



COLLECTION

santé
communautaire
et promotion de
la santé



5

"L'évaluation, un outil au service du processus"



Cette brochure s'inscrit dans les suites du colloque "Santé communautaire"
organisé en octobre 1998 à l'initiative et avec le soutien de

avec le soutien du Ministère de la Communauté française — la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale



COLLECTION

santé
communautaire
et promotion de
la santé

5

"L'évaluation, un outil au service du processus"

Cette brochure s'inscrit dans les suites du colloque "Santé communautaire"
organisé en octobre 1998 à l'initiative et avec le soutien de
avec le soutien du Ministère de la Communauté française la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale



Rédaction
Martine Bantuelle,
Jacques Morel, Denis Dargent



Relecture
Marie Anne Beauvuin, Thierry Lahaye,
Patrick Trefois

Mise en page et production
asbl Question Santé

Maquette et illustrations
Sébastien Bontemps

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
EVALUER POUR EVOLUER	7
LA DEMARCHE EVALUATIVE	11
Evaluer: Quand ?	11
Evaluer: Quoi et qui ?	13
Le processus et les résultats	13
Les acteurs	15
Evaluer: Par qui ?	18
Evaluer: Comment ?	19
Produire des connaissances	20
Analyser et interpréter les données recueillies	26
Prendre des décisions	28
Diffuser les résultats	28
LES SPECIFICITES COMMUNAUTAIRES	31
La participation	31
La qualité	33
Pour des critères et des indicateurs communautaires	35
L'EVALUATEUR	39
Une affaire d'équipe	39
L'auto-évaluation	40
LES ENJEUX DE L'EVALUATION PARTICIPATIVE	46
Adopter un autre angle de vue	46
Changer les pratiques	47
Oser la transparence	48
BIBLIOGRAPHIE	49

INTRODUCTION



EVALUER POUR EVOLUER



Quiconque est responsable de la mise en oeuvre d'un programme de promotion de la santé, d'une action de prévention ou de toute autre activité d'intervention dans ce secteur, est amené, un jour ou l'autre, à s'interroger sur la validité de son action. Autrement dit, à porter un jugement critique sur le déroulement de cette action et sur ses résultats, qu'ils soient immédiats ou à plus long terme.

Un programme de santé, quel qu'il soit, suppose en effet que l'on procède à son évaluation afin d'en mesurer le bien-fondé, la pertinence, l'efficacité mais aussi les raisons potentielles de son échec.

Répondre à la question " est-ce que ça marche ? " ne suffit pas, encore faut-il pouvoir répondre aux questions " pourquoi ça marche ? " et " comment ça marche ? " C'est l'enjeu d'une démarche évaluative qui ne soit pas uniquement orientée vers la nécessité d'obtenir des résultats quantifiables. Au-delà de ces résultats stricto sensu, il est nécessaire de s'interroger sur la manière dont le programme produit ses effets et, par la même, d'y apporter des améliorations.

Cependant, si la nécessité de l'évaluation est largement partagée, sa mise en oeuvre pratique reste marginale, notamment dans le secteur encore jeune de la promotion de la santé.

Au cours d'un séminaire sur la santé communautaire organisé par l'Institut Renaudot à Paris en mars 2001, Philippe Lefèvre, responsable du Centre de santé à Evry, résumait la situation comme suit :
" Notre Centre de santé fonctionne depuis 20 ans ; on nous demande de plus en plus à quoi il sert ! Or, comment l'évaluer, comment évaluer le travail fourni depuis tout ce temps ? Et l'évaluer en fonction de quoi ? Un de nos objectifs est d'améliorer la santé de la population. Comment évaluer cela ? "

A cette perception floue de l'évaluation et de ses modalités d'organisation, s'ajoutent deux arguments, entendus couramment, qui expliquent les réticences à évaluer.

Le coût de l'évaluation tout d'abord. On estime généralement que les moyens financiers à dégager pour une évaluation représentent entre 5 et 20 % des dépenses globales d'un programme de santé. Au-

delà, cela devient rapidement insupportable. Un rapport de recherche publié en 1993¹ et consacré à l'efficacité de campagnes pour la sécurité domestique en Europe, met le doigt sur les difficultés financières relatives aux démarches d'évaluation de toutes natures. " *Ceux qui s'occupent de la sécurité des enfants, précise notamment ce rapport, semblent être tous d'accord pour dire qu'il est rarement possible d'obtenir un financement qui permette d'inclure l'évaluation dans l'élaboration de la campagne. Si on considère l'importance de l'évaluation dans l'estimation de l'efficacité des interventions et dans la planification des actions futures, ceci est un sérieux problème.* "²

Cet argument financier sera d'autant plus déterminant si les initiateurs d'un programme de santé décident de faire appel à un expert ou à un consultant extérieur pour mener l'évaluation ou pour accompagner le déroulement de celle-ci. On notera par ailleurs que plus le programme est important et plus la part accordée à l'évaluation dans le budget global tend à diminuer. C'est donc, en général, dans les programmes de taille plus modeste que les coûts d'évaluation seront les plus lourds à supporter.

D'où une propension, logique, à négliger l'évaluation faute de moyens.

Il ne suffit pas de s'interroger sur ce qu'on fait, encore faut-il en avoir la capacité.

Le second argument défavorable se traduit par une forme de malaise ou de crainte vis-à-vis de l'évaluation. Celle-ci est parfois envisagée comme **un moyen de contrôle** de la part des financeurs, des décideurs ou du pouvoir de tutelle en général. Dans l'esprit de certains acteurs de terrain, l'évaluation se confond avec les notions d'audit ou d'évaluation contrôle. Soit une forme " d'évaluation sanction " destinée à faire la lumière sur certains dysfonctionnements. " *Plusieurs se posent la question : l'évaluation n'est-elle pas une manière pour les bailleurs de fonds de s'assurer que notre action s'inscrit davantage dans les priorités que ceux-ci auront fixées ? Que restera-t-il alors de notre autonomie ? Et c'est ainsi que s'amorce tout un débat autour de l'évaluation, par crainte que celle-ci ne devienne un outil de contrôle de l'action communautaire.* "³

Mais n'est-ce pas là réduire une réalité à ses aspects essentiellement

négatifs ? Il paraît en effet légitime que décideurs et financeurs se posent des questions sur l'efficacité d'un programme en cours ou sur la maîtrise des budgets engagés. Au même titre d'ailleurs que les gestionnaires du programme sur le terrain ou, selon l'optique communautaire, que la population directement concernée par sa mise en œuvre.

Par ailleurs, l'attitude des pouvoirs de tutelle n'a-t-elle pas évolué sur la question ? Le décret du 14 juillet 1997, organisant la promotion de la santé en Communauté française de Belgique, élargit la notion d'évaluation en lui donnant une dimension qui dépasse la simple prise en compte des résultats. Le décret précise à cet égard qu'il conviendra dorénavant " *de développer des modèles d'évaluation s'inspirant d'autres paradigmes que l'objectivisme et la quantification.* "⁴

En France, la promotion de la santé ne dispose pas encore d'un tel cadre légal. Toutefois, l'exemple social montre que l'évaluation a déjà fait l'objet d'une réflexion en ce sens. " *On doit constater une clarification des finalités et une institutionnalisation de l'évaluation,* écrit Guy Cauquil, expert en évaluation des politiques sociales. *Alors qu'elle était, voilà quinze ans, perçue comme une*

menace, l'évaluation des dispositifs sociaux apparaît aujourd'hui comme naturelle sinon nécessaire à la majorité des acteurs concernés. Il est vrai que la pratique et les dérapages aidant, un certain nombre de repères ont balisé ce champ professionnel, au premier rang desquels la clarification de la commande et des attentes des prescripteurs. "⁵

Sur le terrain de la santé, deux attitudes sont dès lors envisageables⁶ :

- l'une consisterait à résister et camper sur des positions idéologiques, telles que " la santé n'a pas de prix " ou " travailler avec l'humain n'est pas évaluable " ;
- l'autre à adopter une démarche pragmatique, en s'emparant de la question de l'évaluation comme d'un outil de travail et en participant à la définition des critères d'évaluation, plutôt que de se les voir imposer.

C'est, nous semble-t-il, suivant cette seconde approche qu'il convient d'envisager l'évaluation. Celle-ci sera perçue non plus comme une contrainte mais comme un moyen de perfectionner une dynamique, de la faire évoluer.

1 B.A Soby, A.C.C. Simpson, D.P. Ives & J.B.O Hedegard, Les attitudes des consommateurs vis-à-vis des risques et l'efficacité des campagnes pour la sécurité domestique et des loisirs dans la Communauté européenne, rapport de recherche n°15, 1993 (traduction française en décembre 1994).

2 Idem, page 70

3 Jalbert Y., Pinault L., Renaud G., Zuñiga R., Epsilon. Guide d'auto-évaluation des organismes communautaires. Coalition des organismes de lutte contre le Sida, Montréal, 1997.

4 Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française, 1998 - 2003, Direction générale de la Santé.

5 Cauquil Guy Dix années d'évaluation structurante des politiques sociales et du travail social, in Evaluation en travail social, numéro spécial des Cahiers de l'Actif, mai-août 2000.

6 Nock Francis, Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé, Ed. Mutualité française (département santé publique), 2000

Evaluer pour évoluer : cela revient à percevoir l'évaluation à la fois comme partie intégrante du processus et comme un outil au service de celui-ci. Une évaluation, en d'autres termes, qui colle véritablement à la réalité de l'action menée.

En ce sens, elle peut aider à franchir les différentes étapes de cette action en les orientant dans des directions plus appropriées ou, du moins, en préparant le terrain pour les étapes suivantes. *"Pourquoi ne pas envisager l'évaluation elle-même comme un processus ? L'évaluation n'est pas seulement une étape du programme, elle en fait partie. Et quoi que l'on fasse, on se situe toujours dans un cycle d'étapes successives. L'évaluation peut aider à franchir ces étapes, à en redémarrer de nouvelles. (...) Elle peut apporter également des informations plus larges que celles auxquelles on s'attendait. En effet, à côté des effets attendus, il y a aussi une quantité d'effets inattendus, qu'on n'avait pas imaginé."*⁷

Précisons enfin que cette optique d' "évaluation action " signifie, notamment, des démarches évaluatives qui ne sont pas forcément trop lourdes à supporter.

Dans le domaine de la santé, certains éléments de la pratique quotidienne peuvent être évalués dès lors que leur évaluation intègre cette même pratique. Un projet n'est pas l'autre et, en général, chacun mène son évaluation selon ses besoins. Le recueil des données nécessaires pour évaluer peut prendre des formes souples et peu onéreuses.

QUAND ? EVALUER: QUAND ?



La planification en santé publique et en promotion de la santé envisage l'évaluation comme un rouage essentiel du programme, voire comme l'élément qui permet de fermer et de parfaire une boucle. C'est le modèle mis en avant par Blum et repris par Pineault et Daveluy⁸. Soit une boucle formée par quatre grandes étapes :

1. l'identification des problèmes, des besoins et la détermination des priorités (c'est le stade du diagnostic),
2. la conception du programme,
3. la mise en œuvre du programme,
4. l'évaluation du programme qui, par effet retour, juge et interroge les trois étapes précédentes.

En soi, le stade du diagnostic constitue déjà une forme d'évaluation : on se penche sur les problèmes, les demandes et les besoins qui émanent d'une communauté donnée, objet d'interventions ultérieures. On possède donc, à l'issue du diagnostic, un premier regard évaluatif de la situation.

"Et de grâce, ajoute Alain Deccache, si l'on doit mettre une partie trop importante des coûts dans l'évaluation d'un programme, évaluons d'abord les besoins de la population!"⁹

On retrouve la notion de circularité dans le modèle de planification PRECEDE/PROCEED, développé par L.W. Green et M.W. Kreuter¹⁰. Ce modèle tient compte des déterminants multiples de la santé (modèle écologique) : habitudes de vie des individus, milieux dans lesquels ils évoluent et environnements sociaux, culturels, économiques et politiques. L'étape d'évaluation, qui permet également de fermer la boucle, porte à la fois sur le processus engagé et sur ses résultats à court, moyen et long terme.

