

LE MAGICIEN DU TEMPS : APPROCHE PARTICIPATIVE AXÉE SUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN PROJET ET L'UTILISATION DES RÉSULTATS D'UNE ÉVALUATION

Valéry Ridde
Université de Montréal
Montréal, Québec

François Baril
CSSS de Beauce
Beauceville, Québec

Hélène Johnson
Johnson & Roy inc.
Lac Delage, Québec

Maxime Poulin
CSSS de Beauce
Beauceville, Québec

Résumé: Dans une région rurale du Québec, un organisme communautaire, de concert avec divers partenaires intersectoriels, a souhaité donner la possibilité aux familles de prendre en main leur destin et d'impulser un changement en faveur de leur qualité de vie et notamment de celle de leurs enfants. L'objectif de l'article est de mettre en évidence les trois principaux aspects novateurs de l'évaluation de ce projet communautaire, soit l'intérêt de l'approche d'évaluation participative axée sur le développement d'un projet (*developmental*), la pertinence de l'usage d'un cadre partagé d'analyse des besoins, et enfin l'apport pour le développement du projet de la diffusion continue des résultats de l'évaluation. Cette étude de cas permet notamment de mettre en lumière les facteurs favorables à l'utilisation des résultats de l'évaluation.

Abstract: A community organization in rural Québec, together with various inter-sectoral partners, wanted to make it possible for families to take their destiny into their own hands and improve their quality of life, in particular, their children's quality of life. The goal of this article is to present the three main innovative aspects in

Correspondance à l'auteur : Valéry Ridde, Unité de Santé Internationale,
Université de Montréal, 3875 rue Saint-Urbain, Montréal, QC, H2W 1V1;
<valery.ridde@umontreal.ca>

the evaluation of this community project, namely the value of a developmental evaluation approach, the relevance of a multiple-needs analysis framework, and the contribution of the continuous dissemination of the evaluation results to the project's development. This case study likewise sheds light on the factors that facilitate the use of evaluation results.

Dans une région rurale du Québec, un organisme communautaire, en collaboration avec plusieurs partenaires intersectoriels, a souhaité donner la possibilité aux familles de prendre en main leur destin et d'impulser un changement en faveur de leur qualité de vie et notamment de celle de leurs enfants. C'est ainsi qu'est né le projet du « Magicien du temps ». Si les détails de ce projet communautaire et des résultats de son évaluation sont disponibles dans le rapport final (Ridde & Johnson, 2003), le présent article vise essentiellement à rendre compte de quelques innovations du processus évaluatif. Nous souhaitons modestement ajouter une pierre à l'édifice de la construction des données empiriques relatant les expériences évaluatives des programmes communautaires. En effet, pour de multiples raisons qu'il serait trop long de présenter ici, les évaluations, parfois innovantes dans ce milieu, sont encore trop peu rapportées et analysées dans les revues universitaires. Les études de cas sont trop rares (Milstein, Chapel, Wetterhall, & Cotton, 2002), notamment en langue française, rendant ainsi les expériences inaccessibles à la construction des connaissances, or, « if we want more evidence-based practice, then we need more practice-based evidence » (Glasgow et al., 2006, p. 107). Aussi, après avoir rapidement explicité le contexte et les caractéristiques du projet en question, nous nous attarderons sur les trois aspects novateurs de cette évaluation de projet. Cela nous permettra, dans la discussion, de tenter de montrer en quoi ces innovations ont favorisé l'utilisation des résultats de l'évaluation.

CONTEXTE ET CARACTÉRISTIQUES DU PROJET

« Le Magicien du temps » est un projet développé et piloté par l'exécutif du Comité de concertation 0-12 ans de l'équipe Jeunesse-Famille de la Municipalité régionale de comté (MRC) Robert-Cliche, une région du sud-est du Québec composée exclusivement de communautés rurales. Le financement du projet a été possible grâce à l'Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et éloignées de Santé Canada. Ce programme a notamment permis la création d'un fonds pour le financement de projets pilotes issus de la communauté. Le

but poursuivi est d'expérimenter de nouvelles approches tout en améliorant la santé globale des membres des communautés rurales et éloignées et d'accroître leur capacité d'agir sur les différents déterminants de la santé (Santé Canada, 1996).

Les statistiques du Comité sur les situations de pauvreté de Robert-Cliche (2002) fournissent quelques informations de contexte. La population de la MRC fait face à de nombreux défis, tant économiques que psychosociaux. Si les taux de chômage et de bénéficiaires de la sécurité du revenu sont relativement faibles par rapport aux autres MRC de la région, les résidants occupent des emplois précaires et exigeants (temps partiel, taux horaire inférieur à la moyenne provinciale, etc.). Plus de la moitié des ménages disposent d'un revenu annuel inférieur à 30 000 \$ et les jeunes de la région tendent à partir vers les grands centres urbains. Cette situation économique est également la source d'une détresse psychologique, tant personnelle que familiale. Les parents rencontrent certaines difficultés à concilier le travail et la famille, d'autant plus que le nombre de familles comprenant trois enfants ou plus est relativement élevé. Ils ne peuvent consacrer suffisamment de temps à leurs enfants, les loisirs sont réduits au minimum, et les souffrances psychologiques demeurent encore cachées.

Face à ce constat particulier fait par le comité sur la situation de pauvreté de la région, l'exécutif du Comité de concertation 0-12 ans et Le Club Parentaïde Beauce-Centre inc. ont proposé à Santé Canada un projet novateur qui a pris le nom « Le Magicien du temps ». À long terme, les promoteurs du projet souhaitent contribuer à la promotion de la santé et au bien-être des familles et des enfants de la MRC. Les effets attendus à moyen terme consistent en la prévention des abus et des négligences à l'égard des enfants. Pour cela, le projet vise l'atteinte de trois effets à court terme, conçus comme trois effets à atteindre tout au long du processus de mise en oeuvre du projet.

