

**TROIS POSTURES ONTOLOGIQUES CONCERNANT
LA NATURE DES PROGRAMMES DE SANTÉ :
IMPLICATIONS POUR L'ÉVALUATION**

Louise Potvin, PhD, Sylvie Gendron, PhD & Angèle Bilodeau, PhD
Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé
Université de Montréal

Ce chapitre est fondé en partie sur un commentaire publié dans *Scienca Saude Coletiva*, 2004, 9 (3), 731-738; et sur une présentation faite à l'atelier sur l'évaluation en promotion de la santé lors du VI^{ième} congrès de l'Abrasco tenu à Recife en juin 2004.

Qu'est-ce qu'un programme? Comment peut-on distinguer le mode d'action programmé des autres modalités de l'action sociale? De telles distinctions sont-elles utiles du point de vue de l'évaluation? Voilà autant de questions auxquelles un examen attentif de la littérature en évaluation et en santé ne permet de trouver réponse. En effet, bien que les notions de programme, projet, initiative et autres désignations de l'action planifiée soient largement utilisées dans la littérature en santé, peu d'auteurs ont porté un examen critique sur la réalité que ces concepts recouvrent (Levesque et al., 2000).

Le programme, comme forme d'action et d'intervention, a envahi toutes les sphères de l'activité sociale. Omniprésent, le programme est polymorphe : « programme de subvention », « programme d'un parti politique », « programme scolaire », « programme d'assainissement des eaux » ou plus prosaïquement « programmes de vaccination ». Bien que dans chacun de ces cas il s'agisse d'une séquence d'actions plus ou moins bien définies à la poursuite d'objectifs plus ou moins spécifiques, on ne voit pas toujours très bien à quel problème particulier il est question d'apporter une solution ou quelles sont les populations visées. Pourtant, la délimitation de l'objet d'un programme et des composantes de ce dernier est essentielle pour déterminer dans quelle mesure le programme produit les changements projetés. Le programme est une des principales dimensions de l'activité de santé publique, et la recherche évaluative constitue désormais une forme privilégiée de production de connaissance liée à l'intervention (Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett, 2001). Dans la mesure où il importe de réfléchir nos programmes et de rendre compte de leur pertinence et de leur portée, la nature du programme en tant qu'objet de connaissances doit donc être intelligible.

Dans ce chapitre nous tentons donc de préciser les a priori conceptuels qui ont cours concernant la nature des programmes en santé publique afin de rendre intelligibles les finalités qui orientent leur évaluation. Ceci dit, nous restreindrons notre discussion aux seules conceptions liées à l'évaluation, bien que ces a priori conceptuels influencent aussi grandement les pratiques et conceptions liées à la planification, à la mise en oeuvre et à la pérennisation des programmes. Par ailleurs, nous traitons ici du programme en tant que forme d'intervention organisée qui s'avère distincte d'autres formes d'intervention en santé telles une loi ou une intervention clinique, en ce que cette approche populationnelle engendre des pratiques d'évaluation qui lui sont propres.

Pourquoi poser la question de la nature des programmes?

Poser la question de la nature des programmes constitue une étape primordiale dans la mise en action d'une évaluation. Cependant, trois constats s'imposent devant cette interrogation. Premièrement, bien que la littérature dans le domaine de la santé et dans celui de la planification fasse largement état de la notion de programme, très rares sont les discussions de cette notion qui incluent un examen critique des définitions implicitement ou explicitement données à ce terme. On se contente généralement de décrire les programmes comme des ensembles d'activités ou de services coordonnés, organisés selon une séquence temporelle particulière et utilisant des ressources dédiées dans la poursuite d'un objectif spécifique en réponse à une situation jugée problématique et qui affecte une population ciblée. Une telle définition, si elle a l'avantage d'identifier plusieurs catégories d'éléments qui composent les programmes, ne permet cependant pas d'appréhender les relations qui existent entre ces divers éléments de même qu'entre les programmes et leurs contextes, non plus qu'elle ne procure les catégories pertinentes pour rendre compte de la dynamique et de l'évolution des programmes (Potvin, Haddad, & Frohlich, 2001). En particulier, cette définition ne permet pas de situer les rapports qui lient les acteurs du programme à travers les processus de changement projetés.

Deuxièmement, la grande majorité des définitions et descriptions que l'on retrouve des programmes dans la littérature du domaine de la santé s'appuie tacitement sur une ontologie des programmes qui relève du réalisme empirique. Le caractère implicite de cette conception fait en sorte que ses implications sur l'évaluation des programmes ne sont jamais soumises à un examen critique. C'est comme si la nature universelle et univoque des programmes était acquise, et qu'en conséquence il existe des pratiques de référence pour tout ce qui concerne leur évaluation. Bien sûr, on reconnaît maintenant que les particularismes de certains contextes et situations peuvent gêner l'actualisation de ces pratiques de référence. Par contre, les recommandations consistent le plus souvent à trouver le moyen d'accommoder ces situations particulières en tentant le plus possible de se rapprocher des pratiques de référence.

Enfin, un examen critique de la nature des programmes démontre que, du moins dans le domaine de la santé, la conception des programmes n'est pas monolithique. Il existe plusieurs conceptions de l'action programmée qui se reflètent dans des pratiques variées et à partir desquelles s'élaborent des pratiques innovantes en promotion de la santé (Potvin & Chabot, 2003) et des nouvelles formes de gouvernance (White, 2000). Ce faisant, les limites et déficiences de la conception réaliste empirique classique sont de plus en plus mises en évidence, ce qui interpelle d'autres pratiques et théories pour concevoir et évaluer des programmes, en dehors d'un modèle biomédical (Potvin, Gendron, Bilodeau, et Chabot,

2005). Ces pratiques et théories sociales introduisent, de ce fait, de nouveaux points de repères pour réfléchir et délimiter l'action en santé.

Ainsi, la conception de la nature des programmes en santé relève de définitions plus ou moins complètes, repose sur une ontologie implicite qui échappe généralement à un examen critique et intègre désormais une diversité de repères théoriques. Ces trois constats sont, pour nous, au cœur de la question ontologique concernant la nature des programmes en santé.

L'ontologie? Une question difficile et critique pour l'évaluateur.

