet de structurer les données de façon détaillée et **d'explicitier les relations causales** entre les composantes du projet. Tout d'abord, grâce à cette description précise et structurée, la modélisation permet de comprendre très concrètement le fonctionnement du projet. Elle sert ensuite, lors de l'étape suivante, de support à la réflexion sur la cohérence, la pertinence et le bien-fondé des choix du projet (étape 4 : l'évaluation théorique).

Au besoin, **elle permet de réajuster** les dimensions du projet qui posent problème très rapidement et de façon efficiente, avant toute intervention sur le terrain.

La modélisation est aussi un outil nécessaire pour mettre en place de façon rigoureuse les différentes évaluations du projet ; en particulier, l'évaluation de mise en œuvre qui porte sur les biens et services réalisés (étape 10), ainsi que l'évaluation de résultats par indicateurs qui s'intéresse à l'évolution des déterminants visés (étape 11).

Schéma 2 : La modélisation d'un projet d'action (schéma générique)



Le schéma 2 ci-dessus présente une version générique de l'étape de modélisation d'un projet d'action, tandis que le schéma 3 de la page suivante présente une illustration de cette étape

par l'intermédiaire d'une action de développement des Compétences Psycho Sociales (CPS).

Étape 4.

Évaluation théorique du projet d'action

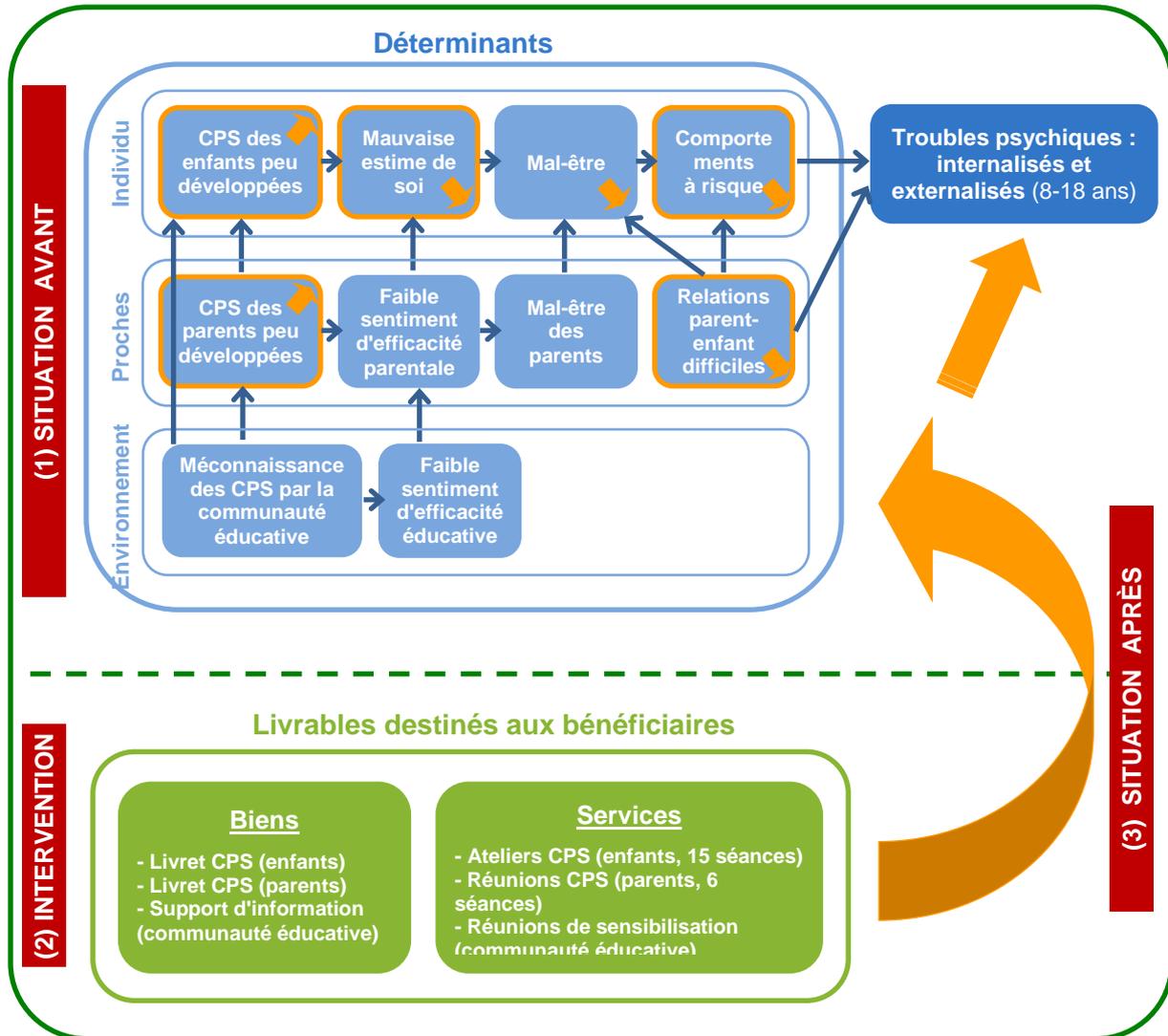
L'évaluation théorique vise à porter un jugement sur le projet d'intervention à partir des connaissances scientifiques, théoriques et contextuelles existantes, ceci afin que les acteurs concernés soient en mesure de prendre position sur celle-ci, et afin que le jugement puisse se traduire en actions [12].