- Informer et sensibiliser les intervenants qui travaillent avec les familles et leurs enfants de 0-12 ans ainsi que la population sur les réalités et les besoins concernant la santé et le bien-être des enfants et des familles;
- Permettre aux enfants et aux familles de prendre conscience des éléments avancés lors de l'étape précédente et d'identifier les besoins de changements à apporter en lien avec les déterminants de la santé et du bien-être;
- Appuyer l'émergence des initiatives visant à apporter les changements précédemment identifiés.

Les bénéficiaires du projet sont multiples bien que les principaux soient les enfants. Les autres bénéficiaires sont les parents de ces enfants, les différents intervenants sociaux, et les directeurs d'écoles. Plus largement, le projet souhaite aussi sensibiliser les décideurs de la région, les patrons des entreprises locales, et la population dans son ensemble. Enfin, pour la réalisation de ces activités et la production de ces biens tangibles, « Le Magicien du temps » dispose d'intrants : un budget de 64 000 \$ pour deux ans permettant notamment l'embauche d'un chargé de projet, la participation de bénévoles, des locaux pour les activités de coordination du projet et pour les activités spécifiques, et du matériel didactique employé lors des rencontres.

Compte tenu du thème de ce segment thématique de la Revue, l'objectif de l'article est de mettre en évidence les trois principaux aspects novateurs de l'évaluation de ce projet communautaire, soit l'intérêt d'une approche participative axée sur le développement, la pertinence de l'usage d'un cadre d'analyse des besoins, et enfin l'apport pour le développement du projet de la diffusion continue des résultats de l'évaluation. On tentera ainsi de montrer comment cela a été indéniablement favorable à l'utilisation des résultats de l'évaluation et surtout à la pérennité des actions.

UNE ÉVALUATION PARTICIPATIVE AXÉE SUR LE DÉVELOPPEMENT

Les principes

L'approche privilégiée mise sur la participation des parties prenantes à l'évaluation pour qu'elles interagissent au cours du développement d'un projet. Dans le présent article, le terme « approche » — que Stake (2004) qualifie de *disposition* — correspond à la manière dont le processus évaluatif se déroule, dont l'évaluateur et les parties prenantes au programme interagissent.

Les deux éléments clefs de l'Initiative de Santé Canada sont l'amélioration de la santé et l'*empowerment*. Ces deux caractéristiques se retrouvent au cœur de la définition du concept de promotion de la santé, puisque les programmes implantés selon une démarche d'*empowerment* seraient favorables à la santé (Wallerstein, 2006). Il importe d'ajouter que les membres du groupe de travail européen relativement à l'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé suggèrent, comme premier critère pour juger de la valeur d'une intervention de promotion de la santé, l'intervention d'un processus de renforcement

des capacités d'actions des individus ou des communautés (Rootman et al., 2001). Ces experts affirment aussi que l'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé doit impérativement répondre à quatre exigences particulières : (a) la participation, (b) l'utilisation de diverses méthodes, (c) le renforcement des capacités, et (d) la congruence tant avec les exigences scientifiques qu'avec les valeurs de la promotion de la santé. En ce qui concerne l'utilisation d'une approche participative dans l'évaluation des programmes, il convient de signaler que Santé Canada a contribué à la prise en compte de cette perspective particulière (Santé Canada, 1996). L'évaluation participative consiste en la mise en œuvre d'un processus évaluatif selon une démarche de partenariat entre des évaluateurs et des personnes qui sont concernées par l'évaluation mais qui ne sont pas des spécialistes de l'évaluation, soit des *non evaluator stakeholders* (Cousins, 2004b, p. 321). Au-delà de cette définition, il faut dire qu'il en existe plusieurs formes que certains tentent de différencier au regard de différentes composantes du processus (Ridde, 2006; Weaver & Cousins, 2005). Nous pourrions dire qu'il existe deux courants principaux, d'un côté, l'approche dite pratique (centrée sur l'utilisation) et de l'autre, l'approche émancipatrice (centrée sur l'*empowerment*). L'approche choisie pour le présent projet était de type pratique, permettant aux promoteurs et aux partenaires de participer activement à toutes les étapes de l'évaluation, contribuant ainsi à établir un climat de confiance tout en permettant aux acteurs d'acquérir de nouvelles compétences propres à l'évaluation de programme. L'approche émancipatrice était réservée à la mise en œuvre, et non à son évaluation, du projet et à l'intervention avec les familles qui se voulait centrée sur l'*empowerment*. Dans cette perspective globale, le rôle des évaluateurs externes est d'offrir une expertise, des services, et un accompagnement étroit tout au long du processus afin de permettre aux représentants des diverses parties prenantes de participer activement à la démarche et de partager l'information qu'ils détiennent.

De nombreux spécialistes de promotion de la santé avancent aussi qu'il est indispensable, lorsque l'on évalue des programmes dans ce domaine, de s'intéresser tant au processus qu'aux effets (Nutbeam, 1998; Rootman et al., 2001). Dans le cas présent, et selon une approche qui souhaite favoriser l'utilisation des résultats de l'évaluation (Patton, 1997), tel que nous le verrons plus loin dans l'article, il a été jugé plus utile et pertinent d'apporter un soutien à la mise en œuvre du programme en tant que telle plutôt que de porter nos énergies exclusivement sur l'évaluation des effets de cette dernière. Parmi les multiples tentatives de propositions de typologies — allant de la