L'ontologie est cette partie de la philosophie qui, partant du constat que l'humain peut comprendre, prédire et altérer certains attributs de son environnement, pose la question de la nature de la réalité et de son intelligibilité afin qu'elle soit façonnable par l'humain. La question ontologique est l'une des plus difficiles qui soit. Cela est dû en parti, selon le philosophe Roy Bhaskar, au fait qu'il n'y a pas de réponse empirique à une telle question qui ne peut être abordée que d'un point de vue philosophique ou métaphysique. En effet, comme notre connaissance de la réalité est essentiellement dérivée de nos sens ou d'instruments qui les prolongent, il n'existe pas de critère situé en dehors de l'expérience humaine qui permet de vérifier empiriquement la justesse des croyances entretenues à propos de la nature de la réalité, voire de sa structure et de sa constitution (Bhaskar, 1978).

Bien qu'il soit difficile d'y répondre, la question de l'ontologie des programmes est tout de même critique pour l'évaluateur. Ce n'est que dans la mesure où celui-ci développe une conception claire de la nature du programme à évaluer comme objet de connaissance, que la relation épistémologique entre un évaluateur, sujet connaissant, et un programme, objet de connaissance, peut être définie et située dans un projet de compréhension et d'action. Or, l'établissement de cette relation est à la base même du travail d'évaluation qui consiste, en grande partie, à mettre en place un appareillage qui permettra de concevoir des liens entre certaines dimensions du programme, des éléments du contexte et des changements qui s'opèrent à travers le programme (Potvin, Haddad, & Frohlich, 2001). C'est à travers cet appareillage que l'évaluateur entre en relation avec le programme et ses acteurs, une relation qui suit une trajectoire façonnée par la philosophie à partir de laquelle il conçoit la nature du programme.

La nature des programmes de santé : du réalisme empirique à l'idéalisme

Il existe deux grandes traditions philosophiques concernant la nature de la réalité, et chacune d'elles trouve écho dans les conceptions qui sous tendent implicitement plusieurs programmes de santé. Il s'agit du réalisme empirique et de l'idéalisme.

Le réalisme empirique, tel que défini par Hume (1978), suppose non seulement qu'il existe une réalité complètement extérieure et indépendante de la conscience qu'en a l'humain, mais que de plus, nos perceptions et représentations de nos expériences sensibles sont des manifestations véridiques des objets du monde réel. Par ailleurs, la réalité est considérée comme étant constituée d'objets discrets, en ce sens que chacun de ces objets se distingue des autres par des caractéristiques intrinsèques et des frontières réelles. Donc, s'ils se distinguent les uns des autres, les objets qui composent la réalité sont aussi distincts par rapport à un sujet connaissant qui ne fait qu'emmagasiner passivement et fidèlement les manifestations sensibles des objets du monde. Un arbre, par exemple, existerait même s'il n'y avait pas d'humain pour en attester la réalité. La perception qu'en ont les humains est véridique puisque liée aux qualités premières de l'arbre et distincte du sujet observateur. Aussi, bien que l'arbre soit en échange constant avec le sol à travers ses racines, les frontières entre l'arbre et son environnement sont supposées réelles, définies et observables. En tout temps, l'objet arbre pourrait donc être isolé de son environnement sans en altérer la nature puisque cette nature qui lui est propre réside entièrement dans ses qualités. Bhaskar (1978) qualifie une telle ontologie de «plate» à cause de l'amalgame qui est fait entre les objets et l'expérience que les sujets connaissants en ont. Pour un empiriste, ces deux niveaux de réalité ne sont pas distincts, l'expérience perceptuelle du sujet étant une représentation conforme de l'objet. La connaissance réside ultimement dans l'objet lui-même et le rôle de la science est de *découvrir* la réalité et de produire une connaissance vraie des propriétés de l'objet. Pour les empiristes, les faits sont des faits, ils parlent d'eux-mêmes, et les scientifiques ne sont que des intermédiaires passifs entre les objets de la nature et le monde connaissant (Latour, 1991). C'est ce rôle d'intermédiaire neutre, passif et donc objectif qui confère aux scientifiques cette autorité d'expert qui est l'ultime référence en ce qui concerne la connaissance des objets du monde (Latour, 1999).

Une conception des programmes inspirée par le réalisme empirique fait équivaloir le programme à ses éléments objectifs et leurs manipulations telles que guidées par des procédures précises, pré-établies, standardisées et découlant des connaissances scientifiques. Les programmes ont aussi des frontières précises qui les distinguent des autres objets de l'environnement. A l'intérieur de ces frontières se trouvent une série de structures objectives

qui peuvent être manipulées ou mises en action par un agent en vue de la réalisation de certains effets. Dans cette perspective, le modèle logique, parce qu'il identifie objectivement ces éléments de structure et les liens qui les unissent, est conçu comme une représentation réelle du programme. C'est d'ailleurs parce que le modèle logique est conçu comme le substrat objectivé du programme qu'il peut servir de guide pour sa standardisation à travers plusieurs sites. Outre le modèle logique, les éléments objectivables qui forment le programme sont : 1) la situation problématique qui est établie généralement par un jugement d'expert comme une déviation à la norme, fondée sur des paramètres objectifs, 2) la solution rationnelle identifiée par l'application des connaissances scientifiques, et 3) les opérations du programme qui servent à manipuler les causes «naturelles» et connues du problème.

Cette conception des programmes est illustrée à la Figure 1. Trois caractéristiques sont à noter dans cette figure. Premièrement, il y a absence de médiation, voire d'une distinction nette entre les objets du réel et l'expert sujet connaissant. Deuxièmement, le problème, tout comme sa solution-programme, sont des objets structurés du réel parmi d'autres objets du réel considérés indépendants du problème et de sa solution. Le problème, comme tous les autres objets, se révèle à l'expert qui sait écouter ou qui possède les clés pour décoder les messages. En accord avec la pensée générale de la Renaissance, un des rôles fondamentaux de la science est de « corriger » les erreurs de la nature et d'utiliser les connaissances concernant les objets de la nature pour redresser les situations qui sont potentiellement néfastes pour l'humanité. Après avoir identifié la « défaillance de la nature » le rôle de l'expert est ensuite de créer d'autres objets (des programmes!) pour corriger la situation problématique. Une telle conception exclut comme solution tous les bricolages qui, par approximations successives, modifient des situations, pour n'appliquer que les solutions techniques éprouvées. Enfin, les relations entre les sujets experts et les objets problème et programme sont entièrement unidirectionnelles. Le programme, pensé et exécuté par l'expert, corrige, dans la mesure de son efficacité, la situation problématique.

