



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

# PERSPECTIVES POUR UNE ÉVALUATION PARTICIPATIVE DES VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



PERSPECTIVES POUR UNE  
ÉVALUATION PARTICIPATIVE  
DES VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

JANVIER 2005

## AUTEURE

Paule Simard

Chercheure

Direction de santé publique

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Conseillère scientifique

Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE

MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))

COTE : INSPQ-2005-056

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2005

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA

ISBN 2-550-45320-4 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN 2-550-45321-2 (PDF)

©Institut national de santé publique du Québec (2005)

## REMERCIEMENTS

La rédaction de ce document s'est étalée sur plusieurs années. Il en a été ainsi parce qu'il a été réalisé à travers d'autres tâches de recherche à la Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue et que... plusieurs fois sur le métier il a été remis.

Tout au cours de ce processus de réflexion et de rédaction, de nombreuses personnes ont été appelées à commenter, à critiquer ou à suggérer des changements dans le texte.

Tout d'abord, je tiens à remercier tout particulièrement les personnes qui ont cru en la pertinence de ce document, qui en ont suivi tout le cheminement et, surtout, qui m'ont fait confiance : Réal Lacombe, Louis Poirier, Claire Milette, Réal Boisvert, Réal Morin et Diane Champagne. Un remerciement tout spécial à Michel O'Neill qui, malgré qu'il ait abondamment critiqué certains aspects de cet ouvrage, a soutenu ma réflexion et fourni des pistes fertiles.

Merci également à quelques lecteurs qui, à divers moments, ont lu et commenté le texte : Pierre Joubert, Cécile Sabourin, Martine d'Amour, Julie Lévesque, Bills Ninacs, Carmen Boucher et Ginette Paré.

J'ai tenté de tenir compte des divers commentaires et suggestions que ces personnes m'ont faits. Toutefois, même si la contribution de chacune d'entre elles fut importante, je tiens à préciser que j'en assume seule le contenu.

Merci à Claude Simard pour la traduction des citations anglaises.

Merci également à Réal Morin d'avoir permis sa publication par l'Institut national de santé publique (INSPQ).

Enfin, un merci très spécial à la Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, Réal Lacombe et Suzanne Chartier, d'avoir accepté que je consacre une partie de mon temps à ce document, même au-delà de ce qui avait été prévu au départ avec l'INSPQ. Leur soutien constant de même que la confiance qu'ils m'ont témoignée ont créé un climat favorable à l'aboutissement de ce long processus de réflexion et d'écriture.



## RÉSUMÉ

Le présent document explore la question de l'évaluation des initiatives Villes et Villages en santé (VVS), dans une perspective d'utilité pour les acteurs locaux. Pour mener à bien cet exercice, l'approche VVS a été décrite comme une stratégie de promotion de la santé qui allie santé et processus de développement dans une perspective d'amélioration des conditions de vie et du mieux être. L'espace local qu'est la communauté a été posé comme le lieu le plus susceptible d'agir sur les facteurs qui déterminent la santé des individus et des communautés. Une fois ces prémisses placées, il s'agit de préciser les moyens d'action qui, selon VVS, sont plus à même d'induire des processus de développement durables et efficaces dans une perspective d'amélioration de la santé globale, soit l'*empowerment*, la participation, la concertation intersectorielle et la mise en place de politiques publiques favorables à la santé.

Ancrée dans de tels principes et stratégies d'action, on constate que l'approche VVS se préoccupe avant tout de processus, ce qui n'est pas sans répercussion sur la façon d'aborder l'évaluation. Cette façon de concevoir VVS pose la question du rôle des acteurs dans la définition des critères de réussite de même que des éléments des processus qui peuvent être évalués. Il s'agit en fait de repenser la façon de démontrer que des processus aussi complexes que ceux dont il est question ici donnent des résultats concrets. L'objectif est également de montrer en quoi les approches plus qualitatives et participatives de l'évaluation sont plus à même de donner une vision riche et complexe d'une réalité parce qu'elles construisent les connaissances sur le sens qu'en donnent les acteurs, étant ainsi beaucoup plus utiles pour l'action en cours.

Une fois montrée l'importance des approches qualitatives et participatives, le propos consiste à préciser les objets qui peuvent être évalués, notamment les effets à court et à moyen terme. Ces derniers sont ici conçus non pas comme des indicateurs pouvant faire l'objet de mesures répétitives dans le temps, mais comme un enchaînement de petits résultats qui, en s'additionnant, changent de nature et deviennent de plus en plus significatifs, solides et durables dans le temps. On peut ainsi, en attendant que des impacts à long terme puissent être mesurés par des indicateurs socio-économiques et de santé plus classiques, montrer que les processus VVS provoquent des changements réels dans le milieu et décrire ceux-ci. Par ailleurs, si l'analyse de ces enchaînements des résultats est intéressante en soi, elle l'est d'autant plus qu'elle s'appuie sur la théorie de l'action qui anime les acteurs locaux.

Consciente de l'utilité d'une théorie de l'action pour fournir un argumentaire à l'évaluation, il semblait pertinent de proposer une théorie globale de l'action VVS. Bien qu'elle demeure à parfaire, cette théorie permet d'articuler les changements attendus, les principes d'action ainsi que les moyens pour y arriver. Elle propose ainsi des pistes pour décortiquer l'action, de façon à structurer l'évaluation autour de chemins plus restreints pour lesquels il est plus facile d'observer l'enchaînement des résultats. La théorie de l'action développée ici lance la réflexion autour de la nature de l'action VVS, et d'autres types d'initiatives fondés sur des principes d'action semblables, de manière à mieux la connaître pour mieux l'évaluer.





## TABLE DES MATIÈRES

|  |            |
|--|------------|
| <b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....</b>  | <b>VII</b> |
| <b>LISTE DES SIGLES.....</b>   | <b>IX</b>  |
| <b>À PROPOS DE CE DOCUMENT.....</b>  | <b>1</b>   |
| Pourquoi ce document?.....   | 1          |
| L'angle d'approche privilégié .....  | 2          |
| À qui s'adresse-t-il? .....  | 3          |
| L'organisation du document.....  | 4          |
| <b>1 LE CONCEPT DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ .....</b>   | <b>5</b>   |
| 1.1 VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ AU QUÉBEC : UNE APPROCHE ORIGINALE AU<br>SEIN D'UN MOUVEMENT INTERNATIONAL ..... | 5          |
| 1.1.1 Une histoire récente avec des racines profondes.....   | 5          |
| 1.1.2 Le « modèle » québécois.....   | 7          |
| 1.2 VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ : UN CONCEPT QUI LIE SANTÉ ET<br>DÉVELOPPEMENT .....                             | 9          |
| 1.2.1 Une vision holistique et positive de la santé .....  | 9          |
| 1.2.2 VVS comme stratégie de développement .....   | 10         |
| 1.3 UN PRINCIPE ET TROIS STRATÉGIES D'ACTION .....   | 15         |
| 1.3.1 Un principe : l' <i>empowerment</i> .....  | 15         |
| 1.3.2 Les stratégies d'action de VVS.....  | 17         |
| <b>2 ÉVALUER VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ : LES GRANDS ENJEUX .....</b>   | <b>23</b>  |
| 2.1 UN ENJEU ÉPISTÉMOLOGIQUE : LA VALEUR DES DONNÉES.....  | 24         |
| 2.1.1 Les limites des données probantes dans le contexte VVS.....  | 24         |
| 2.1.2 Des approches alternatives .....   | 26         |
| 2.2 UN ENJEU MÉTHODOLOGIQUE : LA QUESTION DES OBJETS D'ÉVALUATION.....   | 31         |
| 2.2.1 L'évaluation des processus .....   | 32         |
| 2.2.2 L'évaluation des impacts .....   | 35         |
| 2.2.3 Lier processus et impacts : l'évaluation axée sur une théorie de<br>l'action.....                          | 37         |
| <b>3 POUR UNE THÉORIE DE L'ACTION SELON VVS.....</b>   | <b>45</b>  |
| 3.1 DES CHANGEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS .....  | 48         |
| 3.2 DES DÉTERMINANTS MULTIPLES.....  | 49         |
| 3.3 DES MOYENS D'ACTION PUISSANTS .....  | 50         |
| 3.4 UNE THÉORIE UTILE POUR L'ÉVALUATION.....   | 51         |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CONCLUSION.....</b>   | <b>55</b> |
| Villes et Villages en santé : vers une réappropriation du pouvoir .....  | 55        |
| Évaluer autrement .....  | 55        |
| Des pistes pour poursuivre la réflexion et développer l'évaluation ..... | 56        |
| <b>LISTE DES RÉFÉRENCES.....</b>   | <b>59</b> |

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1-1 : État des réseaux provinciaux de Villes / Communautés en santé..... | 7  |
| Tableau 2-1 : Comparaison des principales formes de recherche .....              | 27 |
| Figure 1-1 : Les quatre capitaux .....   | 11 |
| Figure 2-1 : Arrimage des étapes de planification et d'évaluation .....          | 31 |
| Figure 2-2 : Les processus : un enchaînement des actions et des résultats .....  | 37 |
| Figure 2-3 : Les étapes d'élaboration d'une théorie de l'action .....            | 40 |
| Figure 3-1 : Une théorie de l'action selon VVS .....                             | 46 |
| Figure 3-2 : Le processus d'action VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ.....              | 47 |
| Figure 3-3 : L'importance relative des principaux déterminants de la santé.....  | 50 |
| Figure 3-4 : L'enchaînement des processus selon certains moyens d'action.....    | 52 |



## **LISTE DES SIGLES**

|       |   |
|-------|---|
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec   |
| MSSS  | Ministère de la Santé et des Services sociaux   |
| OMS   | Organisation mondiale de la santé               |
| RQVVS | Réseau québécois de Villes et Villages en santé |
| VVS   | Villes et Villages en santé                     |



## À PROPOS DE CE DOCUMENT

### POURQUOI CE DOCUMENT?

Depuis déjà une quinzaine d'années, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé (RQVVS) appuie des municipalités dans leur démarche de développement. Malgré l'abondance d'histoires à succès de projets Villes et Villages en santé (VVS), le milieu de la santé se demande toujours si cette approche donne des résultats et si elle est à même d'améliorer la santé des individus. C'est avec cette préoccupation en tête que le RQVVS a collaboré à quelques projets de recherche (Fortin *et al.*, 1998; O'Neill et Cardinal, 1998; O'Neill *et al.*, 1991) et tente actuellement de développer la question de l'évaluation. Il faut dire aussi que l'intégration de l'équipe du Centre d'information du RQVVS à l'Institut national de santé publique en 2000, de même que le fait que VVS et le développement des communautés soient nommés dans plusieurs énoncés de politiques ou rapports provinciaux ou fédéraux portant sur les stratégies d'action en santé (*Programme national de santé publique* (2003); *Rapport Romanow* (2002), *Santé en milieu rural* (Sherwood, 2002), *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (1997)) ont contribué à remettre à l'ordre du jour de manière plus urgente et incontournable cette question de l'évaluation des initiatives d'amélioration de la qualité de vie et du mieux-être dans les communautés.

C'est ainsi que pour poursuivre la réflexion sur l'évaluation déjà amorcée au fil des ans au RQVVS, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique (INSPQ) ont financé la réalisation de ce document dont l'objectif est de fournir quelques avenues de réflexion quant à l'évaluation des projets Villes et Villages en santé.

Ce document porte spécifiquement sur VVS, bien que cette réflexion puisse aussi être utile à toute autre forme de développement ou d'intervention menée en étroite collaboration avec les communautés et s'appuyant sur une vision globale de la santé et du développement (développement durable, développement social, développement des communautés, action communautaire, etc.). Le choix de s'attarder ici principalement à l'approche VVS telle que développée au Québec tient à deux facteurs : premièrement, c'est le RQVVS qui est l'instigateur de la demande et, deuxièmement, le mandat relatif au présent document a été défini avant que le développement des communautés ne soit développé comme approche formelle de santé publique au Québec.

La réalisation de cet ouvrage s'est étalée sur près de quatre années. Il faut dire que les conditions de travail, conception et rédaction en surplus du mandat régional, l'évolution du contexte provincial autour de VVS et du développement des communautés de même que l'évolution de la structure même de l'INSPQ ont fait en sorte que les retards se sont accumulés. Par ailleurs, en accord avec l'approche participative proposée ici, le contenu de ce document a été soumis à plusieurs lecteurs<sup>1</sup>, et ce, à plusieurs stades de réalisation. Les réactions, nombreuses et enrichissantes, ont nécessité plusieurs retours à la table de travail occasionnant de nouveaux délais. En dépit de son parcours sinueux, nous pensons que cet

---

1. Voir liste des lecteurs dans les remerciements.

exercice peut contribuer à la réflexion en cours actuellement au Québec sur l'évaluation de projets menés avec les communautés. Il n'a pas la prétention de répondre à toutes les questions ni de fournir des recettes. Il vise plutôt à montrer la pertinence de nouvelles façons de faire de l'évaluation, plus respectueuses de la place centrale occupée par les acteurs locaux dans les projets et plus à même de cerner les mécanismes de changement, dans un objectif ultime de mieux servir l'action. En cela, nous pensons que ce document fournira au lecteur des avenues de réflexion pertinentes et stimulantes.

### **L'ANGLE D'APPROCHE PRIVILÉGIÉ**

Proposer une réflexion sur l'évaluation des projets VVS constitue un défi de taille. Pour ce faire, plusieurs chemins pouvaient être empruntés... Il aurait été possible de faire un tour d'horizon des approches et des méthodes disponibles afin d'en déterminer la pertinence. L'accent aurait également pu être mis sur la définition de VVS de manière à pouvoir en évaluer les projets à partir des formes habituelles d'évaluation de programme. Ce ne sont pas ces choix qui ont été retenus. En effet, dès lors que l'approche VVS est posée comme un processus plutôt que comme un programme, les façons habituelles d'évaluer privilégiées dans le domaine de la santé semblaient moins bien convenir. Il fallait donc explorer des formes alternatives d'évaluation, par ailleurs de plus en plus présentes un peu partout dans le monde. Cependant, bien qu'elles s'appuient sur des paradigmes différents, les approches classiques et les approches alternatives peuvent se compléter, parce qu'elles fournissent des informations de natures diverses. C'est ainsi que les propositions formulées dans ce document doivent être vues comme complémentaires à ce qui se fait déjà en évaluation.

Quelles que soient les avenues empruntées, évaluer les initiatives VVS s'avère un exercice complexe. En effet, les personnes qui veulent évaluer (communautés, intervenants locaux, réseau de la santé, bailleurs de fonds, etc.), l'échelle à laquelle l'évaluation est réalisée (locale, régionale, nationale) aussi bien que les aspects que l'on vise à évaluer (l'atteinte des objectifs, les processus, les impacts, etc.) viennent définir un nombre important de champs d'évaluation de même qu'une multitude de questions. Parmi cette cartographie des possibles, le présent document s'intéresse principalement à l'évaluation des projets VVS à l'échelle locale. Il traite peu des stratégies pour évaluer l'efficacité globale du mouvement, que ce soit à l'échelle régionale, nationale ou même internationale.

Il faut dire aussi que les projets de développement dans les collectivités sont eux-mêmes très complexes, puisqu'ils touchent généralement l'ensemble, ou du moins plusieurs, des dimensions de la vie communautaire. En saisir toute la richesse et en comprendre les retombées n'est donc pas chose facile. L'approche VVS s'appuie sur des stratégies d'action qui visent une participation active des citoyens et une vision intersectorielle de l'intervention. Elle sous-tend de longs processus de transformation des individus et des communautés. C'est pourquoi il apparaît indispensable que l'évaluation d'expériences de type VVS se fasse dans le même esprit, c'est-à-dire qu'elle favorise la participation des communautés et qu'elle s'inscrive dans un processus d'apprentissage et de réappropriation du pouvoir par les personnes engagées dans ces projets.



Afin de construire cette alternative en évaluation, nous pensons que deux avenues doivent être explorées, soit le paradigme qui sous-tend l'évaluation et l'objet d'évaluation. Nous avons privilégié ici les paradigmes constructiviste et participatif parce qu'ils mettent les acteurs au centre de l'évaluation et qu'ils demandent de structurer l'évaluation autour des intentions qui mènent l'action locale. D'une part, il s'agit donc de cerner la pertinence, la nécessité et la valeur des approches qualitatives et participatives d'évaluation dans le domaine du développement des communautés et, plus spécifiquement, de VVS. D'autre part, l'objectif est de développer des moyens permettant de décortiquer les processus de changement dans les communautés. En fait, l'idée est de mettre au jour l'enchaînement des actions et des résultats relatifs aux principes guidant l'action (participation, *empowerment* ou concertation) de manière à comprendre comment évoluent les transformations dans le milieu. Ainsi, plutôt que de suivre un même indicateur dans le temps, l'approche proposée ici consiste à observer la transformation de certaines dimensions de l'action en tenant compte du fait que la nature des résultats change en cours de route. De plus, cette évolution des résultats dans le temps est analysée en fonction de la théorie de l'action que se donnent les acteurs locaux.

De telles évaluations sont intimement liées au contexte local et ne permettent pas la comparaison avec d'autres milieux autrement que pour voir comment les processus évoluent de part et d'autre. Nous pensons toutefois que l'accumulation de connaissances approfondies sur les processus de transformation des communautés autour de principes d'action comme la participation ou la concertation devraient permettre de démontrer la pertinence des approches de développement par les communautés.

Par ailleurs, ces nouvelles approches pourraient avantageusement être conjuguées à des approches plus classiques, notamment le suivi d'indicateurs socio-économiques et de santé à long terme. Ainsi, les approches plus participatives axées sur la compréhension des processus viseraient à montrer les résultats à plus court terme alors que le suivi d'indicateurs pourrait montrer les retombées à très long terme. L'idée serait donc d'aborder les approches d'évaluation dans une perspective pluraliste, c'est-à-dire en tentant de rapprocher les diverses formes d'évaluation dans une volonté de complémentarité. Cet arrimage entre ces deux types d'approche est amorcé dans ce document, mais il restera cependant à faire, puisque le propos est ici résolument axé sur les approches alternatives.

### **À QUI S'ADRESSE-T-IL ?**

Ce document s'adresse principalement aux personnes (intervenants, décideurs, chercheurs, étudiants) intéressées par l'évaluation dans le champ de la santé publique et, plus spécifiquement, dans le domaine du développement avec et par les communautés. Son objectif premier est d'amener ces personnes à amorcer une réflexion sur des approches plus qualitatives et participatives qui, bien que de plus en plus présentes en santé publique, restent encore largement ignorées. Il s'agit également d'outiller ces personnes afin qu'elles puissent montrer les retombées à court et à moyen terme de leurs projets. Subsidièrement, étant donné la nécessité de définir l'approche VVS, ce document permettra au lecteur de mieux connaître VVS afin qu'il puisse s'engager davantage dans les stratégies VVS et de développement des communautés et, surtout, mieux comprendre les différents enjeux liés à l'évaluation de telles interventions.

## **L'ORGANISATION DU DOCUMENT**

La première partie du document présente l'approche VVS. Après un bref historique du mouvement, elle montre comment l'approche VVS s'est construite à la jonction d'une vision positive et holistique de la santé et d'une conception du développement centrée sur les forces et la capacité des milieux locaux à agir sur leur mieux-être. Par la suite, les principes et stratégies d'action qui sous-tendent l'approche VVS sont énoncés.

S'appuyant sur la définition de VVS développée dans le premier chapitre, le second porte spécifiquement sur l'évaluation. Cette question de l'évaluation s'organise autour de deux grandes questions : celle de la valeur des données (enjeu épistémologique) et celle des objets d'évaluation (enjeu méthodologique). La première section porte sur les balises épistémologiques qui président à la démarche évaluative proposée. Le propos est ici de montrer que les approches d'évaluation d'inspiration constructiviste et participante s'arriment bien à l'approche VVS en ce qu'elles s'appuient sur la compréhension que les acteurs locaux ont d'un projet et qu'elles permettent de construire une connaissance contextualisée et donc, directement utile pour l'action. La seconde section montre l'importance d'analyser les processus VVS en liant les actions aux résultats de manière à mieux suivre leur enchaînement. Il est également proposé d'approfondir ces processus à l'aide de la théorie de l'action qui sous-tend l'action des acteurs locaux, réconciliant ainsi l'intention et l'action.

Fondé sur la nécessité de construire localement une théorie de l'action, le troisième chapitre propose une théorie générale de l'action selon VVS. Malgré son caractère provisoire et inachevé, cet exercice permet d'articuler les différentes dimensions (principes d'actions, changements attendus et déterminants de la santé) qui constituent les matières premières de l'action VVS.

Enfin, la conclusion propose quelques pistes d'actions qui pourraient être explorées afin de bonifier et d'approfondir les avenues proposées et développer des outils d'évaluation s'adressant tant aux personnes qui font de l'évaluation qu'aux communautés engagées dans des initiatives de développement, notamment dans des projets VVS.

# 1 LE CONCEPT DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ

Évaluer appelle en tout premier lieu une définition de l'objet à évaluer, en l'occurrence, les initiatives Villes et Villages en santé. Cet exercice constitue le propos de ce premier chapitre. Après un bref historique du mouvement et une présentation du « modèle » québécois, on verra que VVS s'appuie sur une vision positive et holistique de la santé de même que sur une vision locale du développement.

Ainsi posées les assises du concept, il sera alors possible d'ébaucher quelques dimensions, soit un principe et des stratégies d'action, qui permettront de construire la réflexion sur l'évaluation qui suivra dans les chapitres suivants.

## 1.1 VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ AU QUÉBEC : UNE APPROCHE ORIGINALE AU SEIN D'UN MOUVEMENT INTERNATIONAL

Le terme Villes et Villages en santé (*Healthy Cities, Healthy Communities*, Communautés en santé et « VVS » pour le Québec) désigne plusieurs réalités, à savoir un concept, un mouvement, une approche, des réseaux et des projets. De très nombreuses régions et pays ont adopté cette approche depuis sa formulation dans les années '80.

### 1.1.1 Une histoire récente avec des racines profondes

Le concept de VVS trouve ses racines tant au sein de la santé publique que de l'aménagement urbain. Alors qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, en Angleterre, les planificateurs urbains aussi bien que les gens de la santé commençaient à prendre en considération les conditions de vie comme éléments explicatifs de l'état de santé des populations (Ashton, 1994), le début du XX<sup>e</sup> siècle se caractérise par la domination d'un modèle biomédical des problèmes de santé publique. Ce n'est qu'à partir des années 1970 que l'on recommence à développer une vision écologique de la pratique de la santé publique.

La publication du rapport Lalonde en 1974, des travaux de McKeown en 1976 sur les facteurs d'amélioration des conditions de vie en Angleterre, puis de la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978, constituent des jalons importants de ce qu'on appellera plus tard la « nouvelle santé publique ». Cette vision renouvelée de la santé publique met l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, le caractère multidimensionnel des problèmes et des solutions de même que sur une notion élargie du concept d'« environnement » qui inclut des éléments psychologiques, physiques et sociaux (Petersen et Lupton, 1996).