description d'une centaine de types (Patton, 1987) à 22 selon Stufflebeam (2001) — notre approche évaluative s'inscrit assurément dans ce que Patton (1994) a qualifié pour la première fois en 1994 de *developmental evaluation*. L'intérêt d'une évaluation axée sur le développement d'un projet est d'utiliser les résultats et le processus de l'évaluation pour faire évoluer le programme au cours de sa mise en œuvre. L'expert en évaluation guide les parties prenantes pour faire en sorte que le projet s'améliore, s'adapte, et réponde mieux aux besoins des participants. Il est membre à part entière de l'équipe du projet et participe aux prises de décisions, tant pour l'évaluation que pour le développement du projet (Patton, 1997, 2004). Dans l'arbre des évaluations proposé par Alkin (2004), cette approche s'inscrit au sein de la branche des évaluations mises en œuvre afin d'accroître le potentiel d'utilisation de leurs résultats, ce que nous expliciterons largement plus loin. Dans le cas présent, cette approche a notamment permis aux promoteurs de valider certaines hypothèses quant aux incidences liées aux changements d'activités qu'ils voulaient apporter.

La mise en oeuvre

L'accompagnement durant toutes les étapes de l'évaluation qui s'est étalée sur plus d'une année, de la définition des questions à l'analyse des données en passant par la réalisation des outils et la collecte de ces dernières a permis aux évaluateurs externes de partager certaines connaissances en évaluation et ainsi de renforcer les compétences des responsables du projet selon une perspective d'apprentissage organisationnel. Tel qu'il est habituellement recommandé, tant dans le champ de la promotion de la santé que dans celui de l'évaluation en général, des outils complémentaires multiples furent nécessaires pour recueillir tant des données qualitatives que quantitatives (Péladeau & Mercier, 1993). Quatre types de méthodes ont été utilisés dans cette évaluation du projet : les réunions de travail et les séances de rétroactions verbales (une dizaine), la documentation, l'observation participante (séance de prise de conscience et soirée d'émergence d'un projet de changement), et les questionnaires (expression des besoins, appréciation des activités, etc.). En ce qui concerne l'analyse des données quantitatives, elle a été réalisée par les promoteurs du projet à l'aide d'un tableur informatique. Ces outils ont été mis à la disposition des promoteurs par les évaluateurs et un soutien technique a été donné pour la saisie (utilisation d'un progiciel) et l'analyse des données.

LE CHOIX D'UN CADRE D'ANALYSE DES BESOINS DE LA POPULATION

La proposition

Puisque le projet est structuré de telle sorte que trois étapes jalonnent son développement, la troisième étant directement dépendante des résultats engendrés par la deuxième, il a fallu tout de suite penser à développer des outils d'évaluation utiles pour soutenir les animateurs dans l'organisation de cette dernière étape. Nous sommes là au cœur des avantages de l'approche choisie pour permettre au projet de se déployer. L'utilisation d'un modèle communément employé dans le domaine de la santé des populations a permis aux promoteurs, *primo*, de faire un lien direct entre leur projet et les objectifs de l'initiative de Santé Canada, *secundo*, de rendre l'analyse des données et la poursuite du projet plus aisées.

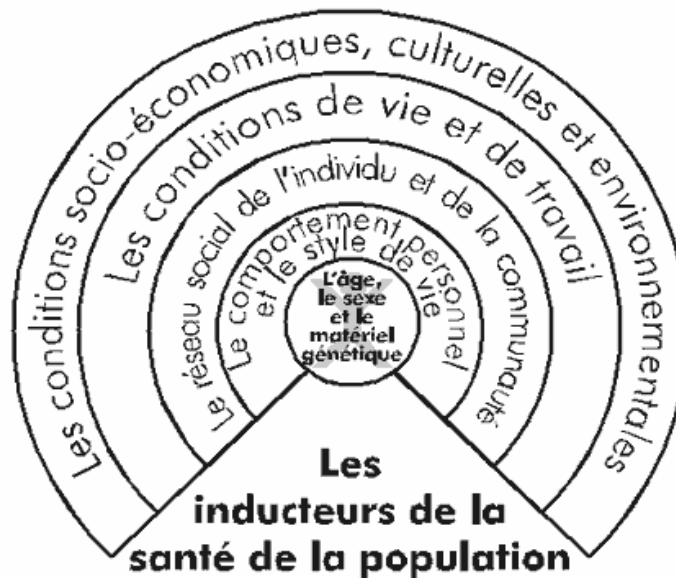
Prises dans leur ensemble, les priorités fédérales et provinciales de Santé Canada se réfèrent à de multiples déterminants de la santé, qu'ils soient d'ordre environnemental, économique, social, ou sanitaire. Il existe de nombreux cadres conceptuels pour expliquer le rôle des divers facteurs sur la santé des populations (Evans & Stoddart, 1996; Heymann, Hertzman, Barer, & Evans, 2005). L'initiative insiste sur la pertinence pour les projets d'intervenir sur plusieurs déterminants de la santé, tels que définis par Santé Canada (Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population, 1994). Cependant, ces approches conceptuelles ont été critiquées par quelques experts (e.g., Hayes, 1994; Poland, Coburn, Robertson, & Eakin, 1998; Ridde, 2004) comme étant un peu trop complexes pour être utiles dans un contexte de projet communautaire. Voilà pourquoi il a été plus judicieux de faire référence au modèle à quatre déterminants décrit par Whitehead (1995) à la suite des propositions de Bronfenbrenner (Figure 1). Le caractère spécifique de ce cadre est que les individus et leurs caractéristiques propres sont situés au centre de la figure. Ces caractéristiques portant sur le sexe, l'âge, et les facteurs héréditaires, si elles vont indubitablement influencer l'état de santé, sont considérées comme stables. Autrement dit, ces déterminants individuels ne sont pas modifiables par l'intervention. Puis, autour de ces déterminants individuels, se trouvent quatre facteurs pouvant être théoriquement modifiés. Il s'agit (a) du comportement individuel, (b) du réseau social, familial, et communautaire, (c) des conditions de vie et de travail ainsi que l'accès aux services essentiels et à la nourriture, et enfin (d) des facteurs plus larges tels que