Un tel modèle est, à toute fin pratique, dépourvu d'acteurs sociaux, porteurs d'intérêts. Lorsqu'ils sont représentés, les humains impliqués dans le programme, que ce soit à titre de destinataires, de pourvoyeurs de services ou de gestionnaires et décideurs, sont objectivés et leurs actions sont codifiées et planifiées dans le modèle logique. Il n'y a aucun espace pour des représentations autres que celles du modèle logique, ce qui exclut d'emblée toute considération des négociations qui prennent inévitablement forme ou de tout autre processus politique. De plus, conçue comme étant externe à la situation problématique, la science, par le biais de l'expert, agit comme arbitre ultime pour la définition des problèmes à corriger et

pour le développement des solutions. Comme tous les autres éléments du programme, les humains, leurs rôles et leurs actions sont objectivées et déterminées par leurs relations avec les autres objets du programme. Dans une telle conception, les programmes sont dépouillés de leurs aspects normatifs.

Ce faisant, la finalité de l'évaluation consiste alors essentiellement à vérifier que le programme corrige la situation problématique telle que l'indique la flèche unidirectionnelle entre les objets programme et problème de la Figure 1. Bien que d'autres questions puissent aussi être d'intérêt, notamment celles qui visent à s'assurer que le programme soit mis en œuvre conformément au modèle logique, la cible première de la démarche évaluative demeure la vérification des changements produits.

Il existe une longue tradition de programmes en santé publique qui relèvent de cette conception technique. Dans certains programmes de vaccination, par exemple, tous les éléments sont objectivés, depuis les doses de vaccins et les contenants dans lesquels ils circulent, jusqu'à leur mode de pénétration dans le corps humain, en passant par les taux de couverture à atteindre pour assurer une immunité populationnelle. Tous les paramètres du programme sont objectivés dans un modèle logique qui ne permet ni de prévoir ni de réfléchir leurs variations, que ce soit pour des raisons extrinsèques au programme, ou même intrinsèques au déroulement de l'action. Ou alors, ces variations sont conçues comme étant des déviations, voire du «bruit» à contrôler. Les individus sont aussi objectivés comme porteurs ou non d'une immunité, et leurs propres représentations et intérêts par rapport aux programmes ne font pas parti des éléments à considérer. Ce n'est que très récemment que l'on a commencé à prendre en compte des questions normatives liées à ces programmes, telle que l'acceptabilité, pour l'individu, d'un risque d'effet secondaire néfaste associé à la vaccination comme contrepartie de la réduction d'un risque populationnel. La prise en compte de ces représentations conflictuelles, sources de contestation du modèle logique, situe *ipso facto* comme sujets agissants certains des éléments du programme. L'on échappe ainsi à la rationalité du modèle logique.

La seconde tradition philosophique importante du point de vue de la nature de la réalité, est la tradition idéaliste. Une ontologie idéaliste postule qu'étant donné l'impossibilité de valider autrement qu'à travers un appareil perceptuel ce que l'on tient pour réalité empirique, il est nécessaire d'apporter une distinction ontologique entre les objets du monde réel et les modèles et représentations que le sujet connaissant construit à partir de ses perceptions. Ainsi Bhaskar (1978) parle d'une ontologie stratifiée à deux niveaux. Un premier niveau est constitué des objets réels qui existent indépendamment de l'expérience

qu'en a le sujet connaissant, alors qu'un deuxième niveau est formé des modèles et représentations que construisent les sujets connaissants, modèles et représentations collectives qui se transforment au gré de la diversité des expériences humaines. Relativiste, cette position ontologique situe l'expérience et croyance scientifique sur le même plan que les autres expériences et croyances humaines. Il faut noter ici que ce n'est que dans les versions caricaturales et extrêmes de l'idéalisme que l'on nie l'existence même d'une réalité « objective » indépendante de l'action humaine. Plus raisonnablement, ce que l'idéalisme nie c'est l'existence d'une correspondance directe, ou même croissante, entre les modèles et les représentations que les sujets connaissants se font des objets du réel et ces derniers, d'où la nécessité de poser une ontologie stratifiée.

La conséquence d'une telle position ontologique est que toute connaissance est construite et socialement située. Les modèles sont le produit d'une activité créatrice de la part de sujets connaissants actifs dans un espace-temps donné et qui se donnent des règles et procédures pour juger de la valeur des représentations qu'ils développent. Dans la forme plus radicale de l'idéalisme, tous les modèles se valent puisqu'il n'existe aucun critère absolu de vérité contre lequel les valider. Pour éviter un tel relativisme, les philosophes pragmatistes tels William James (1947) ou John Dewey (1929) proposent des critères qui réfèrent à la capacité des modèles d'informer l'action pour juger de leur adéquation. C'est ainsi que selon des critères pragmatiques, certains modèles peuvent s'avérer supérieurs. C'est d'ailleurs par leur capacité réitérée d'informer certaines classes d'actions ou de transformations que les représentations scientifiques sont souvent jugés supérieures.

L'ontologie stratifiée idéaliste a aussi trouvé son chemin dans la littérature sur la programmation en santé et dans les pratiques évaluatives. Dans cette perspective, tel qu'illustré à la Figure 2, les programmes, tout comme les situations problématiques auxquelles ils sont associés, relèvent principalement du domaine des représentations que se font les acteurs sociaux de la réalité et qui leur permet d'orienter leur action. Les liens entre les modèles à partir desquels sont construits les problèmes et leurs réponses-programme et une éventuelle réalité objective sont plus ou moins pertinents pour orienter l'action, car c'est en fonction de leurs représentations que les acteurs sociaux agissent, puis réajustent leurs modèles. En conséquence, tout effet que peut avoir un programme est entièrement médiatisé par l'expérience et les représentations qu'en ont les acteurs qui, eux-mêmes se transforment au fil de l'expérience. Les programmes sont donc des représentations évolutives de l'action telles que construites par les acteurs concernés. Cette vision des programmes forme la base

des conceptions défendues par Guba et Lincoln (1989) dans l'évaluation de quatrième génération ainsi que par plusieurs tenants des approches participatives à l'évaluation.

Les pratiques évaluatives qui se basent sur des conceptions idéalistes des programmes visent essentiellement à s'inscrire dans l'élaboration de l'action en mettant en évidence les liens entre les représentations que les acteurs se font des programmes et des problèmes vécus, comme l'indique la double flèche qui relie le programme et le problème dans la Figure 2. Le plus souvent, il s'agit d'arriver à une représentation consensuelle entre les principaux acteurs pertinents pour accroître la correspondance non pas entre les modèles et les objets du monde réel, mais entre les représentations des problèmes et les représentations des programmes – d'où la mise en action de diverses approches constructivistes et participatives en évaluation.