Les auteurs d'un article consacré à l'évaluation en santé publique¹¹ divisent par ailleurs la démarche évaluative en trois grands moments qui, selon eux, doivent être structurés et déterminés avant le lancement de l'action.

Avant...

La première étape, ou "évaluation a priori", se déroule au stade du

diagnostic, soit avant la mise en œuvre effective du programme. Il s'agira à ce stade d'évaluer le bien fondé du projet et des actions à entreprendre, d'évaluer leur adéquation au milieu envisagé et les procédures de décisions et de suivi envisagées. L'évaluation devient, comme le précisent Jean-Pol Flament et Paul Willot¹², une réflexion prospective sur le projet, doublée d'une étude de faisabilité humaine, technique et économique du projet. *"Dans une situation de partenariat, ajoutent les deux auteurs, elle (l'évaluation a priori, NDLR) peut être utile pour identifier, choisir et préciser ensemble les indicateurs par rapport auxquels l'évaluation permanente ou finale, sera réalisée."*¹³

Pendant...

La deuxième étape, ou "évaluation en cours" (ou "concomitante" ou "intermédiaire") intervient pendant l'action. Cette évaluation peut être permanente ou ponctuelle. Les données recueillies à ce stade permettront de corriger la trajectoire du projet, de la réorienter, si nécessaire, vers d'autres finalités. *"Elle n'est ni indispensable, ni obligatoire. Néanmoins, elle favorise fortement le suivi et le contrôle de l'action ou du programme."*¹⁴

A la fin...

La troisième étape est celle de l'évaluation finale du programme, une fois l'activité clôturée. Elle porte sur les résultats, leur analyse, leur interprétation et leur exploitation. On s'attache ici à vérifier le degré d'atteinte des objectifs du programme. Il faudra bien entendu prendre en compte d'éventuelles modifications de ces objectifs, intervenues au cours des évaluations intermédiaires.

*"L'évaluation finale est l'occasion de clôturer le projet, de réunir les informations disponibles et le point de vue de tous les acteurs impliqués, et d'en faire la synthèse. Mais c'est aussi – et peut-être surtout – l'occasion de se 'remettre en projet', justement parce que l'on vient de peser les avantages et les inconvénients des choix qui ont été opérés, les aspects de l'intervention qui se sont déroulés comme prévu et ceux qui ont tourné court, ainsi que les effets imprévus. Ceux-ci ne sont pas toujours négatifs, d'ailleurs... et ils sont même, parfois, plus importants que les effets attendus."*¹⁵

Après...

Flament et Willot ajoutent une quatrième étape à la démarche évaluative : l'évaluation ex-post ou ayant lieu après le projet ou l'action. *"Quelques mois ou quelques années après la fin de l'activité, l'évaluation ex-post permet de vérifier l'impact ou le prolongement de l'impact du projet ou de l'action sur l'environnement ou sur la population et d'en apprécier la rémanence."*¹⁶

Cette conception pour le moins théorique (elle sous-tend, notamment, des moyens nécessaires accordés à l'évaluation) devra, pour être applicable, tenir compte de facteurs plus pratiques, rencontrés par les intervenants de terrain. Déterminer le "quand ?" de l'évaluation sera fonction, en effet, du temps d'appropriation du programme par ces mêmes intervenants ou par les décideurs et financeurs. Cela dépendra également du cycle de financement du programme mais aussi des changements observables auprès des populations-cibles.

tout le monde. On peut, à la rigueur, évaluer l'évaluation et ses évaluateurs. Mais on peut aussi trop évaluer ou, du moins, évaluer sans fondement. Or, si l'évaluation ne répond à aucune nécessité ni à aucun objectif particulier, mieux vaut ne pas évaluer du tout ! *"Bien souvent, ajoute Alain Deccache, on évalue parce qu'on a quelques données disponibles, rien de plus, on ne s'intéresse pas aux non-réponses ou aux informations perdues."*¹⁷

LE PROCESSUS ET LES RÉSULTATS

En 1981, l'OMS définissait l'évaluation comme "un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Cela implique une analyse critique de différents aspects de l'élaboration et de l'exécution d'un programme et de sa pertinence, de sa formulation, de son efficacité et de son acceptation par toutes les parties intéressées."¹⁸

QUOI ET QUI ?

A ces deux questions, on serait tenté de répondre : tout et tout le monde. On peut sans doute tout évaluer, et

¹² Flament Jean-Pol et Willot Paul, Evaluer, document du GAP (Groupe d'appui aux projets), mars 1993.

¹³ Idem, page 37

¹⁴ Idem

¹⁵ Cherbonnier Alain, Agir en promotion de la santé : un peu de méthode..., Bruxelles Santé, numéro spécial 1997, page 48.

¹⁶ Flament J-P et Willot P., op. cit., page 38.

¹⁷ Deccache Alain, op. cit.

¹⁸ L'évaluation des programmes de santé – Principes directeurs, OMS, Genève, 1981.

L'évaluation d'un programme de santé peut porter sur deux niveaux : le processus et les résultats.

Évaluer le processus, c'est évaluer l'ensemble des activités du programme, leur élaboration, leurs conditions de mise en œuvre, leur adéquation au public-cible... C'est évaluer également les moyens et ressources utilisés, la pratique des professionnels, les méthodes suivies, les outils développés. "Il s'agit d'une description claire et précise des éléments du programme et de son déroulement."¹⁹ C'est en évaluant le processus en cours qu'on pourra corriger ou réorienter certaines activités. Cela nécessite donc de prévoir des moments d'évaluation au cours de l'action.

Évaluer le processus, c'est ²⁰ :

- évaluer le programme : l'ensemble des activités planifiées et organisées (nature, déroulement, composants, adéquation aux besoins diagnostiqués...)
- évaluer les intervenants : compétences, crédibilité, interactions, capacité à soutenir l'émergence des besoins, capacité à participer ou à faire participer...

- la population : personnes et groupes, qualité des participants, profils, degré d'appropriation, satisfaction...
- les ressources : adéquation, utilisation, affectation, contraintes...
- les interactions : entre parties du programme, entre systèmes impliqués...
- les choix valoriels et théoriques : modèles référentiels, valeurs, acceptabilité, équité, accessibilité, degré de couverture...

Évaluer les résultats, c'est évaluer, *a posteriori*, les retombées observables du programme sur le public-cible. Ces résultats sont appréciés en fonction des objectifs de l'action, objectifs préalablement établis ou corrigés en cours de route. Il s'agit là de résultats attendus, conformes aux objectifs de départ. Mais une action peut se solder par une série de résultats inattendus, dépassant le cadre des objectifs. Ce sont, évidemment, des résultats à part entière, parfois plus déterminants que les résultats attendus.

La littérature envisage également différentes catégories de résultats en fonction de leur manifestation dans le temps.

Le modèle PRECEDE/PROCEED, déjà évoqué, distingue les résultats des effets. Les résultats sont observables à court terme, tandis que les effets seront appréciés à moyen ou à long terme.

Green, pour sa part, utilise plus volontiers le mot " effet " comme terme générique. Il distingue deux catégories d'effets :

- **l'impact**, qui correspond à des modifications au sein du milieu, enregistrées à court terme ;
- **le résultat**, qui désigne des modifications que l'on constate à moyen ou à long terme.

Les notions d'efficacité et d'efficacités, que l'on retrouve dans la définition de l'OMS, appartiennent à un ensemble de critères généraux par rapport auxquels on va évaluer. On parlera plus loin des critères liés aux particularités des actions menées.

Ces critères généraux ont été traduits par des typologies assez diverses, nuancées selon leur appartenance à la sphère francophone ou anglo-saxonne.

Les critères d'évaluation cités le plus souvent :

- **l'efficacité exprime le rapport entre les résultats d'un programme ou d'une action de santé et les moyens engagés, c'est-à-dire les ressources humaines, financières et autres;**
- **l'efficacités désigne le rapport entre les résultats et les objectifs fixés à l'origine. Elle exprime le degré de réalisation de ces objectifs;**
- **la pertinence met en relation les objectifs du programme et les besoins identifiés comme prioritaires dans la communauté ciblée. Les premiers correspondent-ils bien au second ? Les objectifs fixés étaient-ils justifiés ?**
- **la cohérence vérifie si les moyens et les méthodes mis en œuvre, l'utilisation des ressources du milieu et les interventions sur le terrain, vont permettre d'atteindre les objectifs.**

LES ACTEURS

Par programme, nous entendons : "Un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, d'activités et de ressources, qui se justifie sur la base de besoins à satisfaire dans une société, un milieu ou une collectivité et qui est placé sous la responsabilité d'une personne ou de plusieurs personnes qui en répondent."²¹

Outre les processus mis en œuvre et les résultats engrangés, les acteurs du programme, qu'il s'agisse des intervenants de terrain, des professionnels, des décideurs, des financeurs ou des bénéficiaires pourront également être évalués. On pourra apprécier, par exemple, le travail réalisé par ces acteurs en fonction de leurs attributions au sein du projet. Mais également de "leurs contributions (performances et implications personnelles) à la réalisation d'objectifs d'équipe ou/et d'objectifs individuels spécifiques."²²

Il convient de dire quelques mots sur les démarches évaluatives adaptées à d'autres types d'activités dans le domaine de la santé. L'évaluation voit en effet son champ d'application élargi dès qu'elle est appliquée à une institution (hôpital, centre de santé...) ou à un réseau.

Ainsi, par exemple, "les processus évaluables dans le réseau sont de deux types : les processus de prise en charge des personnes ciblées (processus de soins, de prévention...) et les processus organisationnels (coordination des acteurs, formations, analyse collective des dysfonctionnements...). Les résultats que l'on peut évaluer sont, selon les objectifs du réseau, de type médical, économique, sanitaire et social. La satisfaction des personnes prises en charge, et éventuellement de leur entourage, fait partie des résultats. Les effets indirects ou inattendus, au niveau de la population cible, du reste de la population, des acteurs du système de santé, peuvent justifier une évaluation."²³

Dans le domaine de la santé, la notion de "qualité" peut également faire l'objet d'une évaluation spécifique. La qualité est ici définie

comme "l'adéquation du service ou du produit aux besoins réels, présents et futurs des utilisateurs."²⁴ En France par exemple, c'est l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) qui est chargée de délivrer des brevets de qualité aux établissements hospitaliers, tant publics que privés. C'est la reconnaissance que ceux-ci ont atteint un certain niveau pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients. Cette évaluation, réalisée par les experts de l'ANAES, après une phase d'auto-évaluation au sein des établissements, portera moins sur les résultats que sur les moyens mis en œuvre pour les obtenir.

Autre exemple, celui de l'assurance qualité, appliquée en Belgique au médecin de famille. A l'instar des programmes de santé, l'évaluation de la qualité²⁵ est ici envisagée de manière dynamique, comme l'"étape d'un processus beaucoup plus global dont l'objectif est d'améliorer et non pas de punir. Evaluer ne sert qu'à identifier ce qui est satisfaisant pour le maintenir et ce qui ne l'est pas pour l'améliorer."²⁶

Le champ d'application de l'évaluation est dès lors étendu à des critères

tels que, par exemple, la permanence (les rôles de garde sont-ils bien assurés ?), l'accessibilité (financière, géographique...), la compétence, la performance (le savoir faire, le savoir être et le savoir gérer du médecin), l'équité, la satisfaction des patients, etc.

Notons que, dans la démarche évaluative de l'assurance qualité, outre le dispensateur (le médecin), sont également pris en compte les patients, les payeurs (mutuelles, organismes assureurs...) et les décideurs (État, gouvernements). L'évaluation concerne donc à la fois le niveau individuel des soins et le contexte structurel dans lequel ils sont dispensés. Par ce biais, c'est donc le système de santé dans son ensemble qui devient objet d'évaluation. Celui-ci pourra être jugé en fonction des critères généraux cités précédemment (cohérence, efficacité...) et de critères plus spécifiques comme, par exemple, la capacité du système à obtenir des résultats à moindre coût (humain, matériel, financier...).

21 Outils, pratiques, institutions pour évaluer les politiques publiques, Actes du séminaire Plan-ENA, avril/juillet 1990, Documentation française, Paris, 1991.