les conditions socio-économiques, culturelles, et environnementales. Certains auteurs ont jugé nécessaire de préciser que si la stratification composant ce modèle est intéressante, il n'en demeure pas moins que les « membranes » sont fines, poreuses même (Tarlov (1996), cité par Popay, Williams, Thomas, & Gatrell, 1998), et qu'elles interagissent selon des procédés complexes. L'intérêt d'employer un tel cadre, tel que cela sera illustré dans la section suivante, est encore plus grand lorsque l'on constate qu'il est graphiquement simple et facilement compréhensible par tous (Figure 1), ce qui est une qualité indispensable (Paradies & Stevens, 2005).

La mise en oeuvre

Dans un premier temps, c'est-à-dire, lors de l'administration du questionnaire auprès des participants, les responsables du projet ont utilisé seulement trois catégories pour guider les personnes (parents et enfants) dans le choix des souhaits de changements désirés : vie personnelle, famille, et environnement. Implicitement, les responsables du projet étaient en phase avec le modèle de Whitehead (1995). Ce choix a été rendu nécessaire pour aider les participants du projet

Figure 1
Les « déterminants » de la santé



à mieux réfléchir aux changements qu'ils souhaitaient voir mis en œuvre. Dans un second temps, pour faciliter tant le rassemblement des données issues des évaluations de cette deuxième phase du projet que la présentation dans la troisième phase, il a été convenu avec les promoteurs d'appliquer ce cadre conceptuel (Figure 1). Ainsi, au lieu de produire des statistiques descriptives tenant compte de la myriade de souhaits possibles, il a été possible de les rassembler en quatre catégories, congruentes avec l'état des connaissances en santé des populations, faciles à comprendre pour tous les acteurs et suffisamment utiles pour en dégager des éléments facilitant l'intervention.

Il faut ajouter que la nomination des couches du modèle proposé a été adaptée par les promoteurs du projet pour être en lien avec le vocabulaire local, facilitant et témoignant ainsi son appropriation. Toujours dans le souci de partage de connaissances et d'appropriation du matériel, les évaluateurs ont d'abord présenté le cadre proposé, puis en ont expliqué les tenants et aboutissants; ils ont enfin effectué quelques exercices de classification avec les personnes qui devaient par la suite poursuivre le travail d'analyse. Chacun des nombreux souhaits émis par les participants a été ainsi assigné à l'une ou l'autre des quatre catégories de déterminants de la santé, donnant ainsi lieu à des échanges intéressants entre les participants. Les décisions ont été prises collégalement entre les acteurs du projet, les évaluateurs ayant guidé ces derniers pour réaliser l'exercice. Aussi, puisque les évaluateurs avaient adopté une *responsive disposition* (Stake, 2004), il leur a été possible de jouer le rôle d'interprète (Abma, 2005), ou de « courtier en connaissances » (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), 2003), en créant un environnement favorable au partage des connaissances, au renforcement des capacités, et à l'appropriation du modèle conceptuel de Whitehead (1995). Ainsi, tel que le souhaitait Cronbach (1980), il y a presque trente ans, « The evaluator is an educator, his success is to be judged by what others learn ».

DIFFUSION CONTINUE DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Les principes

L'intérêt particulier d'une telle approche évaluative est de faire en sorte que le processus de mise en œuvre du projet soit nourri par les résultats de l'évaluation qui sont présentés et utilisés de manière continue par les parties prenantes. Cette vision de la planification vient ainsi contredire la grande majorité des ouvrages et guides

traitant de la gestion et de la planification des projets puisqu'ils présentent bien souvent la vie de ces derniers selon un inéluctable cycle allant de l'identification des besoins à l'évaluation, passant par les étapes de planification et de mise en œuvre. Or, nous croyons, au contraire, que le processus des interventions est composé d'une série de quatre sous-processus concomitants et interdépendants (Pluye, Potvin, Denis, & Pelletier, 2004; Ridde, Pluye, & Queuille, 2006). Alors que la mise en œuvre consiste en la mobilisation des ressources pour organiser les activités, tel qu'il l'a été prévu lors de la planification, la pérennisation concerne le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux programmes. Le processus d'évaluation, quant à lui, sert non seulement à porter un jugement sur le programme, tant sur ses effets que sur la manière dont il est implanté, mais également à suggérer des changements et proposer des recommandations afin d'améliorer le programme.

La mise en œuvre

Dans le cas présent, quelques faits permettront d'illustrer que le processus évaluatif et la diffusion continue des résultats de ce dernier ont particulièrement été féconds pour l'adaptation permanente de la planification et de la mise en œuvre en fonction des besoins identifiés et du contexte particulier de déploiement du projet.

- À l'origine, il était prévu lors des activités de prise de conscience permettant d'émettre des souhaits de changements que les enfants et les parents participent à l'activité séparément; puis qu'ils soient réunis par les animateurs pour qu'ils puissent ensemble discuter de leurs souhaits respectifs. Pour des raisons liées à l'état d'avancement du projet et aux difficultés éthiques d'utiliser les données collectées lors des activités avec les enfants (ce qui a suscité de nombreux débats), il a été décidé d'un commun accord de regrouper ces activités en une seule.
- Le traitement et la présentation des données issues de l'étude de la documentation concernant la région à l'aide du modèle des déterminants de la santé ont permis aux familles de comprendre qu'elles n'étaient pas seules à vivre des situations délicates. Comme l'isolement et l'absence de moments et d'espaces de discussion ne favorisent pas la conscientisation, la production de documents vulgarisés et l'organisation de rencontres à cet effet ont permis aux familles de se familiariser avec les réalités socio-économiques du territoire et de

la vie de leurs concitoyens. Les parents ont ainsi pris conscience que les statistiques officielles reflétaient leur réalité, la conscience critique étant une des étapes indispensables à un processus d'*empowerment* individuel (Ninacs, 2002).