Bien que plus récemment introduites dans le domaine de la santé publique, principalement par le biais de la promotion de la santé qui s'appuie sur des valeurs de participation citoyenne dans les processus de programmation et d'évaluation (Rootman, Goodstadt, Potvin, & Springett, 2001), ces approches constructivistes et participatives ne peuvent plus vraiment être considérées comme marginales. Les programmes de soutien au développement local qui se basent essentiellement sur la mobilisation de larges coalitions d'acteurs provenant d'une diversité de secteurs en sont un bon exemple. Une des premières étapes dans ce type de programmation est de développer des représentations communes des problèmes locaux et des actions potentielles pour les corriger.

Cette conception a aussi pénétré les programmes plus traditionnels de la santé publique. En effet, il est clair, et de plus en plus admis, que même les programmes les plus techniques opèrent dans une réalité sociale avec, et auprès, d'acteurs sociaux qui entretiennent toutes sortes de représentations de la réalité. Ainsi, même les solutions les plus techniques doivent correspondre, au moins en partie, aux représentations que les acteurs se font des problèmes qui les concernent. Comme la société et les phénomènes sociaux ne peuvent être conceptualisés indépendamment de l'action humaine, et comme la santé est encore largement conçue comme un phénomène qui a aussi une réalité objective modifiable par des actions organisées, les conceptions réalistes empiriques et les conceptions idéalistes des programmes doivent cohabiter dans la programmation de santé publique. Cette cohabitation pose de sérieux problèmes.

Des programmes émergents qui s'accommodent mal de ces deux traditions ontologiques

Depuis une trentaine d'années, la pratique en santé publique connaît des développements importants. Posant au premier plan des principes tels l'*empowerment* ou la participation des citoyens, la Charte d'Ottawa de la promotion de la santé (WHO, 1986) et, dans son sillon, bon nombre de politiques nationales en matière de santé, appellent à une redéfinition des pratiques de santé publique. Trois éléments caractérisent ce mouvement. Premièrement, les interventions de santé publique ne doivent plus être conçues uniquement par des experts. Elles font désormais place à une diversité de savoirs et de pratiques, notamment à travers les forums citoyens et le recours à d'autres outils de démocratisation de la décision qui gagnent en popularité. Deuxièmement, comme la santé des populations est maintenant considérée tributaire d'un ensemble de conditions sociales, tous les secteurs d'activité de la société sont interpellés pour la production de la santé. Dans les pays industrialisés, l'action intersectorielle devient le maître mot pour les praticiens de la santé publique. Troisièmement, l'existence de solutions toutes faites et éprouvées est de plus en plus contestée pour faire place à la légitimation de solutions progressivement construites et négociées, par approximations successives, à travers les contingences et imprévisibilités qui configurent le monde complexe dans lequel nous devons agir.

En réponse à de multiples exhortations au développement et à la mise en œuvre de programmes fondés sur de nouveaux partenariats entre les institutions et la société civile, la littérature fait état d'un nombre croissant d'expériences novatrices en ce sens. Ces projets proposent et mettent en œuvre des finalités nouvelles pour la santé publique. Il ne s'agit plus d'appliquer des solutions standardisées à des problèmes identifiés par des experts extérieurs aux milieux concernés, mais plutôt d'accompagner les milieux et leur fournir des outils conceptuels et pratiques pour faire face à un éventail de problèmes qui se posent dans des contextes socio-historiques qui suivent leur trajectoire particulière. C'est ainsi qu'un projet de prévention du diabète dans une communauté autochtone peut devenir un outil de développement social et communautaire (Potvin, Cargo, McComber, Delormier, & Macaulay, 2003). Ces programmes proposent également d'élargir le cercle des acteurs, ayant des pratiques diversifiées et complémentaires, pour l'atteinte des objectifs. Il ne s'agit plus simplement de mettre en présence des individus avec un programme planifié et mis en œuvre par des professionnels de la santé publique, mais plutôt d'établir des partenariats durables avec l'ensemble des acteurs pertinents du milieu pour faire évoluer une question d'intérêt ayant des répercussions sur la santé. Chacun de ces acteurs devient ainsi porteur, au sein du projet, des préoccupations d'une classe d'acteurs (Mantoura, Gendron & Potvin, sous presse). De plus, les savoirs à partir desquels sont élaborés ces programmes renvoient à une diversité

de connaissances issues des sciences sociales et des sciences de la vie. Le croisement de ces savoirs favorise, en retour, l'établissement d'un dialogue entre des savoirs scientifiques, professionnels et profanes, un dialogue qui permet de recréer des savoirs pour comprendre et agir autrement (Bisset, Cargo, Delormier, Macaulay, & Potvin, 2004). Enfin, du point de vue des pratiques, ces programmes se conçoivent comme des espaces négociés entre les différents acteurs en présence, plutôt que des solutions prédéterminées et généralisables. Ces espaces sont dynamiques en ce sens qu'ils présentent des formes et des contours changeants en fonction des contingences qui résultent de l'évolution des conditions internes (les dynamiques relationnelles entre les diverses composantes du programme) et externes (les contraintes et opportunités créées par l'environnement plus large) (Potvin, et al., 2003). Les nouvelles approches programmées de l'action *avec*, plutôt que *sur* les communautés appellent ainsi à un changement de paradigme au plan des pratiques planificatrices des acteurs publics, les invitant à mettre en œuvre des pratiques partenariales participatives fondées sur la négociation des objectifs et des moyens à mettre en place.

Ceci dit, bien que ces nouvelles expériences d'intervention forment une dimension essentielle de la troisième révolution de la santé publique (Breslow, 1999), elles ne constituent pas encore un corpus organisé et systématisé de connaissances, notamment en ce qui a trait à la nature des programmes en émergence et les défis que cela pose à leur évaluation. Les méthodes qui caractérisent les pratiques scientifiques qui ont cours en santé publique nous permettent difficilement d'élaborer les savoirs et les pratiques sur lesquels fonder la théorie et la méthode de ces nouveaux modes de programmation et leur évaluation.

Il existe un vif débat en santé publique au sujet des approches et méthodologies appropriées pour évaluer ces nouvelles pratiques et élaborer des connaissances scientifiques valides (Chamberland & Bilodeau, 2000, McQueen 2002, Potvin, 1996). Nous croyons, cependant, que les paramètres habituels qui définissent les pôles opposés de ce débat ne permettent pas de proposer des outils conceptuels et méthodologiques adéquats. D'une manière assez caricaturale, les deux positions extrêmes dans ce débat illustrent une opposition plus que séculaire entre une science positive et une approche relativiste. La première est fondée sur une ontologie réaliste empirique et affirme procurer des résultats généralisables permettant d'élaborer une programmation basée sur des données probantes pour solutionner des problèmes objectivement définis. En contrepartie, la deuxième est fondée sur une ontologie idéaliste et propose des interprétations contextualisées basées sur des consensus qui

prétendent *réconcilier* les points de vue de *tous* les acteurs concernés en termes de définition d'un problème et de la solution à y apporter.

