

L'ÉVALUATION, UNE VOIE POUR FAIRE PROGRESSER LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN AFRIQUE ?

Françoise Jabot *et al.*

S.F.S.P. | Santé Publique

2014/N°1 Suppl. - S1
pages 21 à 34

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

[http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-N°1 Suppl.-page-21.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-N°1_Suppl.-page-21.htm)

Pour citer cet article :

Jabot Françoise *et al.*, « L'évaluation, une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique ? », *Santé Publique*, 2014/N°1 Suppl. S1, p. 21-34.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'évaluation, une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique ?

Evaluation: an avenue to improvement of health promotion in Africa?

Françoise Jabot¹, Valéry Ridde², Issa Wone³, Laurence Fond-Harmant⁴

↳ Résumé

Les méthodes utilisées pour évaluer les interventions en promotion de la santé en Afrique sont-elles adaptées aux spécificités de ce domaine ? Telle est la question à laquelle les auteurs s'efforcent de répondre à partir d'une analyse réflexive de quatre évaluations qu'ils ont conduites au Bénin, Burkina Faso et Mali. Les expériences rapportées témoignent de la volonté d'inscrire la démarche d'évaluation en accord avec les principes de la promotion de la santé mais aussi des difficultés à surmonter les écueils de l'exercice. Il reste encore du chemin à parcourir pour que l'évaluation concilie pleinement les attentes des acteurs et les valeurs de la promotion de la santé : rendre compte de l'ensemble des dynamiques générées par les interventions en promotion en la santé, inscrire l'équité au cœur de la réflexion, soutenir les pratiques innovantes en vue de leur pérennité. Parce qu'elle facilite l'émergence et le partage des visions plurielles de ce concept encore mal cerné, l'évaluation est une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique.

Mots-clés : Éducation pour la santé ; Évaluation de programme ; Promotion de la santé ; Afrique de l'Ouest ; Empowerment.

↳ Summary

Are the methods used to evaluate health promotion interventions in Africa adapted to the specificities of this field? The authors try to answer this question based on reflective analysis of four evaluations that they conducted in Benin, Burkina Faso and Mali. The experiences reported illustrate the desire to conduct the evaluation approach in line with the principles of health promotion but also the difficulties involved to overcome the obstacles to practical application of evaluation. Considerable progress has yet to be made to ensure that evaluation fully meets the expectations of stakeholders and the values of health promotion: all of the dynamics generated by health promotion interventions must be taken into account, equity must be integrated at the heart of the reflection, innovative practices must be supported in view of their durability. Because it facilitates the emergence and sharing of multiple visions of this still poorly defined concept, evaluation constitutes an avenue to improvement of health promotion in Africa.

Keywords: Health education; Programme evaluation; Health promotion; West Africa; Empowerment.

¹ EHESP - Avenue Léon Bernard - 35043 Rennes cedex. EA4360 - APEMAC - Université de Nancy.

² École de santé publique, Université de Montréal - 3875 rue saint urbain - H3V1H4 Montréal - Canada. CRCHUM - Département de médecine sociale et préventive - École de santé publique de l'Université de Montréal - Tour Saint-Antoine - 850, rue Saint-Denis, 3^e étage - bureau S03-452 ou S03-462 - H2X 0A9 Montréal - Canada.

³ Institut de santé et développement - Université Cheikh Anta Diop - 12 873 Dakar - Sénégal.

⁴ CRP-Santé - CES - Centre d'Études en Santé - 1a-b rue Thomas Edison - L- 1445 Strassen - Luxembourg.

Introduction

Aborder la question de l'évaluation en promotion de la santé est une tâche ardue. En premier lieu, tout discours sur l'évaluation exige de clarifier le concept et de s'entendre sur les repères à partager, compte tenu de la large utilisation du terme et de la diversité de ses acceptions [1]. En effet, de quelle évaluation s'agit-il : des travaux conduits par les acteurs de terrain pour revisiter leurs pratiques ? Des activités de suivi/évaluation de programmes demandées par les partenaires au développement ? Des travaux de recherche destinées à produire de la connaissance sur l'efficacité des actions ? Ensuite, cela suppose d'avoir cerné l'objet de l'évaluation, les interventions de promotion de la santé en Afrique, ce qui actuellement n'est pas tout à fait acquis. Le concept appliqué aux interventions fait l'objet d'interprétations diverses, associant des références à la politique des soins de santé primaires, à la santé communautaire et à la Charte d'Ottawa¹ [2]. Faute d'une stratégie globale et explicite au niveau national, telle que la Charte d'Ottawa le suggère [3], les actions sont fragmentaires, représentées par des actions locales à soutien communautaire et/ou basées simplement sur l'information et la communication [4, 5].

Confrontés à cette double difficulté, nous avons fait le choix de fonder notre réflexion sur l'observation de la réalité des pratiques, aussi bien en matière d'interventions concourant à la promotion de la santé que d'évaluations de ce type d'intervention. Dans une perspective heuristique, nous avons donc retenu quelques expériences d'évaluation dans l'optique d'illustrer le champ couvert par les travaux, la diversité des situations et pratiques d'évaluation, et de tenter de répondre à quelques questions essentielles. Les interventions en promotion de la santé en Afrique sont-elles évaluées ? Par quels acteurs ? Relèvent-elles d'une approche évaluative spécifique à la promotion de la santé ? Quelles suggestions pourraient être proposées pour progresser, à la fois, dans le domaine de la promotion de la santé et de l'évaluation en Afrique ?

Les pratiques d'évaluation des interventions de promotion de la santé en Afrique

Qu'est-ce que l'évaluation ? Une pratique, une démarche, une méthode, une discipline ? Les qualificatifs sont

¹ http://www.refips.org/files/international/Retombeescharteottawa_vf.pdf

nombreux et témoignent de la pluralité des représentations, des approches, des modèles de référence, des typologies ou encore des modes d'exercice. Au-delà des débats récurrents sur ce qui est du registre de l'évaluation, de ce qui n'en est pas, et de l'idéal type de la pratique, les auteurs [1,6-8] s'accordent sur quelques points-clés : la relation étroite entre évaluation, contexte et intervention, l'association entre évaluation et formulation d'un jugement, la nécessité de le construire avec rigueur et en mobilisant les méthodes adaptées.

Quelques repères pour cerner les contours de l'évaluation

L'évaluation, une activité singulière

L'activité d'évaluation peut revêtir plusieurs aspects dans la mesure où elle est façonnée par un ensemble de paramètres : les attentes des demandeurs, les finalités et enjeux (prise de décision, réajustement du projet, reddition des comptes), les types d'acteurs engagés, la nature de leur implication et leurs représentations de l'évaluation, les approches (cadre de référence théorique, théorie de l'intervention, démarche participative), les méthodes (études expérimentales ou exploratoires, études de cas), la temporalité de l'évaluation (au début, en cours ou fin d'intervention) et les contextes sociopolitiques. Si certains de ces paramètres relèvent de l'activité-même d'évaluation et d'autres du contexte, ces deux catégories sont en constante interaction. Enfin, le sujet sur lequel porte l'évaluation exerce également une influence : évaluer une activité nouvelle suscite des attentes spécifiques (est-ce efficace ? Pourquoi ? Peut-on l'étendre à d'autres territoires ?) et des stratégies d'évaluation adaptées.

Indépendamment du modèle de référence théorique, l'exercice d'évaluation est orienté vers la réponse à un questionnement (l'intervention a-t-elle un sens ? Est-elle adaptée au problème ? Efficace ? Efficente ? Utile ? Bien conduite ? Produit-elle des bénéfices ?) assorti de perspectives d'évolution (faire mieux) ou de prise de décision (interrompre, poursuivre, augmenter ou diminuer les ressources).