- Il a également fallu que les intervenants comprennent les réalités de la région en participant, notamment, aux multiples comités de travail intersectoriels. En même temps, cette participation a aussi renforcé les liens entre tous les intervenants de ces comités, conditions favorables au développement communautaire (Bourque & Favreau, 2003) des activités devant émerger lors de la mise en œuvre de l'intervention. Les responsables du projet ont rencontré plusieurs intervenants communautaires et directeurs d'écoles, d'une part, pour partager avec eux l'analyse de la réalité, et d'autre part, pour promouvoir une participation ultérieure. D'une manière étonnante, certaines rencontres ont parfois dû être reprises, des personnes étant vraiment surprises de la réalité ou la remettant tout simplement en cause. Pour profiter de toutes ces informations, tant pour le déploiement des activités que pour l'évaluation *in fine* de ces dernières, il a été suggéré aux responsables du projet d'écrire de manière continue des comptes-rendus fidèles de toutes ces interactions.

Parallèlement à ce processus de conscientisation et d'appropriation externe au projet, plusieurs séances de travail en interne ont été organisées afin de mettre au point le projet, de développer les outils et méthodes de travail, ou encore de renforcer les compétences techniques de certains en matière d'évaluation de projet, le tout ayant évidemment lieu en même temps, souvent lors des mêmes séances.

- L'une des originalités du projet a consisté en la participation du public cible au développement des outils employés pour susciter, d'une part, une prise de conscience de la réalité locale, et, d'autre part, l'émergence de changements à cet égard. Certaines des familles connues pour leur engagement au sein de la communauté ou pour être accompagnées selon les pratiques intégrales de travail social (Baril, 2006) ont été impliquées dans cette démarche créative. Le choix d'employer une « touche magique » a ainsi été fait : recours à des métaphores, création et réalisation par un artiste local d'un conte reposant sur l'histoire d'une famille d'Ours. L'identification des parents et des enfants à la vie de cette famille a facilité l'expression des besoins de changements souhaités.

Pour rendre compte de la difficulté de vie des personnes de la région, le Magicien du temps a lu ce conte aux enfants; ces derniers en ont évidemment parlé à leurs parents après la séance. Ainsi, 165 enfants de sept villages ont informé et sensibilisé leurs parents quant à leurs besoins particuliers. Quant à ces derniers, leur participation à une activité parallèle de « photo-langage » leur a permis de mettre des mots et des images sur des réalités bien connues de tous, mais rarement partagées. Plus de 130 parents ont assisté à ces séances de discussions. La famille Ours deviendra l'un des symboles du projet; sa représentation facilitera son appropriation et l'expression des changements souhaités par les familles.

- L'interaction entre le modèle des déterminants de la santé et la mise en œuvre peut être illustrée par un exemple simple, mais parlant, de la diffusion continue des résultats. À la suite de ces différents ateliers organisés avec les familles pour leur permettre de mieux comprendre le diagnostic local puis de formuler des souhaits de changements à cet égard, un dépliant a été rédigé pour chacun des villages afin de planifier les projets potentiels que les familles devaient tenter de mettre en œuvre par la suite avec d'autres acteurs de leur milieu. Et, comme dans tout exercice de planification, il faut se donner des priorités, une fois le classement des changements les plus importants réalisé par les intervenants du projet, ces résultats ont été présentés de nouveau aux familles en employant aussi bien la famille Ours que le cadre conceptuel des déterminants de la santé. Il ne restait plus qu'aux familles à tenter de sélectionner un projet de changement et d'en définir les contours (quand, comment, avec qui?) avec divers partenaires qui s'étaient déplacés pour faire l'exercice avec elles.

Cet outil et bien d'autres disponibles ailleurs (Ridde & Johnson, 2003) ont assurément facilité la compréhension du processus par la population et favorisé l'appropriation des projets par les participants. Dans le même registre, il faut noter aussi l'impact des souhaits de changements dessinés par les enfants et inscrits à l'endos des feuilles de papiers. Ces dessins correspondaient aussi aux mêmes déterminants de la santé, ce qui a eu une influence certaine auprès des parents et acteurs du milieu : une image valant mille mots, dit l'adage. La rencontre en face-à-face des parents et des enfants, à la suite d'activités indépendantes (photo-langage vs. dessins), où les

souhaits des uns étaient confrontés, lors d'un colloque familial, aux souhaits des autres a également favorisé la production de réflexions utiles à la suite du projet.

Ainsi, les soirées organisées par le projet ont permis à 132 parents et 165 enfants d'émettre 656 souhaits au total. La majorité se retrouve dans les déterminants qu'il serait possible de qualifier de « sociaux-proches », soit les conditions de vie et de travail ainsi que le réseau social de l'individu et de la communauté. Les déterminants plus macroscopiques ou ceux très microscopiques ont été moins plébiscités.

Le projet faisant appel à de multiples bénévoles et intervenants pour sa réalisation, il nous a semblé important de conseiller aux promoteurs d'obtenir une rétroaction de ces derniers quant aux activités déployées, ce qu'ils n'avaient pas prévu à l'origine. Ainsi, un questionnaire a été administré à tous les bénévoles participant aux soirées magiques lors de la seconde phase du projet. Les données de ce questionnaire, ainsi que la rencontre organisée à la fin de chaque activité entre l'ensemble des intervenants (*debriefing*) ont permis aux responsables du projet d'ajuster leurs interventions et d'améliorer leurs pratiques et méthodes employées. Ces données ont également été utiles à l'évaluation du projet.

