

L'évaluation en santé publique hors des sentiers balisés de la performance prescrite. Est-ce possible et est-ce utile ?

Céline Poissant

Volume 24, numéro 1, automne 2011

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1008222ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1008222ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Poissant, C. (2011). L'évaluation en santé publique hors des sentiers balisés de la performance prescrite. Est-ce possible et est-ce utile ? *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 114–127. <https://doi.org/10.7202/1008222ar>

Résumé de l'article

Une étude lanauoise a suscité des réflexions en marge des objectifs visés et des résultats obtenus. Elles touchent les attentes des acteurs de santé publique envers l'évaluation, dans un contexte marqué par le mouvement de la pratique fondée sur les « données probantes ». Suivant cette logique, les institutions de santé publique sont invitées à adopter des interventions jugées « efficaces ». On s'attend aussi à ce que les résultats d'évaluation permettent d'améliorer leur performance. Mais l'évaluation peut-elle poursuivre d'autres finalités ? Dans cette étude, la démarche participative et formative et l'analyse sous l'angle des représentations sociales offraient aux acteurs concernés une occasion d'arrêt et de recul pour questionner le cadre de leurs pratiques, dont la place accordée à leurs savoirs expérientiels.

NPS

PERSPECTIVES ÉTATIQUES



L'évaluation en santé publique hors des sentiers balisés de la performance prescrite. Est-ce possible et est-ce utile?

Céline POISSANT
Agente de planification,
de programmation et de recherche
Direction de santé publique et
d'évaluation
Agence de la santé et des services
sociaux de Lanaudière

Une étude lanauoise a suscité des réflexions en marge des objectifs visés et des résultats obtenus. Elles touchent les attentes des acteurs de santé publique envers

l'évaluation, dans un contexte marqué par le mouvement de la pratique fondée sur les « données probantes ». Suivant cette logique, les institutions de santé publique sont invitées à adopter des interventions jugées « efficaces ». On s'attend aussi à ce que les résultats d'évaluation permettent d'améliorer leur performance. Mais l'évaluation peut-elle poursuivre d'autres finalités ? Dans cette étude, la démarche participative et formative et l'analyse sous l'angle des représentations sociales offraient aux acteurs concernés une occasion d'arrêt et de recul pour questionner le cadre de leurs pratiques, dont la place accordée à leurs savoirs expérientiels.

A Lanaudière study has opened up lines of thought on the peripheries of targeted objectives and performance results, such as the expectations held by actors in the public health arena with regard to assessments, in a context marked by "evidence-based practices". Following this logic, public health-care institutions are invited to adopt what are deemed to be "efficient" intervention approaches. Assessment results are also expected to help improve their performance. But can assessments serve other ends? In this study, a participatory formative approach combined with analyses from the standpoint of social representations, provided the actors in question with an opportunity to stop, step back and question the framework of their practices, including the importance granted to their experiential knowledge.

INTRODUCTION

Dans Lanaudière, une étude évaluative demandée par des intervenants et des gestionnaires de santé publique (Direction de santé publique et d'évaluation [DSPE] et centres de santé et de services sociaux [CSSS])¹ chargés de la promotion des saines habitudes de vie a été l'occasion de les accompagner sur un terrain autre que celui de leurs préoccupations initiales.

1. Pour simplifier le texte, ils seront appelés par la suite « acteurs ». Notons que leur nombre est limité dans la région de Lanaudière, la santé publique comportant seulement deux CSSS et une DSPE. C'est pourquoi l'ensemble d'entre eux a participé à l'évaluation, et certains à plus d'un titre : demandeurs de l'évaluation, membres du comité de suivi et informateurs.

L'article vise plus à partager quelques éléments de réflexion ayant émergé à la suite de l'évaluation qu'à présenter et discuter ses résultats. Il est question de la coexistence possible d'expertises différentes en promotion des saines habitudes de vie, puis en évaluation, dans un paradigme privilégiant la performance. Toutefois, une mise en contexte de l'étude, puis une présentation sommaire de la démarche et de ses résultats s'avèrent nécessaires pour que le lecteur puisse saisir les circonstances ayant conduit à ces réflexions.