Aussi, à l'encontre des évaluations courantes (dites empiriques), l'évaluation théorique se caractérise par le fait qu'elle n'a pas recours à

un dispositif classique d'études, mais qu'elle mobilise les connaissances déjà disponibles pour permettre une analyse conceptuelle du projet d'action avant sa mise en œuvre.

Il s'agit d'une approche relativement récente dans le domaine, mais qui est néanmoins grandissante. En effet, les évaluateurs, comme les acteurs, ont pris conscience de l'utilité, de la portée et de la rentabilité de ce travail d'analyse réalisé en amont [11].

Schéma 3 : La modélisation d'un projet (illustration par une action de développement des CPS)



Ainsi, l'évaluation théorique ne génère pas de nouvelles données, mais permet d'évaluer l'efficacité potentielle de l'intervention au regard des données déjà disponibles. Elle s'effectue à partir de la modélisation du projet (étape 3). Avant même que l'action ne soit mise en œuvre, il est particulièrement pertinent de réaliser cette forme d'évaluation, peu coûteuse en termes de temps et d'argent, qui permet de s'assurer que les bénéfices attendus sont plausibles, fondés et réalistes.

De façon pratique, l'évaluation théorique est composée de deux analyses différentes qui répondent chacune à une question-clé quant aux enjeux de la conception du projet.

Dans un premier temps, l'analyse stratégique permet de poser la question de la pertinence du projet. Il s'agit d'évaluer le problème de santé et les déterminants en se demandant s'ils sont prioritaires et s'ils peuvent être modifiés par une action de P/PS.

Dans un second temps, l'analyse logique permet de poser la question du bien-fondé de l'intervention en évaluant les hypothèses causales entre les biens/services prévus et les déterminants visés, ainsi que l'adéquation des moyens mis à disposition. En d'autres termes, il s'agit de s'interroger sur l'action de P/PS prévue au regard de sa faisabilité (ressources humaines, financières et matérielles disponibles) et de son efficacité (capacité à modifier significativement les déterminants visés et à prévenir effectivement le problème de santé visé). Les résultats de l'évaluation théorique sont reportés dans trois grilles d'analyse :

- Grille d'analyse de la pertinence du projet.
- Grille d'analyse de la pertinence des déterminants.
- Grille d'analyse du bien-fondé de l'action.

Étape 5.

Projet d'action : planification

L'étape de la planification vise à prévoir tous les éléments nécessaires au bon déroulement de la **mise en œuvre du projet (phase II et phase III)**. Elle consiste à ordonner les tâches du projet, à en estimer la durée et le coût, ainsi qu'à déterminer les ressources nécessaires à sa réalisation. Elle permet alors de définir un calendrier précis tenant compte des différentes étapes du projet.