Toutes ces activités ici résumées ont assurément facilité la mobilisation des parents et des autres acteurs du milieu autour des projets sociaux prioritaires, choisis par eux et non par des intervenants externes à leur communauté de vie.

DISCUSSION

Il s'agit maintenant d'explicitier en quoi l'approche évaluative particulière et ces sous-processus concomitants et interdépendants ont eu des effets positifs. L'intérêt d'une telle interrogation est d'autant plus important que le financement du projet s'est terminé il y a plus de trois ans (début 2003) et que nous sommes ainsi en mesure, non seulement de rendre compte des effets à court terme, mais aussi de ceux à plus long terme. Nous sommes bien là au cœur de la problématique de l'utilisation des résultats des évaluations (Cousins, 2004a). Il est évidemment question d'une utilisation plus instrumentale que conceptuelle des résultats, selon la dichotomie classique (Alkin & Taut, 2003).

Pour la production d'effets à court terme, des soirées ont été organisées avec les familles des villages concernés. L'une des stratégies efficaces à relever dans l'animation de ces soirées a été d'identifier, non seulement les projets les plus porteurs, mais aussi les agents de changement. S'assurer de l'existence d'entrepreneurs politiques disent les experts en science politique (Kingdon, 1995) ou encore de *leader* disent ceux de promotion de la santé (Butterfoss, 2006; Green & Kreuter, 1999) constitue une stratégie assurément efficace pour la poursuite des projets. En effet, les participants à ces ateliers jouaient le rôle de parents mais aussi d'acteurs du développement local, et plusieurs d'entre eux participaient à la vie de la commune, en tant que maire, député, curé, organisateur communautaire, responsable d'un groupe communautaire, etcétera. Par l'identification des agents de changement, les porteurs du projet ont mis toutes les chances de leur côté dans l'implantation d'un changement dans le milieu local. À la fin des ateliers début 2003, un ou deux projets ont été identifiés pour chacun des milieux (e.g., organiser des activités de loisir structurées en ayant des équipements à disposition, promouvoir le contrat de disponibilité parentale). Puis, une nouvelle rencontre, plus concrète celle-ci, a été organisée avec les parents afin de planifier la mise en oeuvre. Bien que leur mise en oeuvre pouvait constituer le « maillon faible » de la démarche, puisque aucun financement des projets n'avait été prévu (ce qui était aussi une stratégie des promoteurs dans une perspective d'*empowerment*), cela a été possible grâce, en effet, à la mobilisation des familles soutenues par l'organisateur communautaire du CLSC.

Ainsi, concernant les effets à plus long terme et leur devenir, ces acteurs ont profité de l'initiative fédérale et l'ont mise en lien avec la Politique nationale de la ruralité de 2001 et le Pacte Rural élaboré à la suite de consultations publiques effectuées en mai 2003 dans les mêmes municipalités. Les porteurs locaux de certaines idées ayant émergé lors du « Magicien du temps » ont eu l'opportunité d'en trouver le financement. Le terme d'opportunité est ici tout à fait à propos car sans cette dernière fenêtre, dirait Kingdon (1995), l'implantation de projets aurait été délicate, à tout le moins repoussée dans le temps. Les responsables du Magicien ont en effet incité les participants à aller, non seulement exprimer leurs besoins lors de ces consultations, mais aussi faire en sorte que les projets retenus correspondent à leurs attentes. Huit projets ont ainsi vu le jour comme, par exemple, la mise en place d'un service d'animation dans tout le territoire de la MRC, l'engagement d'une agente de développement local, l'aménagement d'une bibliothèque, la réalisation d'un parc récréatif, etcétera.

L'expression des besoins et l'émergence des projets facilités et accompagnés par la démarche évaluative ont assurément contribué à ce dénouement favorable. En effet, la capacité des populations à rendre compte, d'une manière structurée et rigoureuse, des besoins locaux a certainement été un élément positif des prises de décisions pour l'octroi de financement à tous les paliers gouvernementaux. En 2004 et 2005, neuf autres projets ont obtenu une subvention du Pacte Rural. Ce travail a également été très utile au processus de consultation du Centre de santé et de services sociaux de la Beauce entrepris en février 2005 afin de formuler le Plan d'action local de santé publique. Les acteurs ont ainsi été en mesure de s'assurer que leurs préoccupations de changements dans leur territoire soient prises en compte par l'organisme de santé publique. Sans pour autant affirmer qu'il s'agit là d'un effet direct et causal du projet et de son évaluation, nous osons émettre l'hypothèse qu'ils ont participé à leur mise en œuvre.

Au-delà de ces effets directs du projet, d'autres ont eu cours par l'intermédiaire, notamment, d'une large stratégie de diffusion du processus adopté. Trois démarches ont ainsi été entreprises dans les mois qui ont suivi la fin du projet.

- Face aux demandes de nombreux organismes communautaires pour tenter la mise en place du même type d'activités, une trousse a été conçue. Elle rend disponible, dans une seule boîte à outils, divers instruments créés lors du projet ainsi que le rapport d'évaluation dans son intégralité.
- Nombres d'organismes ont également souhaité entendre les promoteurs du projet expliquer leur démarche. Aussi, une myriade de présentations au sein des milieux de pratique et des tables de concertations a été organisée à l'échelle de la province.
- Le milieu universitaire, ce qui n'était évidemment pas prévu lors de la formulation de ce projet communautaire, était également intéressé par cette expérience. Le projet a donc servi d'outil de formation d'étudiants dans un CÉGEP et dans quatre universités (sciences infirmières, travail social, organisation communautaire). L'un des auteurs de cet article fera, effet induit du projet, sa thèse de doctorat sur la manière dont ce dernier a permis l'emploi d'une pratique intégrale de l'intervention en service social (Baril, 2006). Des présentations plus formelles ont été effectuées lors de plusieurs colloques scientifiques et professionnels en évaluation

de programme (2005), action communautaire (2004, 2006), jeunesse et famille (2004, 2005, 2006), et santé publique (2004).