22 Flament J-P et Willot P, op. cit., page 31.

23 Charvet-Protat S. et al, Principes d'évaluation des réseaux de santé, document de l'Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé, août 1999, page 24.

24 Franck Jeanne et Gensous Dominique, La participation à l'auto-évaluation peut-elle augmenter le degré d'adhésion à la démarche qualité ? Sciences sanitaires et sociales, 1998-1999.

25 On retrouvera cette notion de qualité dans le chapitre consacré aux spécificités communautaires de l'évaluation.

26 Roland M., Prevost M., Jamouille M., L'assurance de qualité et le médecin de famille, Arch Public Health, 2001, 59, p.1-28

PAR QUI ?

Evaluation interne ou externe ?
La question est loin d'être tranchée. Les deux options possèdent chacune avantages et inconvénients, liés au rôle spécifique du ou des évaluateurs.

L'évaluation interne est ainsi réalisée par des personnes qui, de par leur proximité, sont censées détenir une meilleure connaissance du milieu et de la communauté visés. Avantages : les évaluateurs perçoivent mieux les problèmes rencontrés et ils possèdent, en outre, une bonne connaissance du programme en cours. Cette proximité permet dès lors d'entretenir plus aisément une dynamique d'évaluation permanente destinée à améliorer la dynamique du projet, le processus en cours. Mais certains inconvénients découlent eux aussi de cette proximité. Trop de proximité en effet peut conduire l'évaluateur à ne plus prendre suffisamment de distance par rapport à l'objet de son travail. L'évaluateur peut également développer une certaine méfiance vis-à-vis de l'évaluation, perçue comme un moyen de contrôle et donc de remise en cause de sa propre activité sur le

terrain. Enfin, le temps et les moyens nécessaires à l'évaluation peuvent manquer à l'évaluateur, ainsi que certaines connaissances méthodologiques de base.

Les principaux avantages de l'évaluation externe tiennent, justement, à l'extériorité de l'évaluateur. Cette distance est perçue en effet comme un gage d'objectivité, de neutralité, voire de liberté par rapport aux pressions éventuelles. Autres avantages supposés de la part de l'évaluateur : des compétences " d'expert " qui sont garantes de la rigueur scientifique du travail accompli et un rôle de médiateur entre les divers responsables et acteurs du programme, rôle facilité par la situation d'extériorité. Cependant, le rôle du consultant dépend lui aussi de certains commanditaires, animés par des choix institutionnels ou politiques variés. De même, l'objectivité de l'évaluateur externe ne garantit pas, de sa part, l'absence de tout préjugé ou idée préconçue sur la santé ou la communauté concernée. L'expert supposé peut aussi être tenté par une démarche trop théorique, au service de ses, propres recherches et non plus au service du programme en cours. Enfin, l'appel à

une évaluation externe nécessite souvent des coûts budgétaires plus importants.

L'évaluation externe revêt des formes variées, allant d'un simple avis sur le processus à un accompagnement méthodologique plus complet. Le recours à un consultant extérieur lorsqu'il est envisagé sous l'angle de l'accompagnement, peut s'avérer très utile aux intervenants de l'interne. Ceux-ci n'ont peut-être pas été suffisamment préparés aux modalités de l'évaluation, à ses nécessités méthodologiques (définition des critères et indicateurs, recueil des données, etc.). L'accompagnement extérieur peut donc permettre aux intervenants de terrain de se familiariser avec les techniques de l'évaluation. Cette aide peut être de nature transitoire et constituer un tremplin vers une pratique de l'évaluation mieux maîtrisée.

COMMENT ?

La définition de l'OMS citée précédemment peut être transcrite en une formule plus opérationnelle qui traduit, de manière plus concrète, la tâche des évaluateurs dans les programmes de santé. Dans cette accep-

tion, l'évaluation est envisagée comme une activité ayant pour but de :

- **produire des connaissances,**
- **les analyser, les juger,**
- **prendre des décisions en fonction de cette analyse, de ce jugement,**
- **diffuser les résultats**

Deux préalables à ces quatre étapes:²⁷

La négociation, étape au cours de laquelle les partenaires s'accordent sur les moyens, les méthodes et les objectifs de l'évaluation. Lors de la négociation, on définit notamment les étapes et le calendrier de l'évaluation, on identifie les partenaires de l'action, la zone géographique visée, on détermine les relations entre évaluateurs et évalués, etc. On peut ainsi constituer un cahier des charges dont l'évaluateur sera responsable de la bonne exécution.

L'identification de l'activité, première étape de l'évaluation proprement dite, au cours de laquelle rappelle ce qui constitue l'objet de l'évaluation (ses motifs, les objectifs qui en découlent, les stratégies suivies, etc.) et où l'on détermine quels seront les objectifs spécifiques de l'évaluation, " *c'est-à-dire les ques-*

tions clés que l'on va se poser au cours des étapes suivantes et leurs enjeux."²⁸

PRODUIRE DES CONNAISSANCES

*"Produire des connaissances, c'est sortir d'une approche trop subjective ou approximative, fondée sur des perceptions et des expériences individuelles; c'est mettre en place et assurer régulièrement un recueil de données répondant à des règles précises."*²⁹

L'évaluation repose sur un ensemble d'informations utiles recueillies par la ou les personnes chargées d'évaluer. Ces informations concernent les résultats (rapports entre les objectifs identifiés et les effets) ou le processus, c'est-à-dire les données relatives à la stratégie suivie, au déroulement du programme, à l'utilisation des ressources, des moyens humains et techniques, à la participation effective des citoyens, etc. Cela constitue la mémoire de l'activité au sens large. Il ne s'agit pas uniquement de l'activité de terrain vis-à-vis des bénéficiaires d'un programme de santé, mais aussi des diverses formes d'interactions entre les acteurs eux-mêmes : entre les

intervenants et les décideurs ou financeurs, entre les intervenants et d'éventuels consultants extérieurs, entre les intervenants et la population, et ainsi de suite. En ce sens, cette mémoire sera d'autant plus complète, et donc valable pour l'analyse, si elle est constituée à la fois de données quantitatives et qualitatives.

Dans une démarche de type communautaire, on le verra plus loin, un recueil d'informations sur un programme en cours ne pourra en effet se contenter du seul point de vue des intervenants. Le plus grand nombre d'acteurs possible devra être consulté, y compris les bénéficiaires du projet ou leurs différents représentants.

Par ailleurs, un programme de promotion de la santé s'inscrit dans un environnement global, soumis à différents déterminants, sociaux, économiques, urbanistiques, culturels, ... L'évaluation de l'activité aura besoin de données relatives à ces déterminants. La récolte de ces données obéit donc à des techniques qui relèvent de disciplines diverses : santé publique, sociologie, anthropologie, etc.

La mise sur pied d'une collecte systématique des données existantes s'avère nécessaire à plus d'un titre.

Elle permet en effet :

- **de fournir un aperçu détaillé des activités aux personnes qui intègrent le programme en cours de route;**
- **de rédiger un rapport d'activité;**
- **d'établir des rapports de cause à effet avec les résultats observables de l'action;**
- **de piloter le programme en cours en le réorientant si nécessaire; de ce point de vue, la systématisation du recueil d'informations est indissociable de l'évaluation du processus.**

Autre point de vue, tout à fait complémentaire : *"Le recueil de données est un aspect essentiel d'un programme de soins de santé primaires. En effet, il permet d'estimer les modifications des besoins existants dans la population, et de fournir ainsi une base pour la continuation, l'adaptation ou la cessation du programme. Grâce à cette surveillance continue, on peut ainsi recueillir des informations sur des accidents qui ne nécessitent pas l'admission au service des*

*urgences, ce qui permet d'avoir une idée plus complète du problème des accidents dans une communauté."*³⁰

L'évaluation permanente d'un programme découle de la systématisation du recueil des données. Ce caractère systématique n'est pas forcément contraignant dès lors que la collecte est organisée de manière souple et pratique. L'option suivie par le programme Forest Quartiers Santé va dans ce sens : *"Nous tentons d'intégrer dans notre pratique l'évaluation permanente de nos projets en cours et ce, par la réunion d'équipe hebdomadaire, par l'évaluation quantitative, qualitative et financière de fin de projet (lors de formations par exemple), par la rédaction de rapports de synthèse des projets menés et par la rencontre informelle d'acteurs du réseau. De plus, il existe un moment défini dans l'année où l'équipe réalise la synthèse de ce travail d'évaluation, en regard des activités menées sur une année : c'est le rapport final d'activité et d'évaluation."*³¹

Critères et indicateurs : éléments d'objectivation

L'ensemble des données récoltées ne deviendra significatif qu'en fonction

d'une série de critères et d'indicateurs dont l'objet sera d'aider l'évaluateur à vérifier l'adéquation de l'action mise en œuvre par rapport aux objectifs qui sous-tendent cette action. Afin d'éviter l'accumulation de données inutiles ou non pertinentes, l'évaluateur définit donc un ensemble de critères par rapport auxquels il pourra juger si oui ou non les objectifs du programme ont été atteints. Ces mêmes critères ne seront manipulables qu'une fois traduits en indicateurs, soit un ensemble de données plus opérationnelles, récoltées par des biais divers (données épidémiologiques, interviews, forums...) et plus facilement mesurables, observables.

"Un indicateur est un fait représentatif de la réalité, répondant à certaines qualités :

- **il est repérable, tangible, éventuellement quantifiable et surtout disponible,**
- **il est sensible et fiable : il doit varier dans les mêmes proportions que le phénomène qu'il mesure,**
- **il est mesurable.**"³²

Critères et indicateurs constituent des éléments d'objectivation qui assurent à la démarche d'évaluation

une rigueur nécessaire.

Au cours de deux tables rondes sur l'évaluation, organisées à Bruxelles en mars et avril 2001³³, on a pu constater combien les termes "critères" et "indicateurs" évoquaient bien souvent des concepts un peu vagues et ce, même si les participants semblaient conscients de la nécessité de se doter de bons outils pour évaluer.

d'Andrée Poquet, professeur à l'Ecole infirmières de l'ULB : *"Tout le monde veut évaluer, d'accord, mais on manque souvent d'indicateurs, on ne s'offre pas les outils pour évaluer. Et quand on se demande ce qu'il faut quantifier, on se rend compte bien souvent que les objectifs de départ n'étaient pas assez clarifiés. (...) On ne formalise pas assez les choses, on reste sans doute trop dans l'intuitif ; or l'évaluation nécessite des éléments qu'on peut objectiver. Il faut de la rigueur, sans pour autant tomber dans des méthodes scientifiques figées. (...) De même, je pense qu'il faut aussi passer par l'écrit, mais sans entrer dans des lourdeurs bureaucratiques."*

En pratique...³⁴

Dans le cadre d'un programme de prévention du sida, l'un des objectifs des responsables est de développer auprès du public des attitudes favorisant un comportement adapté face aux risques de contamination. Par rapport à cet objectif, l'un des critères de référence est le suivant : avoir un bon niveau de connaissance sur l'infection par le virus.

Pour rendre compte de ce niveau de connaissance, pour le mesurer et l'analyser, on détermine dès lors une série d'indicateurs à même de traduire la réalité observable.

Exemples d'indicateurs :

- **le pourcentage des personnes (au sein du milieu visé) qui connaissent les modes de transmission du sida,**
- **le pourcentage des personnes connaissant les moyens de protection,**
- **le pourcentage des personnes qui s'informent régulièrement, etc.**

Ces indicateurs, on le constate, sont directement liés aux critères et aux objectifs définis (indicateurs de connaissance ou de comportement). Mais certains indicateurs sont parfois

liés aux objectifs de manière plus indirecte.

Exemple : le nombre de préservatifs distribués. Ce nombre ne donne pas une idée précise quant aux comportements ultérieurs car la distribution des préservatifs ne signifie pas qu'ils seront forcément utilisés. Cela reste toutefois un indicateur utile à prendre en compte.

Recueil d'informations : mémoire systématisée

Le recueil d'informations peut prendre des formes variées. Il peut s'agir du procès verbal d'une réunion rassemblant les partenaires du programme, de fiches regroupant les coordonnées des personnes ressources du milieu d'intervention, du tableau de bord de pilotage des activités, du compte-rendu d'une réunion avec les habitants, de données épidémiologiques disponibles dans un centre hospitalier, de la transcription écrite d'interviews réalisées auprès du public-cible, etc. Chaque intervenant, soucieux d'organiser son recueil de données, crée donc sa propre grille d'observation, réalisée en fonction des critères liés aux objectifs de l'action.