VVS s'inscrit comme une stratégie de promotion de la santé. Sur la scène internationale, la promotion de la santé a émergé de la jonction de deux courants : d'une part, l'évolution de l'éducation sanitaire aux États-Unis et, d'autre part, les démarches de « la santé pour tous en l'an 2000 » promue par l'Organisation mondiale de la santé depuis la fin des années 1970 (O'Neill et Pederson, 1994). C'est d'ailleurs grâce aux travaux réalisés par le bureau européen de l'OMS à Copenhague (OMS, 1984; Kickbusch, 1986), en alliance avec des démarches réalisées au Canada, que le discours sur la promotion de la santé a acquis sa visibilité internationale (Lalonde, 1974; OMS, 1986; Pederson *et al.*, 1994).

Un des cinq grands types d'intervention en santé proposés par ce nouveau regard (OMS, 1986) suggère d'établir des politiques publiques favorables à la santé. C'est pour mettre en œuvre cette idée de politiques publiques favorables à la santé à l'échelon local que l'OMS a lancé en Europe, en 1986, son projet « Healthy Cities » (Villes-santé, Villes et Villages en santé ou Communautés en santé dans sa version francophone). Ce projet allait par la suite déborder du cadre de l'OMS et devenir un vaste mouvement international (Tsouros, 1992) auquel participent actuellement plusieurs milliers de municipalités sur tous les continents.

**Une ville en santé c'est une communauté :**

[...] engagée dans un processus visant à créer, développer et améliorer son environnement physique et social et ses ressources communautaires propres à amener les gens à s'épauler les uns les autres dans l'accomplissement de toutes leurs activités de vie et dans la réalisation de leur plein potentiel. Une ville en santé possède un environnement physique propre, sécuritaire et de haute qualité, et fonctionne dans son écosystème. Les besoins fondamentaux de ses habitants (alimentation, eau, gîte, revenu, sécurité, travail) y sont satisfaits. La communauté est forte, elle pratique l'entraide et la non-exploitation, et participe activement à sa propre gouvernance. Les citoyens ont accès à un large éventail d'expériences et de ressources et à des contacts riches et variés avec les autres. La ville renferme une économie vivante et diversifiée, et ses habitants sentent une forte appartenance à leur héritage biologique et culturel ainsi qu'aux autres groupes et à leurs concitoyens. La forme de la ville permet et appuie toutes ces circonstances et offre un niveau optimal de santé publique et des services de santé adéquats et accessibles à tous (traduction libre, Hancock et Duhl, 1986:41).

### 1.1.2 Le « modèle » québécois

Au Canada, le mouvement a évolué de manière assez originale. En effet, si l'OMS met l'accent surtout sur les grandes villes, au Canada on a développé l'idée de Communautés en santé (*Healthy Communities*) de manière à inclure les communautés municipales de toutes les tailles<sup>2</sup>. Cependant, il n'existe actuellement pas de mouvement canadien, mais plutôt des réseaux provinciaux (tableau 1.1).

Au Québec, l'idée d'inclure les petites municipalités a été présente dès l'origine du Réseau québécois de Villes et Villages en santé (RQVVS). Depuis 1987, année de naissance de la première Ville en santé (Rouyn-Noranda) dans la province, de nombreuses communautés ont adhéré au RQVVS. À l'automne 2004, 137 municipalités en font partie, ce qui représente environ 150 anciennes communautés fusionnées depuis lors. Ensemble, elles cumulent plus de 1 100 projets dans une variété de domaines allant de l'environnement, à la pauvreté ou à l'accès à des services de santé<sup>3</sup>.

**Tableau 1-1 : État des réseaux provinciaux de Villes / Communautés en santé**

| PROVINCE                           | RÉSEAU   |  |                        |
|------------------------------------|--|--|------------------------|
|                                    | NOM DU RÉSEAU  | ÉTAT DU RÉSEAU (DATE DE MISE EN PLACE)                     | NBRE DE MEMBRES (2004) |
| <b>Québec</b>                      | Réseau québécois de Villes et Villages en santé              | Très actif (1987)  | 137                    |
| <b>Ontario</b>                     | Coalition ontarienne des communautés en santé                | Très actif (1992)  | 79                     |
| <b>Acadie du Nouveau-Brunswick</b> | Réseau acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick | Très actif (1997 pour le Mouvement et 1999 pour le Réseau) | 23                     |
| <b>Manitoba</b>                    |  | Petit réseau bénévole                                      |                        |
| <b>Alberta</b>                     |  | Projets locaux, mais pas de réseau                         | ± 6                    |
| <b>Colombie-Britannique</b>        |  | N'existe plus  |                        |
| <b>Nouvelle-Écosse</b>             |  | Réseau sur la santé des populations en projet              |                        |

Source : Sherwood, 2002:46, et RQVVS

2. Au Québec, ces petites communautés sont incluses sous le vocable « villages », dans l'appellation « VVS ».  
 3. Voir le site Internet du RQVVS ([www.rqvvs.qc.ca](http://www.rqvvs.qc.ca)).

Le RQVVS est un organisme à but non lucratif dont le conseil d'administration est composé de dix membres comprenant une majorité d'élus municipaux. Il vise à : 1) inciter les décideurs à prendre conscience de leurs décisions sur la santé; 2) les amener à travailler avec les décideurs de la santé et d'autres secteurs à la réalisation de projets concrets; 3) favoriser l'entraide et l'échange d'information entre ses membres et 4) défendre les intérêts des projets locaux auprès de d'autres entités (gouvernements, secteur privé, etc.) (RQVVS, 1999). Depuis sa mise sur pied, le Centre d'information du RQVVS est soutenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est maintenant rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), après l'avoir été au Département de santé communautaire de l'Hôpital Saint-Sacrement puis à la Direction de santé publique de Québec.

Au Québec, ce sont avant tout les municipalités qui sont membres du RQVVS, quoique des localités d'autres natures en font aussi partie (localités non municipalisées du Nord du Québec, municipalités régionales de comtés (MRC), quartiers). Formellement, l'adhésion au RQVVS prévoit un certain nombre d'engagements de la part d'une municipalité :

- une déclaration de principe qui souscrit à la philosophie véhiculée par le concept de « Ville en santé ». Dans cette déclaration, la municipalité s'engage, devant ses citoyens et citoyennes, à devenir une municipalité en santé, en agissant à la fois comme animatrice et comme participante au projet;
- un engagement à partager ses connaissances et son expérience avec les autres municipalités du Réseau;
- un engagement à manifester, à l'intérieur de ses propres champs de compétence, une préoccupation constante pour la santé et la qualité de vie dans ses prises de décision et dans le choix de ses actions;
- la formation d'un comité multisectoriel comprenant des représentants de la municipalité et d'au moins un organisme d'un autre secteur (ce comité devrait avoir pour mandat de développer et de proposer un ou des projets visant à améliorer la santé ou la qualité de vie dans la communauté);
- un engagement de principe à affecter un minimum de ressources humaines, matérielles ou financières à la mise en œuvre des projets qui seront retenus par le Conseil municipal (il s'agit plus de réorienter des ressources existantes que de faire de nouveaux investissements) (RQVVS, 2001).

Bien que l'approche VVS prenne racine en promotion de la santé et qu'elle soit mentionnée comme stratégie dans plusieurs rapports et politiques au Québec et au Canada (*Programme national de santé publique* (2003); *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (1997); *Politique de santé et de bien-être* (1992); *Rapport Romanow* (2002), *Building Healthy Rural Communities* (2002), VVS ne constitue pas un programme à proprement parler, mais plutôt une démarche, un processus guidé par des principes d'action, dont le contenu est défini localement, par les communautés.

Par ailleurs, tout en conservant sa propre spécificité, le mouvement VVS au Québec s'associe de plus en plus à d'autres approches (développement durable, sécurité dans les milieux de vie, École en santé) qui, malgré des vocables ou des cibles différents, véhiculent des valeurs et des principes d'actions similaires.

Le RQVVS jouit d'une reconnaissance internationale. En 1992, il a notamment été désigné par l'OMS comme un modèle de bonne pratique en matière de promotion de la santé des communautés. Conjointement avec le Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval (GRIPSUL) et l'Institut national de santé publique, il est reconnu depuis 1996 comme Centre collaborateur de l'OMS pour le développement des Villes et Villages en santé.

## 1.2 VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ : UN CONCEPT QUI LIE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

Hancock (1993), un des « pères » de VVS, en définit l'architecture conceptuelle autour de deux éléments, la santé et les processus de développement. Sa conception de la **santé** repose sur trois éléments : une vision positive de la santé qui va au-delà de la simple absence de maladies, un modèle holistique et écologique de la santé qui met en évidence les multiples déterminants qui la conditionnent et une préoccupation pour les inégalités au regard des possibilités d'atteindre un meilleur état de santé.

L'autre dimension de VVS identifiée par Hancock, que reflète d'ailleurs bien la définition d'une Ville en santé citée plus haut, fait référence à l'aspect dynamique de l'approche préconisée par VVS. Cette dernière propose la mise en place de **processus de développement** faisant appel à la concertation, à l'intersectorialité et à la participation. Il s'agit donc d'impliquer aussi bien la communauté et les autres secteurs que celui de la santé, notamment les autorités municipales, dans les décisions sur la santé (Curtice, Springett et Kennedy, 2001; voir aussi Fawcett *et al.*, 2000).

### 1.2.1 Une vision holistique et positive de la santé

La promotion de la santé véhicule une conception holistique de la santé qui place la personne et son milieu de vie au centre des préoccupations. Dans cette perspective, la santé est également positive puisqu'elle est « perçue comme une ressource de la vie quotidienne [...] il s'agit d'un concept positif qui met en valeur les ressources sociales et individuelles » d'une communauté (ASPQ, 1993).

La santé est déterminée par un ensemble de facteurs reliés aussi bien à l'environnement social que physique, et ce, de l'échelle individuelle à celle de la société et de l'écosystème global (Hancock, 1993). Une telle vision holistique de la santé sous-tend que les facteurs qui la déterminent sont aussi bien sociaux, économiques et culturels que biologiques ou génétiques. Ce que cette approche par les déterminants de la santé dit, c'est que les modes de vie et les conditions de vie et de travail ont une influence directe sur la santé (Marmot et Wilkinson, 2000). On est donc loin d'une vision où la qualité et l'accès aux soins de santé est le principal facteur explicatif de l'état de santé (Lalonde, 1974; Evans, Barer et Marmor, 1994).

Parce qu'elle englobe l'ensemble des composantes de l'écosystème humain, la vision globale de la santé véhiculée par VVS met l'accent sur les aspects positifs de la santé plutôt que sur la maladie. Elle s'inscrit ainsi dans la définition de l'OMS qui pose la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet, et non une simple absence de maladie ou d'infirmité » (traduction libre, cité dans Hancock, 1993). La santé prend ici le sens de bien-être, de qualité de vie.

Par ailleurs, dans la perspective de VVS, la santé dont il est question n'est plus uniquement celle de l'individu, mais aussi celle de la communauté. En effet, comme l'on considère que la santé individuelle dépend d'un ensemble de facteurs, notamment des conditions de vie, il apparaît important de ne pas considérer uniquement la santé des individus, mais aussi celle des communautés, comme entités propres, qu'elles soient géographiques ou d'intérêt. Une communauté est plus que l'ensemble de ses citoyens, de ses rues, de ses services :

C'est un être vivant qui a son existence propre, qui naît, qui grandit, vit des temps de crise et des temps de prospérité, qui peut être malade ou en santé. C'est aussi un organisme social formé d'une multitude de personnes, de groupes et d'organisations qui sont autonomes et qui créent entre eux un tissu riche et complexe d'interactions qui peuvent, elles aussi, être saines ou malades (RQVVS, 1999).

La notion de santé d'une communauté demeure à approfondir (Hancock, Labonté et Edwards, 2000). Toutefois, on sait déjà qu'il est important, là aussi, d'avoir une vision positive de la santé et d'en considérer toutes les dimensions. Aussi est-il nécessaire de compléter les composantes classiques (économie, démographie, etc.) par des éléments concernant par exemple la vie démocratique, la dynamique de la communauté, le capital social, composantes qui témoignent de la santé de la communauté conceptualisée comme un organisme vivant ayant une entité propre et non pas seulement comme l'agrégat de caractéristiques individuelles.

### **1.2.2 VVS comme stratégie de développement**

En proposant une nouvelle vision de la santé qui tient compte de l'ensemble des déterminants et qui redéfinit les responsabilités des personnes et des communautés au regard de leur santé, VVS se pose également comme une stratégie de développement visant à mettre en place les conditions optimales pour que les personnes puissent exercer une plus grande maîtrise sur leur santé. Toutefois, il ne s'agit pas de n'importe quelle forme de développement, mais d'un processus qui se définit comme « une succession de changements communautaires et structurels parfaitement intégrés et visant un objectif commun » (traduction libre, Fawcett *et al.*, 2000:80).

Tout modèle de développement sous-tend des valeurs, des principes et des stratégies d'action, une finalité. Dans un exercice d'identification des indicateurs de développement, Hancock, en collaboration avec quelques collègues, a tenté de préciser quelles visions du développement véhicule l'approche VVS (Hancock, 2001; Hancock, Labonté et Edwards, 2000). Pour lui, un véritable développement n'est possible que quand les quatre capitaux

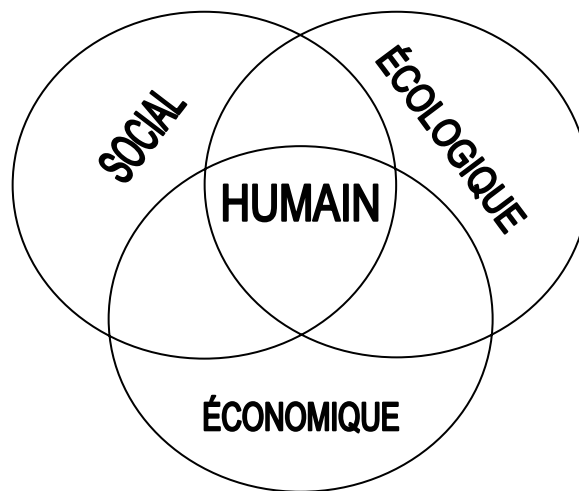


(humain, économique, social et écologique) contribuent conjointement au bien-être collectif (figure 1.3).

Le développement sociétal global inclut donc le développement économique et le développement social et a pour objectif ultime le développement humain. Plus une société compte d'êtres humains entièrement développés, plus son capital humain est important. Mais les êtres humains ne sauraient réaliser leur plein potentiel sans l'aide des réseaux sociaux, des programmes établis et de l'infrastructure sociétale (p. ex. l'instruction universelle, la santé et les services sociaux, les droits humains, civils et politiques) qui constituent le capital social. La création de cette infrastructure sociale et de l'infrastructure traditionnelle (aqueduc, égouts, transport et communication) suppose un minimum de (bon) développement économique (en autant que ce soit la bonne forme de développement) (traduction libre, Hancock, 2001; non paginé).

Un tel processus de développement s'inscrit dans un espace, un environnement social et politique donné, à une échelle très proche de l'individu : sa communauté immédiate, d'où la nécessité de définir et de qualifier cette communauté. Ce type de développement sous-tend également un certain nombre de mécanismes, parmi lesquels VVS privilégie la concertation, l'intersectorialité, la participation communautaire et l'engagement municipal.

**Figure 1-1 : Les quatre capitaux**



Source : Hancock, 1999:9

### 1.2.2.1 *La communauté locale comme espace de développement*

La communauté constitue l'assise première du concept VVS. Elle l'est en tant qu'objet de préoccupation parce qu'on vise à améliorer sa santé comme entité autonome. Elle l'est également comme sujet de l'action des stratégies VVS, parce que l'on pense qu'elle a la capacité et la responsabilité d'agir sur les déterminants de la santé. Mais de quelle communauté s'agit-il?

Dans le contexte québécois de VVS, la communauté se définit en termes spatiaux puisque ce sont généralement les municipalités, en tant qu'entités géopolitiques, qui peuvent adhérer au RQVVS, même si des communautés non municipalisées y sont aussi associées. Dans d'autres provinces canadiennes, c'est le cas notamment en Ontario et en Acadie du Nouveau-Brunswick, il s'agit surtout de communautés d'appartenance qui ne coïncident pas toujours avec les entités spatiales que sont les municipalités : communautés linguistiques, organisations ou communautés géographiques non municipalisées.

Cependant, peu importe le type de communauté qui adhère officiellement au mouvement VVS, l'important est l'espace de relations qu'elle constitue. En effet, l'essence même d'une communauté est le fait que ses membres interagissent entre eux et y ont un certain sentiment d'appartenance. C'est aussi un espace auquel est rattaché un pouvoir de décision. On peut ainsi la définir comme un groupe de personnes défini de façon géographique ou à partir d'affinités, étant conscientes de leur identité comme groupe et où la taille et la nature du groupe rendent possible l'accès direct au pouvoir de décision (Ville de Toronto, cité dans Hancock, Labonté et Edwards, 2000:5).

Pour l'individu, l'entité politique que constitue la municipalité n'a pas toujours de sens immédiat, surtout dans les grandes villes. Pour lui, la communauté est plutôt son milieu de vie, son espace de vie quotidien, c'est-à-dire sa paroisse, son quartier ou son village. Ce sont donc des espaces géographiquement définis, reconnus comme signifiants par les citoyens, mais dont les contours demeurent parfois flous et ne correspondent pas nécessairement aux limites formelles des structures administratives organisant le territoire. Ce premier espace d'appartenance est celui où une certaine partie des actions et des projets VVS prennent forme, même s'il ne correspond pas toujours à une entité où des modes formels de prise de décision sont en place. Il faut par ailleurs souligner que chaque individu appartient en fait à plusieurs communautés, géographiques ou d'intérêt, qui s'interpénètrent et se recourent.

La communauté est en outre un milieu de vie composé d'un ensemble d'acteurs. Comme le précisent Norris et Lampe (traduction libre, 1994:288) « nous devons reconnaître que nos organisations, nos écoles, nos églises et nos hôpitaux ne sont pas des entités distinctes poursuivant des objectifs distincts. Au contraire, elles sont interreliées et forment ce que l'on appelle une communauté ».

Ainsi, existe-t-il de nombreuses définitions de la communauté. Parce qu'elle correspond bien à la vision d'une communauté véhiculée par VVS, la définition proposée dans le document « *La santé des communautés* » (INSPQ, 2002:17) s'avère utile : « un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Ces personnes ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté. » Il s'agit donc de communautés ancrées territorialement, mais dont les contours géographiques ne correspondent pas nécessairement, ou pas toujours, aux limites formelles de nature administrative ou politique.

Cette distinction entre les communautés politiques et les territoires d'appartenance est d'ailleurs importante lorsqu'il s'agit de dresser des portraits de ces communautés ou d'en analyser les composantes dans une perspective d'évaluation (RQVVS, 2001; Hancock, Labonté et Edwards, 2000).

#### 1.2.2.2 *Le territoire local comme lieu de construction de la santé*

La notion de communauté prend tout son sens lorsque l'on sait que :

... l'action intersectorielle est plus facile à mettre en œuvre sur un plan plus modeste, au niveau local, et ce, pour plusieurs raisons. Entre autres, l'espace social et la population ciblés sont plus circonscrits et malléables; les décideurs locaux sont plus proches des populations touchées par leurs décisions; les structures bureaucratiques aux niveaux municipal et surtout communautaire sont plus restreintes et plus accessibles; les acteurs concernés et les citoyens sont plus facilement mobilisés, d'une part parce qu'ils risquent de bénéficier directement et visiblement de l'action intersectorielle et, d'autre part, parce que la collaboration dépend souvent de la confiance et de l'amitié (White *et al.*, 2002:42).

D'autant plus qu'il y est plus facile pour les citoyens et les organismes du milieu d'influencer les structures formelles locales pour qu'elles s'ouvrent à une démocratie plus participative que celles des niveaux supérieurs.

L'intégration de nos efforts communautaires et citoyens dans la structure politique locale établie permettra non seulement de développer des politiques qui refléteront les valeurs des citoyens mais également d'accélérer la transformation du gouvernement local d'un simple rôle de représentation vers une structure décisionnelle hautement participative et dynamique (traduction libre, O'Connor et Gates, 2000:160).

Ainsi, la communauté locale n'est-elle pas seulement importante à considérer parce que les citoyens peuvent l'influencer, mais également parce qu'elle a le pouvoir, elle-même, de mettre en place des mécanismes favorisant la participation et l'*empowerment* des individus. Elle peut donc aussi « produire » de la santé.

Tel que précisé par Hancock, une Ville en santé est aussi une communauté qui vise à augmenter le contrôle qu'ont les citoyens sur leur santé. Encore faut-il que tous les acteurs gouvernementaux veuillent s'asseoir avec les citoyens, les écouter et se plier au rythme généralement lent d'une telle démarche pour qu'en bout de piste, ils acceptent de travailler avec eux à la mise en place des solutions. Un défi de taille pour les politiciens, qui est d'ailleurs d'autant plus important que la communauté est grande et hétérogène. Lee, Fucillo et Wolfe (2000:135) expliquent bien l'importance de la place réelle qui est faite aux citoyens dans un processus de concertation intersectorielle :

Dans les communautés, les gens doivent avoir des occasions de réfléchir ensemble à leur avenir, aux améliorations à apporter à leur milieu, aux priorités qu'ils veulent se donner, et de dégager les consensus politiques nécessaires pour porter le mouvement vers l'avant. Les gouvernements, les organisations et les autres entités sont souvent déçus de la participation communautaire en raison des difficultés et des lenteurs inhérentes au processus. Et pourtant, le problème ne tient pas tant à un manque d'intérêt qu'à la méthode utilisée pour susciter la participation. Il est primordial de donner dès le départ la parole aux gens du milieu et de les laisser s'exprimer en toute liberté. Pour une bureaucratie, la confiance se rebâtit d'abord et avant tout par l'écoute. [...] L'expérience nous enseigne que, si la vision vient de la base, les gens n'en seront que plus disposés à relever leurs manches pour participer à l'effort commun (traduction libre).

C'est d'ailleurs ce qui a fait qu'au Canada, contrairement au modèle européen prôné par l'OMS, ce ne sont pas uniquement les grandes villes qui se sont intéressées à VVS, mais aussi de plus petites communautés. Comme l'a remarqué Hancock (1992:46) dans son analyse de l'expérience canadienne,

... il ne fait aujourd'hui plus aucun doute que de travailler avec les petites municipalités comporte des avantages bien réels. La cohésion du gouvernement local y est plus grande, la bureaucratie est réduite, et les liens avec la communauté sont plus étroits. Il est donc plus facile et plus rapide de créer des rapprochements intersectoriels et de mettre en place des changements dans ce type de municipalité que dans les grandes villes comme Toronto (traduction libre).