L'évaluation, une démarche progressive

La feuille de route de l'évaluateur égrène ces questions et les réponses apportées ponctuent les étapes de la

démarche d'évaluation. Au lancement de l'évaluation, il est essentiel de clarifier les intentions de l'évaluation (pourquoi cette évaluation ? Que voulons-nous savoir ? Comment voulons-nous travailler ?) et de s'assurer que l'on partage une vision commune du projet (comment pense-t-on que celui-ci va produire le changement souhaité ?). Ce processus est indispensable pour renforcer les chances d'appropriation et d'utilisation des résultats des évaluations. La reconstitution de la logique de l'intervention est l'occasion de mettre à jour les représentations de chacun sur le problème traité et les solutions esquissées avec l'intervention. L'élaboration de la méthode d'évaluation questionne la place accordée aux différents acteurs (qui participe ou contribue² à l'évaluation ? Avec quelles responsabilités ?), les angles de vue à partir desquels apprécier les avancées de l'intervention (sur quels critères d'évaluation allons-nous nous baser ?), les informations pertinentes à recueillir (les indicateurs) et le cadre d'interprétation (le référentiel de l'évaluation). L'ensemble de ce processus est qualifié de phase préévaluative ou d'évaluation de « l'évaluabilité³ » [9-10]. Ensuite, un temps est dévolu au recueil et à l'analyse des informations, conformément aux standards des disciplines mobilisées. Enfin, la clôture du travail d'évaluation est matérialisée par le rapport d'évaluation qui précise la méthode, renseigne sur l'intervention évaluée, apporte des éléments de réponses aux questions posées et suggère des pistes d'amélioration. Sur la base du rapport, qui dispose souvent de recommandations opérationnelles, un débat peut s'engager avec l'ensemble des acteurs concernés sur les changements à opérer pour l'avenir. Certains évaluateurs pensent enfin que leur rôle est aussi dans l'accompagnement au changement et ne s'arrête donc pas à la production d'un rapport.

L'évaluation en promotion de la santé a-t-elle une spécificité ?

Si la démarche d'évaluation est classiquement adoptée, quel que soit le domaine auquel elle s'applique, le champ d'intervention, la promotion de la santé en l'occurrence, impose-t-il des précautions particulières, en termes de méthode ou de processus ?

La Charte d'Ottawa précise le concept de promotion de la santé à travers des valeurs et principes (notamment, la

participation des populations, l'équité) et les voies à suivre pour améliorer les conditions de vie des populations. Parmi les nombreuses définitions de la promotion de la santé, celle proposée par l'OMS la qualifie comme le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Cette notion d'*empowerment* (traduit par renforcement du pouvoir d'agir) est indissociable de celle de la promotion de la santé [11]. Les possibilités d'action relèvent de cinq stratégies : l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé.

Ces fondements de la promotion de la santé ont plusieurs conséquences pour l'évaluation que nous traduisons en quatre défis à relever. Premièrement, agir en promotion de la santé implique l'activation de plusieurs leviers aux niveaux individuel, communautaire ou politique pour transformer le cadre de vie des populations, des pratiques professionnelles intégrant les cadres de référence des populations et orientées vers la co-construction de l'action ainsi que la recherche d'une plus grande équité. Pour ces différentes raisons, les interventions en promotion de la santé sont complexes, dans la mesure où elles sont constituées d'un ensemble d'actions conduites à plusieurs niveaux, s'appuient sur les contributions incertaines d'une grande variété d'acteurs porteurs de logiques et de représentations pas toujours convergentes et enfin, dépendent des influences de l'environnement [12]. Hawe *et al.* [13] considèrent les interventions comme des événements qui viennent modifier un système en créant de nouvelles relations, en transformant les rôles et les représentations, en suscitant de nouvelles opportunités et ainsi permettre le changement. Considérer les interventions de promotion de la santé comme des interventions complexes, à savoir des événements constamment mouvants et remodelés, exige un changement radical de paradigme dans la conception des programmes et *a fortiori* de leur évaluation. Ainsi, les interventions en promotion de la santé ne peuvent être évaluées selon le modèle classique, centré sur l'analyse de la conformité entre un projet souhaité et réalisé. D'autres approches plus adaptées sont à construire [14]. Démêler l'écheveau des interactions entre les acteurs et leurs systèmes d'action pour mieux comprendre et approcher des solutions, « embrasser la complexité » au lieu de la réduire [15]. Deuxièmement, le processus d'évaluation, en cohérence avec les valeurs et principes de la promotion de la santé, doit permettre la participation des parties prenantes aux différentes étapes de l'évaluation [16]. Troisièmement, la contribution des actions de promotion de la santé à la

² Une distinction doit être faite entre une participation sous forme de contribution à des activités données ou à des temps particuliers de l'évaluation, d'une participation à toutes les étapes de la démarche avec une implication dans les décisions (choix méthodologiques et interprétations des constats).

³ evaluability assesment.

réduction des inégalités sociales de santé est une question cruciale qui doit être systématiquement intégrée au questionnement évaluatif mais aussi, dans la mesure du possible, au processus évaluatif [17]. Enfin, l'évaluation, parce qu'elle apporte de la connaissance et suscite la remise en question des pratiques, a un rôle important à jouer pour accompagner les acteurs dans la recherche et la mise en œuvre d'actions innovantes [18].

Une approche réflexive

L'analyse réflexive développée dans cet article est fondée sur quatre évaluations réalisées en Afrique afin d'apprécier dans quelle mesure elles posent des défis spécifiques à l'évaluation en promotion de la santé que nous venons de présenter.

Pour le défi de la complexité, nous utiliserons le cadre de questionnement proposé par Kania *et al.* [19]. Ces auteurs ont constaté, en étudiant les évaluations en promotion de la santé que si les devis d'évaluation n'intégraient pas de façon formelle la perspective de systèmes complexes adaptatifs⁴, des références implicites étaient néanmoins présentes. Ainsi, ils suggèrent de questionner la capacité de l'évaluation à saisir les dimensions de la complexité sur quelques points : recueil d'information à partir de différents acteurs et à différents temps ; multiplicité des sources de données ; mesure des changements et des apprentissages ; adaptation du devis aux besoins des acteurs et connaissances acquises en cours d'évaluation ; analyse des interactions entre les acteurs et avec le contexte ; compréhension des interactions entre plusieurs variables. Pour le second défi (renforcement des capacités), nous allons identifier les acteurs impliqués dans l'évaluation, la nature de leur participation et les nouvelles connaissances et compétences générées en relation avec leur implication dans ce travail. Pour le défi relatif à la préoccupation des inégalités sociales de santé, nous rechercherons sa traduction dans le questionnement évaluatif, dans les axes d'analyse et dans l'orientation donnée aux recommandations. Enfin, nous étudierons les retombées de l'évaluation pour le renforcement et la valorisation des actions évaluées.

Les évaluations analysées portent sur des interventions promotrices de santé, chacune d'elles illustrant des

⁴ Les systèmes adaptatifs complexes sont définis comme « une collection d'agents individuels qui ont la liberté d'agir de façon pas totalement prévisible et dont les actions sont interconnectées de telle sorte que les actions d'un agent modifie le contexte pour les autres agents » (Plsek 2001 cité in Kania [39]) (traduction libre).

thématiques et stratégies associées aux piliers de la Charte d'Ottawa et déployées de manières différentes dans trois pays (Bénin, Burkina Faso, Mali). Les quatre cas ont été choisis dans une perspective heuristique, autrement dit en fonction de leur capacité à rendre compte des principaux défis qui nous intéressent dans cet article. Pour reprendre la terminologie de Yin [20] ce sont des cas illuminatifs. Les quatre auteurs, réunis pour une première fois et spécifiquement dans cet exercice d'écriture, ont ainsi pu choisir leur propre expérience évaluative qu'ils considéraient la plus à même d'apporter des éléments de réflexions à l'exercice collectif. La méthode employée pour cette analyse est donc réflexive, puisqu'une telle approche doit être consubstantielle de toute pratique professionnelle de promotion de santé [21] mais aussi d'évaluation de programme [22] afin d'améliorer nos pratiques. Cette analyse s'appuie sur les rapports d'évaluation (qui sont tous issus de données empiriques), sur la connaissance intime des cas car chaque auteur a contribué à l'évaluation qu'il relate et sur la réflexion collective au carrefour de l'expérience de chacun à l'occasion de l'écriture collective de cet article.