Sandrine MOUTHUY (Forest Quartiers Santé) : " *Le côté informel peut aussi apporter des données intéressantes. Il y a certains outils légers mais efficaces. Je pense notamment à notre rapport d'activités. Au départ, ce rapport était sans doute trop flou mais on l'a adapté en fonction de nos différentes actions. Nous avons maintenant une grille standard d'une page par action, c'est pratique et beaucoup plus lisible.*"³⁵

On peut néanmoins augmenter la qualité de ce recueil en respectant quelques règles de base³⁶ :

- utiliser les indicateurs existants

On peut se servir d'indicateurs utilisés dans le cadre d'activités similaires déjà évaluées. La lecture des rapports d'évaluation sera tout aussi profitable.

- choisir ses propres indicateurs

Les indicateurs permettent à l'intervenant d'organiser la collecte de données. Celle-ci sera donc réalisée en fonction d'éléments mesurables qui délimitent plus clairement le champ d'investigation nécessaire à l'évaluation.

- utiliser le recueil comme outil de travail

On l'a dit, produire des connaissances est utile au pilotage du programme. Le recueil de données constitue un tableau de bord grâce auquel les intervenants pourront corriger leur trajectoire ou celle du processus en cours si nécessaire.

- systématiser le recueil de données

Il n'est sans doute pas toujours évident de recueillir des données au cours de chaque activité mise en œuvre. Le recueil systématique est néanmoins indiqué pour la justesse de l'évaluation, mais aussi pour empêcher les " trous de mémoire " en fin de parcours.

- classer les informations recueillies

Afin de ne pas s'emmêler les pineaux lors de l'analyse des données, il est utile de classer celles-ci de façon assez minutieuse. Comptes rendus, rapports, grilles d'observation et autres systèmes de recueil devront donc afficher clairement leur provenance (date, lieu, coordonnées des participants, etc.).

- tester le recueil de données

Un recueil de données, tout ingénieux qu'il soit, pâtit parfois de certaines faiblesses. Ce sera à chacun des partenaires du programme d'en évaluer la pertinence, l'efficacité ou l'utilité intrinsèque. Mieux vaut dans ce cas des améliorations en cours de route qu'un abandon pur et simple en fin de parcours.

- utiliser régulièrement les données recueillies

Systématiser le recueil et classer soigneusement les données ne sert à rien si on laisse dormir ces données. Il ne s'agit pas en effet d'empiler des informations pour le seul plaisir de produire des connaissances. Au fil du temps, le risque est qu'on ne perçoive plus vraiment à quoi servent ces connaissances. Il y a donc lieu de les analyser, de les comparer, de les utiliser dans la perspective d'un réajustement des activités. De même, cette information devra rester disponible aux personnes qui en constituent la source, habitants et autres acteurs du processus. C'est à ce prix que l'on renforcera les motivations de chacun.

- préserver l'anonymat du public

Cet anonymat n'est pas toujours nécessaire, mais il peut être réclamé par l'une ou l'autre personne. Il convient évidemment de respecter cette volonté. C'est aussi un gage de transparence vis-à-vis du public-cible.

"(...) Les procès-verbaux doivent aider à la mémoire de l'organisme et à son évaluation continue, c'est-à-dire qu'ils doivent refléter les critères qui jaillissent du débat, qui fondent une décision sur laquelle on pourra éventuellement revenir sur la base de nouveaux critères servant ainsi à une réévaluation de la situation."

Jalbert Y., Pinault L., Renaud G., Zuñiga R., Epsilon. Guide d'auto-évaluation des organismes communautaires.

Enquêtes quantitatives et/ou qualitatives

Les enquêtes sont utilisées comme outil d'évaluation afin de pouvoir mieux comprendre les problèmes, les représentations ou les croyances des populations visées par un programme de promotion de la santé. Le

degré d'investigation de ces enquêtes est variable.

La littérature consacrée à l'évaluation constate malgré tout la prépondérance des évaluations quantitatives au détriment des évaluations qualitatives.

Les évaluations quantitatives s'attachent à l'analyse des effets (impact et résultats) ou du processus à l'aide d'un recueil de données chiffrées. Ce qui compte ici, avant tout, c'est de mesurer l'écart existant entre les objectifs de départ et les effets du programme. Au moyen d'outils statistiques servant à la description ou à la comparaison des populations, on procède à la mesure de l'efficacité de ce programme. Processus et/ou résultats sont donc jugés à l'aune de cette efficacité. Ces enquêtes peuvent toucher un grand nombre de personnes ou un échantillon de population jugé représentatif. Elles prennent la forme, généralement, de questionnaires auto-administrés ou d'interviews individuelles. Les questions peuvent être fermées (réponse par "oui" ou "non") ou à choix multiples.

Les enquêtes quantitatives permettent un recueil de données facilement manipulables, à vocation statistique.

Les enquêtes qualitatives, elles, ont pour objectif d'explorer plus en profondeur le vécu du public-cible. Cette fois, les questions sont ouvertes, l'essentiel étant de favoriser l'expression libre des sentiments, des états d'esprit, du mal-être ou du bien-être. On s'intéresse ici de près aux raisons de certains comportements ou de certains choix mais aussi, autant que possible, au non-dits, aux raisons cachées ou inattendues de certaines situations.

*"Il est vain d'opposer les approches quantitatives et qualitatives, l'une n'est pas plus 'scientifique' que l'autre, quoique puissent en dire les tenants exclusifs de l'une ou de l'autre... C'est en fonction de votre programme et des objectifs de l'évaluation que vous choisirez le type d'investigation à utiliser. Il n'est pas rare que les deux approches coexistent dans l'évaluation d'un programme de santé."*³⁷

ANALYSER ET INTERPRÉTER LES DONNÉES RECUEILLIES

*"Les connaissances produites lors d'une évaluation ne disent rien par elle-mêmes. Il faut les analyser et porter sur elles un jugement de valeur."*³⁸

Là encore, l'analyse portera sur les deux niveaux de l'évaluation : les résultats et le processus.

Notons qu'à côté des termes "analyse" ou "interprétation", le terme "jugement" possède sans aucun doute une portée plus limitée. Selon Patricia Pame, l'idée de "porter un jugement sur la valeur de" est pour le moins réductrice, alors que l'évaluation peut être envisagée comme "un facteur potentiel de dynamisation d'un processus social, comme un temps d'apprentissage, de mobilisation des communautés, permettant, par la clarification des objectifs, l'explication des attentes de chacun, de critiquer, enrichir et transformer les actions, afin que les personnes soient plus à même de maîtriser les éléments de leur santé."³⁹

Séparer les phases d'analyse et d'interprétation permet de mieux maîtriser la subjectivité des évaluateurs. Car ceux-ci possèdent également leur propre système de représentations, ils n'échappent pas, comme le précise Francis Nock, aux phénomènes de projection ou simplement à l'envie de trouver exactement ce qu'ils cherchaient... Se pencher d'abord sur les faits a donc pour objectif pre-

mier d'éviter les interprétations hâtives. Les données récoltées au cours d'enquêtes quantitatives ou qualitatives, qu'elles soient chiffrées ou pas, ne se prêtent pas toujours telles quelles à l'interprétation. D'où l'importance de critères de départ bien définis, et surtout d'indicateurs suffisamment affinés pour permettre des interprétations les plus objectives possibles.

Toujours selon Nock, interpréter un résultat, cela peut signifier⁴⁰:

- le comparer à des données déjà existantes obtenues auprès du même type de population dans des programmes comparables. La similitude des résultats au niveau de certains indicateurs permet de valider le travail effectué ;
- proposer une explication aux résultats constatés. Certains résultats parlent d'eux-mêmes et tout le monde sera d'accord quant à leur explication. Pour d'autres, c'est plus délicat, et de longues discussions sont nécessaires pour tenter une interprétation. Il faut donc être très prudent quant à la recherche de la preuve, ou de la relation de cause à effet et se rappeler que, bien souvent, une seule raison ne suffit pas à expliquer un fait ;

- prendre en compte l'environnement. Certains changements constatés ne sont pas nécessairement liés à des actions locales. Ils peuvent résulter d'actions menées à d'autres niveaux.

PRENDRE DES DÉCISIONS

*"C'est au fond le but ultime de l'évaluation. Connaître les résultats d'un programme n'a de sens que si l'on en tire des recommandations et si des décisions sont prises quant à l'avenir de ce programme."*⁴¹

L'évaluation prend donc la forme d'une boucle. La production des connaissances et leur analyse entraîne un véritable feed-back, une rétroaction sur le processus engagé, sur la stratégie suivie, sur la mise en œuvre du programme en général. Les décisions qui seront prises à ce stade concerneront la manière dont le programme est piloté mais aussi, in fine, sa pérennité. Le programme pourra être modifié, réorienté, supprimé ou tout simplement poursuivi. Une évaluation régulière du processus permet de réorienter les actions au cours du programme, avant même l'évaluation des résultats engrangés.

Notons cependant que les décisions qui s'imposeront suite au travail d'évaluation ne seront pas nécessairement suivies d'une concrétisation sur le terrain. L'évaluation ayant pour fonction de poser un regard critique sur un programme, il reste au pouvoir de tutelle (financeurs ou décideurs) d'en tirer effectivement les conséquences. Cela dépendra dès lors de considérations politiques ou financières dépassant le cadre strict dudit programme... Les financeurs n'étant pas forcément les décideurs rien n'indique que les premiers suivront les seconds, et inversement.

DIFFUSER LES RÉSULTATS

Produire, analyser, interpréter, décider : la conduite d'une évaluation demande de l'énergie, de la volonté et des moyens. L'exploitation des ses résultats contribuera à des actions de changement menées de manière interne, pour le plus grand bénéfice des populations visées mais aussi des intervenants. En ce sens, le travail d'évaluation mérite également une diffusion externe, à l'usage des professionnels de terrain notamment, engagés dans des programmes similaires ou des évaluations comparables.

La diffusion des techniques et des outils employés au cours d'une évaluation dans un milieu donné ne peut être qu'utile, pour généraliser les pratiques et briser, sans doute, les derniers obstacles à évaluer soi-même.

Il est par ailleurs nécessaire de communiquer les découvertes d'une évaluation au public concerné, dès lors que celui-ci fut lui aussi associé au processus évaluatif.

La diffusion des résultats d'une évaluation n'est donc pas uniquement nécessaire aux décideurs et financeurs d'un programme; elle peut servir également d'outil de réflexion sur les questions de santé. De cette façon, l'expérience servira à l'élargissement de certains réseaux ou partenariats, et à la prise de décision en faveur d'actions nouvelles à mener dans le domaine de la santé publique.

Les conclusions et les recommandations d'une évaluation seront utiles également pour développer des programmes de formation ou d'entraînement ou pour documenter, étayer, voire réorienter certains programmes gouvernementaux.

Quelle forme prendra cette diffusion ?

L'outil utilisé le plus couramment est le rapport annuel d'activités. Dans le cas d'une évaluation interne ou d'une auto-évaluation, ce rapport peut constituer le rapport d'évaluation si, toutefois, ce document n'a pas été rédigé uniquement en vue de satisfaire les financeurs⁴². Outre la description des activités, on doit dès lors y faire figurer l'analyse et l'interprétation des données récoltées au cours de l'année écoulée. En pratique, ce rapport, parfois volumineux, peut être synthétisé et réduit à quelques pages. Le document bénéficiera dès lors d'une diffusion plus large et moins coûteuse.

La diffusion auprès des populations concernées par les résultats de l'évaluation peut prendre des formes variées : affichages, panneaux didactiques, séances de discussion, toutes-boîtes, etc.

Enfin, la diffusion par les médias est bien entendu conseillée. Elle nécessitera des rencontres personnelles avec les journalistes au cours de conférences de presse ou autres réunions peu ou prou informelles. Les journalistes se contentent trop

LES SPECIFICITES COMMUNAUTAIRES

PARTICIPATION

Comment (re)penser l'évaluation à partir des spécificités propres à la démarche communautaire qui repose, notamment, sur la participation effective des habitants ?