Mais, peu importe la taille de la municipalité, il faut savoir que :

la « ville » en particulier ne constitue pas simplement une concentration de population, mais également un creuset d'identification sociale et d'action politique. [...] Plus spécifiquement, les villes sont des espaces complexes où, dans leur dimension sociale et spatiale, se négocient, s'imposent ou se développent des relations politiques, sociales et matérielles basées sur la propriété, le conflit, l'autonomie ou le contrôle (traduction libre, Milewa et de Leeuw, 1995:6).

En fait, VVS reconnaît que le gouvernement local peut et doit jouer un rôle dans l'amélioration de la santé des individus. Et même si, au Canada et au Québec, les municipalités n'ont pas de responsabilités formelles au regard de la santé, Parfitt constate qu' « on serait étonné d'apprendre que, depuis 150 ans, ce ne sont ni les médecins ni les hôpitaux qui ont le plus contribué à la santé de la nation, mais bien les gouvernements locaux » (traduction libre, cité dans Hancock, 1993:17).

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que les communautés s'insèrent dans des ensembles plus grands (régions, provinces, pays, système mondial) qui exercent des contraintes très fortes sur elles. Aussi, même si elles peuvent s'approprier un certain pouvoir, il n'en demeure pas moins qu'une partie non négligeable du pouvoir de décision leur échappe, notamment en ce qui concerne certains déterminants de la santé. En effet, la communauté locale ne constitue qu'un maillon dans l'architecture de la société. Une partie du pouvoir de décision relève d'autres niveaux d'organisation sur lesquels la communauté n'a que peu de prise. Aussi, bien que la communauté constitue, comme on l'a montré plus haut, un lieu significatif quant à l'établissement de conditions favorables à la santé, il n'en demeure pas moins que son pouvoir d'action demeure limité au territoire local. Aussi, toute analyse du milieu local, notamment par l'évaluation, doit tenir compte du contexte global dans lequel il s'insère.

### **1.3 UN PRINCIPE ET TROIS STRATÉGIES D'ACTION**

Ce qui précède apporte une certaine compréhension du concept VVS en posant ses fondements : une vision positive et holistique de la santé et du développement de même que l'importance du territoire local comme lieu de pouvoir sur la santé. Il reste toutefois à préciser les principes et les stratégies qui sous-tendent l'action VVS.

La particularité de VVS est de n'avoir pas de vision précise des actions à initier et des problèmes à traiter. VVS propose en revanche des principes et des stratégies qui précisent comment on peut induire les changements attendus et voulus par la communauté. Dans l'expérience québécoise, ce sont la participation, la concertation intersectorielle et l'engagement municipal à travers des politiques publiques locales favorables à la santé qui retiennent l'attention. Celles-ci s'appuient sur un principe fondamental, celui de la capacité des individus et des communautés à acquérir du pouvoir sur la santé et leur devenir, dans une perspective avouée de réduction des inégalités entre les personnes.

#### **1.3.1 Un principe : l'*empowerment***

Que ce soit au regard de la santé ou du développement, VVS sous-tend une redéfinition du pouvoir qui devrait se traduire par une reconnaissance du rôle essentiel que peuvent et doivent jouer les individus et les communautés dans la mise en place des conditions pour améliorer leur santé et leurs conditions de vie. Cette vision rejoint ainsi la définition de la promotion de la santé qui se pose comme un « processus visant à amener les gens à mieux contrôler et, partant, à améliorer leur santé » (traduction libre, OMS, 1986).

Selon Rootman *et al.* (traduction libre, 2001:13), toutes les définitions de la promotion de la santé convergent en posant qu'« en promotion de la santé, le principe de base, c'est l'*empowerment* ». Celui-ci peut être facilité par des stratégies telles la participation, une vision globale de la santé, la justice sociale et la réduction des inégalités de même que par la collaboration intersectorielle (*idem*:14). Il consiste en un processus qui, selon Ninacs (1998:14), « s'opère sur quatre plans : la participation, la compétence technique, l'estime de soi et la conscience critique ». On parle ici de l'*empowerment* individuel qui amène l'individu à exercer un plus grand pouvoir sur sa vie, sur sa santé. Mais comme le souligne Ninacs (*idem*), ce processus d'*empowerment* individuel se réalise plus efficacement à l'intérieur du groupe qui vient soutenir les expériences individuelles et fournir un lieu où les compétences nouvellement acquises peuvent être testées et améliorées. On parle alors d'*empowerment* organisationnel.

Amener les personnes à reprendre du pouvoir sur leur santé s'inscrit également dans une volonté de diminuer les inégalités au regard de la santé. Il apparaît en effet important de s'attarder davantage aux personnes dont le statut social est le moins élevé ou qui ont le moins d'habiletés à s'occuper elles-mêmes de leur santé, et ce, afin de les outiller pour qu'elles augmentent leur contrôle sur celle-ci. Ce sont donc avant tout ces personnes qui sont visées par les processus d'*empowerment*.

L'idée de la réduction des inégalités est très présente dans la littérature sur VVS. Il découle d'une conception de la santé qui englobe un ensemble de déterminants sociaux, économiques et culturels. C'est parce que l'on comprend que ces facteurs influencent la santé que l'on prévoit qu'il faut aider plus spécifiquement ceux qui y sont plus vulnérables. Dans l'expérience québécoise de VVS, ce principe n'est pas explicitement formulé comme une stratégie ou une cible d'action. Néanmoins, si l'on consulte la liste des initiatives locales VVS (RQVVS, 2001), on constate que plusieurs d'entre elles visent les plus démunis afin qu'ils s'approprient plus de pouvoir sur leur santé et sur leur vie, notamment en les intégrant dans certains processus collectifs de décisions.

C'est toute la communauté que la présence de ces personnes vulnérables interpelle puisque « des études sur la santé des populations démontrent que ce n'est pas la pauvreté elle-même, mais plutôt les inégalités sociales qui produisent le gradient de santé au sein des sociétés : plus la société est égalitaire, moins le gradient est important » (Robert et House, cités dans White *et al.*, 2002:51; voir aussi Potvin, Lessard et Fournier, 2002:135). S'intéresser aux inégalités sociales ce n'est donc pas regarder uniquement la situation des personnes prises individuellement, mais les situer dans le groupe ou la communauté.

Par ailleurs, si l'*empowerment* des individus est important pour assurer leur santé, il en va de même pour les communautés. En effet, plusieurs facteurs déterminant la santé dépassent les compétences individuelles, il n'y a que la communauté qui peut les influencer. On parle alors d'*empowerment* communautaire qui vise à donner aux communautés un pouvoir pour intervenir sur certains déterminants de la santé. Il s'agit notamment d'augmenter la capacité de la communauté (*community capacity*) à s'organiser pour améliorer les conditions de vie de ses citoyens. Comme le souligne Sherwood (traduction libre, 2002:8), « la capacité communautaire est la faculté de s'organiser, de se donner une vision ou des priorités, puis

d'agir en conséquence » afin de prévenir la maladie et de promouvoir la santé. Ce processus repose sur un certain nombre d'éléments comme l'arrimage des ressources locales, une libre circulation de l'information, des mécanismes permettant une pleine participation, etc. (Ninacs, 1998:16).

VVS participe à cet *empowerment* communautaire. En effet, en mettant en présence différents acteurs sociaux, ce mouvement crée de nouveaux espaces de pouvoir et redéfinit les responsabilités des différents acteurs au regard de la santé. Asseoir à la même table aussi bien des professionnels de services gouvernementaux, des élus municipaux et des organismes communautaires que des bénévoles ou des citoyens, permet une renégociation des règles de gouverne à l'intérieur des espaces locaux. Comme le soulignent Davies et Kelly (traduction libre, 1993:7), « le programme Villes et Villages en santé est un programme politique dont le but est d'amener un changement dans les relations de pouvoir face à la santé et à la maladie et une transformation épistémologique en profondeur de la conceptualisation même de la santé. » Une Ville en santé se pose alors comme « une forme de démocratie en marche : des gens qui, par delà les frontières habituelles, unissent leurs efforts pour s'attaquer aux problèmes qui leur tiennent à cœur » (traduction libre, Fawcett *et al.*, 2000:90).

Les trois formes d'*empowerment*, l'individuel, l'organisationnel et le communautaire, sont toutefois intimement liés (Ninacs, 2002). Ce sont les individus, en tant qu'acteurs, qui peuvent investir les nouveaux lieux de pouvoir et ainsi contribuer à la force de changement dans la communauté. Ce sont aussi des communautés fortes qui peuvent développer des mécanismes de participation permettant aux individus d'actualiser leur potentiel et d'acquérir de nouvelles compétences. En ce sens, VVS « fournit une opportunité pour passer d'une forme de prise de décision uniquement représentative à une démocratie plus active et qui repose sur le jugement éclairé des citoyens » (traduction libre, O'Connor et Gates, 2000:157).

### **1.3.2 Les stratégies d'action de VVS**

#### *1.3.2.1 La participation*

La participation est au cœur de l'action VVS, elle en est le moteur. La participation peut prendre bien des formes mais, dans le contexte de VVS, « participer, c'est prendre part à l'action sous toutes ses dimensions : parler, se faire entendre, agir et prendre part aux décisions » (INSPQ, 2002:2). Tous ces types d'action sont importants, de la présence aux activités à l'animation de la communauté, mais la forme la plus complète de la participation se traduit par une présence dans les lieux de pouvoir et une contribution active aux décisions.

Pour un individu, la participation peut s'actualiser dans différents lieux et à différentes étapes du processus. Il peut s'agir de participer activement à la mise en place de l'initiative VVS, notamment au sein d'un comité local. Elle peut aussi prendre la forme, dans un premier temps, d'une participation à une activité qui, par la suite, pourrait se transformer par un engagement plus actif dans l'animation d'un groupe ou l'organisation d'autres activités.

Aussi, même si l'investissement du pouvoir par le plus grand nombre de citoyens possible demeure l'objectif ultime, il faut garder en tête que l'*empowerment* des citoyens et des communautés demeure un processus graduel dont les manifestations sont multiples. Ce n'est donc pas uniquement une question de participation au pouvoir formel de décision (conseil municipal, comité de développement, comité VVS), mais aussi une participation active des citoyens au choix des stratégies pour améliorer leurs conditions de vie et leur bien-être.

Dans les plus grandes municipalités où les comités VVS se présentent comme des lieux de concertation intersectorielle entre autres par la participation d'intervenants de divers secteurs, l'intégration des citoyens constitue un grand défi. Dans une perspective VVS, ce sont en partie les gouvernements locaux qui ont le devoir d'assurer les conditions (formation, animation, ouverture) pour faciliter la participation citoyenne.

Étant donné que tout projet Villes et Villages en santé comporte une forte composante bureaucratique (attribuable au rôle que le gouvernement local y joue), il n'est pas évident de faire accepter aux bureaucraties d'une part que les communautés doivent prendre leur autonomie et d'autre part que l'administration municipale doit s'employer à leur fournir les moyens de cette autonomie (traduction libre, Hancock, 1993:22).

Si les gouvernements locaux contrôlent certains leviers nécessaires à la participation citoyenne, c'est par l'*empowerment* des organisations que s'actualise l'*empowerment* des individus et ce sont ces organisations qui permettent la construction d'une communauté plus forte (Ninacs, 1998).

### 1.3.2.2 *La concertation intersectorielle*

Une des pierres angulaires de l'approche VVS est la concertation. Plusieurs auteurs ont travaillé sur ce concept, notamment dans le domaine de la gestion. Schneider définit la concertation comme « une démarche qui comprend l'ensemble des pratiques articulées d'un groupe d'acteurs décisionnels et autonomes qui ont convenu d'harmoniser non seulement leurs orientations mais également leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes au sein d'un secteur d'activité donné » (cité dans Belley-Lévesque, 1994:22).

Par la concertation, les acteurs locaux s'engagent à discuter de problèmes et de solutions relatives à une situation problématique. Les acteurs, individus ou organisations, adhèrent à cette démarche de manière volontaire parce qu'ils croient qu'il est nécessaire d'unir les forces pour atteindre des résultats. En effet, la concertation se pose comme un processus continu qui permet de définir les problèmes et, éventuellement, d'y trouver des solutions.

L'intersectorialité, quant à elle, prend racine dans une vision globale de la société et des facteurs qui favorisent la santé, ou entraînent la maladie, plutôt que dans l'individu qui a des problèmes de santé. Elle est une réponse à l'extrême sectorisation de la société, qui elle-même constitue une réponse à la complexité des phénomènes sociaux (White *et al.*, 2002).



D'où son importance puisqu'elle vise à transcender les secteurs dans le but de comprendre et d'agir sur un grand ensemble de facteurs.

L'intersectorialité repose sur l'idée que les facteurs explicatifs de la maladie et de la santé se trouvent souvent à l'extérieur du champ de la santé, que les déterminants sont divers et concernent la totalité des composantes de la société. Harris et ses collaborateurs (1995) abondent en ce sens lorsqu'ils définissent l'intersectorialité comme « une **relation officielle** entre une ou plusieurs composantes du secteur de la santé et une ou plusieurs composantes d'un autre secteur dans le but de lutter contre un problème ou d'**atteindre des résultats en santé (finals ou intermédiaires)** d'une manière plus efficace et durable que si le secteur de la santé avait agi seul (traduction libre, cité dans Maskill et Hodges, 2001:vi, les accents sont de Maskill et Hodges).

L'intersectorialité appréhende les questions de santé d'une façon pluridimensionnelle qui couvre l'ensemble des composantes de la société. Elle vient donc caractériser la forme de concertation que VVS véhicule.

La concertation intersectorielle peut prendre plusieurs formes. Dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec, elle s'organise surtout autour de tables intersectorielles qui rassemblent des personnes (intervenants et décideurs institutionnels ou du milieu communautaire) autour de thématiques, de problèmes ou de clientèles spécifiques. Dans le contexte des projets VVS, l'action intersectorielle se réalise principalement par le biais d'un comité local, ou d'une coalition, formé d'individus et de groupes de la communauté, auxquels peuvent s'associer des intervenants et décideurs de différents secteurs d'activité ayant un mandat professionnel relatif à la communauté (Centre de santé, Centre local de développement, école, etc.). Il s'agit donc d'une intersectorialité liée à un territoire géographique, l'objectif étant, en mettant en commun les forces et les compétences de chacun des partenaires, d'améliorer les conditions de vie de la communauté. Les Anglo-saxons, parlent alors de « community coalitions » pour désigner ces « ... alliances entre différents secteurs, organisations ou constituantes ayant un objectif commun » (Francisco, Paine et Fawcett, 1993:403).

VVS sous-tend donc une concertation à l'échelle locale. Toutefois, étant donné l'interaction des différents niveaux d'organisation sociale sur ce qui se passe localement, il est important de voir que plusieurs niveaux et plusieurs formes de concertation peuvent coexister, mais qu'on doit en prévoir l'arrimage.

### *1.3.2.3 L'engagement municipal à travers les politiques publiques favorables à la santé*

Au Québec, comme c'est d'ailleurs le cas dans la vision de l'OMS (Hancock et Duhl, 1986), Villes en santé s'adresse en tout premier lieu aux municipalités. Ce sont elles qui adhèrent officiellement. Cependant, contrairement à l'Europe où VVS demeure une approche plutôt administrative et directive (*top-down*), au Québec, on constate que les conseils municipaux délèguent souvent à d'autres entités, parfois même à l'extérieur de l'administration municipale, le développement d'une démarche VVS. Il n'en demeure pas moins que l'engagement de la municipalité demeure une condition essentielle d'adhésion au RQVVS,

ce qui n'est pas le cas dans d'autres provinces où les municipalités ne sont pas systématiquement impliquées dans le développement et l'application de Villes en santé.

Même si l'adhésion de certaines municipalités au mouvement VVS se résume à une résolution du Conseil municipal, la plupart des membres du RQVVS mettent en place un comité, ou une coalition, dont le mandat est de réaliser des activités concrètes pour améliorer les conditions de vie de la communauté. Un tel mandat peut se réaliser, entre autres, par une influence auprès des décideurs locaux (conseil municipal, entreprise, école) afin que ces derniers mettent en place des politiques favorables à la santé.

Plusieurs auteurs (O'Neill, 1990; Hancock et Duhi, 1986) soulignent le rôle essentiel que peuvent jouer les gouvernements locaux dans la définition de politiques publiques favorables à la santé, tant à leur propre niveau, comme gouvernement local, qu'auprès des gouvernements d'autres niveaux.

Dans le contexte de la promotion de la santé, les politiques publiques favorisant la santé constituent des mécanismes importants pour améliorer la santé. Cette notion a évolué corrélativement à celle de la promotion de la santé. En effet, dès lors que l'on concevait la santé globalement, à partir de déterminants touchant l'ensemble des composantes de la société et sur lesquelles les individus et les communautés ont un pouvoir de décision, un des moyens d'influencer la santé consistait à définir des politiques publiques favorables à la santé. L'idée derrière ces politiques publiques saines, est que « les administrations publiques à tous les niveaux, local, régional, provincial, national et international, doivent se soucier de l'incidence de leurs politiques sur la santé des gens » (O'Neill, 1990:7).

Selon Lemieux, les politiques publiques favorables à la santé sont « des processus systématiques mis au point pour régler des problèmes dans des collectivités organisées » (cité dans O'Neill, 1990:7). Bien que dans le contexte de l'OMS on considère les politiques publiques comme étant du ressort des gouvernements, Lemieux soutient que tout organisme peut avoir des politiques publiques en autant qu'elles aient « une influence à l'extérieur de l'organisation en question, et [qu'elles soient] rendues publiques » (*idem*).

Dans la *Politique québécoise de la santé et du bien-être*, on reconnaît l'importance des politiques publiques. On souligne surtout que « le manque d'harmonisation des politiques publiques, leur rigidité, contribuent parfois à affaiblir certains milieux ou encore à perpétuer les inégalités », quoique « les politiques publiques ne sont pas destinées uniquement à réduire les conséquences des problèmes. Plusieurs permettent d'orienter le développement. Ces politiques peuvent ainsi favoriser la mise en place de conditions favorables à la santé et au bien-être et, ce faisant, de conditions favorables au développement social et économique » (MSSS, 1992:170-171).

Le fait que VVS s'intéresse avant tout à l'échelle locale centre la réflexion sur les politiques publiques favorables à la santé définies localement. Toutefois, il ne s'agit pas nécessairement de politiques gouvernementales, mais de toute politique ayant un impact sur la communauté ou une partie de celle-ci.

## EN BREF... VVS, UNE APPROCHE DE SANTÉ FONDÉE SUR DES PRINCIPES D'ACTION

Toute réflexion sur l'évaluation nécessite une définition de l'objet que l'on veut évaluer. S'agissant de l'évaluation d'initiatives VVS, il est d'autant plus important de préciser cette approche qu'elle n'a jamais fait, du moins au Québec, l'objet d'une définition approfondie. Ce chapitre visait à décrire comment VVS, en tant qu'approche de promotion de la santé, allie santé et processus de développement dans une perspective d'amélioration des conditions de vie et du mieux être. L'espace local qu'est la communauté a été posé comme le lieu le plus susceptible d'agir sur les facteurs qui déterminent la santé des individus et des communautés. C'est là en effet que les individus et les communautés peuvent le plus efficacement exercer un contrôle sur les conditions favorisant une meilleure santé.

Une fois ces prémisses placées, il était indispensable de préciser les moyens d'action qui, selon VVS, sont plus à même d'induire des processus de développement durables et efficaces dans une perspective d'amélioration de la santé globale. Il a été montré que le principe fondateur de VVS est l'*empowerment*. Dès lors que l'on dit que les individus et les communautés peuvent et doivent agir sur leur santé, il apparaît indispensable de développer et de consolider leur pouvoir d'agir afin qu'ils puissent actualiser ce potentiel et participer effectivement à leur propre devenir.

Plusieurs stratégies peuvent soutenir ce processus d'*empowerment*. À cet effet, VVS privilégie la participation et la concertation intersectorielle comme étant des moyens susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé. Par ailleurs, comme VVS, du moins au Québec, s'adresse en tout premier lieu aux communautés municipales, on pense également que la mise en place de politiques publiques constitue un moyen prometteur pour contribuer à l'amélioration de la santé.

Ancrée dans de tels stratégies et principes d'action, on constate que l'approche VVS se préoccupe avant tout de processus plutôt que d'actions ou d'interventions à implanter. En ce sens, VVS n'est pas un programme d'intervention au sens où on l'entend généralement en promotion de la santé. L'approche VVS propose un principe et des stratégies qui peuvent permettre aux personnes habitant ou concernées par une communauté de contribuer à leur développement et à l'amélioration de leur mieux-être selon les priorités et les solutions identifiées localement.

Cette façon de concevoir l'action VVS en termes de processus fondés sur des principes d'action n'est pas sans répercussion sur la façon d'aborder la question de l'évaluation. Elle pose la question du rôle des acteurs dans la définition des critères de réussite de même que des éléments des processus qui peuvent être évalués. Il s'agit en fait de repenser la façon de démontrer que des processus aussi complexes que ceux décrits ici donnent des résultats concrets. C'est là le propos du prochain chapitre.



## 2 ÉVALUER VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ : LES GRANDS ENJEUX

Même circonscrite aux projets Villes et Villages en santé (VVS), l'évaluation peut prendre de multiples formes et s'attarder à certaines dimensions plutôt qu'à d'autres. Toutefois, toutes ces formes d'évaluation ont en commun de chercher à établir si l'approche VVS fonctionne, si elle donne des résultats intéressants. Les attentes des promoteurs d'évaluation varient toutefois. En effet, les communautés veulent démontrer que VVS marche pour être capable de recevoir de l'appui et du financement. Les intervenants locaux et régionaux de santé, quant à eux, veulent montrer l'efficacité de VVS pour recevoir de l'argent du MSSS et ce dernier, pour sa part, veut des données probantes pour justifier ses investissements dans ce type d'intervention. Ce que l'on veut savoir en fait, c'est comment fonctionnent les projets, ce qui marche et ce qui ne marche pas, de façon à mieux accompagner les actions communautaires locales. Enfin, il y a également un intérêt à accumuler des connaissances sur les approches de développement des communautés dans une perspective d'implantation élargie dans tout le Québec.

Une telle diversité d'intérêt pose un sérieux défi pour l'évaluation, celui de concilier les attentes et les besoins des uns et des autres. La perspective adoptée ici est de penser l'évaluation comme un outil pour soutenir l'action locale. À première vue, cette perspective laisse entrevoir que le point focal sera davantage les besoins des communautés que ceux des autres acteurs (santé publique, MSSS). Notre hypothèse est toutefois qu'il existe des avenues d'évaluation permettant de concilier diverses attentes et que celles-ci méritent d'être explorées. Le présent document se veut une contribution en ce sens.

Le propos s'organise autour de deux grands enjeux liés à l'évaluation : une question d'ordre épistémologique relative à la façon dont on conçoit la nature des données nécessaires pour voir si l'approche Villes et Villages en santé fonctionne et une question méthodologique portant sur l'objet d'évaluation où processus et impacts sont intimement liés.