Dans un premier temps, la planification commence par la **rédaction du projet** réalisée à partir de la modélisation de l'action (voire réajustée au besoin en fonction des résultats de l'évaluation théorique). Il s'agit de faire un résumé opérationnel sous forme de problématique stratégique visant à présenter les composantes et le rationnel de l'action, ainsi que les différents objectifs (généraux, spécifiques et opérationnels) à atteindre.

Dans un deuxième temps, la planification implique l'élaboration de **2 tableaux de bord prévisionnels**. Ces tableaux consistent à détailler l'ensemble des tâches à réaliser lors

des 2 phases à venir : développement (phase II) et déploiement (phase III) de l'action. Notamment, ils précisent, pour chacune des étapes 6 à 11, les acteurs concernés (dont la personne responsable), le calendrier, le coût et les réalisations prévues.

Dans un troisième temps, un **troisième tableau de bord portant sur les livrables** de l'action de P/PS précise l'ensemble des biens et services destinés aux personnes bénéficiaires qui devront être réalisés. Pour chaque livrable, il est nécessaire de préciser :

- **Le nombre (et la proportion) de livrables** qui devront être produits, reçus et connus.
- **Le nombre (et la proportion) de personnes bénéficiaires** qui devront connaître et utiliser le livrable (dans sa totalité ou partiellement).

A partir du résumé du projet et des 3 tableaux de bord, une **"fiche-action"** peut-être rédigée afin d'explicitier les principaux éléments de la planification.

Étapes 6 et 7.

Construction des supports de l'action

Évaluation : études pré-tests

Les **supports de l'action** de P/PS sont principalement élaborés à partir des connaissances, des savoir-faire et des outils existants identifiés lors de l'étape de synthèse des connaissances (étape 1) de la phase de conception. Un travail d'ajustement au contexte d'implantation devra être réalisé dans le but de faciliter la mise en application des supports par les professionnels, ainsi que leur appropriation par les bénéficiaires.

Les **études pré-tests** peuvent faciliter ce travail de mise en accord des supports avec les professionnels et les populations cibles. En effet, ces études visent à estimer l'adéquation de ces éléments avant leur utilisation, tant au niveau de leur contenu que de leur forme. Elles permettent ainsi de dégager des pistes

d'amélioration potentielle à partir des représentations, besoins et expériences des personnes (acteurs et bénéficiaires).

Les études pré-tests sont le plus souvent des études qualitatives réalisées auprès d'échantillons représentatifs de la population ciblée. Les méthodes les plus utilisées sont les réunions de groupe (focus group) et les entretiens individuels. Ces études, relativement simples et peu coûteuses, fournissent des données hautement informatives qui peuvent avoir des retombées immédiates sur l'action.

Ce type d'évaluation **"coût/efficace"** paraît donc indispensable dans le but d'assurer, avec peu de temps et de moyens, l'adéquation des supports à leur cible, condition nécessaire à la bonne qualité de l'action à venir.

Étape 8.

Expérimentation de l'action à petite échelle

Avant de généraliser l'action à l'ensemble des bénéficiaires, il est également préférable de réaliser l'action prévue à petite échelle, c'est-à-dire auprès d'un échantillon de la population-cible. Afin de s'assurer de la faisabilité et de la qualité de l'action, il est nécessaire de mener **cette expérimentation ou "action-pilote"** en situation naturelle, dans le même contexte d'implantation.

A ce moment de la démarche, il est préférable de coupler cette expérimentation à une **autre étude de type pré-test** qui va permettre de recueillir de façon structurée le point de vue des parties prenantes et de dégager des pistes d'amélioration.

Étapes B et C.