Qui entend, en d'autres termes, "donner aux citoyens la possibilité de devenir eux-mêmes des acteurs de l'évolution sociale en favorisant leur implication dans les processus décisionnels qui les concernent ?" ⁴³

Dans un article de la revue Education Santé, datée de juin 1999, Michel Demarteau esquisse les caractéristiques d'une évaluation adaptée à une démarche de type communautaire (ici, en fait, un programme " Quartier en santé "). L'auteur constate tout d'abord l'inadéquation du modèle d'évaluation purement " expérimentaliste ", qui simplifie l'environnement en une série de variables facilement comparables, mesurables. Ce modèle quantitatif néglige les enjeux sociaux et la participation. Dans le schéma " production de connaissances – analyse – décision ", une évaluation spécifique aux pratiques communau-

souvent d'exploiter à froid les chiffres ou les faits, sans vraiment les interpréter. La diffusion des informations peut s'en trouver biaisée, déformée, voire caricaturée. Le " message " de l'évaluation nécessite sans aucun doute des explications claires et précises à destination des médias.

Diffuser n'est pas neutre ...

Regard critique posé sur une activité, un processus ou une institution, l'évaluation est aussi, de manière naturelle pourrait-on dire, un outil de transparence. Transparence vis-à-vis des pouvoirs de tutelle, vis-à-vis de la communauté concernée, mais transparence également vis-à-vis des professionnels et des citoyens. La décision de diffuser peu ou prou les résultats d'une évaluation conditionnera dès lors la portée et les retombées de celle-ci dans l'environnement social.

La diffusion des résultats d'une évaluation peut avoir un impact relativement important sur le programme en lui-même, source de l'évaluation, mais aussi sur les intervenants, les évaluateurs, les bénéficiaires, les décideurs et les financeurs. Pour éviter les mauvaises surprises et les

conséquences fâcheuses, il est donc important que l'ensemble des acteurs du programme reconnaissent la nécessité de l'évaluation et approuvent, de manière concertée, ses modalités de mise en œuvre, l'analyse de ses résultats et l'organisation de sa diffusion.

Diffuser c'est aussi envisager l'implantation du programme évalué au sein d'une autre communauté-cible. Deux conceptions s'opposent à cet égard : la généralisation qui consiste à étendre la portée du programme dès lors que son évaluation s'est avérée satisfaisante ; ou le transfert qui implique l'adaptation du programme au nouveau milieu visé. Cette dernière conception paraît légitime car les éléments qui déterminent des milieux géographiquement séparés (niveau de vie, mortalité, conditions sociales, environnement, etc.) peuvent, à l'analyse, s'avérer fort semblables. Mais cela ne signifie nullement qu'une action menée auprès d'une population sera forcément bonne pour une autre population. Les données qualitatives, liées aux perceptions, à la psychologie, aux croyances et aux représentations des individus peuvent en effet se révéler très différentes d'un milieu à l'autre.

taires doit donc être, avant tout, attentive à la participation de la communauté au processus, à l'analyse des résultats et à l'usage de ceux-ci.

"On peut penser, par exemple, ajoutent Jalbert, Pinault et al, que la voix des usagers pourrait davantage se faire entendre dans les rapports d'activités. Tandis qu'ils sont, dans le discours des organismes le souci premier qui les anime, ils finissent par n'être dans les rapports que des statistiques de personnes ou d'heures. Certes, pour toute personne impliquée dans les organismes communautaires, les statistiques renvoient à des visages bien connus et ce sont ces visages qui soutiennent l'action. Mais dans la mesure où l'on recherche à communiquer à divers publics le sens de l'action, ce sont aussi ces visages – par delà les chiffres – qu'il faut faire entendre. (...) La vie ne se résume pas en chiffres." ⁴⁴

Demarteau estime en ce sens que le modèle de Patton est particulièrement adapté à la pratique communautaire, puisqu'il postule " qu'une évaluation est d'autant plus utilisée que les utilisateurs potentiels sont impliqués de manière personnelle,

précoce et fréquente dans tout le processus d'évaluation. " 45

Selon Patton en effet, il faut :

- identifier et organiser les utilisateurs de l'évaluation ;
- identifier leurs questions d'évaluation ;
- sélectionner des méthodes pour produire des informations utiles ;
- organiser la participation à l'analyse et à l'interprétation ;
- négocier la diffusion et l'utilisation.

Certes, comme le précise le guide de l'évaluation déjà évoqué, *"si tous les acteurs concernés se mettent d'accord sur la nécessité d'une évaluation, leurs attentes ne sont pas forcément superposables"*, mais, même si répondre à l'ensemble des préoccupations des différents acteurs est sans doute impossible, *"on peut essayer de tenir compte des différents points de vue, en associant par exemple des représentants des décideurs et de la population à la définition de l'évaluation."* 46 In fine, dans cette optique participative, les habitants deviendraient à la fois évaluateurs et source de l'évaluation. En soi, la dimension communautaire peut dès lors faire l'objet d'une évaluation.

En pratique...

Une recherche action en santé communautaire a été menée en partenariat, fin des années 80, dans le quartier de Franc-Moisin/Bel Air (Saint-Denis) dans la banlieue parisienne. La dimension communautaire de la démarche a été évaluée selon une grille d'analyse des discours recueillis sur la question.

Cette grille comportait deux axes :

- **les thèmes stratégiques : l'action communautaire, le travail transversal et multipartenarial, la participation de la population, les garanties nécessaires à sa participation, la mise en cause des modes de fonctionnement des professionnels et/ou des institutions, etc.**
- **les attitudes à l'égard des thèmes stratégiques : accepte/n'accepte pas, passivité/incertitude, activisme, action exclusive sur le moment/travail en tenant compte de l'avenir, intègre/n'intègre pas dans ses accomplissements les nouveaux regards sur l'objet de travail, tient compte du contexte régional/national/international, etc.**

"Cette méthode, précise les auteurs du document de synthèse, avec toutes les réserves qu'elle peut suggérer, nous a permis de faire une première analyse des évolutions des secteurs entre les phases de mise en place de la démarche et la phase d'analyse et de production de propositions d'actions. Ceci nous permet d'évaluer l'impact (sur le court terme, donc, NDLR) de la méthode communautaire dans la recomposition du champ sanitaire et social local. " 47

LA QUALITÉ

Les travaux d'Alain Deccache, professeur à l'UCL, contribuent grandement à parfaire le profil de l'évaluation adaptée aux spécificités de la démarche communautaire. Il rappelle notamment que :

"Aux choix idéologiques de la promotion de la santé correspondent des options théoriques, une certaine vision des concepts de qualité, et donc forcément des méthodes et techniques qui peuvent différer de celles utilisées majoritairement jusqu'ici." 48

Bref, à ces choix idéologiques (participation des usagers, approche transversale de la prévention et de l'éducation, interaction entre les acteurs...), il convient de donner des outils d'évaluation qui soient à même d'en contrôler la pertinence, l'efficacité et la qualité. La mesure de l'efficacité seule (rapport entre effets et objectifs) ne suffit plus. *"Pendant longtemps, en évaluation, précise Deccache, l'approche de santé publique a prévalu. L'évaluation y est conçue comme la mesure de l'efficacité (efficacité sur-tout épidémiologique d'ailleurs). Or, cette évaluation répond aux questions 'est-ce que cela marche ?' et 'qu'est-ce qui marche ?... et n'apporte d'ailleurs que des réponses partielles. Elle ne permet pas de savoir 'comment ou pourquoi ça marche ?' ni 'ce qu'on peut améliorer ?' " 49*

Adaptée à la démarche communautaire, l'évaluation acquiert des dimensions nouvelles.

Une évaluation non plus centrée uniquement sur l'efficacité mais également sur la qualité permet, dans un premier temps, d'analyser le processus mis en œuvre et les différentes étapes qui le composent. Étapes qui, peu ou prou, influenceront elles aussi les effets.

45 Cité par Michel Demarteau dans Evaluation des pratiques communautaires dans les quartiers en santé, Education Santé, n°139, juin 1999.

46 Nock Francis, op. cit.

47 Joubert Michel (sous la direction de), Quartier - Santé, approche sociologique des besoins et des pratiques de santé des familles et des jeunes, document de synthèse, novembre 1991.

48 Deccache Alain, Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines, article paru dans Promotion & Education, vol.IV, 1997.

49 Deccache Alain, idem

Les critères et les indicateurs qui serviront de références à une évaluation de la qualité seront cette fois définis par rapport à des contextes sociaux, environnementaux et psychologiques élargis. D'où la prise en compte, par l'évaluation, des effets inattendus, imprévus, positifs ou négatifs survenus au cours du processus.

Le portrait type de l'évaluation des démarches communautaires.

- évaluer tous les effets possibles plutôt que ceux liés aux seuls objectifs ;
- évaluer l'ensemble du processus, plutôt que les seuls moyens, procédures et coûts ;
- évaluer l'impact plutôt que les résultats ;
- évaluer la qualité plutôt que l'efficacité.⁵⁰

On glisse de la nécessité de "prouver" à la nécessité d' "améliorer".

Les méthodes utilisées (entretiens semi-directifs ou non-directifs, observations, groupes de réflexion...) visent à recueillir des données qui font appel aux senti-

ments, aux perceptions, aux représentations et aux croyances des individus composant le public cible. Elles s'attachent par ailleurs à cerner les multiples déterminants de la santé, qu'ils soient sociaux, urbains, économiques, culturels, etc.

Cette approche qualitative est complémentaire de l'approche quantitative. L'évaluation de la qualité devient un instrument qui permet d'améliorer une recherche fondée le plus souvent sur l'efficacité. La distinction entre ces deux types d'évaluation se situe donc aux niveaux de leurs objectifs. L'objectif est dit " **sommatif** " pour l'efficacité (on juge et on adapte pour le futur) et " **formatif** " pour la qualité (les ajustements sont permanents et immédiats tout au long du processus). Par glissement, on peut donc parler également d'évaluation sommative et d'évaluation formative. La première s'attache à la comparaison des résultats par rapport à l'objet évalué ; la seconde utilise les connaissances acquises dans l'optique d'une dynamisation du processus en cours. L'évaluation formative s'interroge sur la portée des résultats au-delà des objectifs d'un programme.

"Évaluer la qualité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, conclut Deccache, revient dès lors à décider de mettre en route un programme d'assurance de qualité, identifier les éléments clés de ce programme, établir des normes de qualité et des critères d'évaluation, évaluer la performance des activités, prendre des décisions d'amélioration et assurer un suivi de ces décisions."⁵¹

CRITÈRES INDICATEURS

En permettant à l'évaluation d'acquies une dimension nouvelle, la démarche communautaire nécessite forcément la définition de critères qui reflètent la philosophie qu'elle sous-tend.

Ainsi, la participation des acteurs (habitants, intervenants, décideurs, etc.) constituera non seulement l'un des piliers de la démarche mais aussi l'un de ses objectifs principaux, susceptible d'être atteint en fonction de critères (et d'indicateurs) spécifiques tels que, par exemple, la capacité du programme à faire émerger les besoins de la population, la capacité de celle-ci à exprimer ces besoins ou encore sa capacité de mobilisation.

Jalbert, Pinault et al identifient trois types d'indicateurs pour l'évaluation des organismes communautaires⁵²:

- **les indicateurs quantitatifs**, traduisant le volume des personnes impliquées dans la vie de l'organisme, des heures consacrées à ses services, des sommes qui y sont investies ;

- **les indicateurs qualitatifs**, qui permettent de saisir des dimensions importantes, souvent difficiles à mesurer, mais qui sont néanmoins essentielles pour la compréhension d'une dynamique et d'une vitalité échappant trop facilement à la quantification : l'enthousiasme et l'implication des membres, le bien-être des personnes, la perception publique de l'action et de ses résultats. Ces indicateurs traduisent davantage la réflexion qui s'opère, l'expérience qui se construit. Ils condensent la mise en commun des points de vue, des commentaires que des permanents, des usagers, des bénévoles font à propos d'un programme, des vérifications que l'on cherche à obtenir de manière souvent informelle à propos des actions qui se mènent ;

- **les indicateurs narratifs**, qui permettent de saisir les moments importants constitués par les événements, les incidents singuliers, les moments critiques qui viennent ponctuer la vie d'un organisme et qui l'amènent à s'ancrer plus solidement dans ses orientations ou à opérer des changements.