Terminons ce chapitre en mettant en lumière, à la suite des propositions de Alkin et Taut (2003), les trois types de facteurs ayant eu une influence favorable, dans le cas présent, sur l'utilisation des résultats (Tableau 1).

Tableau 1
Facteurs favorables à l'utilisation des résultats de l'évaluation

Facteurs humains	Facteurs évaluatifs	Facteurs contextuels
<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture des parties prenantes à l'évaluation - Dynamisme et motivation des porteurs du projet - Présence de certains <i>leaders</i> - Participation des personnes concernées dès le début du projet - Consultants préoccupés par l'utilisation de l'évaluation et le partage des connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche participative axée sur le développement du projet - Diffusion et utilisation continue des résultats de l'évaluation - Utilisation d'un modèle conceptuel d'organisation des besoins simples et reconnus 	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation du bailleur de fonds à l'usage d'une démarche participative - Financement raisonnable de l'évaluation par le bailleur du projet - Organisation d'une approche multidisciplinaire - Arrivée de nouveaux programmes fédéraux et provinciaux de financement

CONCLUSION

Mis à part l'optimisme et le dévouement habituellement rencontrés au sein des organismes communautaires, il faut assurément dire ici que la mise en œuvre de ce projet et son évaluation participative axée sur le développement ont participé à la résurgence de la MRC et à l'entreprise d'amélioration de la qualité de vie des familles du territoire. Ce simple projet n'est évidemment pas responsable de tous les changements, mais on peut penser qu'il y a contribué. Les multiples projets, émergés lors de l'intervention mais mis en œuvre après son arrêt, témoignent de cette réussite, et de sa pérennité. De surcroît, la présente réflexion sur le processus évaluatif a permis de mettre au jour certaines informations intéressantes. L'innovation méthodologique d'employer la double approche évaluative, ce qui a été encore très peu décrit dans les écrits scientifiques mis à part ceux de Patton (1994; 1997), a favorisé non seulement la mise en œuvre et l'adaptation du projet, mais aussi l'utilisation des résultats de l'évaluation. La participation des acteurs, et notamment des parents et des enfants, organisant aussi des rencontres entre eux, a été une stratégie utile à cet effet. L'approche du bas vers le haut est bien sou-

vent recommandée mais pas toujours aisée à organiser (Butterfoss, 2006; Morgan, 2001). L'usage de la symbolique de la magie a permis, en outre, d'appliquer une instrumentation originale et facilitant la mobilisation à un projet de développement communautaire du bas vers le haut (Bourque & Favreau, 2003), rendant ainsi son appropriation par les familles et sa large diffusion plus faciles. Le partage d'artefact (la famille Ours) est un élément favorable à la pérennité d'un projet (Pluye et al., 2004). La nécessaire distance minimale entre les évaluateurs et les personnes concernées par le projet, maintes fois appelée à la barre de l'« objectivité » des évaluations, n'est peut être pas à l'ordre du jour dans ce type d'évaluation puisque, ce qui nous intéresse en premier lieu, est l'utilisation des résultats et non leur caractère transférable à d'autres contextes. Sans entrer dans les débats universitaires à propos des cadres d'analyse des déterminants de la santé (voir Ridde, 2004), il nous a semblé que le modèle employé fut pertinent, utile, et apprécié des parties prenantes. Ainsi, l'expérience relatée nous semble donc avoir participé à la construction des études de cas de l'approche suggérée par Patton (1994) qui est « a way of being useful in innovative settings where goals are emergent and changing ... time periods are fluid and forward-looking ... and purpose is learning, innovation, and change » (p. 319).

REMERCIEMENTS

Les auteurs adressent leurs remerciements à l'ensemble de l'équipe du comité exécutif du projet « Le Magicien du temps », au Club Parentaïde, ainsi qu'au comité exécutif du comité de concertation 0–12 ans de l'équipe Jeunesse-Famille MRC Robert-Cliche. Le projet et son évaluation ont été réalisés grâce au soutien financier de Santé Canada. Nous tenons à remercier les évaluateurs de cet article pour leur précieux commentaires.

RÉFÉRENCES

- Abma, T.A. (2005). Responsive evaluation in health promotion : Its value for ambiguous contexts. *Health Promot Int*, 20(4), 391–397.
- Alkin, M.C. (Éd.). (2004). *Evaluation roots. Tracing theorists' views and influences*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Alkin, M.C., & Taut, S.M. (2003). Unbundling evaluation use. *Studies in Educational Evaluation*, 29, 1–12.

- Baril, F. (2006, été). Pratiques intégrales dans Chaudière-Appalaches. *Interaction communautaire : le bulletin de liaison en intervention communautaire en CSSS*, 72, 28–29.
- Bourque, D., & Favreau, L. (2003). Le développement des communautés et la santé publique au Québec. *Service social*, 50, 295–308.
- Butterfoss, F.D. (2006). Process evaluation for community participation. *Annual Review of Public Health*, 27, 323–340.
- Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population. Investir dans la santé des Canadiens*. Toronto, ON : Santé Canada.
- Comité sur les situations de pauvreté en Robert-Cliche. (2002). *La pauvreté dans la MRC Robert-Cliche ça nous concerne!* Robert-Cliche, QC : Auteur.
- Cousins, J.B. (2004a). Commentary : Minimizing evaluation misuse as principled practice. *American Journal of Evaluation*, 25(3), 391–397.
- Cousins, J.B. (2004b). Crossing the bridge : Towards understanding use through systematic inquiry. Dans M.C. Alkin (Éd.), *Evaluation roots. Tracing theorists' views and influences* (pp. 319–330). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cronbach, L.J. (1980). *Toward reform of program evaluation* (1e éd.). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Evans, R.G., & Stoddart, G.L. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2003). *La théorie et la pratique du courtage de connaissances dans le système de santé canadien*. Ottawa, ON : Auteur.
- Glasgow, R.E., Green, L.W., Klesges, L.M., Abrams, D.B., Fisher, E.B., Goldstein, M.G., et al. (2006). External validity : We need to do more. *Ann Behav Med*, 31(2), 105–108.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning : An educational and ecological approach*. Mountain View, CA : Mayfield.