Nous croyons que cette façon de poser un dilemme entre des paradigmes conduit à une impasse (Gendron, 2001). En effet, les professionnels et intervenants qui travaillent sur le terrain à essayer de mettre en œuvre, localement, des processus salutogènes, ne trouvent pas des outils conceptuels et pratiques pertinents dans le discours qui renvoie à une pratique fondée sur des données probantes. D'un autre côté, les implications d'une approche relativiste suggèrent la nécessité de «consensus» qui s'avèrent plus ou moins désirables en réalité et qui peuvent masquer notre compréhension des nuances tant locales que d'ordre plus général, donnant ainsi lieu à un savoir «partial» pouvant difficilement justifier des pratiques auprès de décideurs imputables. Le défi actuel consiste donc à élaborer un cadre pertinent pour réfléchir ces nouvelles pratiques qui s'incarnent dans de nouvelles formes de l'action programmée, ceci afin de pouvoir les réfléchir, les transformer et les reproduire. Ce cadre doit nécessairement s'appuyer sur une ontologie des programmes qui soit cohérente et qui permette de dépasser ces querelles qui nous situent dans des ontologies réalistes et idéalistes présentées plus haut.

Par ailleurs, les inconforts qui résultent d'une opposition directe entre les deux traditions ontologiques dominantes trouvent aussi écho dans les sciences disciplinaires. Des problèmes importants ont été soulevés tant du côté du réalisme empirique que de l'idéalisme. En ce qui concerne le réalisme empirique, plus d'un siècle de recherches empiriques en sociologie, anthropologie et autres sciences sociales a montré que les scientifiques ne sont pas des observateurs passifs de la nature ou du monde social et que le monde du réel et les connaissances que nous en avons n'appartiennent pas au même ordre (Toulmin, 1992). Par ailleurs, le travail des scientifiques, dans la science qui se fait, est de construire des situations dans lesquelles les mécanismes à l'œuvre dans la nature ou dans la société peuvent s'exprimer (Latour, 1991). La construction de ces situations suppose la mobilisation de connaissances antérieures dans lesquelles s'inscrivent les nouvelles observations. Résultant d'une activité sociale, la connaissance ne peut donc être que contingente et historiquement située (Campbell, 1984). Inversement, en ce qui concerne l'idéalisme, la critique déplore le fait qu'en l'absence de lien, même hypothétique, entre les modèles et les objets du monde réel, toute connaissance reste locale rendant toute généralisation et potentiel de prédiction impossible. Ce qui est appris dans une situation ne s'applique pas ailleurs, ce qui limite la capacité de réfléchir les conséquences de nos programmes et d'orienter nos actions.

Le réalisme critique : une posture ontologique pour les programmes de santé

Élaboré principalement à travers l'œuvre du philosophe anglais Roy Bhaskar, (1978 ; 1979 ; 1989) le réalisme critique offre une posture ontologique qui permet une tout autre conception de la nature des programmes en santé. Alors que le réalisme empirique repose sur une ontologie «aplatie» et l'idéalisme sur une ontologie stratifiée à deux niveaux, le réalisme critique propose une ontologie à trois niveaux qui différencie le réel, l'actuel et l'empirique.

Au premier niveau ontologique, le réel est formé des objets intransitifs de la science qui existent indépendamment de l'expérience ou de la connaissance que les humains en ont. Cette réalité peut être naturelle, c'est-à-dire produite par la matière chimico-physique, ou sociale, c'est-à-dire produite par les humains et leurs interrelations. Le réel est le monde des objets, de leur structure et de mécanismes causaux. Qu'ils soient physiques, minéraux ou sociaux comme des institutions, tous les objets du monde réel possèdent une structure distinctive et mettent en œuvre des mécanismes causaux, c'est-à-dire une capacité d'action ou de réaction qui les rend susceptibles de produire des changements dans leur environnement (Sayer, 2000). Dans une perspective réaliste critique, il n'y a donc pas de rupture ontologique entre le domaine des objets physiques et celui des objets sociaux. Les objets sociaux, produits par l'activité humaine, exercent des pouvoirs causaux indépendamment de la conscience que les humains en ont. Le marché, qui est produit par les échanges économiques entre les individus et les groupes, est un exemple classique d'objet social qui exerce des pouvoirs causaux et ce, indépendamment de la conscience qu'en a chaque individu qui y participe.

Le second niveau ontologique, l'actuel, est le domaine des événements. C'est ce qui est décodé par les acteurs lorsque des mécanismes causaux du réel sont activés à travers la configuration / structuration des objets du réel. Les événements ne sont pas des objets comme tel, mais des conséquences de la conjonction d'un ou de plusieurs objets réels à travers des mécanismes causaux. Fait à souligner, la différence fondamentale entre le réalisme empirique et le réalisme critique réside dans le principe que pour le premier, la causalité implique toujours une régularité entre deux événements, alors que pour le réalisme critique, plusieurs mécanismes causaux entre objets du réel peuvent être en jeu pour produire un même événement. Ainsi, une conjonction régulière d'objets, productrice d'événement, n'est pas nécessaire, ni suffisante pour conclure à la causalité.

Le troisième niveau ontologique est celui de l'empirique. Il s'agit de la signification que le sujet connaissant donne aux événements ainsi qu'aux objets et mécanismes du réel à travers l'expérience qu'il en a ou qu'il y inscrit. Tout comme dans le cas de l'idéalisme, les

modèles et représentations qui forment le niveau empirique sont contingents et socialement produits. Cependant, contrairement à l'idéalisme, le réalisme critique suppose un lien vérifiable entre les événements, conséquences des mécanismes causaux qui structurent les objets du réel, et les représentations (modèles) que les sujets connaissant se font des objets et mécanismes qui forment la réalité.