"Il ne s'agit donc pas d'ignorer les statistiques mais de les moduler par d'autres indicateurs reflétant davantage l'ensemble des critères qui orientent l'action et la réflexion que l'on fait." ⁵³

Les douze critères de "bonne pratique" en promotion de la santé :

1. une philosophie de projet explicite et partagée ;
2. une définition claire de la santé ;
3. des décisions fondées sur des analyses de besoins ;
4. une approche planifiée ;
5. une collaboration intersectorielle réelle ;
6. une direction et une supervisions stratégiques du projet ;
7. des objectifs réalistes ;
8. des méthodes et moyens adéquats et efficaces ;
9. une participation et une implication active du public ;

10. une diffusion large des résultats ;
11. une réflexion et une auto-évaluation sur le processus ;
12. une équipe compétente et motivée. ⁵⁴

Alain Deccache, définit les catégories de critères indispensables à la mise en œuvre de l'évaluation efficiente d'un programme communautaire.

1. Les critères relatifs à la communauté concernée

On touche là à la substance de la participation. Les acteurs en présence, habitants, représentants d'un comité de quartier, etc., sont-ils suffisamment représentatifs de la population ? La mobilisation de ces acteurs se heurtent-elles à des représentations biaisées ? Le degré de participation est-il suffisant ? Les acteurs prennent-ils du plaisir à participer ?

2. Les critères liés à l'utilisation des ressources

Quelles sont les ressources dont dispose la communauté ? Leur utilisation est-elle importante, moyenne ou nulle ? Ces ressources sont-elles suffisantes ? Bien réparties ou mal réparties ? Existe-t-il des contraintes à l'utilisation des ressources ?

3. Les critères d'interaction

Ils concernent les liens repérables entre les acteurs du programme, mais aussi entre les composantes du processus dans son ensemble. Ces critères interrogent notamment la complémentarité entre les approches verticales et transversales sur le terrain, autre axe important de la démarche communautaire.

4. Les critères relatifs au programme

Il convient bien évidemment d'apprécier l'ensemble des activités programmées, leur nature, leur déroulement, leur mise en œuvre, mais aussi leur adéquation aux besoins rencontrés ou exprimés. Leur souplesse également, leur faculté d'adaptation vis-à-vis de situations ou de comportements inattendus.

5. Les critères concernant les agents et les intervenants

Ces critères permettront d'évaluer les compétences des acteurs de terrain, chargés de la mise en œuvre d'un programme. Ils visent leurs capacités à faire émerger les besoins de la communauté, d'assurer la participation, de soutenir les actions, etc.

6. Les critères liés aux valeurs sous-jacentes

C'est par ce biais que l'on pourra évaluer l'adéquation du processus en cours avec les valeurs de la démarche communautaire. On touche ici à l'aspect éthique de l'évaluation. Ces valeurs sont-elles partagées par tous les acteurs de la communauté ? La participation est-elle concrète ou fictive ? Le pouvoir de réflexion et de décision transmis à la population est-il réel ou ce transfert de responsabilité est-il temporaire, illusoire, dépourvu de toute validité concrète ?

Dans le cadre d'une démarche communautaire, il paraît logique que ces critères ne pourront être valablement définis que par l'ensemble des acteurs en présence, qu'ils représentent les décideurs ou les financeurs, les intervenants de terrain ou la population directement concernée.

"Chacun de ces acteurs peut ainsi apporter sa vision de la qualité et ses attentes. Entre la 'complexité scientifique' et la 'nécessité politique' souvent reconnues, nous devons garder la place de la 'pertinence sociale' de la promotion de la santé." ⁵⁵

⁵³ Ibidem

⁵⁴ Evans D., Head MJ, Speller V, Assuring quality in health promotion, cité par Alain Deccache dans L'évaluation des démarches de santé communautaire : pour des critères et des méthodes adéquats, op. cit.

⁵⁵ Deccache Alain, op. cit.

Cette nécessité de " pertinence sociale " implique donc que la définition des critères obéissent au rythme du processus mis en œuvre. La logique communautaire ne tolérerait pas, en effet, des critères qui soient uniquement imposés de l'extérieur ou fixés a priori, sans que n'interviennent un réajustement de ceux-ci en cours de programme. Cela répond à une logique de cheminement par étapes successives qui permet de réajuster ou de réorienter les activités en fonction des besoins jugés importants par la population et les autres acteurs. La définition des critères d'évaluation fait ainsi l'objet d'une sorte de négociation permanente, la recherche du consensus⁵⁶ qui garantira une participation optimale.

Il n'empêche, les critères et indicateurs se référant à la participation (selon l'optique communautaire) doivent être manipulés avec prudence...

Sandrine MOUTHUY (Forest Quartiers Santé) : *"Nous avons organisé des réunions avec des groupes d'habitants pour enrichir notre diagnostic communautaire. Nous réalisons une évaluation à l'issue de chaque réunion. Et on s'est rendu compte que nos objectifs visant la*

participation n'étaient pas atteints. Certaines réunions tournaient vite en séance de bavardage, certaines personnes assistaient aux réunions uniquement parce qu'elles se sentaient seules chez elles... Nous avons donc ciblé un peu plus les choses avec des indicateurs plus précis."

Andrée Poquet (ULB) : *"Le problème se pose parfois avec les personnes qui approuvent vos actions sans aucune restriction, sans jamais émettre la moindre remarque. Ça fait plaisir mais c'est un peu inquiétant à la fois... Il faut amener un regard critique sur ce que l'on fait, même sur ce que les gens trouvent bien. Il faut se placer entre les bien-ouï-ouï et ceux qui font des objections de manière obsessionnelle, systématique."*



ÉQUIPE UNE AFFAIRE D'ÉQUIPE

L'évaluation reste une affaire d'équipe. Une démarche individuelle d'évaluation, concentrée dans le chef d'une seule et même personne, risque, à terme, d'être confrontée à un problème de légitimité.



*"Si une seule personne prend l'évaluation en charge et si elle n'emporte pas l'adhésion d'une majorité des intervenants, il y a fort à parier que les résultats seront très parcellaires, et qu'ils ne seront guère utilisés."*⁵⁷

La participation communautaire est à même de rencontrer ces nécessités d'adhésion et de légitimité. Tout comme l'action en elle-même, l'évaluation sera envisagée de manière collective, sa dynamique étant assurée par la présence et l'engagement d'un maximum d'acteurs.

En pratique...

L'évaluation du Centre médico-préventif du CPAS de Liège, réalisée en 1997, constitue un bon exemple d'évaluation de type participative.⁵⁸

Quatre catégories d'acteurs furent impliquées dans la démarche :

- les bénéficiaires de ce projet de promotion de la santé (des personnes aidées par le CPAS qui participent aux différentes activités du projet) ;
- les décideurs ou responsables du projet (les autorités du CPAS) ;
- les opérateurs (les intervenants qui mettent en œuvre le projet sur le terrain) ;
- des évaluateurs du CERES (Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé de l'ULG), associés au projet.

Ce groupe, constitué d'une douzaine de personnes, s'est d'abord réuni pour étudier les modalités de l'évaluation à mettre en œuvre (détermination des critères et indicateurs, etc.), ensuite, afin d'analyser les données recueillies et d'élaborer conclusions et recommandations.

Mais cette description " idéale " d'une logique participative adaptée à l'évaluation ne doit pourtant pas masquer les réalités du terrain. On a vu combien les critères liés à la participation étaient parfois difficiles à définir. Il en va de même lorsqu'il s'agit d'apprécier les interactions entre les acteurs.

Bruno Vankelegom (Forest Quartiers Santé) : *"Il y a des habitudes de travail à prendre ensemble. Lorsqu'on décentralise la réflexion sur l'objet, certains passent leur temps à venir pour bavarder, sans plus. Ils se mettent autour de la table, mais sans jamais parler de leurs propres pratiques. On se retrouve dans une logique de la discussion pour la discussion."*

Andrée Poquet (ULB) : *"Il est clair qu'il faut avant tout instaurer un climat de confiance entre les acteurs."*

Céline Houtain (Les Pissenlits) : *"Il faut toujours quelque chose qui dynamise le groupe. Et ce qui lie les gens entre eux, n'est-ce pas la sympathie avant tout ?"*

André Poquet : *"C'est vrai, il y a des sujets ingérables, des problèmes qu'on reporte d'année en année. On*

reste dans la convivialité, mais on ne passe pas à la production."

Des propos qui illustrent les difficultés de l'évaluation participative. Le rôle de l'intervenant reste donc, une fois encore, central. Interlocuteur neutre et attentif, c'est à lui que reviendra la tâche d'instaurer un climat de confiance et de respect mutuel entre les acteurs-évaluateurs. L'objectif étant de recueillir un maximum d'avis, d'impressions, de sentiments sans qu'aucun de ceux-ci ne prennent l'ascendant sur ceux des autres. Il ne s'agit pas de savoir qui a raison et qui a tort. Le ou les coordinateurs de l'évaluation veilleront donc à ce que chaque participant puisse s'exprimer en évitant notamment l'émergence de " leader " au sein de la discussion.

EVALUATION

On parle d'auto-évaluation dès qu'une démarche évaluative est destinée à analyser, juger et redéfinir nos propres actions et non pas les actions d'autrui.

Il s'agit d'une évaluation de type interne. La nuance, a priori, est d'ordre syntaxique et non pas sémantique.

Prenons, par exemple, les responsables et acteurs d'un programme de promotion de la santé délimité dans le temps et dans l'espace. Dès lors que, en interne, ceux-ci mettent en œuvre un processus d'évaluation destiné à porter un regard critique sur leurs propres actions, cette évaluation relève de l'auto-évaluation. Le terme s'adapte à une pratique pour le moins courante où aucun regard extérieur n'est sollicité. En parlant d'auto-évaluation, on touche plus à l'aspect formel de la démarche qu'à son sens profond.

Dans un article publié dans la revue Terrain, Paul Willot nous invite à ne pas confondre l'auto-évaluation avec l'évaluation de bénéficiaires, qui *"est l'évaluation que formulent les bénéficiaires de l'action d'un autre."*⁵⁹

*"L'auto-évaluation peut être autonome, poursuit l'auteur, mais le groupe qui veut s'évaluer a parfois recours à une aide extérieure. La personne qui accepte de les accompagner n'est pas un évaluateur. Il aide le groupe à faire ce parcours du combattant. Il a trois fonctions : former, activer, objectiver. Il a deux contraintes : ne pas juger et ne pas dévoiler ce dont il a été témoin. Cette dernière contrainte est souvent incompréhensible pour les financeurs."*⁶⁰

Tout comme l'évaluation au sens large, un processus d'auto-évaluation requiert une phase préparatoire minutieuse. Les objectifs et les enjeux de l'évaluation devront être clairement – et préalablement – définis. De même, les acteurs-évaluateurs devront décider de manière précise ce qu'ils vont évaluer. On ne peut pas tout évaluer tout le temps. Le recueil des données sera pour sa part réalisé en fonction de critères et d'indicateurs que les acteurs-évaluateurs auront eux-même définis.

Le stade de l'analyse ou du jugement est, par définition, celui qui fera le plus appel à la subjectivité. Afin de canaliser cette subjectivité, on l'a déjà signalé, Francis Nock, recommande de procéder en deux temps : analyser les données en ne s'occupant que des faits, et ensuite seulement tenter de les interpréter.⁶¹

En pratique...

La recherche action de Franc-Moisin/Bel Air met un point d'honneur à pondérer les risques liés à un excès de subjectivité dans l'analyse.

Pour ce faire, les évaluateurs ont choisi trois approches distinctes:⁶²

- ils ont construit une grille d'observation des institutions qui participaient au projet santé. Cette observation a été réalisée par chaque membre de l'équipe de sociologie dans les groupes de travail où ces institutions étaient activement impliquées ;
- ils ont demandé à tous les professionnels qui ont participé au projet de répondre à un questionnaire d'auto-évaluation ;
- par ailleurs, tout au long de l'intervention, soit trois années, des notes ont été prises dans les différentes réunions de travail, restituant ainsi par la parole des acteurs les processus qui ont servi à l'organisation de la démarche.