Dans un premier temps, chaque auteur, parfois avec ses collègues impliqués dans le processus, a décrit l'intervention et le contexte de son évaluation (finalités, attentes des commanditaires), l'approche méthodologique (questions posées, approche choisie, acteurs impliqués dans l'évaluation et modalités de participation), et la synthèse des principaux résultats. Dans un second temps, une série de conférences téléphoniques et d'échanges par courriel a permis aux quatre auteurs d'améliorer la description des cas individuels pour en faciliter la comparaison. Enfin, dans un troisième temps, une analyse réflexive a été organisée, d'abord au sein de chacun des quatre cas par l'évaluateur principal, et ensuite de manière collective et transversale entre les cas, par les quatre auteurs. Les commentaires de deux réviseurs anonymes de l'article ont contribué à améliorer l'analyse réflexive.

Quatre expériences d'évaluation en promotion de la santé en Afrique

Pour soutenir l'analyse de la spécificité de l'évaluation à l'égard de la promotion de la santé, chacune des quatre études de cas est présentée succinctement dans les prochaines pages ainsi que la façon dont elle a pu ou pas relever les défis énoncés. Le tableau I résume les quatre situations d'évaluations.

Tableau I : Présentation des quatre évaluations

	Ulcère de Buruli (Bénin)	Programme EPS (Mali)	Accès aux soins des indigents (Burkina Faso)	Accès aux soins des populations isolées (Mali)
Description de l'intervention évaluée	Stratégies : changement de comportement, assainissement de l'environnement Actions : sensibilisation de la population par des agents communautaires, formations, installation d'infrastructures	Stratégies : communication, activités génératrices de revenus, renforcement capacités Actions : éducation sanitaire avec l'appui des volontaires du Corps de la Paix dans plusieurs domaines (enfance, assainissement, paludisme, reproduction, nutrition, VIH/sida)	Stratégies : exemption du paiement pour les indigents financée par revenus communautaires Actions: information, définition consensuelle de l'indigence, sélection communautaire participative, distribution de cartes, informations des bénéficiaires	Stratégies : réglementation de l'exercice, incitatifs, recrutement des médecins par les communautés et/ou des communes, support technique et social Actions : aide à l'installation, mise à disposition de matériel, formation, partenariat nord/sud, mise en réseau
Contexte d'évaluation	Terme du financement du projet, apprécier le processus pour réajuster	Opportunité d'évaluation par un mémoire de Master avec supervision de chercheurs	Demande du ministère pour des données probantes, recherche action participative	Convergence d'intérêt entre ONG, gouvernement, OMS Inscrite dans étude internationale
Méthodes	Analyse de la qualité et des réalisations Entretiens avec les acteurs du projet et visites dans les villages	Analyse de l'effectivité et de la conformité du programme réalisé/prévu Enquête dans 6 régions	Analyse de la pertinence, de l'efficacité, des processus, de la pérennité Méthodes mixtes Objet de mémoires et doctorats	Analyse de la pertinence, de l'efficacité, de la viabilité Méthodes mixtes Restitution et mise en débat des résultats et recommandations
Résultats et suites	Démarche participative présente mais à renforcer ; mieux prendre en compte les préoccupations par type de population : femmes, enfants, riches/pauvres...	Conformité du programme avec quelques adaptations Satisfaction plus importante pour les communautés que pour les professionnels Révision du projet initial	Approche communautaire adaptée et efficace mais besoins des indigents plus importants et couverture trop faible Extension ultérieure à 12 districts, influence la politique nationale de protection sociale	Nécessité de combinaison de mesures pour fidéliser les médecins Révision de la politique des ressources humaines en santé
Défi 1 : adaptation du devis à une intervention complexe	Mixité des sources Utilisation du modèle intégrateur des 4 fonctions de la théorie de l'action de Parsons [45]	Mixité des sources Devis classique basé sur l'analyse de la conformité	Mixité des méthodes Approche interdisciplinaire Adaptation du devis au fur et à mesure des besoins en connaissances	Analyse systémique des facteurs en jeu dans le processus de fidélisation
Défi 2 : renforcement des capacités	Accompagnement de l'auto évaluation par les acteurs locaux au regard des objectifs	Partage de bonnes pratiques d'hygiène avec les populations par le biais de l'immersion et l'échange. Interaction et partage de connaissances avec l'Infirmier chef de poste « homologue »	Partage des connaissances lors de l'évaluation Renforcement des compétences des étudiants en évaluation	Débat suscitant une meilleure connaissance et reconnaissance entre les parties prenantes et une plus grande maîtrise du sujet Faible implication des communautés impliquées à déplorer
Défi 3 : réduction des inégalités sociales de santé	Engagement des acteurs politiques et communautaires (chefs de village, infirmiers des centres de santé, instituteurs, villageois...)	Les zones les plus défavorisées du Mali ont été privilégiées dans le choix des sites d'intervention	Confirme les déterminants sociaux des plus vulnérables, remet en cause la solvabilité des populations locales pour la prise en charge des plus vulnérables	Engagement du gouvernement pour plus d'équité dans la répartition des ressources
Défi 4 : soutien de l'innovation	Soutien politique et structurel pour le maintien de l'intervention Accompagnement par la recherche interventionnelle et lien avec une ONG locale spécialisée sur l'Ulcère de Buruli et ouverte à la promotion de la santé Transfert vers d'autres villages	Approche nouvelle dans l'évaluation des programmes de promotion de la santé en Afrique, intégrant des critères précis de l'évaluation de processus	Accompagnement de l'intervention par la recherche	Reconnaissance et légitimation de l'association des médecins et ONG. Reconduction du projet Intégration des apports dans la politique RHS

[45] Parsons T, Social Systems and the Evolution of Action Theory, Free Pr, First Edition, 1977.

L'évaluation d'un programme communautaire au Bénin (Laurence Fond-Harmant)

Le Ministère de la Santé Publique du Bénin a commencé à organiser la lutte contre l'Ulcère de Buruli en 1997 en éditant un premier programme national. La création et l'équipement de cinq centres de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli répartis dans tout le pays assurent la surveillance épidémiologique. Puis le second plan 2009-2011 est lancé. Outre le renforcement des structures de gestion et de prise en charge, la surveillance, le dépistage et l'amélioration de la qualité et la décentralisation de la prise en charge, les stratégies prioritaires portent aussi sur la mise en œuvre de séances de sensibilisation des populations et la prévention primaire. L'évaluation porte sur un projet d'intervention correspondant à cet axe prioritaire. Il est mené afin de réduire les inégalités sociales de santé et la prévalence de l'ulcère de Buruli dans les zones endémiques.

Ulcère de Buruli et promotion de la santé au Bénin

La finalité du projet consiste en la promotion de comportements positifs des villageois pour la lutte contre l'ulcère de Buruli afin de réduire la fréquentation des points d'eau naturelle et de développer l'utilisation de forages, l'hygiène corporelle et l'assainissement du milieu de vie. L'objectif est de diminuer, en deux ans, de 30 % le taux d'incidence de l'ulcère de Buruli dans l'arrondissement de Sédjè Houègoudo qui regroupe six villages. Les objectifs spécifiques se déclinent en quatre axes : comportementaux, environnementaux, éducationnels et organisationnels. Des actions de sensibilisation, formation, information, s'appuient sur les agents sociaux et sanitaires : agents ou relais communautaires, agents de santé des centres de santé d'arrondissement, centre de santé de la commune, enseignants, élus locaux et leaders d'opinion. Le projet prévoit l'installation d'infrastructures notamment : forages, latrines, aires de jeux, et pour les villages des zones humides, distribution de bassines et de bottes pour adultes et pour enfants. Afin d'accompagner l'usage de ces installations et pour un meilleur *empowerment* des habitants, deux types de formation sont prévus pour la communauté des villageois : l'une à dimension socio-économique pour la fabrication et la vente de savons, et l'autre à dimension organisationnelle, pour appuyer la constitution de comités de gestion des forages et de latrines dans les villages.

Contexte de l'évaluation

Ce projet, débuté en 2010 était prévu pour trois ans. Il est financé par la Fondation Raoul Follereau de Luxembourg (FFL) et réalisé par la Fondation Raoul Follereau du Bénin (FRFB). La mission d'évaluation est commanditée par la FFL et confiée au Centre de Recherche Public de la Santé, (CRP-Santé Luxembourg). Au regard des référentiels de santé primaire, de santé communautaire et de la démarche de la Charte d'Ottawa, cette évaluation, à mi-parcours, a

pour but d'apprécier le processus de projet et de proposer un réajustement le cas échéant.