LE CONTEXTE

Le besoin exprimé par les demandeurs de l'évaluation consistait à documenter les facteurs favorisant et limitant la réceptivité des milieux visés aux interventions proposées à cet égard. L'étude réalisée leur a permis aussi de regarder, avec un certain recul, le processus d'adoption de l'approche d'intervention *intégrée, globale et concertée* (IGC) recommandée par des experts. La démarche a donc comporté deux volets. Le premier était consacré à la réceptivité des milieux ciblés aux offres de service leur étant adressées en matière de saines habitudes de vie (demande initiale; Poissant et Richard, 2010). Le second, sur lequel se concentre l'article, portait sur le processus d'adoption de l'approche IGC qui se déroulait en même temps, et qui pouvait influencer la réceptivité des milieux visés aux offres de service (volet complémentaire, proposé aux demandeurs et accepté par eux; Poissant, 2010).

Notons que l'appellation « approche IGC » a été forgée aux fins de l'étude, vu l'absence d'appellation formelle partagée par les acteurs régionaux. Ces derniers parlaient d'approche « intégrée », « globale », ou « globale et concertée ». La façon officielle de nommer cette approche a évolué au sein même des instances nationales de santé publique. Ses caractéristiques demeuraient, dans Lanaudière: le travail sur différentes habitudes de vie (activité physique, alimentation, tabac et santé buccodentaire) et à différents niveaux (local, régional et national), le recours à deux types de stratégies (éducation à la santé et changement dans l'environnement), ainsi que la concertation, le partenariat et le réseautage en vue de créer un continuum d'interventions en synergie.

Il faut savoir aussi que, dans l'appareil gouvernemental en général, l'évaluation poursuit des finalités très pragmatiques. On ne s'attend pas nécessairement à ce qu'elle contribue à l'avancement des connaissances de type fondamental ou théorique, mais plutôt à ce qu'elle fournisse des informations qui aideront les acteurs concernés à améliorer l'efficacité de leurs actions. On cherche habituellement à mesurer, à partir d'indicateurs standardisés, des éléments concrets sur lesquels on pourra agir rapidement. L'évaluation, dans ce contexte, est clairement distincte de la recherche.

De même, dans le cas présent, la démarche évaluative ne visait pas d'abord à enrichir les connaissances au sens de la recherche. Elle devait plutôt fournir aux acteurs un éclairage extérieur susceptible de les aider à mieux comprendre le processus d'implantation d'une approche d'intervention relativement nouvelle, pour éventuellement l'améliorer. Plus encore, l'évaluation, basée sur une approche participative et formative, visait aussi à susciter et alimenter leurs réflexions. Enfin, un angle d'analyse peu courant a été utilisé, celui des représentations sociales.

LA DÉMARCHE ÉVALUATIVE

L'objectif poursuivi, dans le volet portant sur l'adaptation régionale de l'approche IGC de promotion des saines habitudes de vie, était d'analyser le processus de son adoption par les acteurs lanaudois du réseau sociosanitaire chargés de sa mise en œuvre. La méthodologie et l'analyse qualitatives visaient à mettre en évidence l'évolution éventuelle de représentations individuelles vers une représentation plus collective de cette approche. Elles ont abordé aussi la possible existence d'un modèle lanaudois de celle-ci.

L'orientation participative et formative de l'étude s'est traduite notamment par la formation d'un comité de suivi, dont la tâche consistait à soutenir l'équipe d'évaluation (formulation des objectifs, validation des outils de collecte, diffusion des résultats, etc.). Y ont pris part des professionnels et des gestionnaires des trois organisations concernées : la DSPE et les deux CSSS de Lanaudière.

Trois méthodes de collecte de données ont été employées successivement. Après une recherche documentaire, 11 entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées, au printemps 2007, auprès d'informateurs des trois organisations, représentant pratiquement l'ensemble des acteurs concernés (population totale). Les principaux thèmes abordés étaient leurs définitions personnelles de cette approche, le processus de son appropriation et sa mise en œuvre. Enfin, un groupe de discussion abordant les mêmes thèmes a réuni une bonne partie des mêmes informateurs (six des huit participants ayant déjà pris part aux entrevues individuelles) à la fin de l'automne 2008. Il s'agissait, en quelque sorte, d'accompagner ces derniers de leurs représentations individuelles initiales vers des réflexions plus collectives (démarche participative et formative).