Essai Contrôlé Randomisé et évaluations d'implantation

Dans le cas où l'efficacité de l'action prévue n'est pas encore validée, il est judicieux de recourir à **une étude (quasi) expérimentale d'efficacité (étape B)**. Ce type d'études permet de **démontrer les effets d'une action** en comparant deux groupes de personnes ; les résultats obtenus par l'un (ayant bénéficié de l'intervention) sont comparés à ceux obtenus par l'autre (n'ayant pas reçu l'intervention). Lorsque les personnes sont réparties de façon aléatoire, en amont de l'action, entre les deux groupes (qui deviennent ainsi identiques du fait du hasard), nous parlons d'Essai Contrôlé Randomisé.

Ce type d'évaluation s'appuyant sur **des protocoles scientifiques complexes** vise à

contrôler le maximum de biais possibles afin que les différences observées entre les deux groupes ne soient dues qu'à l'action de P/PS réalisée, et non à d'autres facteurs. Afin d'exploiter au mieux ce type de recherches évaluatives, il est nécessaire de les compléter par **des études d'implantation (étape C)** et de répliquer les résultats dans plusieurs contextes. Ces évaluations expérimentales impliquent des moyens considérables en termes de ressources et de compétences. Elles nécessitent généralement l'appui d'une équipe de recherche. C'est pourquoi, elles sont plus souvent mise en œuvre dans le cadre d'actions innovantes.

Étape 9.

Mise en œuvre de l'action à grande échelle

Lorsque l'expérimentation de l'action à petite échelle, ainsi que les études évaluatives couplées à cette étape, ont été concluantes – ou bien que des remaniements en temps réel

ont été réalisés à la suite de cette huitième étape – il est alors envisageable de déployer l'action en tant que telle auprès de l'ensemble des personnes ciblées.

Étape 10.

Évaluation de mise en œuvre

La réussite d'une action dépend tout d'abord de la façon dont elle a été mise en œuvre. Il est donc essentiel de pouvoir décrire précisément ce qui a effectivement été réalisé auprès du public bénéficiaire, grâce à une étude explicitant l'ensemble des biens et services. Ce type d'étude peut aussi permettre de comprendre les écarts éventuels entre l'action planifiée et l'action mise en œuvre.

Cette démarche objective, nommée **évaluation de mise en œuvre**, rentre dans la grande

catégorie des évaluations de processus. Cette évaluation descriptive, focalisée sur les livrables de l'action de P/PS, permet de vérifier **l'atteinte des objectifs opérationnels**.

L'évaluation de mise en œuvre se déroule **en deux ou trois temps**. Dans un premier temps, il s'agit de décrire ce qui a été fait en matière de biens et de services, proposés et utilisés par les bénéficiaires. Puis, dans un deuxième temps, les écarts entre ce qui a été fait et ce qui avait été planifié sont quantifiés. Enfin, dans un

troisième temps, si cela est pertinent, il s'agira de comprendre les raisons expliquant les écarts entre le planifié et le réalisé. Cette troisième partie sera d'autant plus nécessaire si les

écarts identifiés sont importants, et si l'action de P/PS doit être reconduite.

Étape 11.

Évaluation de résultats par indicateurs

Pour finir, l'évaluation de résultats par indicateurs permet d'étudier l'évolution des déterminants de santé visés, et de vérifier si un changement s'est effectivement opéré dans le sens attendu. De cette façon, il est possible d'observer si un problème, ou un de ses facteurs, a évolué tel que cela avait été planifié. En effet, tout organisme qui réalise une action de P/PS cherche à impacter un déterminant de la santé : soit en atténuant un facteur de risque, soit en augmentant un facteur de protection. Les changements attendus peuvent se situer à différents niveaux : déterminants individuels (connaissances, représentations, compétences, comportements des personnes ciblées), déterminants liés aux proches des personnes ciblées (parents, amis...) et/ou déterminants socio-environnementaux (communauté, lieux de vie...).