Processus et méthode d'évaluation

La démarche d'évaluation s'intéresse à la pratique professionnelle, à la qualité technique et à l'organisation de l'action, aux relations établies entre les acteurs et la population. L'évaluation permet de donner à voir une partie de ce processus et de percevoir la qualité de l'intervention, le professionnalisme des acteurs et les réalisations intermédiaires du projet. Dans une démarche communautaire, ouverte et participative, des visites dans les villages, des rencontres avec les chefs de villages, les représentants des villageois et des consultations ont été menées auprès de vingt professionnels de l'équipe FRFB : responsables du projet, médecins, relais communautaires, infirmiers. Une grille d'évaluation élaborée autour de six éléments opérationnels a été conçue [23] pour une double approche micro-sociologique et interculturelle [24]. Des conditions positives d'échanges ont été créées afin d'être le plus près possible des réalités du terrain.

Résultats de l'évaluation

À l'analyse des six indicateurs, les résultats de l'évaluation [25] font apparaître que le projet repose bien sur une démarche participative des populations : il consiste à lever les résistances relatives à la détection et à la guérison et à sensibiliser les populations à l'importance des facteurs de risque. Néanmoins, pour la suite du projet, il semble nécessaire de le réajuster. En effet, il est préconisé d'adopter une démarche plus communautaire qui vient des villageois, qui eux-mêmes, auront discuté avec leur chef de village et les notables pour la mise en place d'actions de promotion et d'infrastructures de santé. Les professionnels de FRFB pourront également s'appuyer sur la démarche initiée par l'OMS, avec le concept de « Village-santé » pour « favoriser les initiatives locales des membres des communautés en mobilisant des ressources humaines et financières pour qu'ils instaurent un environnement sain et travaillent à l'adoption de comportements sains » [26]. Il est important de multiplier les séances de sensibilisation plus particulièrement auprès des relais, guides, chefs de villages, notables, des femmes et des enfants avec des supports adaptés. Il est nécessaire aussi de pérenniser le projet dans ces six villages en multipliant les latrines, les forages et les aires de jeux tout en renforçant les connaissances des habitants, notamment sur les notions d'hygiène et d'environnement. La question des déchets doit être intégrée dans la formation

des guides et relais pour construire un environnement sain. Dans un contexte de ressources limitées, il est judicieux de hiérarchiser les priorités. Mais les priorités ne sont pas homogènes selon la particularité des villages et selon les tranches d'âge et le genre des villageois. Les habitants des zones humides et inondables ou encore les femmes et les hommes n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations. Les personnes riches ou pauvres, les groupes ethniques et religieux différents, les personnes âgées, les jeunes ou les enfants auront d'autres manières de voir les choses. On ne peut pas homogénéiser les comportements et les attitudes des villageois face à un programme de prévention et de promotion de la santé.

Spécificité du programme et de l'évaluation au regard de la promotion de la santé

L'évaluation a permis de recadrer le projet sur ses objectifs finaux. Des réajustements du projet dans sa deuxième phase de réalisation l'ont inscrit de manière plus opérationnelle, dans une démarche communautaire et participative de tous les acteurs : villageois et professionnels. Elle a suscité la création d'un comité de villageois afin de mieux analyser leurs besoins et difficultés dans l'appropriation de comportements nouveaux pour l'usage de l'eau. Des outils et supports pédagogiques de formation ont été adaptés. L'équipe des professionnels a été étoffée d'une assistante sociale pour l'accompagnement des personnes les plus en difficulté en complément de leur dossier médical. Une étude de transférabilité du projet vers d'autres villages endémiques est lancée en partenariat avec le Ministère de la santé béninois.

Cette évaluation s'inscrit dans une démarche d'accompagnement des décideurs à relever les défis d'un système social et de santé défaillant dans des zones géographiques très pauvres notamment en infrastructures sanitaires. Elle rend compte de la complexité de l'intervention et fait preuve d'adaptation à un contexte où les ressources humaines et matérielles sont réduites. L'évaluation a mobilisé les acteurs du centre de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli de Alada : d'une vision biomédicale, elle les a fait aller vers une approche biosociale de la maladie en consolidant les valeurs communes pour lutter contre l'ulcère de Buruli. Elle a permis d'interroger leurs pratiques professionnelles en intégrant, de manière novatrice dans la lutte contre l'ulcère de Buruli, le curatif et le préventif par la formation des personnels et l'information de la communauté. L'évaluation a permis également de réajuster le programme d'intervention dans le sens d'une meilleure répartition des équipements et de l'usage plus impartial des structures. Elle participe ainsi à la démarche de

réduction des inégalités sociales de santé soutenue par la Charte d'Ottawa de promotion de la santé.

La lutte contre l'ulcère de Buruli ne relève pas que des services de médecine et de santé comme le montre cette évaluation de projet mais doit impliquer toute la communauté. C'est une affaire sociétale : c'est le processus de dialogue continu entre les villageois, les acteurs de la recherche pour l'évaluation et les acteurs de l'intervention qui produira les meilleurs résultats sur la performance des projets menés. L'enjeu est au cœur du développement des sociétés et de la santé des populations [27].

L'évaluation d'un programme d'éducation sanitaire au Mali (Issa Wone et Ntossama Diarra)

Le Mali bénéficie de l'assistance multi et bilatérale à travers l'action des organisations non gouvernementales, des agences de coopération et de développement. C'est ainsi que, depuis 1971, sur invitation du gouvernement malien, le Corps de la Paix américain est présent et s'est investi dans cinq programmes de développement : eau et assainissement, éducation, environnement, petites et moyennes entreprise, santé. Près de trois mille jeunes volontaires américains se sont succédés pour travailler avec les communautés dans une approche qui se veut intégrée et alignée sur les efforts des pouvoirs publics. L'apprentissage de la langue et de la culture locale sont des éléments-clés de l'intégration du jeune volontaire dans le processus de développement de la communauté.

Programme de promotion de la santé du Corps de la Paix américain au Mali

Le programme « éducation sanitaire » a démarré en 1978, avec comme objectif global de « contribuer à l'amélioration de la santé de la population malienne ». Il couvre des domaines tels que la survie de l'enfant, l'hygiène et l'assainissement, la prévention du paludisme, la santé de la reproduction et le planning familial, la nutrition, le développement communautaire, la lutte contre le VIH/sida.

Les interventions se situent aussi bien au niveau individuel, avec comme cibles les femmes et les enfants, qu'à celui de la communauté toute entière. Les volontaires effectuent par exemple des visites aux domiciles des femmes enceintes, allaitantes, et des enfants suivis pour malnutrition. Les actions de masse sont marquées par des sessions d'information et d'animation dans les radios communautaires. Le programme finance également des activités génératrices de revenus au profit des villageois, assure le renforcement des capacités des organisations communautaires dans des domaines tels que la prévention du VIH, la planification familiale, la nutrition. Certains conseillers sont également présents aux côtés des agents de santé (infirmiers appelés ici « homologues ») qu'ils assistent dans l'organisation des activités en dehors du poste (stratégies avancées de vaccination, surveillance de la croissance, causeries) [28].

Contexte de l'évaluation

Hormis le système de suivi de routine mettant l'accent sur les aspects administratifs relatifs à la réalisation des activités, aucune évaluation formelle de ces actions n'avait été effectuée depuis leur démarrage, à l'exception du programme « petites et moyennes entreprises » qui avait fait l'objet d'une évaluation externe. L'inscription de l'assistant de programme malien du projet à l'Option Suivi et Evaluation des projets et programme de santé du Master de santé publique de l'Institut de santé et développement (ISED) de Dakar a offert l'opportunité de procéder à l'évaluation du volet santé. Le directeur national de Corps de la paix au Mali, y voyait là une occasion intéressante. L'évaluation a donc été conduite sous la supervision étroite de chercheurs de l'ISED, qui se sont déplacés au Mali pour ce travail.