L'ensemble des informations recueillies à l'aide des trois méthodes a été soumis par la suite à une analyse de contenu globale. Celle-ci ne se référait pas à un cadre théorique spécifique prédéterminé, mais s'appuyait plus simplement sur certaines balises puisées alors au vaste champ

théorique des représentations sociales (notamment, Jodelet, 2006; Mannoni, 2006; Bilodeau, 2004; Bézille-Lesquoy, 2003; Roussiau et Bonardi, 2001, Moscovici, 2001). Ces dernières se rapportaient à quelques aspects influençant les représentations sociales, dont l'identité individuelle et collective des acteurs ainsi que leurs savoirs.

Compte tenu des dimensions participative et formative de la démarche, l'incursion dans cet univers théorique constituait en outre un moyen inédit d'alimenter les réflexions des acteurs : les entraîner momentanément hors de la logique omniprésente de l'efficacité des pratiques appuyée sur la mesure standardisée d'indicateurs de résultats et la comparaison avec des « données probantes » reconnues en amont. Les représentations sociales, en effet, relèvent plutôt d'un « univers symbolique, culturellement déterminé, où se forgent les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc. » (Garnier et Sauvé, 1998-1999 : 66). Malgré leur caractère intangible et difficilement mesurable, elles jouent un rôle dans la façon d'appréhender le monde professionnel (Bilodeau, 2004), dont les changements prescrits en fonction d'une logique convenue. C'était malgré tout un défi de recourir à ce type d'analyse dans le cadre d'une évaluation dont les résultats devaient être utiles à moyen terme aux demandeurs.

Notons qu'une vérification préalable, à la lumière de critères utilisés par Bilodeau (2004, inspiré par Moliner), a permis de considérer que l'approche IGC et le processus de son adoption pouvaient constituer des objets de représentation sociale. En effet, il s'agissait de pratiques en situation sociale, mettant en relation des groupes d'acteurs entre lesquels des enjeux ont pu être identifiés.

APERÇU DES RÉSULTATS

Même si la présente réflexion n'est pas centrée sur les résultats de l'étude ou son apport à la connaissance, il demeure pertinent d'en fournir un bref aperçu pour permettre une compréhension générale de la démarche évaluative à l'origine de cette réflexion.

À un premier niveau d'analyse, surtout descriptif, des observations ont été relevées pour chacune des trois dimensions visées : les définitions de l'approche IGC développées par les acteurs régionaux, le processus de leur appropriation de cette approche, puis celui de son actualisation dans les pratiques. Ces résultats ont servi de matériau de base pour la seconde analyse. Cette dernière, réalisée sous l'angle des représentations sociales, a permis de mieux comprendre ce qui pouvait expliquer le processus vécu de l'implantation de l'approche IGC. Elle s'appuyait sur la prémisse que l'expérience

collective de l'appropriation et de la mise en œuvre de celle-ci passait par les vécus individuels d'acteurs qui s'en étaient construits au départ des représentations personnelles, à partir de leurs « systèmes d'interprétation de la réalité » respectifs (Bézille-Lesquoy, 2003 : 61-62).

Cette deuxième analyse a permis de dégager des représentations principales portées par quelques acteurs partageant des caractéristiques communes. Ainsi, pour certains intervenants, l'approche semblait représenter une menace (la situation « d'avant » étant associée à une grande autonomie). Pour d'autres, elle représentait plutôt une possibilité de renouveau et d'invention de nouvelles expertises. Les questionnaires semblaient y voir surtout une sorte de défi organisationnel. Ces représentations particulières comportaient un aspect identitaire. Ainsi, elles paraissaient associées à des groupes d'acteurs de santé publique en relative tension (les professionnels de la DSPE et des deux CSSS).