Au delà d'une forme d'évaluation effectuée a posteriori, nous avons abordé déjà combien une auto-évaluation régulière, voire permanente, peut s'avérer très utile dans des cas précis où il convient d'évaluer un programme, un service, et leurs différentes composantes, humaines et matérielles, afin d'en assurer l'efficacité et la qualité.

A cet égard, une étude réalisée en France auprès d'un établissement de soins privé montre combien la pratique de l'auto-évaluation – rendue obligatoire au sein des établissements de santé par une loi de 1991 –, a permis d'améliorer la notion de qualité⁶³. Cette phase d'auto-évaluation sert ici de préalable à l'évaluation externe menée par l'ANAES. C'est la reconnaissance que ces établissements ont atteint un certain niveau pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients. Cette évaluation externe, rappelons-le, porte moins sur les résultats que sur le processus.

Plus généralement, ces pratiques d'auto-évaluation " réglementaire " sont susceptibles de remettre en cause d'anciennes formes d'organisation, de hiérarchisation et de rela-

tions entre les professionnels eux-mêmes, et entre les professionnels et leurs patients. *"Le but de l'hôpital, autrefois, était de résister aux changements et de se survivre à lui-même en tant qu'hôpital. (...) L'hôpital reste un endroit où existe une coupure très nette entre les tâches de conception et les tâches d'exécution. (...) Les organisations qui ont de l'avenir ne sont plus du tout bureaucratiques, elles ne sont plus pyramidales avec un sommet stratifié et une base prolétariote qui exécute, les deux étant reliés par de grandes lignes hiérarchiques avec une coupure héritée du passé où ceux qui décident en haut ne connaissent pas le terrain d'application et où ceux qui exécutent en bas ne connaissent pas les raisons des décisions du haut."*⁶⁴

L'évaluation externe réalisée par l'ANAES poursuit un objectif double: vérifier le degré de participation aux évaluations menées en interne dans chaque établissement, privé ou public ; et vérifier le degré d'adhésion à la " démarche qualité ". L'objectif est bel et bien de promouvoir la pratique de l'auto-évaluation entre les professionnels, quelque soit leur niveau de qualification. On est loin ici du contrôle administratif sous forme d'audit ou d'évaluation-

contrôle. Que du contraire, ce sont les praticiens qui sont appelés à améliorer ensemble leurs pratiques. La notion de participation est ici envisagée dans son acception communautaire. C'est par la participation en effet que seront revus et corrigés les processus de transmission de l'information au sein de l'entreprise et, in fine, la qualité des services. Les mots-clefs sont : transversalité, transparence, communication réciproque, feedback, négociation, consensus.

On perçoit bien que la séparation entre le caractère externe et interne de l'évaluation n'est pas nécessairement étanche. D'autant plus que la frontière entre objectivité et subjectivité reste, elle aussi, difficile à déterminer. Le sujet fut évoqué lors des tables rondes de Bruxelles :

- Sophie Fievet (Maison Médicale Norman Bethune) : *"Outre nos objectifs généraux, à plus long terme, nous avons une série d'objectifs intermédiaires. L'un d'eux se réfère à l'apprentissage du travail en groupe. Nous l'évaluons en fonction de ce que nous appelons des 'indicateurs de socialisation', tels que, par exemple, la capacité des jeunes à fixer leurs propres règles*

62 Joubert Michel, op. cit., page 188.

63 Franck Jeanne et Gensous Dominique, La participation à l'auto-évaluation peut-elle augmenter le degré d'adhésion à la démarche qualité ?, op. cit.

64 Hérault B, La formation des étudiants en soins infirmiers : les enjeux professionnels, Séminaire de formation – Centre hospitalier de Saintes, 6 mai 1997 (cité in Franck et Gensous).

de fonctionnement en collaboration avec les adultes. On évalue quasiment après chaque animation avec les jeunes. Mais qui évalue ? Ma collègue et moi ! Nous notons comment les comportements des élèves répondent aux indicateurs, mais il s'agit de notre perception à nous. Ca reste subjectif. Pour être plus précis, on pourrait demander aux profs de répondre pour vérifier si on est dans le bon ou pas."

- Christian Legrève (Intergroupe liégeois des Maisons médicales) :
" C'est vrai que l'évaluation c'est, dans de nombreux cas, la vision que quelqu'un a à un moment déterminé. "

En pratique...

Un outil d'auto-évaluation : la grille Sepa (comme Succès, Echecs, Passé, Avenir).⁶⁵

La grille SEPA est un outil utile pour " permettre à un groupe (de taille moyenne, soit de 10 à 15 personnes, NDLR) d'exprimer rapidement son auto-évaluation et pour contribuer à expliciter et objectiver les jugements intuitifs et souvent implicites. "⁶⁶

Outil pour la phase de l'analyse, il s'agit en fait d'un rectangle divisé en quatre parties identiques par une ligne horizontale

et une ligne verticale.

Au-dessus de la ligne horizontale, on place les succès. En-dessous : les échecs.

A gauche de la ligne verticale : le passé. A droite : l'avenir. Les participants à l'évaluation remplissent cette grille en répartissant les résultats observés dans une seule ou dans plusieurs des cases décrites. Chaque participant devra dans le même temps motiver son point de vue.

Cette grille peut-être intégrée dans une grille plus large, dite grille OBMEMO, tendant à présenter de manière synthétique les OBjectifs, les MEthodes et les MOyens d'une activité d'(auto)évaluation.⁶⁷

Cette double-grille de lecture devient un outil qui permettra d'organiser les différentes étapes de l'auto-évaluation.

Ainsi, la partie " objectifs " devra répondre aux questions suivantes :

- qui ? (les participants à l'auto-évaluation),
- aura quoi ? (une auto-appréciation de l'activité évaluée dans le passé et dans l'avenir),
- quand ? (le temps nécessaire à l'auto-évaluation).

L'espace dévolu aux " méthodes " répondra, pour sa part, aux questions suivantes :

- qui fait quoi ? (répartitions des tâches entre les animateurs et les autres participants; c'est l'animateur qui présente la grille SEPA et qui invite chacun des participants à la remplir),
- quand et comment ? (on indique dans cette partie le temps accordé aux participants pour apprécier individuellement les données recueillies par la grille SEPA, pour donner leurs appréciations et enfin pour regrouper les appréciations semblables, sans éliminer les répétitions).

L'espace " moyens " détaille les outils physiques (feuilles de papier, bics, etc.) mis à la disposition des participants pendant la durée de l'évaluation.



⁶⁵ Willot Paul. op. cit.

⁶⁶ Idem, page 10

⁶⁷ Voir à cet égard Terrain, n°10, février 1993.

LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION PARTICIPATIVE

ANGLE DE VUE ADOPTER UN AUTRE ANGLE DE VUE



De par ses spécificités, fondées sur la participation mais également sur l'autonomie des acteurs (l'empowerment, ou le "pouvoir de dire et d'agir"), la démarche communautaire ne peut se satisfaire du seul regard extérieur en matière d'évaluation.

Pinault, Zuñiga et al mettent ce paradoxe en évidence dans la cas des organismes communautaires.⁶⁸

"Il est difficile d'accepter de dépendre de cette évaluation posée par un regard extérieur qui part de critères conformes à son savoir (sa définition de l'efficacité, par exemple) pour juger de l'action d'un groupe qui construit sa propre expérience à partir de critères qui sont les siens. (...) L'organisation du travail qu'ils mettent en place (les organismes communautaires, NDLR) est différente. Ils ne se définissent pas uniquement comme des organisations de services ou de programmes cloisonnés chacun dans l'atteinte des objectifs qui leur ont été fixés. Ils constituent des groupes d'action qui essaient de se situer au plus près des demandes, des problèmes, des besoins qui surgissent dans la vie quotidienne, ce

qui appelle souvent un constant réajustement du tir."

Alain Deccache prône, lui, une réappropriation de l'évaluation par le biais de la dynamique communautaire. *"Et si l'on changeait de regard sur l'évaluation pour la définir non pas à partir de ce que l'on pense que l'autre attend, mais à partir de ce que l'on attend de l'action ? C'est en changeant ainsi de regard (et de pratique) que l'on peut s'approprier l'évaluation et en faire un soutien à l'action du groupe, plutôt que de risquer d'être désapproprié de cette action par une évaluation extérieure qui pose a priori les critères devant guider l'action. Bref, ce qui est en jeu, c'est de s'évaluer à partir de ce que l'on est et de ce que l'on vise, plutôt que de se faire évaluer à partir de ce que l'autre attend."*⁶⁹

Au yeux de ces différents auteurs, l'évaluation communautaire devrait donc constituer une auto-évaluation participative, doublée d'une auto-réflexion du groupe qui commence *"quand celui-ci cherche à prendre conscience de ce qu'il veut atteindre, de ce qu'il est en train de faire, du déroulement de son action au quotidien."*⁷⁰

*"Le responsable de l'évaluation (...) c'est alors le groupe et non pas un évaluateur externe qui viendrait poser son regard sur l'organisme ou sur un secteur d'activité. Il faut donc rompre avec le rôle passif du fournisseur de l'information sur lequel se fonde une évaluation externe. En fait, on est habitué à répondre aux questions de l'évaluateur qui se charge, par la suite, d'interpréter les informations obtenues et de proposer des recommandations. Des réactions – maintes fois entendues – du type : qu'est-ce que vous voulez savoir ? Est-ce que cela répond à la question ? Quand aurons-nous un feedback ? Aurons-nous accès au rapport final ?, reflètent cette compréhension de l'évaluation qui limite le rôle des membres d'un organisme à celui d'un répondant passif et qui, par conséquent, ne pose pas que les membres-acteurs d'un organisme sont les producteurs d'une expérience qu'ils sont en mesure de juger et de modifier éventuellement à partir même de la connaissance qu'ils acquièrent au fil de l'action."*⁷¹

PRATIQUES CHANGER LES PRATIQUES

Les obstacles à une évaluation efficace et constructive ne sont certes

pas négligeables. Les moyens humains, financiers et le temps nécessaire à sa mise en œuvre font parfois défaut.

On constate toutefois, au vu de ce qui précède, que l'évaluation perd de son caractère contraignant dès lors qu'elle intègre l'action proprement dite. La mémoire de cette action, conservée au travers de multiples traces écrites, constitue en effet un ensemble de données obtenues à moindre coût. Pour remplir une grille OBMEMO par exemple, les rédacteurs de la revue Terrain, précisent qu'il faut disposer : d'une salle possédant un grand mur vide pour afficher les appréciations, une demi-journée, un bon paquet de feuilles 21x29 (de réemploi), des marqueurs de différentes couleurs et un rouleau de papier collant spécial pour affichage.⁷²

Les moyens peuvent ainsi paraître rudimentaires mais s'avérer tout à fait efficaces et rigoureux.

Cet effort de mémoire systématique conduit à une auto-évaluation permanente du processus en cours, soit une dynamique interne qui fait intervenir les réajustements utiles au bon moment. D'où, sans aucun doute, des économies de temps, d'énergie et d'argent.