Une conception des programmes fondée sur une ontologie réaliste critique à trois niveaux pourrait ressembler à l'illustration de la Figure 3. Les situations problématiques, tout comme les programmes, appartiennent au domaine des événements. Pour qu'elles s'actualisent dans l'expérience des acteurs, les situations problématiques nécessitent une conjonction d'objets réels à travers des mécanismes causaux et des modèles résultant des savoirs des acteurs-sujets connaissant. C'est seulement à travers ses modèles ou représentations qu'un acteur peut assigner une signification à un événement. Le diabète de type 2 constitue un exemple intéressant. Connue depuis l'Antiquité comme une dysfonction du métabolisme des sucres et des graisses, c'est seulement à travers des modèles qui associent cette condition avec un ensemble de complications, notamment les maladies cardiovasculaires, que l'on a révisé le sens de cette pathologie pour la poser en problème de santé publique (Rock, 2002). Dans ce cas-ci, le mécanisme causal impliqué est la dysfonction métabolique, et les événements, le diabète et ses complications.

En ce qui a trait aux programmes, la Figure 3 indique qu'une ontologie réaliste critique les situe également dans le domaine de l'actuel, en tant que réponses aux événements posés en problèmes. Pour exister, les programmes requièrent l'action d'un acteur, sujet connaissant, qui, à travers sa modélisation des mécanismes et objets réels dans la constitution des événements problématiques, manipule des objets et mécanismes du réel afin de modifier leur structuration et les événements qui en résultent. Dans une telle perspective, les programmes ne sont pas des correctifs pour des objets et mécanismes défectueux, mais des actions délibérées par des acteurs connaissant pour mettre en œuvre des conditions d'expression d'autres objets et mécanismes pour interagir avec ceux en cause dans la situation jugée problématique. Il est important de noter que la flèche qui relie le problème et le programme dans la Figure 3 passe aussi à travers les modèles de l'acteur. Le rôle de l'évaluation ne se limite donc pas à associer un programme avec la modification d'un problème mais consiste aussi à alimenter les modèles et les théories des acteurs concernant l'ensemble des mécanismes en cause dans la situation (Pawson & Tilley, 1997).

Suivant une ontologie réaliste critique, nous proposons donc que, par nature, les programmes se situent l'actuel c'est-à-dire dans le monde des événements, donc de l'action.

Ils mettent en œuvre des conditions qui permettent ou non l'expression d'objets et de mécanismes causaux autant sociaux que physiques. Comme les objets, leur structuration et les mécanismes en présence sont changeants, multiples et non directement accessibles, c'est obligatoirement par approximations successives que les programmes se construisent et se mettent en place, à partir, certes, d'expériences antérieures plus ou moins probantes, mais aussi à partir de la modélisation des mécanismes causaux qui permet une meilleure compréhension des événements par les acteurs et la transformation de leurs actions et modèles subséquents. C'est à cette seule condition qu'une correspondance entre l'action programmée et les situations auxquelles celle-ci répond peut être atteinte.

Implications d'une ontologie réaliste critique pour l'évaluation des programmes en santé

Trois implications découlent d'une telle conception des programmes pour l'évaluation. La première implication concerne la définition de ce qui constitue un programme, objet d'évaluation. On assiste à un élargissement de l'espace défini par le programme puisque ce dernier pose en sujets agissants producteurs du programme tant les concepteurs ou planificateurs que les destinataires. Le programme devient ainsi une matrice d'inter relations entre une diversité d'acteurs dont les actions respectives, et les conséquences qui en découlent, constituent le programme lui-même. Positionner ainsi tous les sujets impliqués comme ayant la capacité d'exercer une action causale revient à poser le programme comme un objet changeant. De ce fait, il est inévitable, qu'à certains moments de son histoire, un programme et les relations qu'il met en œuvre puissent apparaître plus instables et vulnérables à une redéfinition et reconfiguration par les acteurs impliqués. Ces derniers sont toujours susceptibles d'exercer leurs pouvoirs causaux, voire d'actionner des mécanismes (re)structurant les relations entre les composantes du programme. La possibilité de ces redéfinitions nous permet ainsi de mieux comprendre l'irréductible incertitude avec laquelle nous devons composer non seulement dans la mise en œuvre d'un programme mais aussi dans sa planification et la réalisation de l'évaluation. Ainsi, considérer tous les acteurs pertinents comme faisant parti de l'espace programme permet de situer l'évaluation comme un ensemble d'actions et d'acteurs en relation avec le programme et donc potentiellement impliqués dans la transformation du programme.

La seconde implication d'une conception réaliste critique pour l'évaluation des programmes en santé est de privilégier des questions d'évaluation qui mettent l'accent sur les processus par lesquels les événements se transforment, et ainsi d'entrer dans la boîte noire du programme, plutôt que sur les causes proprement dites. En effet, il ne s'agit pas que de

connaître les causes et les déterminants d'un problème, mais plutôt d'explorer les mécanismes pour les résoudre. La question de savoir comment se produit, se reproduit et se transforme un problème, c'est-à-dire quels mécanismes et actions se déroulent pour mener à l'événement problématique, devient cruciale et remplace la simple identification des causes du problème.

Enfin, la troisième implication est d'ordre méthodologique. Une conception réaliste critique des programmes déborde largement la logique idéaliste puisque l'on postule des mécanismes réels dont l'action n'est pas réductible à la perception qu'en ont les acteurs. Le rôle de l'évaluation est de mettre en lumière ces mécanismes au-delà des représentations que s'en font les acteurs. Cette conception déborde également d'une logique positiviste, puisque les mécanismes en présence peuvent être continuellement réorientés par les acteurs impliqués. Une logique d'expérimentation contrôlée ne sert alors qu'à masquer ces mécanismes actifs. Il y a donc nécessité de développer d'autres outillages méthodologiques qui se fondent sur l'observation des changements induits par un programme ainsi que la modélisation des processus en lien avec ces changements à travers des approches d'étude de cas, ce qui remet en question l'utilité de groupes de comparaison. Puisqu'en situation « naturelle » tous les systèmes sont exposés à un ensemble de mécanismes causaux, les comparaisons endogènes d'un système avec lui-même à travers le temps revêtent du coup une pertinence accrue. De plus, la théorie devient un instrument d'évaluation intéressant. D'une part, elle permet une comparaison entre des événements observés puis modélisés et des événements théoriquement plausibles compte tenu des modèles existants ; et d'autre part, sa mise en forme à travers ces comparaisons permet de réfléchir l'action, d'orienter le programme plus finement en contexte et de mettre à l'épreuve des hypothèses émergentes en cours d'action. La généralisation prend ainsi un sens théorique et praxique (Schwandt, 2001) plutôt que statistique, et l'évaluation contribue à l'accroissement de la valeur prédictive des modèles et des théories, en plus d'informer localement l'action qu'elle met sous observation.