Par ailleurs, l'ensemble des acteurs Lanaudois concernés aurait pu développer une représentation commune d'un éventuel modèle Lanaudois de l'approche IGC. L'analyse, au contraire, suggérait que l'élaboration délibérée d'un tel modèle n'avait jamais constitué une motivation particulière pour les acteurs. Toutefois, un possible avantage du développement d'un tel modèle a été identifié. Celui-ci pourrait aider à dénouer l'enjeu identitaire qui avait divisé les acteurs en les mobilisant vers ce qui les rassemblait : certaines particularités Lanaudoises reconnues.

La dimension des savoirs (scientifiques et de sens commun) inclus dans les représentations de l'approche IGC a aussi conduit à identifier des enjeux potentiels à ce niveau. Ils se rapportent aux tensions suscitées par la recommandation d'une approche « jugée efficace » en amont (au plan national), alors qu'une expertise professionnelle adaptée au milieu s'était développée depuis longtemps dans la région.

DIFFÉRENTES EXPERTISES EN PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE

En marge de ses objectifs et de ses résultats officiels, cette évaluation a suscité chez les acteurs concernés, puis chez la chercheuse principale, certains questionnements. Les premiers s'interrogeaient sur l'utilité pratique de ces résultats. La seconde demeurait perplexe devant la valeur différente que semblaient attribuer les professionnels de la santé publique aux savoirs scientifiques associés aux interventions « jugées efficaces » et à leurs propres savoirs, développés au fil d'une pratique adaptée au milieu.

Ces questionnements ont trouvé écho dans un dossier récent de *Nouvelles pratiques sociales* consacré aux convergences possibles entre les pratiques sociales et managériales. D'entrée de jeu, Parazelli (2010: 1-13) y explique l'influence combinée de deux courants sur la dernière réforme en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le premier est celui des « meilleures pratiques » basées sur des « données probantes » issues de recherches scientifiques. Le second est celui de la Nouvelle gestion publique (NGP), qui « promet une plus grande performance organisationnelle par le développement d'une culture entrepreneuriale » (*ibid.* : 2) et accorde aux résultats une importance déterminante.

Les pratiques en santé publique s'inscriraient aussi à la jonction de ces deux courants. Elles seraient mises en œuvre en fonction d'une vision du monde social basée sur une conception néolibérale de l'État et une approche scientifique positiviste. Et on tendrait à escamoter le fait que « le développement humain ne relève pas seulement des faits observables ou de principes naturels, mais aussi de l'expérience subjective qui est sociosymbolique » (*ibid.* : 4).

D'autres auteurs critiquent l'utilisation abusive de la perspective *evidence-based*, notamment dans les domaines de l'évaluation, de la gestion publique et des pratiques sociales. Weinstock (2010: 1) rappelle qu'une donnée probante n'est pas une preuve, malgré une confusion répandue. Il s'agirait d'un type d'information que l'on réunit « dans les situations où l'on n'a aucun espoir de réussir à produire des preuves ». Ainsi, une donnée probante engendrerait « de la conviction, de la confiance, des connaissances probabilistes », conduisant à penser : « Ceci est probablement vrai, compte tenu des données disponibles. »

Ces connaissances probabilistes seraient aussi produites dans le cadre d'une « activité humaine consciente, délibérée et institutionnalisée », perméable aux valeurs portées par les scientifiques et les institutions qui soutiennent leurs recherches et en orientent même le sens (*ibid.* : 3-4). L'importance accordée aux données probantes conduirait à négliger les connaissances découlant de la pratique. Les données probantes accumulées jusqu'à maintenant seraient principalement basées sur des essais contrôlés randomisés, devenus « la norme par excellence de la connaissance » (*ibid.* : 5-6).

Dans le même sens, Couturier, Gagnon et Carrier (2009: 186) jugent qu'il serait plus approprié de parler de « résultats probants », puisqu'il est question de « produits d'une activité humaine de recherche ». Il s'agirait même de résultats plutôt « réduits », car obtenus après une hiérarchisation des types de savoirs. Ceux qui sont issus de l'expérience pratique des