Processus et méthode d'évaluation

Une matrice d'évaluation de processus adaptée de celle proposée par Saunders *et al.* [29], a été réalisée afin d'apprécier le mode de sélection et de répartition des volontaires, la fidélité (respect de la planification), la dose délivrée (exécution effective des activités), la dose reçue (atteinte de la cible réelle, adhésion et degré de participation de la cible), les obstacles et contraintes. Pour chaque critère d'évaluation, un ensemble de questions spécifiques a été posé, les sources d'information ainsi que les méthodes d'analyse ont été identifiées. Les outils d'évaluation ont été développés à partir de cette matrice, administrés aux différentes cibles (communautés de base, organisations communautaires, professionnels de santé, autres partenaires) dans six des huit régions couvertes par le programme et dans quinze sites d'intervention.

Résultats de l'évaluation

Le déploiement des volontaires démarre avec une sélection rigoureuse des sites d'accueil. Le volontaire est affecté selon son profil et les besoins spécifiques du site pour lequel un projet est ensuite développé. L'évaluation montre [28] cependant que tous les critères d'implantation du site ne rencontrent pas l'adhésion des bénéficiaires pour qui ce processus a été jugé plus rationnel que pragmatique ; par exemple, le site était choisi en fonction de l'existence ou non d'un centre ou poste de santé, ou de la disponibilité d'un « homologue » pour accueillir le volontaire, alors que la priorité aurait dû être plutôt accordée aux sites présentant le plus de défis de santé publique à relever. Les possibilités d'intégration et d'insertion du volontaire semblaient

prendre le pas sur les autres considérations. Grâce à un dispositif efficace et bien éprouvé, les plans d'action des volontaires ont été exécutés dans les délais prévus. On observe cependant quelques écarts par rapport à la planification, les volontaires s'adaptant aux réalités et besoins locaux. Ainsi, certaines activités non prévues dans la planification ont pu être réalisées par les volontaires à leur initiative. Par exemple, la présence des volontaires dans les structures de santé a pu être considérée par des acteurs comme un palliatif au déficit chronique en personnel qualifié, alors que leur présence devait être *a priori* en support et complément de l'existant et non en substitution. Du point de vue des populations et des organisations bénéficiaires, les perceptions sont assez diverses, allant de la satisfaction totale (plutôt de la part des communautés de base) à une perception neutre sur l'action des volontaires, liée à l'absence de contact. Les acteurs homologues (agents de santé qui travaillent avec les volontaires) ont souligné une amélioration de l'organisation du travail. Ces différences de perceptions sont sans doute liées aux attentes de chaque cible.

Les résultats de l'évaluation ont permis à la direction du projet de prendre plusieurs mesures dont la redéfinition des critères de sélection des sites, l'adaptation du contenu de la formation des volontaires, la relecture et l'actualisation du cadre de mise en œuvre du programme. Ils ont été également utilisés comme exemples illustratifs dans le cadre de la formation des nouveaux volontaires.

Spécificité au regard de la promotion de la santé

L'évaluation des actions de promotion de la santé nécessite une adaptation de la démarche et des outils habituellement utilisés dans les approches classiques. Il s'agit d'une approche mettant l'accent sur une compréhension approfondie du processus qui conditionne les résultats attendus. Plusieurs modèles destinés à cerner et éclairer au mieux les relations étroites qui existent entre les interventions, les résultats attendus et les conditions de succès ont été proposés, y compris des modèles impliquant la participation des communautés de base au processus d'évaluation. Saunders *et al.* [29] proposent une méthode de synthèse, adaptée de travaux antérieurs [30-32] et applicable aux programmes de promotion de la santé, avec les critères évoqués plus haut (mode de sélection, fidélité, dose délivrée, dose reçue, obstacles et contraintes). À partir de ces critères, un plan d'évaluation spécifique au programme des volontaires du Corps de la Paix dans le contexte malien a été proposé. Le questionnement évaluatif a été centré sur les enjeux et les thèmes spécifiques du projet.

L'évaluation du recours aux soins des indigents au Burkina Faso (Valéry Ridde et Kadidiatou Kadio)

On dispose de très peu de connaissances (scientifiques et expérientielles) concernant les interventions qui améliorent l'accès aux soins des indigents (personnes les plus pauvres dans l'incapacité de payer de manière permanente) en Afrique. Ainsi, une équipe de chercheurs, intervenants et décideurs ont mis en place après deux années de planification participative, une intervention en 2007 dans un district du Burkina Faso.

Promouvoir le recours aux soins des indigents

Des comités villageois ont sélectionné les indigents devant bénéficier de la gratuité des soins. Aucun critère *a priori* n'était utilisé, seule une définition consensuelle de l'indigence et la fine connaissance des habitants du village permettaient de dresser cette liste. Les soins gratuits sont financés par les bénéfices réalisés sur la vente des médicaments et consultations des utilisateurs des centres de santé, tel que cela était prévu, mais jamais organisé, lors de l'initiative de Bamako. Tous les indigents ont reçu une carte d'exemption du paiement signée et remise par le ministère de la Santé et celui de l'Action sociale. Ils pouvaient ensuite se rendre dans tous les centres de santé primaire du district pour être soignés gratuitement, y compris recevoir des médicaments.

Contexte de l'évaluation

De nombreuses recherches évaluatives ont été entreprises entre 2007 et 2011 afin d'étudier l'efficacité, le processus, la pertinence, l'éthique, la pérennisation ou encore le potentiel d'extension à une plus large échelle que celle du district où l'intervention a été organisée [33]. L'objectif est de permettre au ministère de la Santé de disposer de bases factuelles pour la prise en charge des indigents dans les centres de santé qu'il réclame dans ses documents de politique depuis 1992, sans jamais l'avoir mis en œuvre véritablement.

Processus et méthode d'évaluation

Ces évaluations ont eu recours à des méthodes mixtes (entrevues individuelles et de groupes, étude de cas, enquêtes quantitatives dans les ménages, analyses économiques, etc.) [34]. Plusieurs étudiants africains et canadiens ont effectué leur mémoire de maîtrise ou de doctorat en santé publique sur ce sujet.

Résultats de l'évaluation

Les évaluations ont montré que le processus participatif villageois était adapté au contexte et n'a pas provoqué de

stigmatisation sociale. La sélection a été juste car les personnes ayant obtenu leur carte d'indigence étaient plus vulnérables que les autres. Cependant, les bénéficiaires de la carte n'ont pas été suffisamment tangibles pour les indigents, leurs besoins allant bien au-delà de l'accès aux soins. De plus, en absence de l'intervention de l'État, la couverture de la sélection des indigents est infime (1 %) compte tenu des faibles capacités contributives des autres villageois.

Les résultats ont donné lieu à plusieurs publications scientifiques, notes de politiques pour les décideurs, ateliers locaux, nationaux et sous régionaux, ainsi qu'un film documentaire qui a été primé à deux reprises (<http://www.equitesante.org>) [35]. En partie sur la base de ces résultats encourageants au plan du processus de sélection, deux autres districts du pays l'ont mise en œuvre (sélection communautaire et soins gratuits) à partir de 2010 avec le soutien d'une ONG (HELP) [36]. Une expérimentation a eu lieu en 2011-2012 dans la capitale Ouagadougou. Elle a montré que le processus communautaire était aussi pertinent en milieu urbain mais uniquement dans les quartiers non lotis (informels), elle n'a pas fonctionné en zone lotie. En 2012, le gouvernement a formulé sa politique de protection sociale en se donnant l'objectif de l'exemption du paiement des soins pour les indigents, en partie influencée par cette recherche action. Début 2014, l'État va répliquer ce processus de sélection communautaire dans 12 districts du pays, la Banque mondiale va contribuer pour 20 % de la population qui sera sélectionnée comme indigente et obtiendra les soins gratuits.

Spécificité au regard de la promotion de la santé

L'intervention, mais aussi le processus évaluatif, répondent aux objectifs de promotion de la santé car il s'agit de renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*) des populations les plus vulnérables, de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'user d'un processus participatif éthique tout au long de la démarche [16]. La démarche a associé des activités de partage et d'application des connaissances qui ont porté leurs fruits. Mais il a fallu être patient et user d'une myriade de stratégies [37]. L'implication d'étudiants dans les processus évaluatifs participe aussi à la construction d'une masse critique d'évaluateurs compétents en Afrique.

L'évaluation a mis au jour, s'il en était besoin, les déterminants sociaux de la santé des plus vulnérables. Elle confirme que l'accès aux soins est un besoin important, mais qu'il faut s'attaquer aux barrières non financières et surtout, aux autres déterminants sociaux [38].