Le premier enjeu nous amène à préciser pourquoi les façons habituelles de faire en évaluation ne sont pas toujours adéquates pour les projets de type VVS. Le point de vue adopté ici est que ces projets sont avant tout des processus et non pas des programmes et que les formes d'évaluation d'inspiration plus positiviste ne sont pas toujours adaptées non seulement à la nature particulière des projets VVS, mais également à la finalité de l'évaluation souhaitée par les acteurs locaux. Pour pallier ces lacunes des approches d'évaluation conventionnelles, il sera préciser pourquoi les approches plus participatives conviennent mieux aux projets VVS.

Le second enjeu, celui des objets d'évaluation, nécessite une rétrospective des formes plus habituelles d'évaluation de programmes, notamment l'évaluation des processus et l'évaluation d'impacts. Cet exercice complété, il sera alors possible de voir comment ces formes d'évaluation pourraient être conjuguées pour permettre de mieux comprendre les mécanismes qui mènent des effets à court terme vers des impacts structurels à plus long terme. Nous verrons également comment l'analyse de l'enchaînement des résultats peut

aussi être enrichie par le biais de la théorie de l'action qui anime les acteurs de projets VVS. Il sera ensuite proposé une théorie générale de l'action VVS, non pas comme modèle pour les évaluations locales, mais comme outil de référence sur les dimensions qui pourraient être considérées par les communautés.

## **2.1 UN ENJEU ÉPISTÉMOLOGIQUE : LA VALEUR DES DONNÉES**

Même si le champ de l'évaluation se révèle complexe et nuancé, il est possible de regrouper les diverses formes d'évaluation autour de deux grands courants (Lincoln et Guba, 2000) : 1. une approche plutôt positiviste posant l'existence d'une réalité objective qu'il est possible d'appréhender et de mesurer, du moins en partie, et 2. une approche plutôt post-moderne, incluant, notamment les paradigmes constructiviste et participatif/émancipatoire, qui conçoit que la connaissance d'une réalité ne peut être isolée de son contexte et donc que les acteurs doivent être partie prenante de tout exercice de construction de la réalité; qu'il n'existerait pas une seule réalité, mais plusieurs (Minkler et Wallerstein, 2003; Reason et Bradbury, 2001; Hills et Mullett, 2000; Lincoln et Guba, 2000; Denzin et Lincoln, 2000; Guba et Lincoln, 1989).

### **2.1.1 Les limites des données probantes dans le contexte VVS**

La plupart des modes conventionnels d'évaluation reposent sur une conception positiviste ou néo-positiviste de la science, soutenant qu'il existe une réalité objective que des outils systématisés (par exemple des essais cliniques randomisés, suivi d'indicateurs) peuvent mettre au jour. Ces études sont généralement réalisées par des évaluateurs externes, la participation des personnes concernées se limitant par exemple à donner de l'information, que ce soit leur point de vue sur un programme ou leur sang pour un test sur des médicaments. Ce genre de dispositif méthodologique permet alors d'atteindre le degré d'objectivité nécessaire pour assurer la validité des résultats.

Dans le domaine de la santé, ce type de recherche vise à prouver, ou du moins à fournir des données probantes, que l'intervention X a donné le résultat Y. Si, dans le contexte biomédical, ce type de démonstration est à même de démontrer le lien entre l'intervention et les effets, il s'avère beaucoup plus problématique, voire inutilisable, pour analyser des processus complexes à l'œuvre au sein des initiatives communautaires de développement local, telles celles mises en place par VVS. De tels procédés ne cherchent pas toujours non plus à expliquer les mécanismes intermédiaires qui relient actions et résultats. Plusieurs auteurs (Potvin et Richard, 2001; Harachi *et al.*, 1999) parlent de « black box evaluation », car l'on sait ce qui entre dans la boîte (le traitement) et ce qui en ressort (l'effet), mais pas ce qui s'est passé dans la boîte (le processus de transformation).

En promotion de la santé, la recherche et l'évaluation constituent des champs en construction qui tentent de se distancier de l'approche biomédicale (Rootman *et al.*, 2001; McQueen et Anderson, 2000; Smedley et Syme, 2000; Raphael, 1999). Le défi est double. D'une part, pour beaucoup, la promotion de la santé fait partie du champ de la santé et, à ce titre, l'architecture théorique et méthodologique de la science biomédicale positiviste peut s'y appliquer. D'autre part, et c'est lié à ce qui précède, la promotion de la santé commence tout

juste à se définir comme science distincte et à poser les fondements théoriques de ce qu'est une « preuve » ou une « donnée probante » dans ce domaine.

Il faut dire que les attentes envers l'évaluation sont fortes, voire même démesurées. Depuis que les coupures et les restrictions budgétaires en santé sont venues réduire les possibilités d'intervention, on veut s'assurer que les programmes mis en place ont déjà été jugés efficaces, c'est-à-dire qui sont soutenus par des données probantes. Les décideurs attendent donc que la promotion de la santé puisse fournir le même type de preuves quantifiées que celles du domaine biomédical.

Malgré des années de ce que les anti-positivistes pourraient qualifier de « dénigrement systématique de l'indicateur », ou de ce que les personnes à l'inclination plus positive pourraient qualifier de « scepticisme de l'indicateur », deux facteurs saillants subsistent : 1) les preneurs de décision s'attendent à obtenir des chiffres dérivés d'indicateurs et, souvent, ils les réclament; et 2) la plupart des praticiens et des chercheurs en santé publique et en promotion de la santé ont été formés à produire et à respecter les données quantitatives ainsi que la valeur des indicateurs qui y sont associés (McQueen et Anderson, 2000:93).

Or, une partie du champ d'intervention de la promotion de la santé, c'est le cas notamment de l'approche VVS, s'applique à des processus sociaux complexes pour lesquels il est extrêmement difficile, voire même impossible, d'isoler toutes les variables qui pourraient influencer le résultat. Les communautés ne peuvent être étudiées en laboratoire. Il faut donc repenser la notion de « preuve » ou de « données probantes » et même revoir si ces notions sont pertinentes pour la promotion de la santé. McQueen et Anderson (2000:91) vont jusqu'à affirmer que « ... l'utilisation du terme "donnée probante" en promotion de la santé est extrêmement contestable », surtout dans une perspective VVS où l'action se définit localement et où les processus prennent souvent le pas sur les résultats attendus.

La promotion de la santé se démarque d'approches plus cliniques visant à mettre au jour une chaîne allant de l'application d'une intervention (médicament, traitement) à un effet observable (généralement quantifiable) parce qu'elle sous-tend une vision plus dynamique et éclatée qui s'inscrit dans une réalité sociale riche des interactions entre les individus, les groupes, les structures. En fait, « ... les règles de preuve sur lesquelles se baser pour statuer sur l'efficacité ou la performance d'une intervention doivent pouvoir s'ajuster à la diversité des pratiques et des contextes qu'on observe dans les faits sur le terrain » (Chamberland et Bilodeau, 2000:143). Toutefois, peut-être ne faut-il pas écarter d'emblée l'idée des données probantes, car selon O'Neill (2003:324),

il existe [...] certainement un avenir pour l'utilisation des données probantes en promotion de la santé, mais à l'intérieur de certaines limites, dans la mesure où elles ne sont pas perçues comme la seule et unique manière d'évaluer les pratiques dans ce domaine et dans la mesure où il demeure de la place pour d'autres types de démarche qui, très souvent, restent les seules disponibles pour fournir un jugement éclairé sur la capacité d'une intervention à produire des effets.

Il apparaît urgent d'explorer de nouvelles avenues quant à ce qui pourrait constituer une « donnée probante » dans le domaine de la promotion de la santé en général et plus spécifiquement pour les projets communautaires complexes privilégiant une approche globale des problèmes et des solutions. En effet, on a longtemps oublié que la promotion de la santé, et par le fait même l'approche VVS, constituait « une nouvelle forme de praxis » et que l'échec « a été de ne pas reconnaître ce fait et de continuer à travailler à partir des mêmes vieux cadres d'analyse propres aux sciences sociales et aux sciences naturelles » (Davies and Kelly, 1993:8).

Il semble donc que, même si les données fournies par les approches positivistes permettent de quantifier certaines retombées des initiatives VVS ou divers aspects de la vie des communautés, il est nécessaire de développer des façons de faire permettant de suivre les changements et de comprendre les mécanismes qui les favorisent et, surtout, de le faire à partir des interprétations des acteurs locaux. C'est en amenant les communautés à analyser la mécanique fine de l'enchaînement des transformations dans leur milieu, c'est-à-dire les processus qui mènent des pratiques de développement aux résultats, que l'on arrivera à démontrer plus efficacement la pertinence de l'approche VVS.

### **2.1.2 Des approches alternatives**

En réponse aux critiques et insatisfactions au regard des approches plus positivistes d'évaluation se sont développées, au cours des dernières décennies, de nouvelles formes de recherche et d'évaluation. Malgré la diversité des avenues proposées, ces approches ont toutes en commun de considérer les acteurs d'une action locale comme des personnes ayant des savoirs pertinents pour comprendre la réalité et, surtout, d'intégrer l'évaluation à l'action de manière à augmenter la capacité (*empowerment*) des acteurs locaux à comprendre leur monde et à agir dessus. En cela, ce sont des procédés qui s'accordent aux principes d'action qui sous-tendent les projets locaux développés dans le contexte VVS.

Souvent qualifiée de participative, cette forme d'évaluation peut prendre des couleurs bien particulières selon le type de projet ou d'initiative qui est évalué. Le tableau 2.1. en présente les principales caractéristiques, en les comparant à la recherche de nature plus positiviste.



**Tableau 2-1 : Comparaison des principales formes de recherche**

|  | Recherche « classique »  | Recherche axée sur la communauté               |
|--|--|--|
| <b>Paradigme</b>                         | Positiviste  | Émancipatoire                                  |
| <b>Rôle des participants</b>             | Sujets   | Partenaires                                    |
| <b>Rôle des chercheurs</b>               | Experts (méthodologie)   | Acteurs  |
| <b>Valeurs attribuées à la recherche</b> | Objectivité  | Dialectique objectivité/subjectivité           |
| <b>Focus</b>                             | Faits et théorie   | Compréhension collective                       |
| <b>Finalité de la recherche</b>          | Connaissances empiriques et changements de comportements individuels | Changements systémiques                        |
| <b>Rôle de la recherche</b>              | Recueillir des évidences   | Transformation des pratiques et des structures |

Adapté de Hills et Mullett, 2000:90 (traduction libre).

Les approches participatives ont aussi des limites. Du point de vue de l'évaluation surtout, les tenants d'une approche plus normative, visant notamment à démontrer l'efficacité des pratiques de promotion de la santé, reprochent aux évaluations participatives menées localement de ne pas permettre ni de démontrer l'impact réel des initiatives VVS sur la santé ni de comparer plusieurs communautés. C'est du moins le discours que, dans notre propre expérience, l'on a fréquemment entendu de la part des gestionnaires et mêmes des communautés qui veulent « prouver » que leurs projets donnent des résultats afin d'avoir accès à du financement.

### 2.1.2.1 Les fondements et les forces des approches participatives

#### Une réalité construite et plurielle

Plutôt que de penser que la réalité existe en tant que telle et que l'on peut l'appréhender par des méthodes systématiques d'observation et de mesure comme le font les positivistes, les nouvelles approches ancrées dans les paradigmes constructiviste et participatif posent que la réalité est construite par les acteurs. Chaque personne, à travers ses valeurs, ses habiletés, son bagage culturel, son statut socio-économique et professionnel, se construit une image de la réalité, d'une situation, d'un problème ou d'un projet.

Il en découle des visions pluralistes du monde, chacun en faisant sa propre expérience, bien que des visions plus collectives, c'est-à-dire partagées par un groupe de personnes ayant certaines affinités, puissent être mises au jour (Guba et Lincoln (1989) en évaluation; Gendron (2001) en santé publique). La pluralité apparaît comme un concept clé; les méthodes employées pour construire les connaissances devant alors mettre en évidence la diversité des construits relatifs à une situation ou à un phénomène.

La connaissance se construit dans l'action, car les processus de développement des connaissances et de l'action ne sont pas séparés comme dans les approches plus classiques de recherche. Ainsi construites dans l'action, les connaissances ne peuvent donc

être séparées de la finalité envisagée par les acteurs. Les objectifs et les projets derrière l'action constituent donc des composantes inhérentes à toute connaissance.

Dans cette perspective, les réalités sociales sont vues comme « des constructions historiques et quotidiennes des acteurs individuels et collectifs » (Corcuff, 1995:17). Les projets Villes en santé, lorsqu'on les analyse sous cet angle, constituent des appareillages qui s'édifient principalement par les actions et les discours des acteurs. Ce sont des innovations, au sens où l'entend Callon (1986), puisque les membres des communautés sollicitées par Villes en santé interprètent cette approche et la traduisent dans la pratique.

### Des connaissances qui donnent du pouvoir

Parallèlement à cette vision plus constructiviste, et souvent en étroite relation avec elle, d'autres auteurs ont mis plutôt l'accent sur l'importance de susciter le changement social et d'habiliter les personnes et les communautés à s'analyser elles-mêmes, ce que d'aucuns nomment le paradigme émancipatoire (Minkler et Wallerstein, 2003; Hills et Mullett, 2000) ou participatif (Reason et Bradbury, 2001; Heron et Reason, 1997). Certains se sont intéressés au développement d'une recherche intégrée à l'action, la recherche-action (Goodman *et al.* 1998; Lamoureux *et al.*, 1996; Patton, 1997; Connell *et al.*, 1995; Resweber, 1995; Goyette et Lessard-Hébert, 1987; Barnsley et Ellis, 1992) alors que d'autres ont surtout mis l'accent sur la dimension formative de l'évaluation (Guba et Lincoln, 1989), entre autres avec le concept d'« empowerment evaluation » (Fetterman, Kaftarian et Wandersman, 1996). Au cours des dernières années, on parle également beaucoup de recherche menée dans et par les communautés (*community-based participatory research*) (Minkler et Wallerstein, 2003; Hills et Mullett, 2000).

De façon générale, les personnes qui se sont intéressées à l'évaluation d'initiatives de développement par les communautés, et plus spécifiquement de projets VVS, s'entendent pour dire que les façons d'évaluer doivent être concordantes avec les valeurs fondamentales de ces approches. Elles doivent améliorer les capacités des communautés à transformer leur milieu en vue d'améliorer les conditions de vie et la santé de leur population et de leur communauté (Curtice, Springett, et Kennedy, 2001; Hancock, 1993; Verna *et al.*, 1995).

Les approches participatives reposent sur l'idée que la réalisation d'évaluations ou de projets de recherche par les acteurs locaux leur permettent d'acquérir des habiletés, des connaissances, de la crédibilité, donc de favoriser leur *empowerment*. Vu sous cet angle, ce n'est donc pas seulement les actions VVS qui permettent l'*empowerment*, mais également tout l'effort d'introspection, de réflexion et d'analyse que suscite une évaluation participative arrimée à une démarche locale de développement.

#### 2.1.2.2 *Les limites des approches participatives*

Les approches participatives et plus spécifiquement d'auto-évaluation menées par les communautés ont l'avantage très spécifique d'être ancrées dans l'action et imprégnées du contexte local. Toutefois, on leur reproche souvent de ne pas avoir suffisamment de recul et de ne pas pouvoir poser de diagnostic sur l'efficacité de l'approche utilisée, dans ce cas-ci VVS. Les membres de la communauté peuvent bien dire qu'ils sont satisfaits de leur projet,

mais peut-être celui-ci n'a-t-il pas permis réellement d'améliorer les conditions de vie ou la santé des personnes (Hills, Carroll et O'Neill, 2004).

Étant donné que la connaissance que l'on peut avoir d'une réalité se construit par les acteurs qui l'expérimentent, toute connaissance qui résulte d'un processus participatif d'évaluation ne peut qu'être profondément ancrée dans le contexte. À la différence de certaines formes d'évaluation qui tentent de mesurer des résultats liés aux qualités intrinsèques d'un programme, sans se préoccuper du contexte où il est implanté, afin de cerner son potentiel de généralisation, les connaissances générées par les approches participatives sont indissociables du contexte dont elles sont issues. C'est ce qui en fait la force de point de vue local.

Il est vrai que les informations qui émanent de ces évaluations ne sont pas de même nature que les données probantes que les décideurs et administrateurs désirent ou ont l'habitude d'obtenir. Mais, comme le soulignent Guba et Lincoln (1989:47), « c'est précisément à cause de notre préoccupation à trouver des solutions universelles que nous n'arrivons pas à concevoir des solutions signifiantes et utiles localement. C'est précisément à cause de notre préoccupation pour le contrôle que nous n'arrivons pas à redonner du pouvoir aux personnes mêmes que nous sommes supposés servir. »

Les étapes des processus dans lesquels elles sont impliquées constituent, pour les communautés, autant de jalons, d'indicateurs intermédiaires, pour analyser le cheminement vers des changements plus durables. Peut-être l'analyse de ces résultats intermédiaires constitue-t-elle une façon de réconcilier les diverses approches d'évaluation? Et si les changements sur l'état de santé ne peuvent être montrés rapidement, peut-être que montrer l'enchaînement des petits changements qui mènent vers des transformations structurelles à long terme constitue-t-elle une avenue prometteuse. Et cela ne peut se faire que si les communautés sont appelées à préciser ce qui est signifiant pour elles, ce qui constitue des changements positifs en cours de projet.

### 2.1.2.3 *Les principes des approches participatives*

La participation des communautés en évaluation peut vouloir dire bien des choses et se vivre à bien des degrés. Dans la perspective adoptée ici, l'évaluation participative se veut une approche qui permet aux acteurs concernés d'être partie prenante de toutes les étapes d'une évaluation (de la définition des questions de recherche à l'analyse des données et à la finalisation des résultats). L'objectif consiste alors à développer une compréhension collective de la situation et à favoriser l'*empowerment* des personnes et des communautés de manière à ce qu'elles soient davantage en mesure d'améliorer leur santé et leurs conditions de vie.

Inspirés de la recherche participative axée sur la communauté (*community-based participatory research*; Minkler et Wallerstein, 2003:55-58), voici comment pourraient s'énoncer les valeurs et les principes de l'évaluation participative :

- reconnaissance de la communauté comme une entité ayant une identité propre;
- ancrage dans les forces et les ressources de la communauté;
- mise en place de partenariats équitables dans toutes les étapes de la recherche;
- apprentissage collectif et renforcement des capacités de tous les partenaires;
- équilibre entre recherche et action au plus grand profit de tous;
- accent mis sur la pertinence, pour les communautés, des problèmes de santé publique et des perspectives écologiques intégrant les multiples déterminants de la santé et de la maladie;
- développement de systèmes par un processus cyclique et itératif;
- diffusion des résultats et de la connaissance acquise auprès — et par l'entremise — de tous les partenaires;
- engagement à long terme.

Cette façon d'évaluer annonce deux grands changements au regard des formes plus habituelles d'évaluation de programmes qu'il apparaît essentiel de préciser. Premièrement, de telles évaluations sont intégrées au projet dès le départ et participent de tout le processus. Elles s'étendent sur de longues périodes parce que la participation active des acteurs locaux et son arrimage à l'action font en sorte qu'elles doivent suivre le rythme du milieu, qui est généralement plutôt lent et cyclique.

Le second changement concerne le rôle du chercheur qui, dans les formes participatives d'évaluation, est transformé. Il devient un acteur comme les autres, qui contribue à la construction collective d'une situation en apportant son regard extérieur et son soutien méthodologique. Le chercheur ou l'évaluateur n'est donc plus l'expert, il est participant dans la construction d'une compréhension plurielle d'un projet, d'une situation. En fait, « les résultats d'une étude existent précisément parce qu'il y a interaction entre celui qui observe et celui qui est observé qui crée littéralement ce qui émerge de l'analyse » (traduction libre, Guba et Lincoln, 1989:44). Par ailleurs, comme cette construction d'une vision collective ne se fait pas toujours facilement et qu'il en émerge parfois des visions conflictuelles, le chercheur doit parfois jouer un rôle de médiation, de résolution de conflit. Pour ces évaluateurs, qu'ils soient externes ou issus de la communauté, cherchant à mieux comprendre les processus pour améliorer l'action, cette redéfinition de leurs statuts et de leurs rôles, ne peut qu'être bénéfique. En effet, « substituer l'incertitude à la certitude, l'*empowerment* au contrôle, la connaissance ancrée localement à l'explication universelle, et l'humilité à l'arrogance, apparaissent comme une série de gains pour l'évaluateur de quatrième génération » (traduction libre, Guba et Lincoln, 1989:48).

Enfin, les approches participatives s'accompagnent de tout un dispositif méthodologique propre à assurer la participation réelle des acteurs locaux et la crédibilité du processus, que l'initiative d'évaluation vienne de l'intérieur ou de l'extérieur de la communauté. Il apparaît

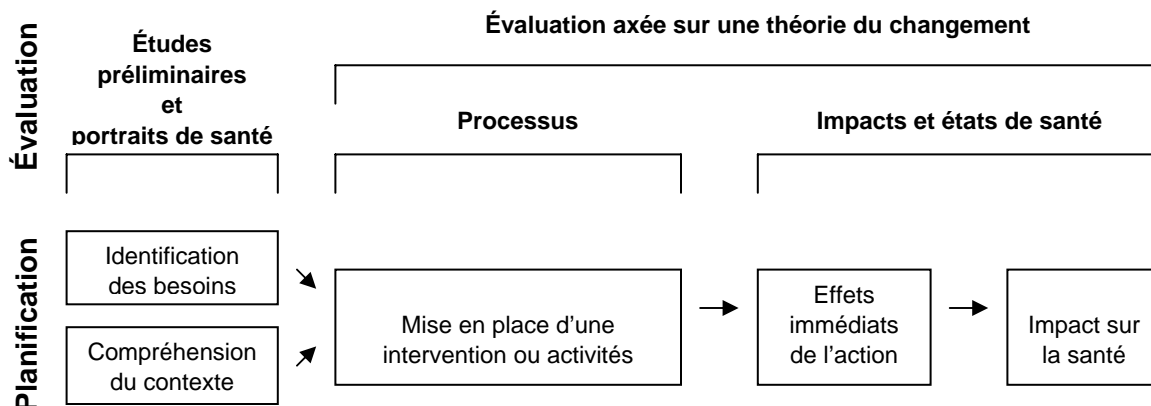
essentiel de préciser que, dans de telles démarches d'évaluation, il peut être utile et nécessaire de procéder à une cueillette d'information de nature plus quantitative. Un tel exercice peut être compatible avec l'approche participative. Dans ce contexte toutefois, les données quantitatives ne constituent pas une vérité absolue dont les acteurs doivent absolument tenir compte. Elles ne sont qu'un type d'information, qu'une connaissance parmi d'autres.