professionnels y seraient relégués « au plus bas stade de preuve » (*ibid.*: 189). Selon ces auteurs, le mouvement des *Evidence-Based Practices* (EBP) est apparu au départ dans le domaine médical et s'est développé surtout à partir du début des années 1990 pour répondre à un besoin de « standardisation des pratiques médicales jugées trop éloignées des connaissances scientifiques ». Rapidement, des réseaux de chercheurs se sont constitués dans ce but et ont mis au point une méthodologie de méta-analyse consistant à « agréger les résultats de recherches comparables de façon à augmenter leur puissance statistique ». Toutefois, la démarche visant à prendre en compte des recherches « dont les devis sont compatibles » aurait conduit à « une forte prédilection pour la sélection d'études ayant pour devis l'essai clinique aléatoire » (*ibid.*: 188). La part de savoirs tirés de l'expérience, fort importante dans les pratiques professionnelles mais plus difficilement objectivable et mesurable, aurait été marginalisée, dévalorisée. Il s'en suivrait : « un déplacement de pouvoir des praticiens vers les chercheurs, les épidémiologistes, puis, en dernière instance, les décideurs en matière de politiques publiques qui s'approprient selon leur besoin ces produits de la recherche recouverts d'un [*sic*] aura de vérité des plus étincelantes » (*ibid.*: 191-192).

Parazelli et Dessureault (2010: 20) abordent cette question de pouvoir par le biais de l'« autorité » de plus en plus accordée aux experts à l'origine des orientations en matière de pratiques dans le domaine sociosanitaire. Il ne suffirait pas de diffuser les solutions « mises à l'épreuve par de bonnes pratiques », il faudrait aussi qu'elles « fassent autorité pour qu'elles emportent l'adhésion ou qu'il soit risqué de s'y opposer ». Ainsi, cette autorité serait acquise et exercerait une influence déterminante sur la façon dont les interventions sont gérées et réalisées dans le réseau. Les intervenants n'auraient plus, désormais, qu'à « appliquer les programmes déjà formatés par les experts et les gestionnaires en fonction de cibles précises, et selon les moyens les plus efficaces possible » (Parazelli, 2010: 4-5).

Les pratiques spécifiques au domaine de la santé publique n'échappent pas au courant général de l'EBP, dont les interventions en matière de saines habitudes de vie. Elles sont de plus en plus basées sur une approche ou des pratiques « jugées efficaces » en amont, sur la base de résultats d'études largement diffusés. Les gestionnaires et les intervenants mandatés pour prendre en charge la promotion des saines habitudes de vie dans les régions québécoises, comme celle de Lanaudière, sont appelés à adhérer à cette perspective EBP. Ils sont, de ce fait, invités à reconnaître une autorité à des experts lointains, qui savent peu de chose de la réalité « terrain » propre à chacun des milieux de pratique et des savoirs expérientiels développés en fonction de ceux-ci. À ce titre, donc, la situation lanauoise est un cas parmi d'autres, mais différent de tous les autres.

Dans la démarche évaluative, les deux types de savoirs étaient en présence, parfois en tension. D'une part, les acteurs lanaugeois semblaient reconnaître une certaine « autorité » aux experts produisant des études scientifiques de type *Evidence-Based*. Celle-ci était liée à une approche et des pratiques jugées efficaces, qu'on les invitait à adopter dans leurs interventions de promotion des saines habitudes de vie, et auxquelles ils se montraient disposés à se conformer. D'autre part, ces mêmes acteurs accordaient de l'importance aux pratiques développées régionalement et localement, avec les années, en fonction des milieux visés. Ainsi, ils ont eu tendance à rechercher un compromis, choisissant de ne pas faire table rase de leurs pratiques et savoirs expérientiels dans leurs efforts pour adopter officiellement l'approche IGC.

DIFFÉRENTES APPROCHES EN ÉVALUATION

De l'influence du paradigme des données probantes sur les pratiques de promotion des saines habitudes de vie, les réflexions de l'évaluatrice sont passées à son influence sur les pratiques évaluatives. Au cœur de ses questionnements, dans les deux cas, le positionnement des acteurs concernés, demandeurs de l'évaluation, l'a spécialement intéressée.

Dans cette étude, le recours à des méthodes qualitatives, et surtout à une analyse appuyée sur le champ théorique des représentations sociales, a constitué une façon inusitée d'offrir aux principaux acteurs un espace de réflexion sur les présupposés scientifiques de l'approche et des pratiques recommandées. La démarche leur a fourni aussi la possibilité de s'interroger sur la relative « autorité » dont ils investissaient les experts ayant identifié pour leur bénéfice les « bonnes pratiques » à mettre en œuvre dans leur domaine, dans leur région comme dans toutes les autres.