Conclusion

Nous avons vu trois façons différentes de concevoir la nature des programmes, où chacune renvoie à une posture ontologique particulière concernant la nature de la réalité. Une conception réaliste empirique pose les programmes en objets réels qui exercent des pouvoirs effectifs pour réparer d'autres objets réels défectueux. Dans ce cas, la finalité de l'évaluation est ultimement de déterminer l'efficacité de cette action. Nous croyons qu'une telle conception est incompatible avec une approche participative à l'évaluation

Une conception idéaliste situe les programmes, tout comme les situations problématiques auxquelles ils répondent, sur le plan des représentations humaines. Ce sont ces représentations qui servent de point d'ancrage à l'action. La finalité de l'évaluation est alors de réconcilier les diverses représentations du problème et du programme que se fait l'ensemble des acteurs impliqués afin d'améliorer l'action localement. Cette conception est à la base de la plupart des approches participatives mises de l'avant dans le domaine de l'évaluation. Malheureusement, cette conception enferme l'évaluation dans l'espace restreint des acteurs singuliers des programmes évalués et confine la pertinence des approches participatives à un particularisme qui ne permet pas vraiment de réfléchir les mécanismes sous-jacents à l'action.

Enfin, dans une conception réaliste critique, les situations problématiques, tout comme les programmes, sont le résultat d'actions exercées par des mécanismes structurant des objets du monde réel, lesquels peuvent être activés par les acteurs mêmes du programme, puisque ceux-ci sont conçus en sujets agissants. Ces actions, qui sont aussi réelles que les mécanismes qui leur donnent naissance, n'acquièrent toutefois de sens qu'à travers les représentations que s'en font les acteurs. Dans cette perspective, l'évaluation revêt deux finalités importantes. L'une est de guider localement l'action en l'informant des transformations successives des événements liés à la fois au programme et à la situation problématique, transformations qui résultent des mécanismes actifs dans le programme. L'autre finalité est d'informer les modèles et théories des acteurs afin que nous puissions être plus performants dans notre appréhension des mécanismes mis en œuvre dans la production d'événements.

Le lecteur l'aura constaté... nous privilégions une ontologie réaliste critique pour orienter notre pratique d'évaluation de programmes en santé. Nous croyons qu'il s'agit là d'une base solide pour poursuivre le développement de la théorie et de la méthode de l'évaluation participative.

References

Bhaskar, R. (1978). *A realist theory of science* (2nd edition). London UK: Harvester Wheatsheaf.

Bhaskar, R. (1979). *The possibility of naturalism*. London UK: Harvester Wheatsheaf.

- Bhaskar, R. (1989). *Reclaiming reality. A critical introduction to contemporary philosophy*. London UK: Verso.
- Bisset, S. L., Cargo, M., Delormier, T., Macaulay, A. C., Potvin, L. (2004). Legitimising diabetes as a community health issue: a care analysis of the Kahnawake Schools Diabetes Prevention project. *Health Promotion International*, 19, 317-326.
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 281, 1030-1033.
- Campbell, D. T. (1984). Can we be scientific in applied social sciences? In R. F. Connors et al., (eds.), *Evaluation studies annual review* (pp.26-48). Thousand Oaks CA: Sage.
- Chamberland, C., & Bilodeau, A. (2000). Identité et légitimité de la promotion de la santé: la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 7, 138-149.
- Dab, W. (2005). Réflexions sur les défis de la programmation en santé. *Promotion & Education*, (suppl. 3), 74-77.
- Dewey, J. (1929). *Experience and nature*. New York: Norton.
- Gendron, S. (2001). Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (eds.), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* (pp. 107-121) Copenhagen: WHO regional publications. European series; No 92.
- Gostin, L. O. (2000). Legal and public health policy interventions to advance population's health. In B. D. Smedly, & S. L. Syme (eds.), *Promoting health. Intervention strategies from social and behavioural research* (pp 390-416). Washington DC : National Academy Press.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park CA: Sage.
- Hume, D. (1978) *A treatise on human nature*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- James, W. (1947). *Pragmatism*. New York : Longmans, Green and Co.
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes*. Paris : La découverte.
- Latour, B. (1999). *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*. Paris : La Découverte.

- McQueen, D. V. (2002). The evidence debate. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 83-84.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: Sage.
- Potvin, L. (1996). Methodological challenges in evaluation of dissemination programs. *Canadian Journal of Public Health*, 87 (suppl. 2,) S79-S83.
- Potvin, L., Cargo, M., McComber, A., Delormier, T., Macaulay, A. C. (2003). Implementing Participatory Intervention and Research in Communities: Lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Social Science & Medicine*, 56, 1295-1305.
- Potvin, L., & Chabot, P. (2002). Splendor and misery of epidemiology for the evaluation of health promotion. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5 (suppl. 1), 91-102.
- Potvin, L., & Gauvin, L. (2000). Dossier thématique: recherche et transformation des pratiques professionnelles en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7, 51-149.
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A., & Chabot, P. (2005). Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*, 95, 591-595.
- Potvin, L. Haddad, S. & Frohlich, K. L. (2001). Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (eds.), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* (pp.45-62). Copenhagen: WHO regional publications. European series; No 92.
- Rock, M. (2002). *Sweet blood and power: Making diabetics count*. PhD thesis, Department of Anthropology, McGill University, Montreal.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. A framework for health promotion evaluation. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, & E. Ziglio (eds.), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* (pp. 7-38). Copenhagen: WHO regional publications. European series; No 92.
- Sayer, A. (2000). *Realism and social science*. London UK: Sage.
- Schwandt, T.A. (2001). *Dictionary of qualitative inquiry* (2nd edition). Thousand Oaks: Sage.
- Toulmin, S. (1992). *Cosmopolis: The hidden agenda of modernity*. Chicago IL: The University of Chicago Press.

White, D. (2000). Consumer and community participation: A reassessment of process, impact and value. In Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., & Scrimshaw, S. C. (eds.), *The handbook of social studies in health and medicine* (pp. 465-480). Thousand Oaks CA: Sage.