En recherche participative, la donnée quantitative peut être utile, mais elle n'est pas considérée comme l'unique source d'information utile et pertinente pour comprendre le contexte local; les « indicateurs ne constituant pas la seule façon de connaître et comprendre une communauté et son niveau de santé » (Hancock, Labonté et Edwards, 2000:19). Les informations de nature qualitative permettent d'ancrer les données quantitatives dans un contexte spécifique et de faire comprendre la substance de l'entité sociale concernée. Pour les tenants d'une approche plus participative, l'indicateur, nonobstant sa validité scientifique, n'a de pertinence que si les acteurs locaux lui reconnaissent de la valeur, se l'approprient et l'intègrent dans leur démarche de compréhension de la situation. En recherche participative, les données quantitatives ne sont pertinentes qu'ainsi considérées.

## 2.2 UN ENJEU MÉTHODOLOGIQUE : LA QUESTION DES OBJETS D'ÉVALUATION

Il y a plusieurs façons de présenter les différentes formes d'évaluation. On distingue généralement les études préalables à la mise en place d'intervention (analyse des besoins, des problèmes, portraits de situation) de l'évaluation d'implantation, qui analyse la manière dont l'intervention est mise en place, et de l'évaluation d'impacts, qui en mesure les retombées généralement à long terme mais aussi parfois à plus court terme. Ces formes d'évaluation correspondent d'ailleurs aux étapes du cycle d'un projet (figure 2.1).

Figure 2-1 : Arrimage des étapes de planification et d'évaluation



Parmi cet ensemble de possibles en évaluation, il sera ici surtout question de processus et d'impacts parce qu'ils concernent plus spécifiquement ce qui se passe dans les projets. Toutefois, le propos est d'enrichir ces champs d'évaluation, somme toute assez classiques, en les considérant de façon novatrice et dans une perspective VVS.

Les évaluations de processus et d'impacts ont surtout été développées pour rendre compte des programmes institutionnels dans différents domaines, notamment en éducation et en santé. Or, les initiatives de type VVS ne sont pas à proprement parler des programmes, même si les démarches de planification utilisées à l'occasion dans les projets VVS (identification des besoins, définition des objectifs et des moyens d'action) s'apparentent parfois à celles des programmes.

Les objectifs et les stratégies d'action VVS sont définis par les acteurs locaux et ce choix fait partie de la démarche elle-même. Il ne s'agit donc pas d'implanter un programme prédéfini de l'extérieur, au contraire. Les initiatives VVS, bien qu'elles fassent généralement l'objet de planification au départ, se transforment en cours de route en fonction de l'évolution des connaissances, des besoins et du contexte. Les changements obtenus tout au long du projet ne correspondent donc pas toujours aux objectifs initiaux. En fait, l'approche VVS porte davantage sur les processus que sur les effets. Elle repose sur l'idée qu'en misant sur certains principes d'action (participation, *empowerment*, concertation intersectorielle), on peut transformer tant les façons de faire et les façons d'être des individus et des communautés que les conditions de vie, ce qui en bout de ligne, est à même d'améliorer et l'état de santé global des individus et celui des communautés. Aussi, même si les promoteurs de projets VVS désirent savoir s'ils ont atteint leurs objectifs, ils s'intéressent avant tout aux changements survenus en cours de route de même qu'aux moyens ayant permis de les obtenir.

Les projets VVS ne sont donc pas à proprement parler des programmes, et l'appareillage d'évaluation développé pour ces derniers n'est pas toujours adapté aux premiers. Pourtant, on peut tout de même partir de formes plus classiques d'évaluation de processus et d'impacts et voir comment on peut, à l'aide d'autres travaux réalisés en ce sens, les transformer de manière à ce qu'ils servent mieux la finalité de l'évaluation VVS. Il s'agit donc ici de venir préciser les objets sur lesquels les approches participatives d'évaluation peuvent se pencher.

## **2.2.1 L'évaluation des processus**

### *2.2.1.1 Les processus dans les évaluations de programmes*

Pour certains auteurs, l'analyse des processus constitue une dimension prise en compte dans ce qu'il est convenu d'appeler l'évaluation d'implantation, cette dernière visant à « décrire le déroulement réel [d'un] programme et à déterminer la population à laquelle il s'adresse » (Beaudry et Gauthier, 1993:437; voir aussi Patton, 1997). D'autres auteurs tels Rossi et Freeman (1993:162) présentent l'évaluation de processus et d'implantation comme des synonymes : « Études des processus : activités d'évaluation liées à l'identification des objectifs et l'analyse de la conformité du projet au regard de sa conception initiale; de

manière générale ce terme est synonyme des études d'implantation de programme » (traduction libre, voir aussi Patton, 1997; Herman, Morris et Fitz-Gibbon, 1987).

Au cours des dernières années, l'évaluation de processus s'est développée comme un champ distinct de l'évaluation de programmes (Steckler et Linnan, 2002; Baranowski et Stables, 2000; Harachi *et al.*, 1999; Robinson *et al.*, 1997; Green et Kreuter, 1991, Patton, 1990) pour désigner le dispositif mis en place pour réaliser un projet tout en faisant le lien entre les activités et les résultats. S'ajoute à ce vaste champ de l'évaluation de processus, l'« évaluation guidée par une théorie » (*theory driven evaluation*) qui vise à construire l'évaluation sur la théorie qui articule l'action, comme nous le verrons plus loin (Perret, 2002; Weiss, 1995; Chen, 1990).

Mais peu importe la façon de la nommer ou de l'organiser, l'analyse des processus porte spécifiquement sur la façon dont un programme est implanté. Il s'agit alors de rendre compte des activités ou des interventions réalisées, des ressources utilisées, des personnes rejointes et des services mis en place dans le cadre du programme ou de l'initiative à évaluer. Les processus réfèrent alors plus spécifiquement au dispositif logistique et aux interventions mis en place. L'objectif étant de comprendre comment l'action ou le programme est organisé.

L'évaluation des processus s'est développée à la suite de conclusions erronées tirées uniquement d'évaluation des impacts, notamment une étude dans laquelle on avait conclu à l'absence de résultats d'un programme ce qui avait mené à son abolition, alors que le programme n'avait jamais été implanté (Linnan et Steckler, 2002). Les évaluations d'impacts portent uniquement sur les résultats, sans se poser de questions sur les processus qui mènent à l'obtention de ceux-ci. Par exemple, dans le contexte de programmes multi-sites, on s'est rendu compte que, malgré la définition d'un protocole d'implantation strict, la mise en place d'un programme variait énormément d'un endroit à l'autre (*idem*). Ainsi, même si les résultats apparaissaient concluants sur un ensemble de sites, il était difficile d'isoler les mécanismes qui, dans chaque site, étaient similaires ou différents pouvant favoriser ou nuire à l'atteinte des résultats. La difficulté réside dans le fait de distinguer la qualité d'un programme de la fidélité de son implantation. L'analyse de processus est prévue pour pallier cette lacune.

Au cours des dernières années, la réflexion sur l'évaluation de processus comme champ spécifique d'évaluation a permis de définir de manière plus précise les composantes des processus qui peuvent être analysées et ce, si nécessaire, pour chaque intervention à l'intérieur d'un même programme : contexte, modes de recrutement et de rétention de la clientèle, participation de la clientèle visée aux activités ou aux services, interventions proposées et reçues, conformité de l'action en regard de ce qui était planifié, difficultés à rejoindre les participants, pérennité de la participation, degré d'influence extérieure reçue par les participants (Baranowski et Stables, 2000). Une telle grille d'analyse s'applique toutefois surtout aux programmes implantés dans un ensemble de sites et définis par des personnes extérieures. Elle s'inscrit dans une vision plus gestionnaire de l'évaluation. Par ailleurs, la notion de conformité du programme implanté avec ce qui était planifié pose l'évaluation dans

une perspective normative dans laquelle on s'attend à ce qu'il y ait peu d'écart entre l'intervention planifiée et l'intervention réalisée (Desrosiers *et al.*, 1998:33).

Transposées dans le contexte VVS, ces dimensions de processus peuvent s'avérer pertinentes bien qu'il soit nécessaire de les adapter. Il s'agit en fait de traduire ces dimensions en des questions significatives localement : nos activités ou services ont-ils été mis en place?; nos activités ou services ont-ils rejoints les personnes ciblées?; les ressources employées étaient-elles adéquates? et, pour toutes ces questions, si la réponse est non, se demander pourquoi?

L'évaluation de processus sert généralement à informer l'action, c'est-à-dire à développer des connaissances utiles aux acteurs impliqués dans l'action. En ce sens, elle est plus souvent associée à une démarche formative. L'analyse des processus peut se faire dans une perspective plus sommative lorsqu'il s'agit de fournir des données d'implantation (ressources investies, nombre de personnes rejointes, services mis en place, etc.) pour les bailleurs de fonds plutôt que pour les acteurs locaux. Certains auteurs pensent qu'il peut être utile que les évaluations de processus soient à la fois formatives et sommatives (Steckler et Linnan, 2002; Herman, Morris et Fitz-Gibbon, 1987).

#### 2.2.1.2 L'évaluation des processus VVS

Parallèlement à cette vision plus gestionnaire des processus s'est développée, dans le contexte de la multiplication des expériences locales de développement, une réflexion portant sur la façon d'amener les communautés à rendre compte de l'évolution de leurs initiatives (OPS, sous presse; Bopp *et al.*, 2000; Maltrud, Wallerstein et Edwards, 1997; Fawcett *et al.*, 1994). Même si ces outils reprennent des éléments relatifs aux activités implantées, aux ressources et aux populations rejointes à l'instar des évaluations de processus classiques, on a surtout cherché à cerner les processus de concertation, d'*empowerment* et de participation qui constituent les fondements des initiatives locales (voir par exemple Ouellet, Forget et Durand, non daté). On l'a vu, les initiatives des communautés pour améliorer leur qualité de vie ou leur santé sont différentes des programmes en ce sens qu'elles ne reposent pas simplement sur des interventions à mettre en place, mais sur des principes et des stratégies d'action (participation, concertation intersectorielle et engagement municipal) visant l'*empowerment* et le renforcement de la capacité communautaire.

Évaluer les processus VVS consiste donc à suivre les moyens et les stratégies déployés pour actualiser ces principes d'action de même que l'évolution des résultats qui en découlent. La démarche consiste alors à décortiquer chacun de ces principes à partir de ce que la communauté considère être les paramètres significatifs pour les principes propres à son action. On peut alors suivre l'évolution des processus spécifiques à chaque projet. Cet exercice d'identification des principes d'action et de définition de la façon dont on les conçoit contribue à enrichir les processus en cours. En ce sens, l'évaluation est profondément ancrée dans l'action.



## 2.2.2 L'évaluation des impacts

### 2.2.2.1 Les impacts dans les évaluations de programme

L'évaluation des impacts ou des effets constitue un vaste champ d'étude visant à examiner jusqu'à quel point une intervention, un programme ou une démarche a donné des résultats.

L'évaluation des impacts consiste à comparer (Rossi et Freeman, 1993). En effet, l'atteinte d'un résultat se mesure toujours par rapport à un jalon déjà établi. Ce peut être l'objectif défini au départ qui pose la mesure désirable au regard de laquelle le résultat va être évalué. On peut aussi comparer deux mesures de façon longitudinale, par exemple en juxtaposant des portraits faits à des moments différents, montrant ainsi l'évolution d'un phénomène ou d'une donnée dans le temps. La comparaison peut également se faire de manière transversale, c'est-à-dire en comparaison avec d'autres communautés, méthode fréquemment utilisée dans les études expérimentales ou quasi expérimentales avec groupe témoin.

Un impact est un changement observable découlant d'un programme, d'un projet ou d'une intervention. Bien que les auteurs n'emploient pas tous la même terminologie et qu'ils ne donnent pas toujours le même sens aux mots, il semble tout de même y avoir consensus sur la nécessaire distinction entre les retombées à court terme et celles à plus long terme. À cet effet, les Anglo-saxons distinguent les « outputs » (effets à court terme) des « outcomes » (effets à long terme). En français, les effets désignent plus souvent les retombées à court et à moyen terme, alors que les impacts réfèrent aux résultats à plus long terme. Dans la perspective développée dans le présent document, cette distinction n'est pas toujours utile puisqu'il est surtout question de changements qui s'enchaînent dans le temps, la distinction se faisant dans la notion de court, moyen et long terme, entre des changements plus ponctuels et localisés qui se transforment, au fil du temps, en changements structurels.

Cependant, peu importe le type de changements attendus, il est indispensable de se préoccuper des effets non prévus d'un programme ou d'une action. En effet, malgré une planification réfléchie et une implantation conforme au design original, il peut arriver que l'action proposée ait des effets pervers sur la population cible ou même sur une population qui ne fréquente pas le programme. Il peut aussi y avoir des retombées positives qui n'avaient pas été envisagées. Il faut donc s'assurer que l'évaluation prévoit des mécanismes pour saisir ces réalités. Si cette mise en garde apparaît indispensable dans les évaluations classiques de programmes, nous pensons qu'elle est moins pertinente dans une évaluation portant sur l'enchaînement des résultats telle qu'il est proposé ici. Il faut cependant demeurer vigilants puisque les effets imprévus d'une intervention sont parfois oubliés par les acteurs locaux.

#### 2.2.2.2 L'évaluation des changements liés aux projets VVS

Évaluer les résultats de l'action VVS requiert de concevoir la notion d'impact autrement, perspective qui sera amorcée dans cette section et poursuivie dans la suivante. Les défis d'un tel exercice sont toutefois nombreux.

Premièrement, si l'exercice de définition des critères de succès est important dans toute évaluation, elle l'est particulièrement dans le contexte VVS puisque la diversité des acteurs impliqués, de même que le fait que les projets demeurent parfois un peu flous quant aux changements attendus, font en sorte qu'il est souvent difficile de déterminer si le projet a eu quelque succès et s'il a des retombées significatives. Selon Patton (1997), la définition des objectifs dans le contexte de la planification et de l'évaluation n'est pas un exercice aisé, les différents intérêts en jeu menant à des propositions parfois irréconciliables. Il est aussi difficile de poser des balises en ce qui concerne des aspects plus difficilement mesurables comme la vie démocratique, le degré de participation ou d'*empowerment*. Il est alors crucial que la communauté, au moment de la définition des questions d'évaluation, réfléchisse aux critères qui lui permettront de dire si, oui ou non, elle a progressé dans le sens attendu. Nous verrons plus loin que la construction de la théorie de l'action d'un projet pourrait éviter ce danger.

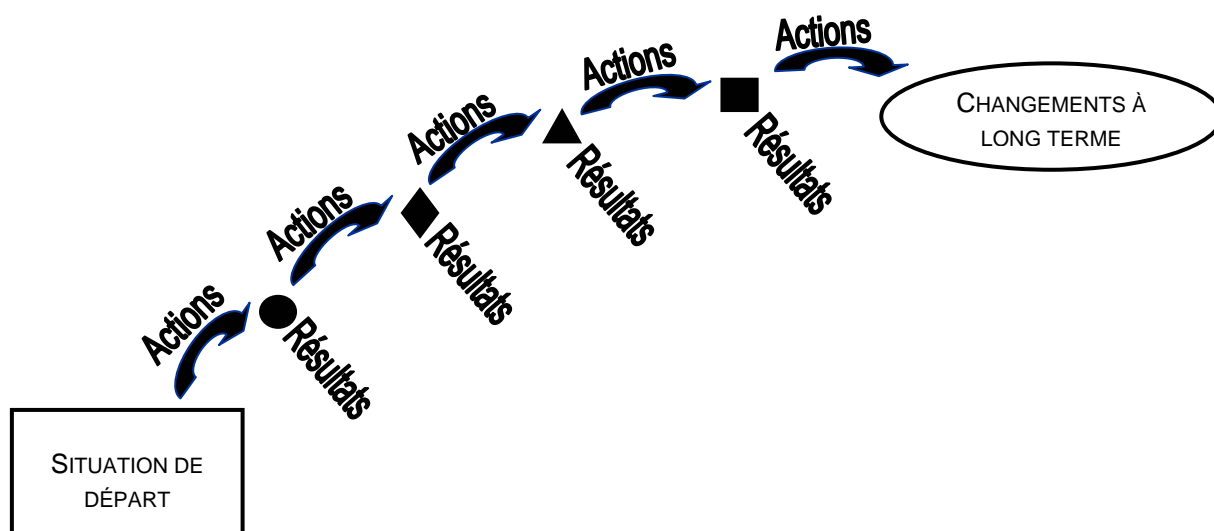
Deuxièmement, les transformations, tant dans une communauté que chez les citoyens, suite à la mise en œuvre d'une démarche VVS prennent souvent du temps à se manifester. S'il est possible de mettre en lumière certains effets à court terme, il est beaucoup plus difficile de cerner les impacts à plus long terme. Et les résultats à court terme ne sont souvent pas aisés à repérer parce qu'ils relèvent de changements graduels, par exemple dans les attitudes individuelles quant à ses propres capacités de se prendre en main ou dans le sentiment d'appartenance à la communauté. Dans les évaluations de programmes, on s'attarde beaucoup aux changements individuels quant aux attitudes, aux comportements et à l'état de santé puisque, en bout de ligne, c'est ce type d'objectifs que vise l'intervention. Les changements à observer sont ainsi intimement liés aux objectifs visés. En revanche, les projets VVS sont généralement multisectoriels et touchent un ensemble de préoccupations définies par les communautés. Ces initiatives visent avant tout des changements au sein de la communauté elle-même, comme moyen pour améliorer la santé et le bien-être des individus. Le défi est donc d'identifier, puis de mesurer, l'ensemble de cette grande variété de changements au sein de la communauté, notamment les changements structurels touchant les modes de gouverner. La plupart des projets ou des programmes ont aussi des retombées matérielles, soit en termes d'infrastructure ou au regard de l'environnement qu'il est aussi important de pouvoir montrer.

Troisièmement, si mesurer les impacts sous-tend une comparaison, dans le contexte VVS, celle-ci ne peut être que longitudinale, c'est-à-dire qu'on ne peut comparer une communauté qu'à elle-même dans le temps. Encore faut-il que soit disponible un portrait de départ, c'est-à-dire une base de comparaison. C'est d'ailleurs ce que certaines communautés en santé ont tenté de réaliser, notamment Saint-Michel en santé, un quartier de Montréal qui a réalisé des portraits successifs (*Vivre Saint-Michel en santé*, 1996). Il est toutefois difficile, voire même périlleux, de comparer les communautés entre elles, compte tenu des différences contextuelles et des types de processus endogènes impliqués.

Compte tenu de ces limites de l'évaluation d'impacts des projets VVS, il serait peut-être plus pertinent de parler de changements et de voir ceux-ci comme s'emboîtant les uns aux autres dans une séquence à long terme qui mène, c'est la finalité de VVS, vers des changements de plus en plus complexes et dont la nature évolue dans le temps (figure 2.2). La différence

de perspective est ici que les changements ne peuvent être définis d'avance pour une mesure répétitive dans le temps, mais uniquement observés par rapport aux précédents pour en comprendre la séquence d'enchaînement. Cette dernière étant intimement liée au contexte spécifique de chaque initiative VVS, elle n'est pas à même d'expliquer comment les processus se déroulent ailleurs. La section suivante approfondit cette perspective comme une alternative, et un complément, potentiellement intéressante aux approches usuelles.

**Figure 2-2 : Les processus : un enchaînement des actions et des résultats**



### 2.2.3 Lier processus et impacts : l'évaluation axée sur une théorie de l'action

Pendant longtemps, l'évaluation d'impacts est demeurée la forme prévalante d'évaluation de programme. Quant à l'évaluation de processus elle a graduellement pris de l'importance au cours des vingt dernières années. Et bien que ces deux types d'évaluation aient longtemps été menés séparément, on suggère, de plus en plus, de mener ces deux formes d'études concurremment (Steckler et Linnan, 2002; Harachi *et al.*, 1999; Chen, 1990). Cependant, même si l'on mène et une étude d'impacts et une évaluation de processus du même programme ou projet, il n'est pas certain que les liens entre les interventions réalisées et les effets à court et à long terme soient établis. C'est pourquoi, certains auteurs (Weiss, 1995, Connell et Kubisch, 1998) suggèrent plutôt de « ... repérer et comprendre l'enchaînement des résultats qui permet de faire le lien entre une simple idée et un impact durable » (traduction libre, Robinson *et al.*, 1997:815), cet exercice étant parfois intégré dans l'évaluation de processus (Steckler et Linnan, 2002; Baranowski, 2000).

Pour établir de tels liens, il est nécessaire d'analyser les différentes actions ou interventions menées dans le cadre d'une initiative et de tenter de cerner, tout au cours du processus, la séquence des changements, du court au plus long terme. Bien qu'un tel exercice puisse se réaliser à partir du plan d'action d'un projet, l'analyse des processus d'enchaînement des résultats sera plus signifiant et approfondi s'il s'appuie sur une théorie de l'action.

### 2.2.3.1 Faire émerger une théorie de l'action

Quelques auteurs ont poussé plus loin la réflexion sur l'enchaînement entre les interventions et les résultats en affirmant que l'on ne peut statuer sur celui-ci qu'en mettant au jour l'intention, implicite ou explicite, des acteurs (Weiss, 1995; Connel et Kubish, 1998; Chen, 1990; Perret, 2003; voir aussi Steckler et Linnan, 2002), c'est-à-dire de révéler la théorie, ou les théories puisque différents groupes d'acteurs peuvent en avoir une qui leur est propre, qui sous-tend l'action. Le terme « théorie » désigne ici « un ensemble d'hypothèses, de principes et de propositions interreliées servant à expliquer ou à guider l'action dans le domaine social. Cette définition est plus large que la définition conventionnelle de théorie scientifique » (traduction libre, Chen, 1990:40). Dans cette perspective, l'évaluation axée sur une théorie de l'action (*theory-based evaluation, theory of change approach to evaluation*) se définit comme l' « étude systématique et cumulative des liens entre les activités, les impacts et le contexte d'une initiative » (traduction libre, Connel et Kubish, 1998:16).

Évaluer un projet VVS à partir de la théorie de l'action qui le structure permet de s'assurer que l'analyse porte sur les effets réels du projet et que les hypothèses implicites de celui-ci sont mises au jour et validées au regard de l'action (Weiss, 1995). Cette façon de procéder vise à mettre en évidence les liens réels entre les changements observés et les actions et les activités menées dans un projet. « D'où la garantie que les changements étudiés sont le reflet fidèle des dimensions essentielles du programme et que les résultats identifiés dans l'évaluation sont solidement ancrés dans les activités du programme (Chen and Rossi, 1987) » (traduction libre, Weiss, 1995:72).