Généralement, les pratiques évaluatives ayant cours dans le réseau sociosanitaire ont une autre allure. Elles apparaissent elles-mêmes fortement marquées par le courant *Evidence-Based*. Des auteurs déjà cités (Parazelli, 2010; Couturier *et al.*, 2009) associent étroitement l'importance accordée à la perspective *Evidence-Based* à l'approche gestionnaire particulière de la NGP. Pour Jacob (2009: 201), ces deux courants alimenteraient le « paradigme de la performance » dominant le fonctionnement actuel des structures de l'État. Dans ce contexte, le recours à l'évaluation se serait grandement développé, l'évaluateur étant de plus en plus considéré comme un « expert », voire un « producteur de certitudes » au service des préoccupations étatiques d'efficacité (*ibid.*: 217). D'autres écoles de pensée coexistent pourtant, parmi les professionnels de l'évaluation, parallèlement aux tenants de la perspective *Evidence-Based*. Jacob mentionne les études davantage sensibles aux

«spécificités des milieux de mise en œuvre» et celles qui ont pour objectif de «mettre l'évaluation directement au service de la population», dans une perspective visant à «améliorer le débat démocratique et la prise de décision». Il note les particularités des approches participatives, presque en opposition avec celles du courant *Evidence-Based*. En outre, il souligne l'utilité des processus évaluatifs pour les intervenants chargés d'appliquer les programmes :

Les connaissances qui découlent de l'évaluation permettent aux intervenants d'appréhender différemment leurs actions et d'en saisir plus précisément les tenants et les aboutissants. En un mot, l'évaluation offre un temps d'arrêt par rapport à «l'urgence du quotidien», qui concourt à une réflexion critique et à un apprentissage individuel et organisationnel qui permet de mettre les interventions en perspective et de les aborder dans leur globalité. Dans chaque champ de pratique, l'on peut dès lors se demander quelle forme de connaissances est la plus appropriée pour alimenter ses réflexions et s'appuyer sur la diversité des pratiques évaluatives [...] (*ibid.* : 219).

Cela dit, il ne suffit pas de proposer aux demandeurs d'une évaluation une démarche participative, formative et même négociée se situant d'emblée hors de la perspective *Evidence-Based* et s'appuyant sur des méthodes sensibles à d'autres dimensions pour obtenir leur adhésion totale à cette démarche. Encore faut-il qu'ils soient disposés à aborder de cette façon certains aspects de leur travail soumis à l'évaluation.

Dans l'étude lanauoise, il faut rappeler que la demande initiale avait pour but d'aider les intervenants à obtenir de meilleurs résultats, c'est-à-dire des informations pouvant les conduire à une meilleure réponse des milieux visés à leurs offres de service en promotion des saines habitudes de vie. Ainsi, leur besoin était formulé en fonction de la perspective gestionnaire prévalant dans le réseau sociosanitaire. Il s'agissait implicitement de leur permettre de mieux répondre aux attentes régionales et nationales de résultats², tout en se conformant aux recommandations quant à l'approche préconisée.

2. La mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2008 : 12,14) et le *Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2009-2012 de Lanaudière* (ASSS DE LANAUDIÈRE, 2009 : 16-17) sont éclairants à cet égard. On y explique, dans des passages identiques, comment l'adoption de la Loi sur l'administration publique et la modification de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prescrivent des changements importants dans la façon d'administrer le réseau. On précise que «globalement, la transformation du RSSS marque le passage d'un mode de gestion centré sur les ressources à un autre, axé sur les résultats de santé». En santé publique, ces nouvelles attentes sont traduites sous forme d'objectifs chiffrés référant à six domaines d'intervention, dont les habitudes de vie et les maladies chroniques.