La pérennité était au cœur de l'intervention. Si le processus visait cet objectif, il a montré qu'il ne pouvait pas

être atteint dans un tel contexte. Il est impossible de demander aux villageois pauvres des milieux ruraux de financer l'accès aux soins des indigents. Leurs capacités financières locales sont trop réduites et l'évaluation a soulevé une nouvelle fois l'importance pour l'État de prendre ses responsabilités en mobilisant la solidarité nationale et le partage des risques à l'échelle du pays.

L'évaluation de la politique d'amélioration de l'accès aux soins dans les zones rurales isolées au Mali (Françoise Jabot, Laurence Codja, Henri Dubois)

Malgré les efforts engagés depuis des décennies pour relever le défi de « la santé pour tous en l'an 2000 » lancé en 1978 lors de la conférence d'Alma-Ata, une proportion importante de la population malienne ne bénéficie pas de soins de qualité. L'offre de soins est, d'une part, inégalement distribuée et peu accessible géographiquement et financièrement, et, d'autre part, peu utilisée faute d'être crédible. Les centres de santé sont majoritairement démunis et sous la responsabilité d'agents de santé insuffisamment qualifiés et motivés. Face ce constat, plusieurs initiatives ont été progressivement engagées afin d'accroître, et surtout de maintenir, la présence de médecins dans les zones rurales.

La réorientation des services de santé dans les zones rurales du Mali

L'association *Santé Sud*, financée par le Ministère français des affaires étrangères et l'Union européenne, a développé depuis la fin des années 80 un dispositif d'appui à l'implantation des médecins dans les zones rurales isolées avec notamment la création d'une association les regroupant. Ce projet est fondé sur l'hypothèse que la présence de médecins, intégrés à la communauté et pratiquant une médecine globale, inscrite dans une relation personnalisée et de confiance, améliorera la qualité des soins et par voie de conséquence, l'accès et le recours des populations au système de santé.

Engagé dès les années 80 au Mali, le processus de décentralisation a conduit à la création de centres de santé confiés à la responsabilité des communautés et s'est achevé avec le transfert de compétences aux collectivités locales. Parallèlement, le gouvernement malien engageait une politique de santé renforçant les centres de santé de première ligne et accélérant le recrutement de ressources humaines nécessaires à la consolidation du système de santé.

Ainsi, la politique conduite associe plusieurs stratégies portées par une pluralité d'acteurs :

- réglementation de l'exercice et système d'attraction prévu par l'État (salaire, primes, logement) ;
- recrutement des médecins par les associations communautaires et/ou les communes ;
- accompagnement des médecins par l'association des médecins et Santé Sud : aide à l'installation (étude de faisabilité, négociation du contrat avec l'employeur, kit d'installation, formation), soutien technique et social après l'installation (formation continue, partenariat nord/sud, mise en réseau).

Contexte de l'évaluation

Après plusieurs années de fonctionnement, l'OMS, en accord avec le Ministère des affaires étrangères français et le Ministère de la santé du Mali, décidait de lancer une évaluation de l'ensemble des stratégies déployées. Cette évaluation s'inscrivait dans le cadre d'une étude à échelle internationale sur la problématique des ressources humaines en santé⁵.

Processus et méthode d'évaluation

L'évaluation avait pour but d'apprécier la pertinence, l'efficacité et la viabilité des stratégies développées pour attirer et maintenir les médecins dans les zones rurales. Un cadre conceptuel a été construit sur une recension des écrits portant sur les stratégies de fidélisation des professionnels de la santé dans les zones défavorisées et les facteurs influençant le choix du lieu d'exercice du professionnel. Sur cette base, le questionnement évaluatif a été précisé. La méthode d'évaluation a conjugué une analyse documentaire, une enquête par questionnaire auprès des cent-vingt médecins installés en zone rurale, des entretiens avec les décideurs nationaux, les partenaires institutionnels et les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce programme. De plus, des études de cas dans quatre régions ainsi qu'une analyse des coûts des mesures déployées ont été réalisées. Les études de cas avaient pour but de saisir la réalité vécue par les médecins sur leur lieu d'exercice. Le choix des régions retenues (Kayes, Koulikoro, Segou, Sikasso) était basé sur des critères de faisabilité (durée du recueil des données, sécurité des lieux) et de pertinence (zone isolée et éloignée de Bamako). Les études de cas ont été conduites dans chaque région, à partir de l'observation de trois à quatre situations d'exercice, correspondant chacune à une aire de santé.

Les questions et la méthode ont été discutées dans le cadre d'un comité de pilotage associant les partenaires institutionnels, l'association initiatrice du projet et l'équipe d'évaluation.

Résultats de l'évaluation

Les travaux ont montré les bénéfices de la présence de médecins dans les centres de santé ruraux pour améliorer l'accès et le recours des populations rurales aux services de santé. Par ailleurs, si les stratégies mises en œuvre pour attirer les médecins dans les zones rurales ont fait la preuve de leur efficacité, l'évaluation témoigne de la difficulté à les

⁵ <http://www.who.int/hrh/retention/home/fr/index.html>

y maintenir à long terme [39]. La fidélisation des médecins dans les postes isolés dépend de la mise en œuvre d'un ensemble de mesures aux niveaux national, régional et local. En effet, la décision de poursuivre un exercice rural isolé est influencée par une pluralité de facteurs individuels, institutionnels, organisationnels et environnementaux. La viabilité des stratégies dépend de l'institutionnalisation du processus en place et des mécanismes de soutien, du fait de la faiblesse des ressources financières des collectivités et la non-solvabilité des populations.

Quelques mois après la remise du rapport, un atelier de travail de quatre jours regroupant les différents acteurs concernés était organisé à Bamako afin de débattre des conclusions et recommandations du rapport et de préparer un plan d'action avec les autorités et les principaux partenaires maliens. Dans les mois qui ont suivi, la politique des ressources humaines a été révisée à la lumière du rapport et des propositions issues de l'atelier. Cependant, la période d'instabilité liée aux événements survenus dans le nord du Mali en 2010 n'a pas permis le suivi de la mise en œuvre des recommandations.

Spécificité au regard de la promotion de la santé

L'évaluation porte sur une intervention complexe qui associe des actions mises en œuvre par des acteurs à différents niveaux. Le gouvernement engage des mesures réglementaires et incitatives tandis que les autorités locales et communautés assument la responsabilité des soins de première ligne. L'association des médecins ruraux s'efforce de structurer la profession de « médecins de campagne » et de jouer l'interface entre médecins et gestionnaires des centres de santé. Enfin, les médecins sont impliqués dans des activités curatives, préventives et éducationnelles en lien avec la communauté. Par ailleurs, la volonté des médecins de demeurer ou non en zone rurale dépend d'un ensemble de facteurs en étroite interaction. L'évaluation, pour répondre au défi de la complexité de cette politique a développé une approche systémique basée sur un cadre théorique tenant compte de la dynamique entre les différents facteurs et du processus de fidélisation.

Cette évaluation a permis de renforcer les capacités des acteurs à différents niveaux : intégration des apports de l'évaluation dans la politique des ressources humaines, contribution au processus de légitimation et reconnaissance de l'association et de Santé Sud, apprentissages au bénéfice des acteurs locaux à l'occasion des rencontres. Elle a ouvert un espace de débat avec les parties prenantes, institutions et professionnels, associatifs mais les communautés n'ont pas été directement impliquées.

En mettant la question de la redistribution des ressources à l'agenda politique, elle a contribué à la réduction des inégalités. En effet, le gouvernement a réaffirmé, dans sa politique de développement des ressources humaines pour la santé, son engagement en faveur d'une répartition équitable sur l'ensemble du pays notamment dans les zones de pauvreté ou difficiles d'accès ; les mécanismes d'incitation à aller travailler dans ces zones ont été étendus à l'ensemble du personnel sanitaire technique. Enfin, elle a eu un impact non négligeable sur le devenir du projet : remobilisation des acteurs, légitimation de l'association des médecins, reconduction financière.

L'évaluation en promotion de la santé en Afrique : quelles spécificités ?