Selon Chen, deux grands types de théorie coexistent dans un programme : une théorie normative (*normative theory*) qui précise ce que le programme devrait être et une théorie analytique (*causative theory*) qui explique comment le programme fonctionne dans la réalité, c'est-à-dire les mécanismes sous-jacents à l'action. Plus spécifiquement, « une théorie normative fournit des balises à propos des objectifs et impacts à rechercher ou à étudier, et à propos de la façon de planifier et d'implanter l'intervention. Une théorie analytique précise comment le programme fonctionne en identifiant les conditions nécessaires à l'émergence de certains processus et leurs impacts prévisibles » (traduction libre, Chen, 1990:43). Dans le cadre de projets de type VVS, comme il n'y a généralement pas d'objectif ni de paramètre d'implantation formels qui doivent être mis en place, la théorie normative se révèle donc moins pertinente, voire même en contradiction avec la nature des processus VVS. Néanmoins, il se peut que l'on veuille analyser la réussite d'un projet VVS au regard de ce qui avait été planifié au départ, notamment pour répondre aux exigences de bailleurs de fonds. Si l'on exclut ce cas de figure, les projets VVS appartiennent généralement à une logique analytique qui s'intéresse à ce qui se passe réellement sur le terrain, aux processus de transformation de la communauté et aux résultats obtenus, dans un objectif explicite d'alimenter directement l'action.

Cette approche d'évaluation basée sur une théorie analytique part de la prémisse que tout acteur d'un projet ou d'un programme a une intention derrière son action, qu'elle soit implicite ou explicite. Il a certaines hypothèses de travail, des stratégies et des principes sur lesquels il veut fonder son action. Cependant, l'exercice de mettre au jour cette intention et

d'identifier, dès le départ, les stratégies d'action et les objectifs attendus est rarement fait (voir exemple 1). De plus, à l'intérieur même d'un projet, chaque acteur fonctionne souvent selon sa propre vision des buts à atteindre ou des chemins pour les atteindre. Il véhicule donc sa propre théorie de l'action (Milligan *et al.*, 1998), bien que celle-ci puisse s'apparenter à celle d'autres partenaires.

**Exemple 1 : Étapes sur lesquelles repose l'action dans un programme d'employabilité pour les jeunes**  
(Traduction libre, Weiss, 1995:67)

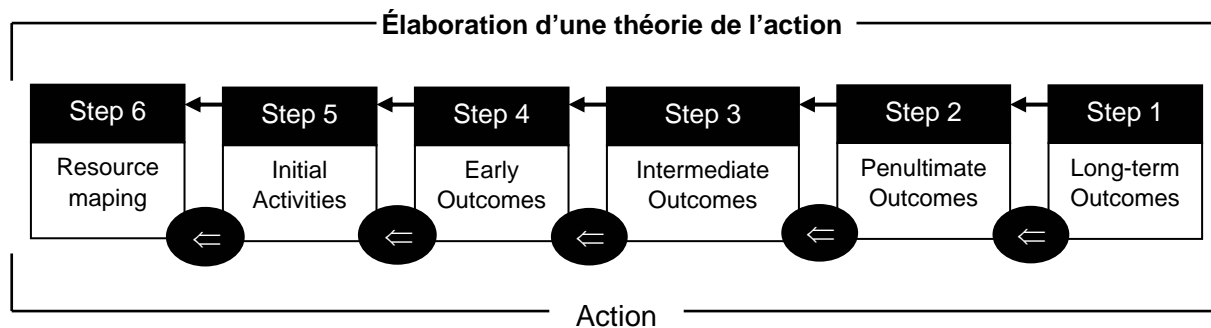
- La formation pour des emplois intéressants est (ou pourrait être) accessible.
- Les informations sur le programme vont atteindre la clientèle cible.
- Quand les jeunes vont entendre parler du programme, ils vont s'y inscrire.
- Ils vont suivre la formation de façon régulière.
- Lorsque nécessaire, une compensation financière (et même un service de garde) sera disponible en cours de formation.
- Les formateurs vont offrir un cours de bonne qualité et vont permettre l'acquisition d'habiletés pertinentes pour le milieu du travail.
- Les formateurs vont assurer une présence régulière et seront en mesure d'offrir des conseils utiles.
- Les jeunes vont apprendre les enseignements relatifs aux façons de faire dans le milieu du travail de même que les compétences professionnelles.
- Les jeunes vont s'approprier les valeurs et absorber les connaissances.
- Après avoir acquis les connaissances et les compétences, les jeunes vont se chercher un emploi.
- Des emplois avec des salaires décents seront disponibles dans les domaines où les formations sont offertes.
- Les employeurs vont embaucher des jeunes pour combler les postes disponibles.
- Les jeunes vont bien faire leur travail.
- Les employeurs vont soutenir les jeunes.
- Les jeunes vont demeurer en emploi et ils vont devenir des employés permanents avec un salaire adéquat.

Par ailleurs, non seulement les théories de l'action ne sont-elles pas souvent mises au jour, mais il peut y avoir une différence notable entre, d'une part, la théorie que l'on dit ou pense véhiculer et, d'autre part, celle que l'on peut observer sur le terrain, c'est-à-dire une coupure entre l'intention et l'action. Dans une perspective de compréhension et d'amélioration de l'action, faire émerger cette dichotomie pourrait être utile si elle vise à montrer aux acteurs la difficulté de traduire les intentions en actions et, surtout, à revoir comment l'action pourrait être réajuster pour mieux correspondre aux intentions.

### 2.2.3.2 *Décortiquer l'action*

Mettre au jour une théorie de l'action, c'est donc décortiquer l'action en micro étapes. Pour ce faire, on peut procéder en partant des impacts attendus à long terme pour « revenir » graduellement vers les effets à court terme, les activités et les ressources qu'il est prévu d'investir, selon une séquence qui pourrait ressembler à celle suggérée par Connell et Kubish (1998:22) (figure 2.3).

**Figure 2-3 : Les étapes d'élaboration d'une théorie de l'action**



Par la suite, il s'agit de documenter chacune de ces étapes, c'est-à-dire de transformer les activités et les résultats en données observables. Bien que les évaluations de processus et d'impacts visent justement à décrire ces aspects, il n'en demeure pas moins que l'évaluation axée sur une théorie de l'action demeure plus complexe et exigeante que les autres formes d'évaluation (Connell et Kubisch, 1998). Connell et Kubish (1998:32) identifient trois enjeux relatifs à la mesure qui sont propres à cette nouvelle forme d'évaluation :

1. la mesure (*measurement*) des activités est aussi importante que la mesure des impacts : « Dans cette approche, le processus est traduit en termes d'activités, et les impacts incluent les résultats qui surviennent tout au cours de l'initiative, pas seulement à long terme, de même qu'à tous les niveaux, pas seulement au niveau individuel (traduction libre) »;
2. la discussion relative à la mesure doit permettre de répondre à la question suivante : Comment savoir si nous avons réussi? (*How good is good enough?*);
3. le processus d'articulation et de mise au jour d'une théorie du changement fournit des informations importantes en ce qui concerne les activités et les impacts.

### 2.2.3.3 Mettre au jour une théorie de l'action : quelques pistes

Le défi est de voir comment un tel exercice peut se réaliser. Une évaluation axée sur une théorie de l'action menée à Cleveland en identifie les principales fonctions correspondant à autant d'étapes :

- permet l'articulation de théories du changement du point de vue de différents groupes d'intérêt;
- identifie les concepts importants et les principaux points de repère qui jalonnent le chemin du changement;
- permet le développement de méthodologies pour mesurer les principaux impacts et les stratégies qui leur sont associées;
- collige des données pour mesurer les impacts et les jalons à des moments précis (traduction libre, Milligan *et al.*, 1998:54).

En fait, l'évaluation basée sur une théorie n'est qu'une approche. Elle ne propose pas d'outils méthodologiques spécifiques pour recueillir les données nécessaires. Une fois la théorie de l'action identifiée (une seule si un consensus est possible ou sinon plusieurs), il s'agit alors de colliger les données sur les activités menées et les différents objectifs atteints tout au long de la démarche. À cet effet, autant les méthodes quantitatives que qualitatives peuvent être utilisées, nonobstant le fait que certains auteurs relèvent que les méthodes plus qualitatives sont souvent plus à même de rendre compte de la complexité des liens entre actions et résultats.

Cependant, la réflexion développée dans le présent document porte à croire qu'en jumelant une approche d'évaluation centrée sur une théorie de l'action à une analyse de l'enchaînement des changements, il est possible de montrer spécifiquement comment les processus se déroulent et si les principes d'action donnent les résultats escomptés. Il reste toutefois à développer des outils méthodologiques pour aider les communautés, tout autant d'ailleurs que les évaluateurs qui les soutiennent, à analyser cet enchaînement de résultats dans les processus VVS et à faire émerger la(les) théorie(s) du changement qui sous-tend leur action.

La spécificité de l'évaluation axée sur la théorie est donc de proposer un cadre d'analyse qui articule la logique du projet et donc l'argumentaire sur lequel devrait être fondée l'évaluation. Pour démontrer qu'une action fonctionne, on ne peut l'analyser qu'en fonction de l'intention sous-jacente. Ce n'est qu'à partir de ce que les acteurs veulent (ou pensent) faire, tel qu'énoncé dans leur théorie de l'action, que l'évaluation peut statuer sur le succès ou non de l'initiative (Perret, 2002).

Identifier les hypothèses, les principes et les propositions n'est cependant pas chose facile comme le soulignent Connel et Kubish (traduction libre, 1998:23) :

D'après l'expérience acquise dans une foule de programmes et d'initiatives communautaires poussées, il est relativement facile de s'entendre sur les impacts à long terme, ceux-ci étant en général assez larges pour ne susciter aucune controverse : par exemple, accroître le taux de diplomation au secondaire, renforcer le sentiment d'appartenance à la communauté ou encore augmenter les niveaux de revenu. De même, s'il est assez simple de déterminer les activités initiales, il en va tout autrement pour leurs impacts initiaux ou intermédiaires du fait que les connaissances scientifiques et expérimentales sur les liens qui unissent les impacts initiaux, intermédiaires et lointains ne sont pas très avancées dans bien des domaines clés où sont menées des initiatives communautaires. Là où le processus d'articulation d'une théorie achoppe, c'est dans la définition des activités et des impacts intermédiaires et dans leur mise en relation avec les impacts à long terme.

Préciser la théorie de l'action peut se faire de différentes façons qui doivent s'adapter aux différents groupes d'acteurs : individuellement par le biais d'entrevues lorsque l'on veut que tous les membres d'un groupe s'expriment ou par des discussions de groupes ou de sous-

groupes. L'idée de départ est en fait de faire parler les différents groupes ou individus sur ce qu'ils visent, par leur initiative, dans un avenir lointain et les moyens pour atteindre ces objectifs (voir exemple 2.). La seconde étape consiste à leur faire identifier les activités, les services ou les interventions envisagés pour atteindre ces objectifs. Il s'agit alors d'imaginer l'enchaînement des activités ou actions prévues avec les résultats ou les changements escomptés.

Une fois cet exercice terminé, l'évaluateur peut mettre en forme la théorie de l'action qui émerge de la discussion pour ensuite la faire valider. Il devrait alors être en mesure de construire une première ébauche d'une théorie de l'action à partir de théories individuelles. Par la suite, il peut également y avoir un exercice de réconciliation de théories de l'action définies par plusieurs groupes d'action. La théorie de l'action résultante se doit alors d'être la plus inclusive possible quitte à enlever des éléments lors d'un exercice de validation. Il se peut, par ailleurs, que les points de vue soient irréconciliables, par exemple entre la vision des concepteurs d'un programme et les intervenants qui le mettent en œuvre. Dans un contexte VVS, même si les projets sont conçus localement, il peut très bien aussi y avoir des divergences quant à la théorie sous-jacente à l'action de chacun des acteurs ou groupes d'acteurs.

Mettre au jour la, ou les, théorie de l'action sous-jacente à un projet constitue un exercice long et complexe. Aussi, au lieu de définir une théorie de l'action qui englobe tous les aspects d'une initiative, peut-être peut-on se concentrer sur un aspect particulier. Par exemple, on pourrait développer une théorie de l'action portant uniquement sur la concertation intersectorielle ou sur l'*empowerment* individuel, selon le principe d'action priorisé ou le point focal de l'évaluation.

**Exemple 2 : Questions posées aux employés d'un projet pour définir leur théorie du changement**

(Traduction libre, Milligan *et al.*, 1998:56)

- Quels types d'activités faites vous ou pensez-vous faire relativement à votre rôle dans le projet X?
- Qu'essayez-vous d'atteindre au regard du voisinage, des familles ou des individus des communautés?
- Quels résultats initiaux pensez-vous atteindre par votre engagement dans le projet?
- Quels résultats à court terme pensez-vous atteindre au cours de la prochaine année au regard du voisinage, des familles ou des individus des communautés?
- Quels résultats pensez-vous atteindre au cours des 5 prochaines années au regard du voisinage, des familles ou des individus des communautés?
- De quelles façons les actions ou les activités vont-elles mener aux résultats à court terme?
- Quels résultats à long terme pensez-vous atteindre par votre engagement dans le projet?
- De quelles façons les actions ou les activités vont-elles mener aux résultats à long terme?
- Quelles barrières anticipez-vous dans l'implantation des actions ou des activités?

**EN BREF... VERS UNE ÉVALUATION PARTICIPATIVE AXÉE SUR LES MÉCANISMES DE CHANGEMENT VVS**

Ce chapitre proposait des avenues d'évaluation adaptées à l'approche VVS, tant en ce qui a trait au rôle des acteurs locaux dans la construction de sens que l'évaluation permet qu'en ce qui concerne l'analyse des processus mêmes qui sont au cœur de l'action VVS.



Pour ce faire, il s'agissait d'abord de définir en quoi les formes plus classiques d'évaluation ne conviennent pas aux approches de types VVS et pourquoi il est utile et pertinent de les remplacer, ou du moins de les enrichir, par une vision plus constructiviste et participative de la réalité. On a ainsi montré que les approches plus qualitatives et participatives de l'évaluation étaient plus à même de donner une vision riche et complexe d'une réalité parce qu'elles construisent les connaissances sur le sens qu'en donnent les acteurs. Ainsi conçues, ces connaissances sont beaucoup plus utiles pour l'action puisqu'elles sont signifiantes pour l'auteur et contextualisées pour l'action en cours.

Une fois montrée l'importance des approches qualitatives et participatives, il s'avérait essentiel de préciser les objets pouvant être évalués. Si l'approche participative sous-tend que ce sont les acteurs locaux qui doivent définir les objets et les questions d'évaluation, il est apparu tout de même important de montrer dans quelle mesure une évaluation centrée sur les processus en cours dans les approches VVS constitue une avenue intéressante de recherche, et ce, autant pour les communautés elles-mêmes que pour les intervenants et les chercheurs.

Plutôt que de chercher à mesurer les impacts à long terme des initiatives VVS, exercice difficile pour les acteurs locaux, il apparaissait important de développer des formes d'évaluation qui permettent de montrer les effets à court et à moyen terme. Il s'agit là non seulement d'un stimulant efficace à la poursuite des actions locales, mais également une façon de montrer que des changements s'opèrent, même si les indicateurs habituels ne peuvent en saisir le mouvement. Pour ce faire, il fallait toutefois trouver une façon de concevoir les retombées autrement, non pas comme des indicateurs qui peuvent faire l'objet de mesures répétitives dans le temps, mais comme un enchaînement de petits résultats qui, en s'additionnant, changent de nature et deviennent de plus en plus significatifs, solides et durables dans le temps. On peut ainsi, en attendant que des impacts à long terme puissent être mesurés par des indicateurs socio-économiques et de santé plus classiques, montrer que les processus VVS provoquent des changements réels dans le milieu et décrire ceux-ci.

Nous pensons également que si l'analyse de ces enchaînements des résultats est intéressante en soi, elle le sera d'autant plus qu'elle s'appuiera sur la théorie de l'action qui anime les acteurs locaux. C'est pourquoi, il s'avère utile de mettre au jour la (ou les) théorie de l'action comme étape préliminaire et essentielle de l'évaluation.

Une théorie de l'action est habituellement propre à une initiative spécifique à un milieu donné. Et bien que plusieurs acteurs peuvent avoir des théories de l'action différentes, voire même divergentes, il est généralement possible de les réconcilier en une théorie globale de l'action dans un contexte spécifique. Construisant sur les travaux de chercheurs, de même que sur l'expérience acquise au sein du RQVVS et sur le terrain dans les initiatives locales, c'est ce que nous avons tenté de faire en développant la théorie globale de l'action VVS qui est présentée au chapitre suivant.



### 3 POUR UNE THÉORIE DE L'ACTION SELON VVS

Chaque théorie de l'action est spécifique à un milieu, à une communauté, à un projet. Pourtant, à la lumière de ce qui a été précédemment précisé à propos de l'approche VVS et de la pertinence de théories de l'action pour structurer l'évaluation, il apparaissait utile d'ébaucher ce qui pourrait être une théorie générale de l'action VVS. Cette proposition vise à préciser comment l'on pense, par l'approche VVS, pouvoir induire des changements dans les communautés et chez les individus, c'est-à-dire déclencher l'enchaînement des actions et des résultats dans une initiative de développement d'une communauté. Elle s'appuie sur l'expérience acquise, notamment au sein du RQVVS et par les écrits populaires, professionnels ou scientifiques sur l'approche VVS.

La présente proposition suggère que l'action VVS repose sur trois dimensions : des **moyens d'action** comprenant un principe (*empowerment*) et des stratégies (concertation intersectorielle, participation, politiques publiques), des **déterminants** sur lesquelles VVS veut agir et divers types et niveaux de **changements** à atteindre (figure 2.3). En effet, VVS repose sur l'idée que les individus et les communautés peuvent améliorer leur santé et être habilités à le faire, c'est-à-dire qu'ils peuvent se transformer. Il existe un ensemble de facteurs qui déterminent l'état de santé, facteurs sur lesquels les individus et les communautés peuvent exercer une influence. Pour ce faire, il s'avère souvent nécessaire que les individus et les communautés développent des habiletés individuelles ou collectives spécifiques, c'est-à-dire qu'ils acquièrent plus de pouvoir. On parle alors d'un processus d'*empowerment*. Plusieurs moyens peuvent permettre cet *empowerment*, mais c'est surtout par le biais de la participation et de la concertation intersectorielle à travers des projets concrets, de même que par la mise en place de politiques publiques favorables à la santé, que l'approche VVS pense mieux y arriver.

Cette théorie de l'action pose que les stratégies d'action, les déterminants et les changements s'articulent non pas dans une logique linéaire, mais plutôt dans un processus itératif où ils interagissent sans cesse les uns avec les autres, dans une perspective toujours renouvelée d'amélioration de la santé des communautés et des individus (figure 2.4). Pour bien comprendre ce processus, il est utile de faire le chemin à rebours de l'action sur le terrain, en partant des changements que l'on veut induire dans les communautés vers les stratégies et les principes qui caractérisent l'action. C'est dans cette logique que les composantes sont maintenant présentées, étant convenu que le principe et les stratégies d'action ont été présentées dans la première partie.

Figure 3-1 : Une théorie de l'action selon VVS

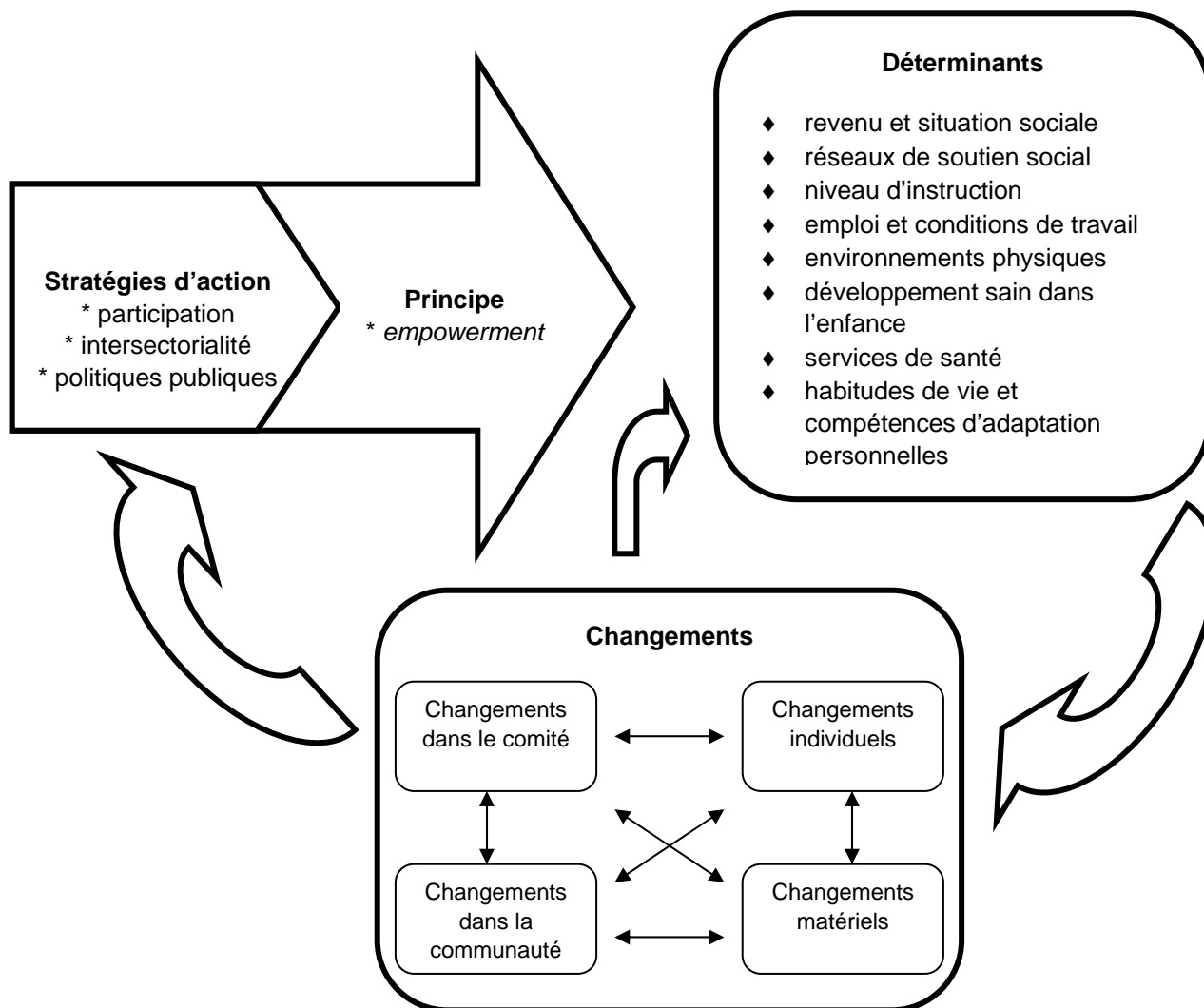
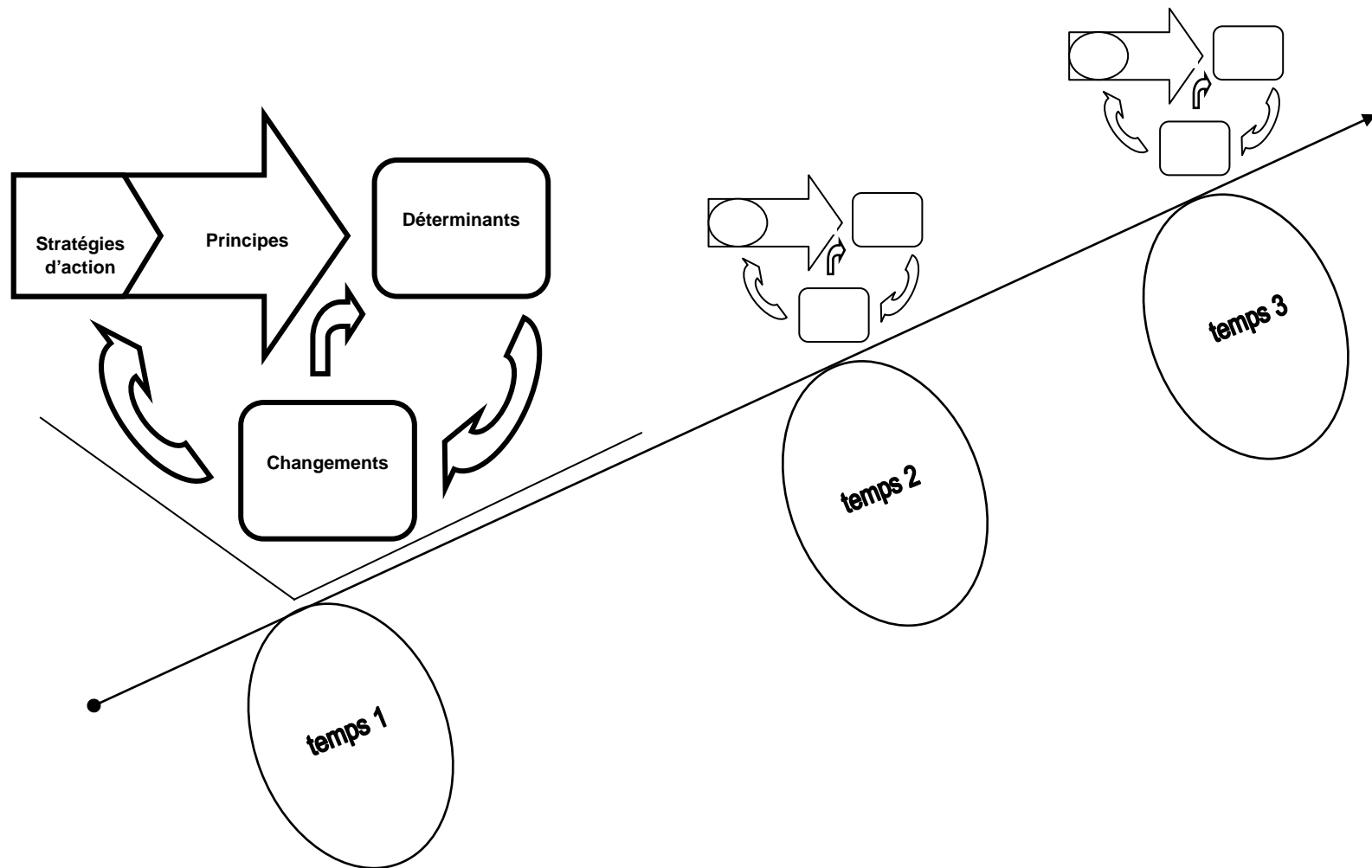