Au départ, l'ajout du second volet de l'étude avait été bien accepté par les demandeurs de l'évaluation. Au bout du compte, toutefois, l'angle d'analyse et une partie des résultats ont suscité chez eux des réactions mitigées. L'adoption de la dimension participative, formative et négociée, impliquant un suivi étroit et la validation de la démarche étape par étape, par ces mêmes acteurs, n'a pas été suffisante pour les amener à tous endosser les résultats de l'étude. Certains semblaient saisir difficilement en quoi il leur serait utile d'avoir exploré leurs représentations sociales, alors qu'on leur demandait de mettre en œuvre concrètement des pratiques reconnues selon des critères rationnels d'efficacité démontrée. À tel point que la diffusion des résultats de ce volet a été l'objet de discussions animées. Par contraste, ceux qui avaient été dégagés de l'autre volet de l'étude leur apparaissaient plus clairement utiles. Ils étaient plus conformes à leurs attentes, tributaires de celles qu'on leur adressait à eux, dans la réalisation de leur travail. En effet, les intervenants pourraient plus facilement améliorer l'efficacité de leurs pratiques en tenant compte des facteurs identifiés pouvant favoriser ou limiter la réceptivité des milieux visés à leurs offres de service en promotion des saines habitudes de vie.

Cette relative déception perçue parmi les demandeurs de l'évaluation, à l'égard des résultats du volet « approche », a constitué un élément déclencheur important pour les réflexions post-évaluation exposées dans cet article. La place du savoir expérientiel des professionnels régionaux devant le savoir scientifique attaché aux données probantes était un premier élément de réflexion. Le second touchait les attentes de résultats liées au paradigme de la performance prévalant dans le réseau sociosanitaire et adressées à l'intervention comme à l'évaluation. Poursuivant selon la même logique, on pourrait questionner les volontés et capacités respectives de distanciation des différents acteurs de santé publique (dont les évaluateurs) face à ces attentes, la possibilité de coexistence de différents types d'expertise en intervention et en évaluation dans ce contexte, la confrontation des visions sur les finalités de l'évaluation et ce qui en fait l'utilité, etc.

Du point de vue de l'évaluatrice, il serait utile, voire nécessaire, de poursuivre, de partager et de développer cet exercice de réflexion à peine amorcé, notamment entre les évaluateurs et les autres acteurs de santé publique lanaugeois susceptibles de prendre part à des évaluations. Dans le prolongement de l'approche participative et formative adoptée dans cette étude, cet exercice de réflexion rejoindrait assez bien la perspective décrite par Contandriopoulos (2009 : 280-281), selon qui :

[...] il faut considérer que le rôle de l'évaluation consiste beaucoup plus à permettre à l'ensemble des acteurs de débattre à partir d'une information dont la validité est explicitée, autrement dit à développer leur culture démocratique,

qu'à guider rationnellement les choix des décideurs [...] Si l'on considère qu'une des fonctions importantes de l'évaluation est de favoriser les processus d'apprentissage individuels et collectifs [...], alors cette activité peut devenir un formidable instrument de changement et d'innovation. En permettant de porter un regard critique sur l'ordre établi, l'évaluation cesse d'être un instrument de pouvoir entre les mains d'un groupe d'acteurs et devient un véritable outil de libération.

CONCLUSION

Les démarches évaluatives comme celle ayant porté sur l'adaptation lanauchoise de l'approche IGC ne sont pas monnaie courante au sein du réseau sociosanitaire québécois³. L'approche et le type d'analyse retenus ont conduit à des résultats déstabilisants pour les demandeurs de l'évaluation. Ces résultats ne pouvaient constituer pour eux de nouvelles indications à suivre, auxquelles se conformer, pour atteindre plus efficacement les objectifs fixés en matière de promotion des saines habitudes de vie. L'étude a constitué plutôt une sorte d'invitation à regarder autrement leur pratique aussi bien que celle de l'évaluation. Mais était-ce utile ?

Était-ce utile d'amener les acteurs concernés à situer leurs préoccupations initiales, envers la réceptivité des milieux visés par leurs offres de service, dans un contexte organisationnel plus large, chargé d'orientations dont les prémisses d'objectivité scientifique et d'universalité pouvaient être questionnées (les bonnes pratiques basées sur des données probantes qui seraient applicables partout) ? Était-ce utile de les inviter à participer à une évaluation conçue selon une logique autre que celle des résultats, de la performance, des pratiques reconnues ? Une évaluation axée sur la démarche, dont une partie des résultats s'apparente davantage à des questions qu'à des réponses et incite les acteurs à une poursuite des réflexions ?