Cette méthode d'évaluation permet de s'assurer que les déterminants visés par l'action de P/PS ont évolué, comme prévu, dans le temps de l'intervention. Toutefois, il est important de se rappeler que cette évaluation par suivi d'indicateurs ne permet pas de démontrer le lien entre les changements observés et l'action réalisée, contrairement à d'autres méthodes scientifiques plus complexes que sont notamment les Essais Contrôlés Randomisés (étape B). Il n'en reste pas moins que, grâce à cette méthode de suivi d'indicateurs, il est possible de s'assurer que des changements se sont réellement opérés comme prévu. Ainsi, en observant l'évolution des déterminants visés par l'action, l'évaluation de résultats par indicateurs permet de vérifier l'atteinte des objectifs spécifiques.

De façon pratique, cette forme d'évaluation se déroule en deux temps. Dans un premier temps, les déterminants visés, mentionnés dans les objectifs spécifiques, sont mesurés par

l'intermédiaire d'indicateurs construits de façon rigoureuse. En effet, afin de s'assurer de la qualité des mesures, tout indicateur utilisé doit être fidèle et valide. Pour qu'un indicateur soit considéré de bonne qualité, il est nécessaire qu'il soit fidèle (ou fiable), c'est-à-dire qu'il ne fluctue pas de façon aléatoire, mais présente des résultats identiques lorsque les conditions de mesure restent inchangées. Pour qu'un indicateur soit considéré comme valide, il est nécessaire qu'il mesure effectivement "le phénomène" qu'il est présumé mesurer, c'est-à-dire qu'il doit être une bonne représentation objective du déterminant. Afin de s'appuyer sur des indicateurs de qualité (fidèles et valides), il est donc recommandé de faire appel à des instruments de mesure standardisés reconnus et largement partagés.

Dans un second temps, il s'agit de mesurer la variation des indicateurs sélectionnés en fonction de différentes situations de comparaison. A cet effet, plusieurs méthodes peuvent être utilisées ; chacune présentant des avantages et des inconvénients ; celles-ci devant être choisies en fonction des possibilités et du contexte d'évaluation. Il est ainsi possible de comparer les indicateurs d'un même groupe avant, pendant et après l'action (comparaison de type avant-après). Il est aussi possible de comparer les indicateurs d'un groupe ayant bénéficié de l'action à ceux d'un autre n'ayant pas bénéficié de l'action (comparaison de type ici-ailleurs).

Pour finir, il est intéressant d'ajouter que si l'indicateur peut être mesuré à de nombreuses reprises au cours d'un temps défini, il est alors possible d'étudier le lien entre l'évolution de l'indicateur et l'action de P/PS réalisée via des analyses statistiques complexes de type Séries Chronologiques (étape D).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine : what is it and what it isn't. *British Medical Journal* ; 1996, 312 : 71-72.
- [2] Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, Whitlock EP. Toward a transdisciplinary model of evidence based practice. *Milbank Q* ; 2009, 87(2) : 368-390.
- [3] Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. A report of the World Health Organization (WHO), 2004.
- [4] Smith BJ, Cho Tang K, Nutbeam D. World Health Organization Health promotion glossary : new terms. *Health promotion International* ; 2006, 21 : 340-345.
- [5] Tang KC, Ehsani JP, McQueen DV. Evidence-based health promotion : recollections, reflections, and reconsiderations. *J Epidemiol Community Health* ; 2003, 57 : 841-843.
- [6] Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation. Gouvernement du Québec, 2009.
- [7] Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Gonzalez Castro F, Gottfredson D, Kellam S, Moscicki EK, Schinke S, Valentine JC, Ji P. Standard of evidence : criteria for efficacy, effectiveness, and dissemination. *Prevention Science* ; 2005, 1-25.
- [8] Trottier L-H, Champagne F. L'utilisation des connaissances scientifiques : au cœur des relations de coopération entre les acteurs. Rapport de recherche du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montréal, 2006.
- [9] Lamboy B. La science peut-elle être utile à la pratique ? Réflexion sur le transfert et l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale en France. *Annales médico-psychologiques* ; 2011, 169 : 98-103.
- [10] Graham I, Straus S, Tetroe J. Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice 2 Ed., BMJ Books ; 2013.
- [11] Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. L'analyse de l'implantation. In Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, editors. L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2009, 225-48.
- [12] Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* ; 2000, 48(6) : 517-39.