Figure 3-2 : Le processus d'action VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ



### 3.1 DES CHANGEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

Les principes et les stratégies qui sous-tendent l'action VVS visent à ce qu'en bout de ligne un certain nombre de changements aient lieu, tant dans les communautés que chez les individus. Ces changements peuvent être de diverses natures (individuels, collectifs, structurels, environnementaux) et se définissent en fonction des objectifs attendus par les communautés. Outre cette distinction liée à leur nature, les changements doivent aussi être vus, non pas comme des résultats qui arrivent en fin de parcours mais comme un enchaînement de petits changements qui surviennent en cours de processus, ceux à court terme s'additionnant pour permettre des transformations significatives à plus long terme, et ainsi de suite. Comme le soulignent Ouellet, Forget et Durand (non daté:13),

Les objectifs sont de divers ordres. Ils s'emboîtent les uns dans les autres. Ainsi, un premier objectif (par exemple, la mise en place d'un terrain de sport) sert à progresser vers le second (le développement d'aptitudes physiques et de dispositions morales) qui remplit lui-même certaines fonctions instrumentales en faveur d'un troisième (l'amélioration de la santé physique et mentale des jeunes). En examinant le déroulement des opérations, il devient alors possible de découvrir la chaîne d'évidence qui mène à la production des effets sur la santé.

Ainsi, les changements apparaissent-ils à court, à moyen ou à long terme et même parfois de façon répétitive dans le temps. Ces multiples changements sont étroitement liés les uns aux autres et concourent tous à l'amélioration de la santé de la communauté.

Plusieurs types de changements peuvent être considérés dans les processus VVS. En tout premier lieu, il existe des changements collectifs et individuels. L'objectif de VVS est de favoriser l'émergence de communautés plus en santé, c'est-à-dire plus conviviales, démocratiques et saines, où les individus sont en mesure de prendre en charge leur santé et peuvent améliorer leur niveau de bien-être. L'un ne va pas sans l'autre. Dans une revue des principales définitions de la promotion de la santé, Rootman *et al.*, (2001:13) remarquent que ces définitions mettent souvent l'accent sur l'individu ou sur la collectivité comme cible de l'intervention, mais que la plupart reconnaissent la nécessité de se préoccuper des deux.

Sans entrer dans le débat à savoir lesquels arrivent en premier, c'est-à-dire si les changements individuels arrivent avant ou après les changements collectifs, il vaut probablement mieux dire qu'ils sont intimement liés, dans une relation dialectique. Les changements individuels étant importants pour pouvoir mettre en action la communauté, tout comme la communauté doit pouvoir faire place aux individus qui veulent s'engager.

On peut aussi observer des changements dans la communauté, non pas comme la somme des changements individuels, mais comme la transformation d'une entité ayant une vie autonome et pouvant évoluer. VVS pose comme pari qu'une communauté forte, dynamique et bien organisée est en mesure d'amener ses membres à améliorer leur santé. C'est pourquoi les changements individuels, qu'ils apparaissent à court terme (connaissances, attitudes, comportements) ou à long terme (amélioration de l'état de santé et de bien-être),

sont liés aux changements collectifs. L'individu n'est donc pas vu comme la finalité ultime de l'action VVS, comme le sont certains programmes de promotion de la santé qui visent uniquement les changements de comportements individuels.

Les changements individuels évoluent dans le temps. Si, dans un premier temps, ce sont surtout les connaissances, les habiletés et les compétences des personnes qui s'améliorent, à plus long terme on s'attend à ce que ces premiers changements se répercutent sur le statut socio-économique des gens et sur leur état de santé. Dans la communauté, la nature des changements évolue également. Elle peut ainsi, dans un premier temps, améliorer sa capacité à s'organiser et à gérer ses problèmes afin d'arriver, à plus long terme, à des transformations structurelles plus à même d'assurer de meilleures conditions de vie à ses citoyens et ses citoyennes. Par ailleurs, étant donné le rôle important accordé aux comités VVS dans la démarche VVS, les changements qui s'opèrent à ce niveau doivent être pris en compte, que ce soit des changements individuels relatifs aux membres ou des changements plus collectifs dans le comité lui-même. On peut aussi repérer des changements matériels dans lesquels il faut inclure les changements environnementaux tout comme les changements dans le cadre bâti ou les équipements récréatifs.

### **3.2 DES DÉTERMINANTS MULTIPLES**

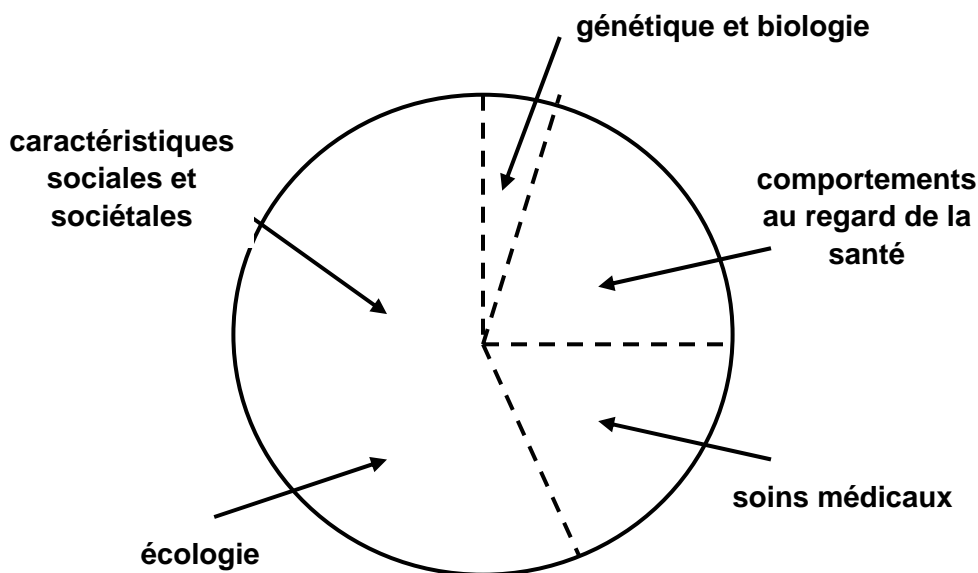
Pour arriver aux changements attendus, c'est-à-dire à l'amélioration de la santé des individus et des communautés, VVS identifie un certain nombre de facteurs qui déterminent la santé et suggère que ce soient sur ces derniers que l'action VVS tente d'agir. Les déterminants sont donc les cibles d'action de VVS. Ce sont ces éléments que l'on veut transformer afin que les changements attendus à plus long terme sur la santé puissent se réaliser. En fait, les déterminants apparaissent non seulement comme des objets de changements liés à l'action VVS, mais plus spécifiquement comme des changements à court terme qui permettent l'avènement de transformations plus profondes à long terme.

Les facteurs qui influencent l'état de santé sont nombreux. Santé Canada (2003), identifie les suivants :

1. niveau de revenu et situation sociale;
2. réseaux de soutien social;
3. niveau d'instruction;
4. emploi et conditions de travail;
5. environnement social;
6. environnement physique;
7. habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelle;
8. développement sain dans l'enfance;
9. patrimoine biologique et génétique;
10. services de santé;
11. sexe;
12. culture.

Si, dans le domaine de la santé, on a longtemps mis l'accent sur des facteurs comme l'accès aux services de santé et le patrimoine biologique et génétique pour expliquer l'état de santé, on s'aperçoit de plus en plus que ce sont surtout les facteurs sociaux et économiques qui déterminent en grande partie la santé (figure 2.5). L'évaluation du poids relatif des différents facteurs proposés par Tarlov et St. Peter (2000:x), malgré son caractère approximatif, montre éloquentement la place déterminante qu'occupent les facteurs sociaux et le contexte dans la détermination de l'état de santé. Dans la foulée d'un ouvrage très important à ce propos « *Why are Some People Healthy and Others Not. The Determinants of Health of Populations* » (Evans et al., 1994), plusieurs auteurs ont d'ailleurs montré comment des éléments comme l'appartenance à des réseaux sociaux forts, le statut économique ou le niveau de scolarité (Tarlov et St. Peter, 2000; Putnam, 1995) ont une influence déterminante sur l'état de santé des personnes.

**Figure 3-3 : L'importance relative des principaux déterminants de la santé**



### 3.3 DES MOYENS D'ACTION PUISSANTS

L'action VVS repose sur un principe d'action, l'*empowerment*, de même que sur des stratégies qui viennent préciser comment ce pouvoir d'agir peut se développer et s'actualiser : la participation, la concertation intersectorielle et la mise en place de politiques publiques favorables à la santé.

Bien que présenter dans le premier chapitre, il est utile de rappeler ces moyens d'action. L'*empowerment* comprend quatre dimensions (la participation, la compétence technique, l'estime de soi et la conscience critique) et opère sur trois plans (individuel, organisationnel et communautaire). Au plan individuel, il vise à amener les personnes à exercer un plus grand pouvoir sur leur vie et sur leur santé. L'*empowerment* englobe également le plan organisationnel parce que le comité VVS soutient les expériences individuelles qui se



réalisent ainsi plus efficacement tout en fournissant un lieu où les compétences acquises peuvent être testées et améliorées. Enfin, il comprend une dimension communautaire puisqu'il s'agit d'augmenter la capacité de la communauté à s'organiser pour améliorer les conditions de vie de ses citoyens, tout en réduisant les inégalités en regard de la santé.

La participation s'actualise sous plusieurs formes mais, dans le contexte VVS, elle est considérée sous toutes ses dimensions : parler, se faire entendre, agir et prendre part aux décisions.

Si la participation est le moteur de l'action VVS, la concertation intersectorielle en est la pierre angulaire. La concertation invite les acteurs locaux et professionnels à s'engager de manière volontaire afin de discuter de problèmes et de solutions relatifs à leur communauté. Quant à l'intersectorialité, elle repose sur l'idée que les facteurs explicatifs de la maladie et de la santé se trouvent souvent à l'extérieur du champ de la santé, il faut donc créer des alliances entre différents secteurs, organisations ou constituantes ayant un objectif commun.

Enfin, l'engagement municipal à travers les politiques publiques favorables à la santé demeure une condition essentielle d'adhésion au réseau québécois des VVS. Les municipalités s'engagent ainsi à mettre en place les conditions propices à l'amélioration des conditions de vie.

### **3.4 UNE THÉORIE UTILE POUR L'ÉVALUATION**

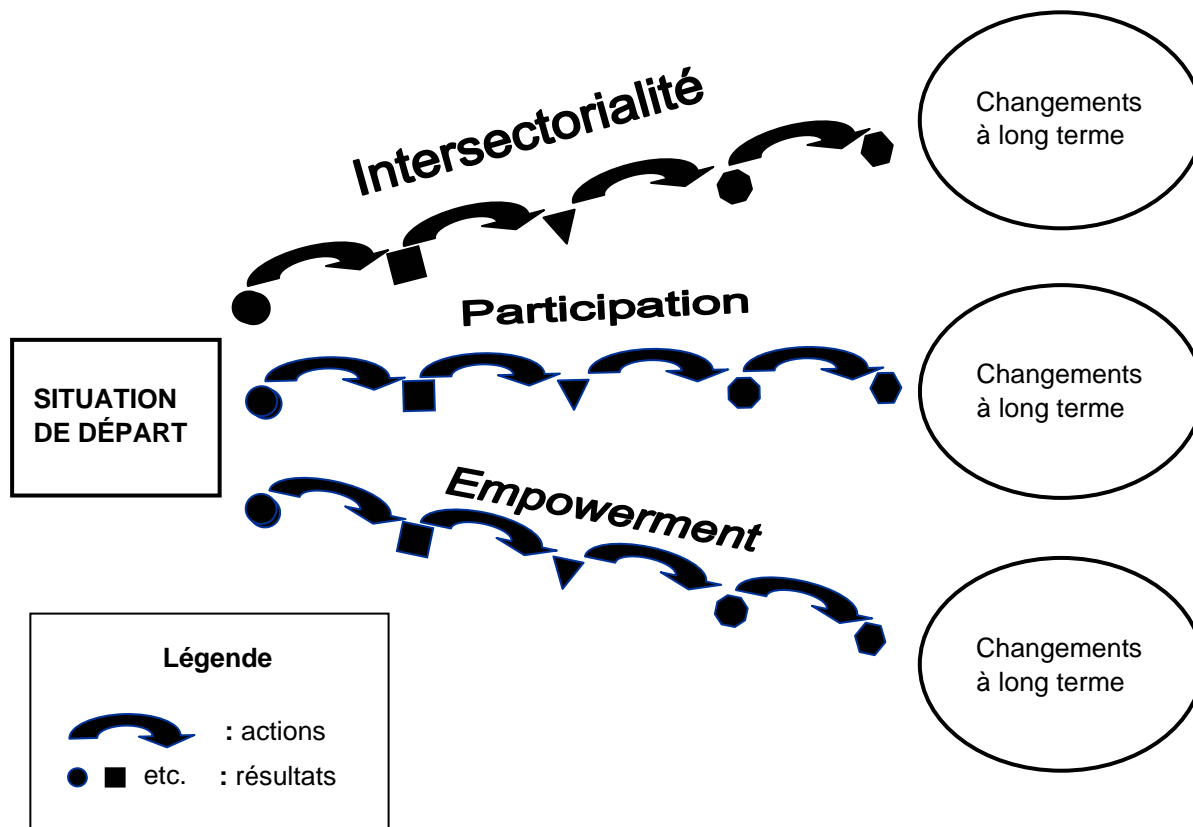
À tous les niveaux, que ce soit localement dans les communautés, régionalement dans les instances de santé et de développement ou nationalement dans les différents ministères et regroupements d'organismes communautaires, les individus et les groupes qui se réclament de VVS ou de formes apparentées de développement agissent selon des théories du changement ou de l'action qui leur sont propres. La présente proposition d'une théorie de l'action VVS n'a pas la prétention de les représenter toutes ni de correspondre aux théories de l'action à être développées localement. Elle se veut un outil de réflexion aussi bien sur l'approche VVS que sur l'évaluation de ses initiatives. Cette proposition devra donc être discutée, critiquée et enrichie.

Dans ce contexte, la finalité de l'évaluation n'est pas de venir démontrer la validité de cette théorie de l'action VVS. L'idée est plutôt de s'en servir pour faire émerger les théories du changement qui sont à l'œuvre localement et de voir comment les acteurs locaux réussissent à actualiser leurs intentions autour des principes d'action et des changements attendus.

En dépit de son caractère provisoire, cette proposition apparaît cependant utile pour faciliter l'identification des dimensions à évaluer : les moyens d'action, les déterminants ou les changements. Ainsi, elle invite l'évaluation à tenir compte non pas seulement des changements résultant des actions locales, mais aussi des intentions et motivations sous-jacentes. En mettant en évidence les principes et les stratégies qui sous-tendent l'action VVS, cette théorie de l'action VVS amène l'évaluation à s'intéresser à des dimensions bien précises de l'action, par exemple la participation citoyenne ou l'*empowerment* individuel. Ce

que l'évaluation tente alors de cerner, c'est l'enchaînement des actions et des résultats, mais spécifiquement sur ce qui concerne la participation ou l'*empowerment*. On peut aussi décider de suivre l'enchaînement des résultats de plusieurs stratégies d'action (figure 3.4). Le portrait ainsi dressé est évidemment plus complet, mais l'exercice plus complexe et exigeant.

**Figure 3-4 : L'enchaînement des processus selon certains moyens d'action**



**EN BREF... UNE THÉORIE EN CONSTRUCTION**

Une théorie de l'action se compose des hypothèses, des principes et des stratégies qui expliquent et guident l'action dans le domaine social. Elle énonce le point d'arrivée que les acteurs veulent atteindre et les moyens qu'ils entendent prendre pour y arriver. Chaque acteur se construit habituellement sa propre théorie de l'action. Plus les théories individuelles des membres d'un groupe sont partagées, plus la théorie globale du groupe sera cohérente, ce qui pourrait faciliter le cheminement vers les changements attendus. Et même si l'exercice de définition d'une théorie de l'action dans toute initiative de développement avec une communauté apparaît comme une tâche longue et ardue, il permet à la fois de développer un langage commun dans le groupe d'acteurs et de fournir à l'action tant une destination précise qu'un itinéraire détaillé et un moyen de transport. Une théorie de l'action permet également d'évaluer si la route tracée au départ a permis d'atteindre la destination retenue.

Consciente de l'utilité d'une théorie de l'action pour fournir un argumentaire à l'évaluation, il nous a semblé utile, dans le contexte de la présente réflexion sur l'évaluation d'initiatives VVS, de proposer une théorie de l'action VVS. Bien qu'elle soit à parfaire, elle permet d'articuler les changements attendus, les principes d'action ainsi que les moyens pour y arriver. Parce qu'elles relient les principes d'action et les changements attendus, cette théorie globale de l'action VVS fournit un cadre stimulant pour l'évaluation. Elle propose ainsi des pistes pour décortiquer l'action permettant ainsi de structurer l'évaluation autour de chemins plus restreints pour lesquels il est plus facile d'observer l'enchaînement des résultats.

La théorie de l'action développée ici lance la réflexion autour de la nature de l'action VVS, et d'autres types d'initiatives fondés sur des principes d'action semblables, de manière à mieux la connaître pour mieux l'évaluer. On ne peut qu'espérer que le débat se poursuive.



## CONCLUSION

### VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ : VERS UNE RÉAPPROPRIATION DU POUVOIR

L'approche Villes et Villages en santé (VVS) constitue une nouvelle pratique de santé publique. Alliant une vision renouvelée de la santé et un développement par et pour les communautés, l'approche VVS ouvre le domaine de la santé à l'ensemble des citoyens, des décideurs et des intervenants vivant dans ou gravitant autour d'une communauté. La santé, prise dans un sens global, redevient ainsi une responsabilité partagée où les acteurs locaux ont un grand rôle à jouer. Cette idée repose sur la conviction qu'une grande partie des déterminants de la santé (milieux de vie, réseaux sociaux, conditions de vie, environnement physique) peuvent être modifiés à l'échelle locale. Pour ce faire, il faut cependant que tous les secteurs d'activités et les différents acteurs locaux puissent travailler de concert à la recherche de solutions adaptées à leur contexte.

Pour certains, l'approche VVS s'inscrit dans un mouvement de désengagement de l'État qui délègue aux municipalités de nouvelles responsabilités sans les pouvoirs de taxation et de décision qui s'y rattachent. S'il est vrai que ce contexte constitue une menace sérieuse à la capacité des communautés locales d'assurer un milieu propice à l'épanouissement de leurs citoyens, il n'en demeure pas moins que reconnaître que les individus et les communautés peuvent influencer leur santé et les facteurs qui la déterminent leur confère un pouvoir important qui les rend moins dépendants de décisions prises à d'autres niveaux. En ce sens, il n'est pas impossible d'espérer qu'éventuellement ce pouvoir local pourra influencer les gouvernements centraux qui créent les conditions externes ayant un impact déterminant sur les communautés locales.

L'approche VVS sous-tend donc une réappropriation du pouvoir à la fois par les individus, mais aussi par les groupes et les communautés. Ce pouvoir s'appuie sur le développement des connaissances, des habiletés, des compétences, une estime de soi qui leur permettent de devenir les acteurs de leur santé, de leur développement et ce, autant individuellement que collectivement.

Ce pouvoir, l'approche VVS pense qu'il est possible de l'acquérir et de le développer par le biais de stratégies telles la participation, la concertation et la mise en place de politiques publiques favorables à la santé. Cet *empowerment* sert par la suite de levier pour transformer les facteurs qui déterminent la santé et amener des changements à court, moyen et long terme aussi bien chez les individus que dans les communautés.