68 Jalbert, Pinault, Renaud, Zuñiga, op. cit.
69 Idem
70 Idem

71 Idem
72 cf. Terrain, n° 10, février 1993.

Et un gain de transparence et de démocratie non négligeable ! Comme le remarque Francis Nock, *"pour les membres de l'équipe, accepter le principe d'un recueil de données commun où chacun note ce qu'il voit et ce qu'il entend, mais aussi ce qu'il fait, c'est accepter la transparence au sein de l'équipe, face aux décideurs et face à la population. Soumettre son activité au regard de tous est un des facteurs de réussite et de continuité des programmes de santé."*⁷³

OSER LA TRANSPARENCE

Le regard de tous, c'est aussi la société dans son ensemble. Comme le souligne Ricardo B. Zuñiga, les informations et leur analyse issue de l'évaluation contribuent à renforcer des enjeux sociaux controversés. *"Ses contributions (celles de l'évaluateur, NDLR) ne se limiteront pas à celles d'un fournisseur d'information. Il est habituellement invité à faire pencher la balance - chaque acteur a ses attentes...- et l'évaluateur a les compétences de diagnostic social pour pouvoir lire ces attentes, pondérer leur poids, et être doucement conscient des coûts et des avantages de contribuer à renforcer la position d'un acteur par rapport aux autres."*⁷⁴

En informant, l'évaluation organise donc la transparence, mais ce qui précède montre bien que la transmission de l'information reste un enjeu de taille qui, au-delà des préoccupations scientifiques, rejoint les sphères de l'éthique et du politique. Outre les décideurs et les financeurs, à qui va-t-on destiner l'information ? Une fois encore, on perçoit ici combien la démarche communautaire est susceptible de remettre en cause les pratiques établies en la matière. En fondant l'évaluation sur la participation de tous, l'optique communautaire propose une redistribution de l'information équivalente. Elle place l'évaluation au cœur de la place publique.

1. L'évaluation des programmes de santé - Principes directeurs, série " Santé pour tous ", n° 6, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1981, 50 p.

Petit manuel théorique axé sur les programmes de santé publique à l'échelon national. L'approche méthodologique fouillée fait le lien entre l'évaluation des résultats et l'évaluation du processus, l'un n'allant pas sans l'autre.

2. Wollast E., Evaluation des services de santé, note de cours, 1985.

Document centré en grande partie sur l'évaluation des résultats (effets, efficacité, performances, etc.). L'auteur insiste notamment sur la possibilité de mettre en œuvre des procédures évaluatives relativement peu coûteuses.

3. Attali-Marot Christine, Pour une auto-évaluation des actions " petites enfance ", document édité par AIDDA pour le compte de Santé et communication (Paris), 1991.

Ce dossier centré sur l'évaluation d'actions associatives menées en Ile-de-France auprès des enfants de familles immigrées comporte un " guide pour un suivi-évaluation de l'action " composé de grilles d'observation permettant de recueillir des données diverses.

4. Quartier - Santé, approche sociologique des besoins et des pratiques de santé des familles et des jeunes, sous la direction de Michel Joubert, document de synthèse, 1991, 288 p.

Rapport d'un projet de recherche-action en santé communautaire menée dans la seconde moitié des années 80 dans le quartier de Franc Moisin/Bel Air (Saint-Denis). Les auteurs insistent sur la nécessité d'intégrer leur réflexion et leur travail de terrain dans un cadre environnemental global, tenant compte forcément des atteintes portées au cadre de vie des habitants. Les caractéristiques communautaires de la recherche action ont fait l'objet d'une évaluation.

5. Soby B.A. et al, Les attitudes des consommateurs vis-à-vis des risques et l'efficacité des campagnes pour la sécurité domestique et des loisirs dans la Communauté européenne, OMS rapport de recherche n° 15, mars 1993 (trad. Luc Burquel, Educa Santé, décembre 1994), 157 p.

Sans entrer dans les modalités d'organisation, ce rapport indique les difficultés rencontrées pour la mise en place d'évaluation des campagnes pour la sécurité domestique en Europe. Obstacle majeur : le coût financier.

⁷³ Nock Francis, op. cit., page 45.

⁷⁴ Ricardo B. Zuñiga, L'évaluation sur la place publique: science, éthique et politique, Cahiers de recherche sociologique, Université du Québec à Montréal, 2001, 35.

6. Flament J-P., Willot P., Evaluer, document du Groupe d'appui aux projets (GAP asbl), 18 mars 1993.

Petit guide pratique de l'auto-évaluation. Il met l'accent sur la possibilité de réaliser des évaluations pertinentes avec peu de moyens.

7. Les accidents... parlons-en ! -synthèse et évaluation d'une expérience pilote en milieu scolaire, Réseau Actions Sécurité, 1993, 47 p.

Document de synthèse où l'on trouve un exemple d'évaluation qualitative réalisée auprès d'intervenants professionnels (infirmières, éducatrices, psychologues...). Ces mêmes personnes ont effectué une évaluation a posteriori du matériel du matériel pédagogique mis au service de l'action (exemple de grille d'observation).

8. Pame Patricia, Evaluation et promotion de la santé - Etat de la question à travers la littérature internationale, article extrait de Education santé, n° 102, novembre 1995.

L'auteur, médecin de santé communautaire, prône le dépassement des méthodes d'évaluation traditionnelles, fondées sur les notions de jugement et de résultats, au profit d'évaluations plus qualitatives qui font appel à une large participation de la communauté.

9. Pineault R. et Daveluy C., La planification de santé - concepts, méthodes, stratégies, Editions Nouvelles, Québec, 1995, 480 p.

Vade-mecum des tenants et aboutissants d'une démarche de planification adaptée à la santé communautaire. Les auteurs passent en revue les différentes étapes des processus servant à planifier des actions de santé publique, des services ou des ressources sanitaires. La phase de l'évaluation, qui occupe le dernier chapitre, s'attache notamment à une réflexion sur le contexte socio-politique de la démarche évaluative dans le domaine de la santé.

10. Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presses de l'Université du Québec, 1996, 436 p.

Cet ouvrage vise à transmettre l'expérience cumulée des quatre auteurs qui ont derrière eux près de quarante ans d'action communautaire au Québec. Il situe dans un contexte historique et éthique les pratiques de l'action communautaire. Il présente également une réflexion critique sur ces pratiques et aborde les défis qui se posent en cette période de remise en question de nombreux acquis sociaux. La réflexion sur l'évaluation n'est pas très développée mais les auteurs insistent cependant sur des processus évaluatifs au quotidien, intégrés à toutes les phases de l'action.

11. Blum-Bolegard C., Gaillot-Mangin J., Chabaud F., Matillon Y., Evaluation en santé publique, article extrait de Actualité et dossier en santé publique, n° 17, décembre 1996.

Synthèse de la démarche évaluative selon quatre grands axes de réflexion : quand ? quoi ? pourquoi ? et comment ? Les auteurs mettent l'accent sur la nécessité de percevoir l'évaluation comme indissociable de l'action entreprise.

12. Deccache A., Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de la santé publique et de sciences humaines, article extrait de Promotion & Education, vol. IV, 1997/2.

L'auteur envisage l'évaluation dans la perspective de l'action communautaire. Aux préoccupations d'efficacité liées à la conception classique de l'évaluation, il ajoute les préoccupations de qualité plus à même de répondre aux questions " pourquoi ça marche ? " et " comment ça marche ? ". Prolongeant la réflexion, Alain Deccache détermine les grandes catégories de critères spécifiques à l'approche communautaire en santé.

13. Chauvin F., Brixi O., Roussille B., Du bon usage de la communication en éducation pour la santé, Séminaire international, Château de Bierville (Essonne), 16 et 17 décembre 1996, éd. CFES, 1998, 290 p.

Parallélisme intéressant avec l'évaluation au sens large. En effet, précisent les auteurs, si l'on possède un certain nombre de référentiels qui permettent de dire si une campagne a été efficace, cela devient beaucoup plus compliqué dès qu'on s'intéresse aux buts ultimes de la campagne. Il faut donc se demander en amont ce qu'on va mesurer de plus profond que la forme.

14. Jalbert Y. Pinault L., Renaud G., Zuñiga R., Epsilon - Guide d'auto-évaluation des organismes communautaires, Coalition des organismes de lutte contre le Sida (COCQ-Sida), Montréal, 1997.

Dans ce texte, fondé sur des expériences concrètes, les auteurs plaident pour une évaluation adaptée aux réalités de la démarche communautaire. Qui soit, en d'autres termes, partie prenante du mouvement social que cela implique. L'évaluation vient donc consolider cette forme d'action collective.

15. Deccache A., L'évaluation des démarches de santé communautaire : pour des critères et des méthodes adéquats, article extrait de Santé conjugée, n° 4, avril 1998.

L'auteur y définit la spécificité communautaire en matière d'évaluation au travers d'une grille de critères et d'indicateurs adéquats.

16. Lafontaine Carine, Les activités de promotion de la santé du Centre médico-préventif du CPAS de la Ville de Liège, article extrait de Education Santé, n° 125, mars 1998.

Exemple d'évaluation formative qui a réuni un certain nombre d'acteurs, dont les bénéficiaires du projet.

17. Franck J. et Gensous D., La participation à l'auto-évaluation peut-elle augmenter le degré d'adhésion à la démarche qualité, Sciences sanitaires et sociales, 1998-1999, 50 p.

Réflexion centrée sur les expériences d'évaluations internes menées dans des établissements de soins français en vue de l'obtention d'un label " qualité " délivré par l'ANAES, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les auteurs dissèquent notamment les bouleversements possibles dans l'organisation hiérarchique d'un hôpital, conséquence d'une généralisation des auto-évaluations, favorisant la transversalité des décisions entre les services.

18. Demarteau Michel, Evaluation des pratiques communautaires dans les quartiers en santé, article extrait de Education santé, n° 139, juin 1999.

Constatant l'inadéquation du modèle " expérimentaliste " d'évaluation appliqué à la démarche communautaire, l'auteur envisage les grands axes d'une évaluation qualitative et participative. C'est un outil qui ne peut que renforcer la pertinence de l'action communautaire.

19. Collectif, Principes d'évaluation des réseaux de santé, ANAES, août 1999, 139 p.

Les auteurs analysent les modalités d'une évaluation des réseaux de santé, ce qui nécessite, notamment, une mise à niveau des objectifs généraux et des objectifs de chacun des partenaires. L'évaluation du processus se décomposera notamment entre une analyse des actions vis-à-vis des personnes ciblées et une analyse de l'efficacité du réseau par rapport à cette action.

20. Vincent Christelle, Un projet de développement en santé communautaire sur la ville de Lourches, mémoire professionnel, D.E.S.S. " Education et santé ", septembre 1999, 114 p.

L'auteure a participé en tant qu'étudiante stagiaire à un diagnostic communautaire et à diverses actions menées dans cette petite ville près de Valenciennes. Une partie de son travail est consacrée à l'évaluation du projet. On notera qu'elle nomme " critères " ce que nous avons appelé " indicateurs " et inversement.

21. Nock F., Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé, Mutualité française (département Santé publique), Paris, 2000, 89 p.

Approche pratique et concrète de l'évaluation à l'usage des professionnels de terrain. La présentation théorique met en évidence la complémentarité entre l'évaluation des résultats et l'évaluation du processus. L'ouvrage contient de nombreux exemples et différents modèles de grilles d'observation, ce qui est très utile pour le recueil des données.

22. Collectif, Evaluation en travail social, numéro spécial des Cahiers de l'actif, n° 288/298/290/290, mai-août 2000, 254 p.

Le point complet sur l'évolution de la notion d'évaluation dans le travail social en France. On peut en tirer d'intéressants parallèles avec l'évaluation dans le secteur de la santé. L'accent porte ici sur les modalités d'une évaluation participative.

23. Zuñiga R., L'évaluation sur la place publique : science, éthique et politique, dans Cahiers de recherche sociologique, n°35, Université du Québec à Montréal, 2001.

L'auteur replace l'évaluation dans une triple perspective : scientifique, éthique et politique. Laissant de côté les fondements méthodologiques, l'auteur s'interroge sur le poids de l'évaluation en tant qu'instrument, facilement récupérable par la sphère des pouvoirs publics...

24. Renaud Lise, Gomez Zamudio Mauricio, Planifier pour mieux agir, Collection Partage, Réfips, Montréal, 1998, 176 p.

Ouvrage qui rend accessible deux modèles de planification en promotion de la santé. Il s'agit d'une part de l'adaptation en français du modèle Precede/proceed de Green et Kreuter et d'autre part, un guide de référence pour l'action. Celui-ci décrit les quatre phases nécessaires à la réalisation d'un programme.

asbl "Santé, Communauté, Participation"

Adresse :
25 boulevard du Midi
Bte 5 1000 Bruxelles

Tél :
02/514 40 14

Fax :
02/514 40 04

Email :
Sacopar@fmm.be

L'asbl "Santé, Communauté, Participation" a été créée
à l'initiative des asbl Edéco, Educa-Santé,
Fédération des Maisons Médicales et Question Santé.