La diversité des interventions en promotion de la santé

Les quatre interventions évaluées diffèrent par la thématique et la problématique concernées, les objectifs poursuivis, le périmètre d'implantation et les stratégies d'action. Les deux premières (prévention de l'ulcère de Buruli au Bénin, éducation sanitaire au Mali) développent des stratégies visant le changement de comportement conjuguées à des actions sur l'environnement (Bénin). Les deux suivantes visent l'amélioration de l'accès aux soins, l'une à partir d'une approche populationnelle (promotion du recours aux soins des indigents au Burkina Faso), l'autre à partir d'une approche territoriale (répartition des ressources humaines dans les zones rurales isolées au Mali). Les ingrédients de la promotion de la santé sont présents dans chacune de ces interventions ; les modalités d'intervention choisies ainsi que le rôle dévolu à la communauté dépendant, non seulement du problème initial, mais aussi du contexte et de la façon dont les parties prenantes entendent apporter des solutions. En particulier, les stratégies privilégiées des partenaires extérieurs financeurs des programmes⁶ influencent l'approche (verticale *versus* intégrée, populationnelle, territoriale) des interventions et, par extension, leur évaluation. Cette influence est certainement spécifique au contexte des interventions en Afrique et nous rappelle que la Déclaration de Paris⁷ mérite encore une attention particulière.

⁶ Ce qui est le cas pour trois des quatre programmes présentés.

⁷ The Paris Declaration, 2nd High Level Forum on Aid Effectiveness, 2005, <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf>

La capacité des évaluations à répondre aux défis de la promotion de la santé

L'évaluation est façonnée par un ensemble de paramètres au premier rang desquels figurent les attentes des acteurs quant à l'utilisation des résultats pour le devenir du programme. Les deux premières évaluations (Bénin, Mali) s'intéressent principalement au processus de mise en œuvre du projet (qualité des pratiques, nature des relations entre les acteurs, analyse de la conformité) dans une visée de réajustement. Les deux évaluations sur l'accès aux soins (Burkina Faso, Mali) questionnent des orientations nationales, sont centrées sur les résultats et engagent l'État dans la révision de ses politiques de santé (exemption du paiement des soins, répartition des ressources humaines en santé). Elles mettent aussi à jour le besoin des États de s'engager sur des politiques de promotion de la santé qui dépassent la seule organisation des systèmes de soins ou autres programmes d'interventions verticales comme cela est encore bien souvent le cas.

Ces quatre évaluations ont-elles réussi les défis de l'évaluation de la promotion de la santé ?

- *Le défi de la complexité*

Les quatre évaluations satisfont quelques-uns de ces critères suggérés par Kania *et al.* [19] : recours à la mixité des sources et des méthodes, pluralité des points de vue, appréciation des changements. En revanche, les devis diffèrent dans leur approche, tantôt normative (analyse de la fidélité ou de la qualité du programme), tantôt compréhensive (analyse des interactions entre différentes variables) ainsi que dans leur capacité d'adaptation en cours d'évaluation ; la marge de manœuvre des évaluateurs étant plus ou moins contrainte par le cadre initialement défini et les ressources disponibles. Néanmoins, dans les quatre situations, le contexte est considéré comme un facteur déterminant à prendre en compte pour juger des conditions de réussite du projet.

- *Le défi de l'empowerment*

La démarche d'évaluation a contribué au renforcement des capacités des personnes qui ont participé à l'évaluation (acteurs locaux engagés dans l'autoévaluation au Bénin, étudiants au Burkina Faso) ou encore des acteurs qui ont participé à l'atelier de travail sur les recommandations en vue d'améliorer la politique des ressources humaines au Mali. Ces deux dimensions (renforcement des compétences et participation) sont essentielles au développement du pouvoir d'agir mais pas suffisante car il faut aussi agir, si on accepte les

propositions conceptuelles de Ninacs, sur la conscience critique et l'estime de soi. Mais c'est un premier pas [40].

Dans l'intervention du Burkina Faso, l'*empowerment* et ses quatre dimensions était aussi un objet de l'action évaluée, tant des indigents que des comités de gestion notamment [41]. En effet, si l'évaluation en promotion de la santé peut s'organiser selon un processus participatif, voire emprunter la démarche de l'*empowerment evaluation*, le renforcement du pouvoir d'agir doit aussi faire l'objet d'une analyse, ce qui reste rare. Les évaluateurs peuvent ainsi étudier l'*empowerment* comme un processus associé aux démarches de promotion de la santé mais aussi comme un résultat attendu de ces derniers [42].

- *Le défi de la prise en compte des inégalités sociales*

La question des inégalités est au cœur des deux évaluations qui portent sur l'accès aux soins. Ces dernières ont contribué à des prises de décision en faveur de l'équité (prise en charge des indigents, rééquilibrage territorial du système de santé) dont il faudra vérifier la pérennité. Cependant, réduire les inégalités d'accès aux soins ne résout pas la question des inégalités sociales de santé, laquelle exige la convergence, dans un cadre intersectoriel, d'actions visant l'amélioration des conditions de vie des individus et une répartition plus équitable des ressources. Il nous semble là que beaucoup reste encore à faire en Afrique comme ailleurs.

- *Le défi de l'innovation*

Au Bénin, l'évaluation a facilité le partage des connaissances générées vers les utilisateurs du programme et à d'autres villages. Au Mali, elle a permis, à l'occasion de la restitution des résultats, d'engager un débat sur les atouts et les contraintes du projet, et par là même, d'accorder reconnaissance et légitimité à l'association malienne des médecins comme partenaire des pouvoirs publics. Au Burkina Faso, l'innovation peine à rencontrer l'intérêt des décideurs nationaux alors que tous les acteurs régionaux et locaux s'accordent pour en noter la pertinence. Le contexte sociopolitique et les caractéristiques du système de santé, deux éléments à considérer dans l'analyse du passage à l'échelle d'une innovation [43], ne semblent toujours pas propices à cette dernière.

Conclusion

L'évaluation en promotion de la santé doit considérer la dimension holistique et intégrative des interventions déployées. Pour Saunders, elle « *permet de discuter du*

« système de valeurs qui fonde l'action ou le programme. Si elle est participative, elle joue un rôle fédérateur de renforcement des valeurs communes » [29]. Les expériences rapportées ici illustrent différents aspects de cette conception, avec la participation communautaire au moment de la formulation de l'évaluation des projets, le renforcement des capacités des acteurs associés à l'évaluation, l'utilisation de critères adaptés pour l'évaluation de processus, la position des agents du système de santé qui deviennent, par le regard évaluatif qu'ils posent sur leur système, des vecteurs de changement pour la réorientation des services de santé. Pour autant, des améliorations sont à prévoir pour développer des approches qui puissent rendre compte de la nature complexe des interventions et inscrire la question de l'équité au cœur de la réflexion évaluative. La démarche réflexive que nous avons entreprise dans cet article est un exemple, mais il est forcément limité par le temps court pour la réaliser et la distance géographique entre les auteurs n'est pas facilitante. Rendre systématique un tel exercice et en accroître la profondeur d'analyse serait très certainement bénéfique au développement de l'évaluation de la promotion de la santé en Afrique. Les associations nationales de promotion de la santé, de santé publique et d'évaluation de programmes, qui existent aujourd'hui dans quasiment tous les pays d'Afrique, auraient certainement un rôle à jouer à cet égard.

Parce qu'elle décortique les interventions (hypothèses à l'origine de leur conception, déploiement à travers les actions, pratiques des acteurs, analyse des changements), l'évaluation fait émerger les visions plurielles des parties prenantes sur le problème et ses modes de résolution. La réalisation de l'exercice résulte dans bon nombre de cas, d'un travail de négociation entre ces différentes conceptions. Adaptée au domaine de la promotion de la santé en Afrique, cette fonction est d'autant plus nécessaire que le concept est mal cerné, entre démarche communautaire, politique de soins de santé primaires, actions à visée d'information, de communication ou d'éducation pour la santé. Cette diversité se reflète dans les quatre expériences présentées et éclaire la singularité des approches dans les méthodes d'évaluation de ces interventions. L'évaluation peut être une voie pour clarifier le cadre de la promotion de la santé avec l'ensemble des acteurs, tant locaux qu'institutionnels, décideurs et partenaires techniques et financiers, et ainsi contribuer à la qualification des pratiques dans ce domaine. L'évaluation fait définitivement partie des huit domaines de compétences à développer pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique [44].