### ÉVALUER AUTREMENT

Évaluer des expériences de développement qui mettent en mouvement toute une communauté et qui visent à influencer un ensemble de déterminants et provoquer divers changements constitue tout un défi. Le propos ici développé était d'explorer des modes d'évaluation novateurs qui permettent de rendre compte de la richesse des processus en

cours localement par une participation réelle des communautés à la construction du sens à donner à ces processus, approches qui permettent un ancrage solide dans le contexte local et qui peuvent ainsi soutenir directement l'action.

L'approche proposée s'inscrit dans un courant de pensée plus constructiviste et participatif. Elle reconnaît que la réalité est construite par les acteurs et que la seule façon d'en avoir une image est de mettre les acteurs à contribution. Étant donné l'importance de l'expérience individuelle dans la construction de la réalité, il ne peut y avoir de vision unique et uniforme de la réalité. La réalité est donc plurielle et il est important de tenir compte de cette diversité pour la saisir de façon plus complète.

Accorder une valeur aux constructions de la réalité que se font les acteurs locaux va de pair avec une reconnaissance de leur capacité d'agir sur leur milieu ou sur leur santé. Les approches de recherche ou d'évaluation qui se réclament de ces prémisses cherchent donc à outiller les personnes concernées afin qu'elles puissent, d'une part, participer à la construction de la connaissance et, d'autre part, à partir de cet exercice, être les artisans de leur devenir.

Les principes sur lesquels s'appuient les approches participatives d'évaluation définissent la façon de mener l'évaluation. Mais il fallait encore définir les objets sur lesquels peuvent porter de telles évaluations. Bien qu'elles s'organisent habituellement autour des questions identifiées par les acteurs locaux, il peut être utile d'intéresser ces derniers à certaines dimensions des processus VVS qui sont souvent oubliés dans les évaluations. C'est pourquoi, l'accent a été mis notamment sur l'évaluation des processus présentés comme l'enchaînement des actions et des changements qui surviennent en cours de projets. Il a également été suggéré que l'on puisse explorer les intentions des acteurs au regard de leur initiative VVS à partir des théories de l'action qui les animent.

De telles évaluations fondées sur les points de vue des acteurs et sur leur théorie de l'action ont un intérêt plutôt local. Toutefois, nous pensons que l'accumulation de connaissances que permettront ces évaluations menées dans la perspective proposée ici sur les mécanismes de transformations graduelles mis en place dans les initiatives VVS nous apprendra beaucoup sur l'efficacité de VVS.

## **DES PISTES POUR POURSUIVRE LA RÉFLEXION ET DÉVELOPPER L'ÉVALUATION**

Il est bien évident que de telles évaluations posent des défis importants tant pour les communautés que pour les intervenants et les décideurs qui ont à les soutenir dans cette démarche.

Dans un premier temps, il est impérieux de poursuivre la démarche entreprise ici. Ce débat sur les formes d'évaluation est déjà amorcé tant par les chercheurs, comme l'illustre l'abondance des écrits recensés ici, que par certains intervenants et communautés. Toutefois, dans le réseau de la santé et des services sociaux, les attentes sont encore très grandes pour des données probantes et quantitatives de même qu'à l'égard des données sur les impacts des programmes sur la santé. VVS, en tant qu'approche de santé publique,

n'échappe pas à cet impératif. La réflexion présentée ici se voulait une contribution pour susciter le débat et amener un renouvellement des pratiques d'évaluation vers des démarches plus participatives et qualitatives centrées sur les processus de transformation suscités par l'approche VVS.

À cet égard, certaines pistes d'actions peuvent être envisagées. Il faudrait notamment réfléchir aux moyens d'établir le dialogue entre les différentes approches épistémologiques de recherche et d'évaluation. À cet effet, on peut imaginer que l'évaluation, dans une perspective d'action plutôt que de gestion, fera l'objet de rencontres nationales dans le cadre d'événements comme les Journées annuelles de santé publique ou le Congrès annuel des Villes et Villages en santé. Afin d'alimenter cette réflexion, il serait également nécessaire de mener des projets « pilotes » d'évaluation visant à développer les connaissances sur les formes alternatives d'évaluation de même que l'expertise méthodologique<sup>4</sup>. De tels projets devraient recevoir le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Institut national de santé publique et d'autres instances gouvernementales, notamment de Santé Canada.

Le deuxième défi que posent les approches participatives, comme d'ailleurs celles qui visent à décortiquer les mécanismes de changement dans les communautés, est le temps nécessaire pour les réaliser. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, les projets d'évaluation sont souvent pensés comme des exercices ponctuels réalisés en fin de parcours donc centrés sur l'atteinte des objectifs et le repérage des impacts. Dans une perspective plus participative, l'évaluation est intégrée plus étroitement à l'action, elle se réalise donc en cours de projet. D'ailleurs, si l'on veut suivre de façon étroite les processus, ce suivi doit s'effectuer tout au long de l'initiative. Il est alors utile que les personnes qui sont appelées à accompagner l'évaluation soient intégrées aux projets de manière plus étroite que l'habituel regard ponctuel de fin de projet. On rétorquera que cela coûte trop cher puisque ces projets s'étalent dans le temps. Peut-être alors peut-on imaginer d'autres façons de faire. Plutôt que d'avoir des agents de recherche qui réalisent successivement plusieurs évaluations de fin de projet, ne pourrait-on pas imaginer qu'un agent de recherche suive concurremment deux ou trois projets sur une période plus longue de manière à mieux pouvoir accompagner les communautés et saisir la richesse des processus au moment où les changements surviennent; le suivi de chacun des projets étant alors plus ponctuel. On peut aussi penser que les intervenants de santé (répondants régionaux, organisateurs communautaires) qui suivent les projets VVS soient formés en évaluation et puissent offrir un certain accompagnement aux communautés en ce qui a trait à l'évaluation. Voilà des pistes qui méritent d'être explorées par les décideurs et les gestionnaires de santé publique.

Cette nouvelle façon de faire ouvre la voie à une réflexion sur le financement de l'évaluation. On pourrait par exemple solliciter des fonds privés, telles les fondations, qui, du moins aux États-Unis, se posent actuellement comme les chefs de file dans le soutien d'initiatives communautaires et d'évaluations participatives et qualitatives. On pourrait également imaginer un financement conjoint entre les promoteurs de différentes approches de

---

4. Nous démarrons présentement un projet d'évaluation de neuf initiatives de développement avec et par des communautés (VVS, École en santé, Tables intersectorielle Naître-Égout-Grandir en santé; Table locale pour les jeunes). Il est financé par la Fondation Lucie et André Chagnon.

développement reposant sur des principes similaires à ceux de VVS de manière à faire converger la réflexion et les expériences d'évaluation novatrices. Il serait également intéressant que des bailleurs de fonds gouvernementaux, notamment Santé Canada, repensent leurs modes de financement de projets sur de plus longues périodes et que des sommes adéquates soient allouées pour le développement d'approches plus participatives d'évaluation pour accompagner ces derniers.

Il est aussi nécessaire et même urgent de développer des outils méthodologiques d'évaluation adaptés aux réalités du Québec, notamment qui s'arriment, par les principes et le vocabulaire, à des approches spécifiques comme celle de VVS. En effet, même si certains ouvrages existent déjà en anglais, nombre d'entre eux ne sont pas accessibles, ne serait-ce qu'en raison de la langue. Ces besoins sont toutefois doubles; ceux des évaluateurs du réseau de la santé et des services sociaux n'étant pas les mêmes que ceux des communautés.

Centrés sur la réalisation des évaluations qu'ils doivent mener dans des temps très courts, les professionnels de l'évaluation n'ont généralement pas l'opportunité d'explorer de nouvelles façons de faire. Surtout que les attentes que l'on a envers l'évaluation ne vont pas dans ce sens. Il serait donc utile de leur fournir des outils pour les aider à accompagner les communautés, c'est-à-dire qui décrivent plus en profondeur les approches participatives. Ils ont aussi besoin de méthodes pour analyser les processus, par exemple pour définir différentes dimensions propres aux projets de développement des communautés comme la participation, l'*empowerment* ou la concertation.

Il faut aussi outiller les communautés afin qu'elles deviennent de plus en plus autonomes dans la réalisation d'évaluations. Cela requiert des guides d'évaluation qui, rédigés dans un langage accessible, peuvent accompagner les communautés dans les étapes de réalisation d'une évaluation tout en leur fournissant des méthodes simples pour cerner les différentes dimensions de la vie collective qu'elles désirent évaluer.

Les défis sont grands, mais ils sont à la mesure des bénéfices qu'on peut en tirer pour la santé des individus et des communautés.



## LISTE DES RÉFÉRENCES

Ashton, John (1994) « The origins of Healthy Cities. » Dans Ashton, John (éd.) *Healthy Cities*. Milton Keynes, Philadelphia, Open University Press.

ASPQ (1993) *Document de consensus sur les principes, stratégies et méthodes en promotion de la santé*. Montréal, Comité de la promotion de la santé à l'ASPQ, Association pour la Santé Publique du Québec.

Baranowski, Tom et Stables, Gloria (2000) « Process Evaluation of the 5-a-Day Projects. » *Health Education and Behavior*, 27(2):157-166.

Barnsley, Jan et Ellis, Diana (1992) *La recherche en vue de stratégies de changement. Guide de recherche-action pour les groupes communautaires*. Vancouver, Women's Research Centre.

Beaudry Jean et Gauthier, Benoît (1993) « L'évaluation de programme. » Dans Gauthier, Benoît (dir.) *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Belley-Lévesque, Nicole (1994) *La pratique de la concertation*. Rapport de recherche pour l'obtention de la Maîtrise en éducation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Bopp, Michael *et al.* (2000) *Assessing community capacity for change*. David Thompson Health Region and Four Worlds Centre for Development Learning.

Callon, Michel (1986) « Éléments pour une sociologie de la traduction. » *L'Année Sociologique*, 36:169-208.

Chen, Huey-Tsyh (1990) *Theory-Driven Evaluation*. Newbury Park/London/New Delhi, Sage Publications.

Connell, James P. *et al.* (éd.) (1995) *New Approaches to Evaluating Community Initiatives. Concepts, Methods and Contexts*. Roudtable on Comprehensive Community Initiatives for Children and Families, Washington, The Aspen Institute.

Connell, James P. et Kubish, Anne C. (1998) « Applying a Thoery of Change Approach to the Evaluation of Comprenhensive Community Initiatives: Progress, Prospects and Problems. » Dans Connell, James P. *et al.* (éd.) *New Approaches to Evaluating Community Initiatives. Concepts, Methods and Contexts*. Roudtable on Comprehensive Community Initiatives for Children and Families, Washington, The Aspen Institute.

Corcuff, Philippe (1995) *Les nouvelles sociologies*. Paris, Éditions Nathan.

Curtice, Lisa, Springett, Jane et Kennedy, Aine (2001) « Evaluation in urban settings : the challenge of Healthy Cities. » Dans Rootman, Irving *et al.* (éd.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Europe, WHO Regional Publications, European Series, no. 92.

Davies, John K. et Kelly, Michael P. (1993) *Healthy Cities: Research and Practice*. London et New York, Routledge.

Denzin, Norman K. et Lincoln, Yvonna S. (2000) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks/London/New Delhi, Sage Publications.

Desrosiers, Hélène *et al.* (1998) *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Evans, Robert G., Barer, Morris L. et Marmor, Theodore R. (éd.) (1994) *Why are Some People Healthy and Others Not. The Determinants of Health of Populations*. Aldine de Gruyter.

Fawcett, Stephen B. *et al.* (2000) « Building Healthy Communities. » Dans Tarlov, Alvin R. et St Peter, Robert F. *The Society and Population Health Reader. Volume II: A State and Community Perspective*. New York, The New Press.

Fawcett, Stephen B. *et al.* (1994) *Work group evaluation handbook: evaluating and supporting community initiatives for health and development*. Lawrence, KS: Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas.

Fetterman, David M., Kaftarian, Shakeh J. et Wandersman, Abraham (éd.) (1996) *Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*. Thousands Oaks/London/New Delhi, Sage Publications.

Fortin, Jean-Paul *et al.* (1998) *Un outil d'évaluation des projets de Villes et Villages en santé*. Québec, Réseau québécois de Villes et Villages en santé/Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé, École des sciences infirmières, Université Laval, nomographie 6F.

Francisco, Vincent T., Paine, Adrienne L. et Fawcett, Stephen B. (1993) « A methodology for monitoring and evaluating community health coalitions. » *Health Education Research. Theory and Practice*, 8(3):403-416.

Gendron, Sylvie (2001) *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme*. Thèse de doctorat, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Goodman, Robert M. *et al.* (1998) « Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement. » *Health Education and Behavior*, 25(3):258-278.

Goyette, Gabriel et Lessard-Hébert, Michelle (1987) *La recherche-action : ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Sillery, Presses de l'Université du Québec.

Green, Lawrence W. et Kreuter, Marshall W. (1991) *Health Promotion planning. An Educational and Environmental Approach*. Mountain View/Toronto/London, Mayfield.

Guba, Egon G. et Lincoln, Yvonna S. (1989) *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, Sage Publications.

Guba, Egon G. et Lincoln, Yvonna S. (2000) « Paradigmatic... confluences. » Dans Denzin, Norman K. et Lincoln, Yvonna S. (éd) *Handbook of Qualitative Research*, 2<sup>nd</sup> edition. London, Sage Publications.

Hancock, Trevor (2001) Health-based Indicators of Sustainable Human Development. Document préparé pour : Office of Sustainable Development, Health Canada.

Hancock, Trevor (1993) « The Healthy City: concept to application. Implications for research. » Dans Davies, John K. et Kelly, Michael P., *Healthy Cities. Research and Practice*. London/New York, Routledge.

Hancock, Trevor (1992) « The development of the Healthy Cities project in Canada. » Dans Ashton, John (éd.) *Healthy Cities*. Milton Keynes, Philadelphia. Open University Press.

Hancock, Trevor, Labonté, Ron et Edwards, Rick (2000) *Indicators that Count! Measuring Population Health at the Community Level*. Toronto, Centre for Health Promotion/ParticipACTION.

Hancock, Trevor et Dulh, Leonard (1986) *Healthy Cities: Promotion Health in the Urban Context*. Copenhagen, FDAL, WHO Healthy Cities Paper 1.

Harachi, Tracy W. *et al.* (1999) « Opening the Black Box: Using Process Evaluation Measures to Assess Implementation and Theory Building. » *American Journal of Community Psychology*, 27:715-735.

Harris, Elizabeth *et al.* (1995) *Working Together: Intersectorial Action for Health*. Sydney, Australian Centre for Health Promotion and Commonwealth Department of Human Services and Health.

Herman, Joan L., Morris, Lynn Lyons et Fitz-Gobbon, Carol Taylor (1987) *Evaluator's Handbook*. Thousands Oaks/London/ New Delhi, Sage Publications.

Heron, John et Reason, Peter (1997) « A Participatory Inquiry Paradigm. » *Qualitative Inquiry*, 3(3):274-294.

Hills, Marcia, Carroll, Simon et O'Neill, Michel (2004) « Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-Américains récents. » *Promotion & Éducation*, 11(supp.1): 17-21.

Kickbusch, Ilona (1986) « Health Promotion: a global perspective. » *Canadian Journal of Public Health*, 77:321-326.

INSPQ (2002) *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec, Institut national de santé publique.

Lalonde, Marc (1974) *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

Lamoureux, Henri *et al.* (1996) *La pratique de l'action communautaire*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Lee, Peter R., Fucillo, Ralf et Wolfe, Thomas J. (2000) « Key Components of a Statewide Healthy Communities Effort. » *Public Health Reports*, 115:134-138.

Linnan, Laura et Steckler, Allan (2002) « Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. » Dans Steckler, Allan et Linnan, Laura (éd.) *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*. San Francisco, Jossey-Bass.

McQueen, David et Anderson, Laurie M. (2000) « Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. » *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7(1):79-98.

Maltrud, Kristine, Polacsek, Michele et Wallerstein, Nina (1997) *A Work Book for Participatory Evaluation About Community Initiatives*. Wallerstein, Maltrud et Polacsek.

Maskill, Caroline et Hodgess, Ian (2001) *Intersectorial Initiatives for Improving the Health of Local Communities. A Literature Review*. Wellington, New Zealand Ministry of Health.

Milewa, Timothy et de Leeuw, Evelyne (1995) *Communication and change in the policy process towards a new urban public health: a basis for analysis of discourse in pursuit of the "healthy city"*. Maastricht, Department of Health Ethics and Philosophy, University of Limburg.

Milligan, Sharon *et al.* (1998) « Implementing a Theory of Change Evaluation in the Cleveland Community-Building Initiative: A Case study. » Dans Connell, James P. *et al.* (éd.) *New Approaches to Evaluating Community Initiatives. Concepts, Methods and Contexts*. Roudtable on Comprehensive Community Initiatives for Children and Families, Washington, The Aspen Institute.

Minkler, Meredith et Wallerstein, Nina (éd.) (2003) *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco, Jossey-Bass.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992) *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ninacs, William A. (2002) *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*. Thèse de doctorat, École de service social, Université Laval.

Nicacs, William A. (1998) *Concertation et partenariat : définitions, conjoncture et quelques enjeux*. Communication présentée au 10<sup>e</sup> Colloque annuel du Réseau québécois de Villes et Villages en santé, Trois-Rivières.

Norris, Tyler et Lampe, David (1994) « Healthy Communities, Healthy People: A Challenge Coordination and Compassion. » *National Civic Review*, 83:280-289.

O'Connor, Drew et Gates, Christopher T. (2000) « Toward a Healthy Democracy. » *Public Health Reports*, 115(2-3):157-160.

OMS (1986) *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, Conférence internationale pour la promotion de la santé.

OMS (1984) *Promotion de la santé : un document de discussion sur le concept et les principes*. Copenhague, Organisation mondiale de la santé.

OPS (2003) *Participatory Evaluation of Healthy Municipalities: A Practical Resource Kit for Action*. Field-testing Version, OPS

O'Neill, Michel (2003) « Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? » *Soz. Pr<ventivmed.*, 48(2003):317-326.

O'Neill, Michel et Cardinal, Lise (1998) *Des indicateurs pour évaluer les projets québécois de Villes et Villages en santé : la nécessité de faire des choix*. Québec, Réseau québécois des Villes et Villages en santé/Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé, École des sciences infirmières, Université Laval, nomographie 8F.

O'Neill, Michel (1990) « Politiques publiques favorisant la santé : perspectives de l'OMS. » *Promotion de la santé*, 28(3):6-8,24.

O'Neill, Michel et Pederson, Ann (1994) « Two analytic paths for understanding canadian developments in Health Promotion. » Pederson, Ann., O'Neill, Michel et Rootman, Irving, *Health Promotion in Canada*, Toronto, W. B. Saunders.

O'Neill, Michel *et al.* (1991) *Les conditions de réussite du mouvement québécois de « Villes et Villages en santé »*. Québec, Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé de l'Université Laval/Unité de recherche en santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval.

Ouellet, Francine, Forget, Gilles et Durand Danielle (non daté) *Une ville et deux quartiers en santé : étude de cas des trois premières initiatives dans l'Île de Montréal*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Patton, Michael Quinn (1997) *Utilization-Focused Evaluation*. Thousands Oaks/London/ New Delhi, Sage Publications.

Patton, Michael Quinn (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park/London/New Delhi, Sage Publications.

Pederson, Ann *et al.* (1994) *Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives*. Toronto, W. B. Saunders Canada.

Perret, Bernard (2002) *L'évaluation comme constructions sociales d'un jugement. Éléments pour une théorie de l'argumentation en évaluation*. Communication présentée aux Journées annuelles de santé publique, Montréal, novembre 2003.

Petersen, Alan et Lupton, Deborah (1996) *The new public health and self in the age of risk*. Newbury Park/London/New Delhi, Sage Publications.

Potvin, Louise et Richard, Lucie (2001) « Evaluating community health promotion programmes. » Dans Rootman, Irving *et al.* (éd.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, no. 92.

Potvin, Louise, Lessard, Richard et Fournier, Pierre (2002) « Inégalités sociales de santé. Un partenariat de recherche et de formation. » *Revue canadienne de santé publique*, 93(2):134-137.

Putnam, Robert D. (1995) « Bowling Alone: America's Declining Social Capital. » *Journal of Democracy*, 6(1):65-78.

Raphael, Dennis (1999) *The Question of Evidence in Health Promotion*. Saskatoon, Health Promotion Summer School, <http://www.usask.ca/healthsci/che/prhprc/raphaelpaper.htm>.

Reason, Peter et Bradbury, Hilary (éd.) (2001) *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. London/Thousand Oaks/New Delhi, Sage publications.

Resweber, Jean-Paul (1995) *La recherche-action*. Paris, Presses universitaires de France.

Robinson Sheila A. *et al.* (1997) « Process Evaluation: A Field Method for Tracking Those Elusive Development Results. » *Canadian Journal of Development Studies*, XVIII:805-834.

Rootman, Irving *et al.* (2001) « A framework for health promotion evaluation. » Dans Rootman, Irving *et al.* (éd.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, no. 92.

Rossi, Peter H. et Freeman, Howard E. (1993) *Evaluation. A Systematic Approach*. Thousands Oaks/London/ New Delhi, Sage Publications.

RQVVS (1999) *Villes et Villages en santé*. Québec, RQVVS (Pochette d'information).

RQVVS (2001) *Villes et Villages en santé. Annuaire 2001*. Québec, RQVVS.

Santé Canada (2003) *Santé de la population. Qu'est-ce qui détermine la santé?* <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/index.html>

Sherwood, David (2002) *Building Healthy Rural Communities*. Ministerial Advisory Council on Rural Health.

Smedley, Brian D. et Syme, Leonard S. (2000) *Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, D.C., National Academy Press, Institute of Medicine.

Steckler, Allan et Linnan, Laura (éd.) (2002) *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*. San Francisco, Jossey-Bass.

Tarlov, Alvin R. et Robert F. St. Peter (2000) *The Society and Population Health Reader. Volume II: A State and Community Perspective*. New York, The New Press.

Tsouros, Agis (éd.) (1992) *World Health Organisation Healthy Cities Project: a project becomes a movement. Review of progress, 1987 to 1990*. Copenhagen, FADL Publishers for World Health Organization, Healthy Cities Project Office.

Verna, Edmundo et Harpham, Trudy (1995) « The Evaluation of Healthy City Projects in Developing Countries. » *Habitat International*, 19(4):629-641.

Weiss, Carol Hirschon (1995) « Nothing As Practical As Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community initiatives for Children and Families. » Connell, James P. *et al.* (éd.) *New Approaches to Evaluating Community Initiatives. Concepts, Methods and Contexts*. Roundtable on Comprehensive Community Initiatives for Children and Families, Washington, The Aspen Institute.

White, Deena *et al.* (2002) *Pour sortir des sentiers battus. L'action intersectorielle en santé mentale*. Québec, Les Publications du Québec.