Pour l'évaluatrice aussi, des questions importantes ont été soulevées. Pourquoi les demandeurs de l'évaluation – qui n'étaient pas seulement des gestionnaires – semblent-ils avoir si bien intégré le paradigme de la performance ? Et ce, autant en ce qui concerne la promotion des saines habitudes de vie que leurs attentes à l'égard de l'évaluation. Quel processus historique les a conduits là ? Et qu'est-ce qui pourrait les faire bifurquer, au-delà de la durée d'une étude, vers une vision élargie et plus souple des deux types

3. Cependant, on peut considérer que la DSPE de Lanaudière manifeste depuis toujours une attitude différente, persistant à distinguer clairement les pratiques d'évaluation, de reddition de comptes et de suivi de gestion, montrant une ouverture envers des approches basées sur des acquis disciplinaires (théories, méthodes et analyses) moins utilisés en évaluation.

de pratiques et des critères de leur utilité ? Ce genre de questions illustre les défis se présentant aux évaluateurs du réseau sociosanitaire qui tentent d'explorer des voies moins fréquentées en évaluation.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX (ASSS) DE LANAUDIÈRE (2009). *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, sous la direction de Laurent Marcoux, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation.
- BEZILLE-LESQUOY, H. (2003). « *L'autodidacte* » : *entre pratiques et représentations sociales*, Paris, L'Harmattan.
- BILODEAU, É. (2004). *Les représentations sociales que se font les kinésologues de leur pratique professionnelle*, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.S.) en Sciences de l'activité physique, Montréal, Université de Montréal.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. (2009). « Évaluer l'évaluation », dans A. BROUSSELLE, F. CHAMPAGNE, A.-P. CONTANDRIOPOULOS et Z. HARTZ (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 273-282.
- COUTURIER, Y., GAGNON, D. et S. CARRIER (2009). « Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche : une analyse critique », *Criminologie*, vol. 42, n° 1, 185-199.
- GARNIER, C. et L. SAUVÉ (1998-1999). « Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement : conditions pour un design de recherche », *Éducation relative à l'environnement : regards-recherches-réflexions*, vol. 1, 65-77.
- JACOB, S. (2009). « Opération chloroforme ou la réinvention de l'État rationnel : l'évaluation et les données probantes », *Criminologie*, vol. 42, n° 1, 201-223.
- JODELET, D. (2006). « Place de l'expérience vécue dans le processus de transformation des représentations sociales », dans *Les savoirs du quotidien : transmissions, appropriations, représentations*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 235-255.
- MANNONI, P. (2006). *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MOSCIVICI, S. (2001). « Why a Theory of Social Representations ? », dans K. DEAUX et G. PHILOGÈNE (dir.), *Representations of the Social: Bridging Theoretical Traditions*, Oxford, Blackwell.
- PARAZELLI, M. (2010). « L'autorité du "marché" de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 1-13.

- PARAZELLI, M. et S. DESSUREAULT (2010). « Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité », *Les politiques sociales*, n^{os} 1 et 2, 13-26.
- POISSANT, C. (2010). *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution. Volet adaptation lanauchoise de l'approche*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation.
- POISSANT, C. et C. RICHARD (2010). *L'approche intégrée, globale et concertée de la promotion des saines habitudes de vie dans Lanaudière. Évaluation participative et formative de représentations et de pratiques en évolution. Volets adaptation lanauchoise de l'approche et réceptivité des milieux aux offres de service proposées. Rapport synthèse*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation.
- ROUSSIAU, N. et C. BONARDI (2001). *Les représentations sociales : état des lieux et perspectives*, Sprimont, Mardaga.
- WEINSTOCK, D. (2010). « *Qu'est-ce qui constitue une donnée probante ?* » *Une perspective philosophique*, Compte rendu de conférence, Atelier d'été des Centres de collaboration nationale en santé publique « Tout éclaircir », Baddeck, Nouvelle-Écosse, 20-23 août 2007, Institut national de santé publique du Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.