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Mathison S. Encyclopedia of Evaluation. 2004, Thousand Oaks (CA): Sage Publication. 481 p.
2. Seck A, Valéa D. Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Rapport final. Ouagadougou : Ministère de la santé ; 2011. 105 p. [Visité le 11/05/2014]. En ligne : http://www.unicef.org/bfa/french/analyse_de_la_sante_communautaire_au_Burkina_Faso.pdf.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa. Genève : OMS, 1986. 6 p. [Visité le 11/05/2014]. En ligne : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
4. Houeto D, Valentini H. La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir. Santé publique. Santé publique, 2014;26(Supplément 1):S9-S20.
5. Dixey R., Njai M. The call to action: health promotion in The Gambia – closing the implementation gap? Global Health Promotion. 2013;20:5-12. doi: 10.1177/1757975913486682.
6. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal (QC) : Presses de l'Université de Montréal ; 2009. 304 p.
7. Stoffelbeam DL. Evaluation as enlightenment for decision making. In: Worthen BR, Sanders JR, éditeurs. Educational Evaluation: Theory and Practice, Belmont (MA): Wadsworth Pub; 1973. pp. 143-147.
8. Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation. Santé de l'homme. 2007 ; 390 : 11-55. [Visité le 11/05/2014]. En ligne : <http://inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-390.pdf>.
9. Beaudry J, Gauthier B. L'évaluation de programme. In : Gauthier B., éditeur. Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données. Sainte-Foy (QC) : Presses de l'Université du Québec ; 1992. pp. 425-52.
10. Trevisan MS. Evaluability assessment from 1986 to 2006. Am J Eval. 2007;28(3):290-303. doi: 10.1177/1098214007304589.
11. Le Bossé Y. De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. Nouvelles Pratiques Sociales. 2003;16(2):30-51.
12. Rogers PJ. Using program theory to evaluation complicated and complex aspects of intervention. Évaluation. 2008;14(1):29-48. doi: 10.1177/1356389007084674.
13. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. Am J Community Psychol. 2009;43(3-4):267-76. doi: 10.1007/s10464-009-9229-9.
14. Blaise P, Marchal B, Lefèvre P., Kegels G. Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. In : Potvin L, Moquet MJ, Jones C, éditeurs. Réduire les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : Inpes ; 2010. pp. 285-296. (La santé en action). [Visité le 16/05/2014]. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfatabases/catalogue/pdf/1333.pdf>.
15. Zimmernan BJ, Dubois N, Houle J, et al. En quoi la complexité a-t-elle des répercussions sur l'évaluation ? Introduction au numéro spécial. Revue canadienne d'évaluation de programme. 2011;26(3):xiii-xx.
16. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I, Goodstadt M,

- Hyndman B, editors. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: World health organization; 2001. pp. 7-38. (WHO Regional publications, European series; n° 92). [Visité le 16/05/2014]. En ligne : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf.
17. Ridde V, Pommier J, Jabot F. Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités. *In* : Potvin L, Moquet MJ, Jones C, éditeurs. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes ; 2010. pp. 257-69. (La santé en action). [Visité le 16/05/2014]. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfes-bases/catalogue/pdf/1333.pdf>.
 18. Potvin L, Golberg C. Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation des pratiques en promotion de la santé au Canada et au Québec. *In* : O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I, éditeurs. *Promotion de la santé au Canada et aux Québec, perspectives critiques*. Québec : Presses de l'université de Laval ; 2006. pp. 457-73.
 19. Kania A, Patel AB, Roy A, Yelland GS, Nguyen DTK, Verhoef MJ. Capturing the complexity of evaluations of health promotion interventions: a scoping review. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2013;27(1):65-91.
 20. Yin RK. *Case study research: design and methods*. 4^e ed. Los Angeles (CA) : Sage publications ; 2009. xiv, 219 p.
 21. Boutiller M, Mason R. Le praticien réflexif en promotion de la santé : de la réflexion à la réflexivité. *In* : O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I, editors. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2006. pp. 399-420.
 22. Stevahn L, King JA, Ghore G, Minnema J. Establishing essential competencies for program evaluators. *Am J Eval*. 2005;26(1):43-59.
 23. Nock F. *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*. Paris : Fédération nationale de la Mutualité Française ; 2006. 119 p.
 24. Fond-Harmant L, Tal Dia A. Santé publique et transfert de compétences Nord-Sud : les conditions d'une approche inter-culturelle. *Santé Publique*. 2008;20(1):59-67.
 25. Fond-Harmant L. Évaluation d'un projet de prévention de l'ulcère de Buruli dans l'arrondissement de Sédje Houégaudo, commune de Zé, Bénin. Luxembourg : CRP-Santé – Département de santé publique ; 2013. Non publié.
 26. Howard G, Bogh C, Goldstein G, *et al.* Villages-santé : guide à l'intention des communautés et des agents de santé communautaires. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004. 130 p. [Visité le 16/05/2014]. En ligne : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242545538.pdf?ua=1>.
 27. Fassin D, Jaffré Y. *Sociétés, développement et santé*. Paris : Éditions Ellipses ; 1990. 287 p. (Collection Universités francophones).
 28. Diarra N. Évaluation du programme éducation sanitaire du Corps de la paix au Mali [Mémoire de fin de Master 2 de santé publique, Option suivi et évaluation des programmes de santé]. Dakar : Institut de santé et développement, Université Cheikh Anta Diop ; 2009. 69 p.
 29. Saunders RP, Evans MH, Joshi P. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promot Pract*. 2005;6(2):134-47.
 30. Baker EQ, Davis DA, Gallerani R, Sanchez V, Viadro C. An evaluation framework for community health programs. Durham (NC): Center for the advancement of community based public health; 2000. 71 p.
 31. Bouffard JA, Taxman FS, Silverman R. Improving process evaluations of correctional programs by using a comprehensive evaluation methodology. *Eval Program Plann*. 2003;26(2):149-61.
 32. Harach TW, Abott RD, Catalano RF, Haggerty KP, Fleming CB. Opening the black box : using process evaluation measures to assess implementation and theory building. *Am J Community Psychol*. 1999;27(5):711-31.
 33. Ridde V. L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2012. 344 p. (Santé médecine).
 34. Pluye P. Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes, in *Approches et pratiques en évaluation de programme*. *In* : Ridde V, éditeur. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2012. pp. 125-43. (Santé médecine).
 35. Ridde V, Olivier de Sardan JP. Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*. 2012;243:98-9.
 36. Simporé L, Ridde V, Queille L, Hema A. Évaluation de l'efficacité du ciblage communautaire des indigents bénéficiaires de la gratuité des soins dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba au Burkina Faso. *In* : Fournier P, Haddad S, Ridde V, éditeurs. *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest. Contributions de jeunes chercheurs*. Paris : L'Harmattan ; 2013. pp. 209-30. (Études africaines).
 37. Dagenais C, Robert E. *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2012. 202 p. (PUM).
 38. World health organization (WHO). *Closing the gap in a génération: health equity through action on the social determinants of health*. Genève: WHO - Commission on social determinants of health; 2008. 256 p. [Visité le 16/05/2014]. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
 39. Codjia L, Jabot F, Dubois H. Évaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010. 54 p. (Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées ; Étude de cas n° 2). [Visité le 16/05/2014]. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599107_fre.pdf?ua=1.
 40. Ninacs WA. *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2008. xiv, 140 p.
 41. Samb OM, Ridde V. Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso. *Can J Public Health*. 2012;103(7 suppl 1):e20-5.
 42. Ridde V, Queille L. Évaluer l'empowerment : tentative d'application d'un cadre d'analyse en Haïti. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2006;21(3):173-80.
 43. Simmons R, Fajans P, Chiron L. *Scaling up health service delivery from pilot innovations to policies and programmes*. Geneva: World health organization; 2007. 205 p. [Visité le 16/05/2014]. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563512_eng.pdf.
 44. Onya HE. Health promotion competency building in Africa: a call for action. *Glob Health Promot*. 2009;16(2):47-50. doi: 10.1177/1757975909104104.
 45. Parsons T, *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, Free Pr, First Edition, 1977.