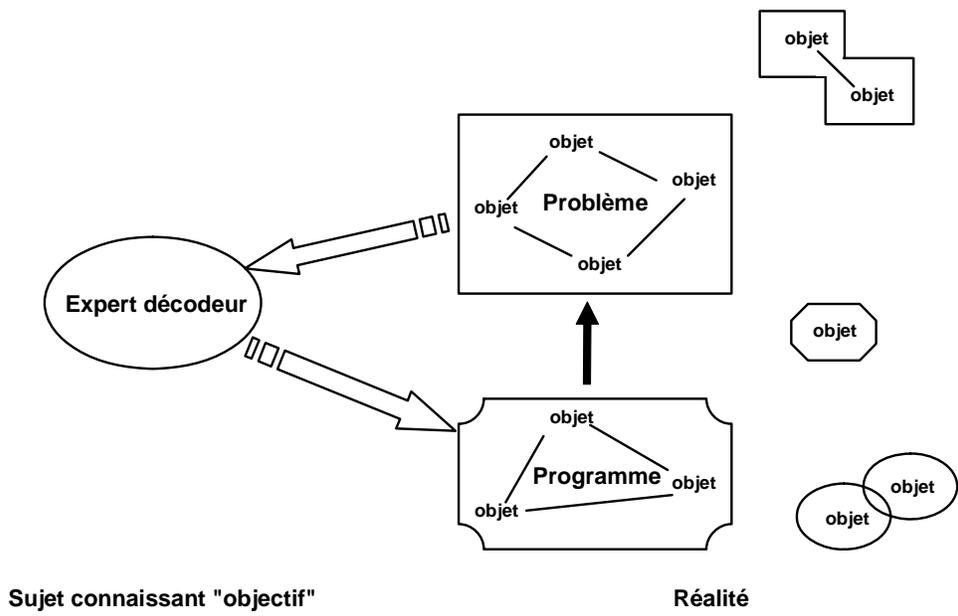


Figure 1: Le programme comme structure d'objets réels et distincts

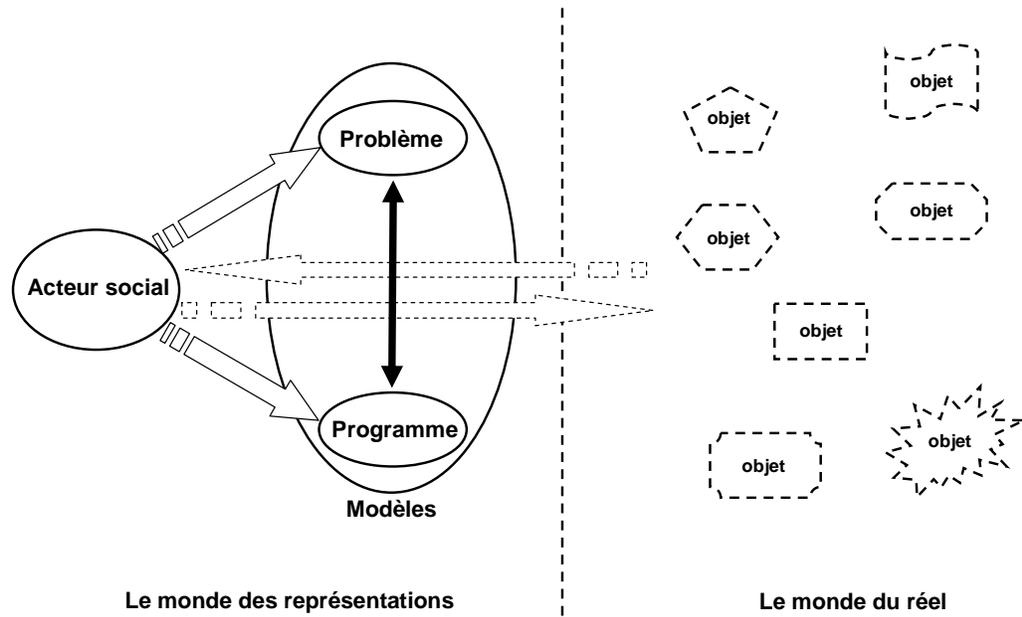


Figure 2 : Le programme comme représentation

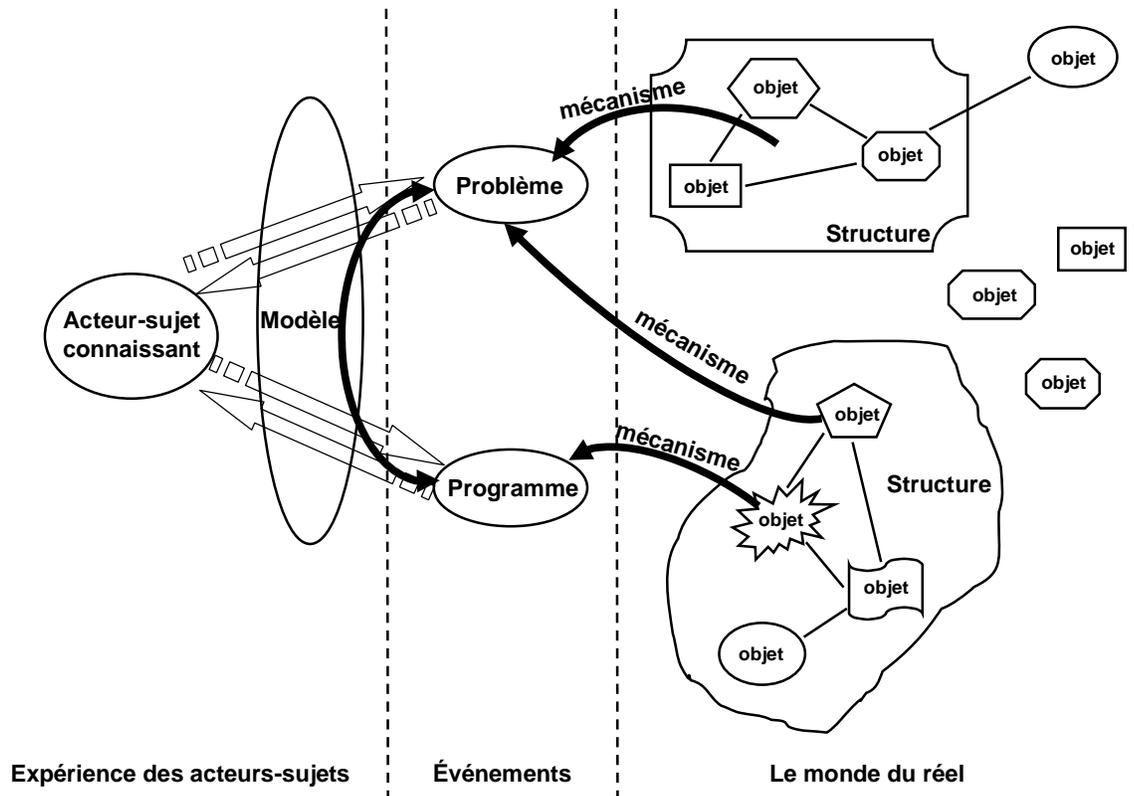


Figure 3 : Le programme comme événements