- Hayes, M.V. (1994). Evidence, determinants of health and population epidemiology : Humming the tune, learning the lyrics. Dans M.V. Hayes, L.T. Foster, & H.D. Foster (Éds.), *The determinants of population health : A critical assessment* (pp. 121–133). Western Geographical Series, 29. Victoria, BC : Department of Geography, University of Victoria.
- Heymann, J., Hertzman, C., Barer, M.L., & Evans, R.G. (Éds.). (2005). *Healthier societies : From analysis to action*. New York, NY : Oxford University Press.
- Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, alternatives and public policies* (2e éd.). New York, NY : Harper Collins.
- Milstein, B., Chapel, T.J., Wetterhall, S.F., & Cotton, D.A. (2002, spring). Building capacity for program evaluation at the Center for Disease Control and Prevention. Dans S.H. Stockdill, M. Baizerman, & D. Compton (Éds.), *The art, craft, and science of evaluation capacity building*. New Directions for Evaluation, 93 (pp. 27–46). San Francisco, CA : Wiley.
- Morgan, L.M. (2001). Community participation in health : Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221–230.
- Ninacs, W.A. (2002). Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. Ph.D. thesis, Ecole de service social. Université Laval, Québec, QC.
- Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva : WHO.
- Paradies, Y., & Stevens, M. (2005). Conceptual diagrams in public health research. *J Epidemiol Community Health*, 59(12), 1012–1013.
- Patton, M.Q. (1987). *Creative evaluation* (2e éd.). Newbury Park, CA : Sage.
- Patton, M.Q. (1994). Developmental evaluation. *Evaluation Practice*, 15(3), 311–320.
- Patton, M.Q. (1997). *Utilization-focused evaluation* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Patton, M.Q. (2004). Developmental evaluation. Dans S. Mathison (Éd.), *Encyclopedia of evaluation* (p. 116). Thousand Oaks, CA : Sage.

- Péladeau, N., & Mercier, C. (1993). Approches qualitative et quantitative en évaluation de programmes. *Sociologie et Sociétés*, 25(2), 111–124.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J.L., & Pelletier, J. (2004). Program sustainability : Focus on organizational routines. *Health Promot Int*, 19(4), 489–500.
- Poland, B., Coburn, D., Robertson, A., & Eakin, J. (1998). Wealth, equity and health care : A critique of a “Population health perspective on the determinants of health.” *Social Science and Medicine*, 46(7), 785–798.
- Popay, J., Williams, G., Thomas, C., & Gatrell, A. (1998). Theorising inequalities in health : The place of lay knowledge. Dans M. Bartley, D. Blane, & G.D. Smith (Éds.), *The sociology of health inequalities* (pp. 59–83). Oxford : Blackwell.
- Ridde, V. (2004). Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches Sociographiques*, 45(2), 343–364.
- Ridde, V. (2006). Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 21(2), 1–23.
- Ridde, V., & Johnson, H. (2003). *Évaluation du projet « Le Magicien du temps »*. Rapport final. Québec, QC : Johnson & Roy inc., comité de concertation 0–12 ans de l'équipe Jeunesse-Famille, MRC Robert-Cliche.
- Ridde, V., Pluye, P., & Queuille, L. (2006). Evaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 54, 421–431.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., et al. (Éds.). (2001). *Evaluation in health promotion : Principles and perspectives*. Copenhagen : WHO Regional Publications. European Series, No. 92.
- Santé Canada. (1996). *Guide d'évaluation de projet : une démarche participative*. Ottawa, ON : Auteur.

- Stake, R.E. (2004). *Standards-based & responsive evaluation*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Stufflebeam, D.L. (2001). *Evaluation models*. New Directions for Evaluation, 89. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network.
- Weaver, L., & Cousins, J.B. (2005). Unpacking the participatory process. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 1, 19–40.
- Whitehead, M. (1995). Tackling inequalities : A review of policy initiatives. Dans M. Benzeval, K. Judge, & M. Whitehead (Éds.), *Tackling inequalities in health : An agenda for action* (pp. 22–52). London : King's Fund.

Valéry Ridde est chercheur à l'Unité de Santé Internationale du centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Il est boursier des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) et du programme d'Analyse et d'Évaluation des Interventions en Santé (AnÉIS) de l'université de Montréal (FRSQ/IRSC).

François Baril est doctorant à l'école de service social de l'Université Laval. Il s'intéresse aux pratiques intégrales en travail social qu'il exerce au Centre de santé et de services sociaux de Beauce, CLSC de St-Joseph.

Hélène Johnson est spécialiste en évaluation de programme. Elle travaille à l'Université Laval et elle est présidente de Johnson & Roy, une firme spécialisée en développement et en évaluation de programmes et de services, qui a reçu le mandat d'accompagner le projet Le Magicien du temps sur une période de 18 mois.

Maxime Poulin était chargé du projet Le Magicien du temps. Actuellement, il est travailleur social au Centre de santé et de services sociaux de Beauce, CLSC St-Joseph.