



HAL
open science

**“ Bonnes ”, “ vraies ” et “ quelques meilleures ”
pratiques d’évaluation de programme de développement
en Afrique**

Valéry Ridde

► **To cite this version:**

Valéry Ridde. “ Bonnes ”, “ vraies ” et “ quelques meilleures ” pratiques d’évaluation de programme de développement en Afrique. 2016. hal-01586498

HAL Id: hal-01586498

<https://hal.science/hal-01586498v1>

Preprint submitted on 12 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« Bonnes », « vraies » et quelques « meilleures » pratiques d'évaluation de programme de développement en Afrique¹.

Valéry RIDDE

INTRODUCTION

La discipline de l'évaluation de programme est en pleine évolution. Depuis les années 70, nous sommes au centre de ce que certains nomment la quatrième génération (Guba & Lincoln, 1987). Des observateurs avertis s'interrogent depuis quelques années sur ce que sera l'évaluation au 21^{ème} siècle (Smith, 2001) face à la “*coming transformations in evaluation*” (Chelimsky, 1997). Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales ont allègrement participé au développement de ce champ des connaissances, notamment lorsque l'on évoque le principe de l'évaluation participative (Estralla, 2004). Les bailleurs de fonds insistent aussi, depuis quelques années, sur l'importance d'une telle approche pluraliste. On s'attendrait donc à ce que les intervenants du développement international reconnaissent l'importance de l'évaluation de programme et mettent tout en œuvre pour que celle-ci se déroule rigoureusement. Et pourtant, l'expérience que nous analysons dans ce chapitre (« *les vraies pratiques* »), montre que ce n'est pas toujours le cas. Il s'agit pour nous de réfléchir selon une démarche constructive, à la délicate mise en pratique, dans le contexte de l'aide au développement, des conseils prodigués en évaluation de programme (« *les bonnes pratiques* »). L'objectif de cet article est très pragmatique et s'éloigne des sphères théoriques. Dans une perspective heuristique, nous essayons de mettre en

¹ Nous tenons à remercier nos deux collaborateurs évaluateurs ainsi que tous les membres de l'ONG, cependant, nous restons le seul responsable de l'analyse produite dans cet article. Un lecteur anonyme nous a été d'un grand secours pour améliorer une première version de cet article.

exergue les leçons (les meilleures pratiques) que nous tirons de cette histoire africaine² particulière pour renforcer le dialogue entre les chercheurs et les agents de développement, les « développeurs » selon Olivier de Sardan (1995). Nous commençons par faire le point sur la situation contemporaine internationale de l'évaluation de programme, qui est comprise comme sur un processus de collecte et une analyse systématique et rigoureuse de données dans le but d'améliorer les interventions (Ridde & Dagenais, 2012). Puis nous présentons le contexte particulier de l'évaluation qui nous sert, ensuite, à déterminer les maladroites commises et leurs conséquences néfastes sur le processus. Enfin, nous proposons en conclusion quelques recommandations pratiques.

L'ÉVALUATION INTERNATIONALE : LES « BONNES PRATIQUES »

Pour les spécialistes de l'histoire de l'évaluation de programme, il est aujourd'hui admis que nous en sommes à la quatrième génération. Après celles de la mesure, de la description puis du jugement, cette quatrième phase, apparût dès les années 70, voit émerger des évaluateurs devant user de leurs compétences en négociation (Guba & Lincoln, 1987). Ils deviennent des facilitateurs entre les différentes parties prenantes et, selon certains, doivent devenir créatifs en utilisant de multiples techniques d'animation (Patton, 1987). Il s'agit aujourd'hui de reconnaître le point de vue de l'ensemble des acteurs concernés par l'évaluation, selon le principe du « *value-pluralism* », permettant également de qualifier cette génération d'évaluation pluraliste. Depuis quelques temps, on assiste au développement de « métaévaluations » dont la finalité principale est d'implanter les programmes ou politiques sur la base de données probantes (evidence-based), ce qui n'est pas sans susciter de nombreux débats (Rychetnik, Frommer, Hawe, & Shiell, 2002).

² Dans le sens où elle se déroule en Afrique mais n'a évidemment, le lecteur le comprendra plus loin, rien à voir avec une vision culturaliste de l'évaluation, l'Afrique est ici comprise au sens contextuel du terme.

En réaction à cette évolution, un nouveau courant évaluatif apparaît la « realistic evaluation »³ (Pawson, 2002; Ridde, Robert, Guichard, Blaise, & Van Olmen, 2012). Certains tentent de l'appliquer en Afrique (Criel, Atim, Basaza, Blaise, & Waelkens, 2004) et en Amérique du Sud (Carvalho, Bodstein, Hartz, & Matida, 2004).

Dans le monde du développement international, ce sont principalement les ONG qui ont, en premier, appliqué ce type d'approche pluraliste (Cracknell, 1996; Estralla, 2004; Ridde, 2003). Il est vrai, que l'un des fondements de cette dernière, celui mettant l'accent sur la participation active et non fictive des acteurs sociaux ainsi que sur le renforcement de leurs capacités, s'approche de la notion d'« empowerment », chère à Paolo Friere, qui sous-tend la plupart des interventions de ces ONG internationales. Cette valeur particulièrement présente dans ce type d'organisations seraient un facteur facilitant l'utilisation du modèle de l'« empowerment evaluation » (Fetterman, 2000) ou de son adaptation (Ridde, Baillargeon, Ouellet, & Roy, 2004). Dans le domaine de la santé publique internationale, on a vu également poindre dans les années 80, des approches participatives en évaluation (rapid assessment procedures) (Desclaux, 1992).

À la suite de la création de multiples sociétés et regroupements nationaux dévoués à l'évaluation de programmes, essentiellement dans les pays du Nord, l'année 2003 a vu naître l'Organisation Internationale de Coopération en Évaluation (OICÉ). En Afrique de l'Ouest francophone où est situé le contexte de cet article, il existe depuis peu, le Réseau nigérien de suivi et évaluation, créé dans la lancée de la première conférence de l'Association africaine d'évaluation en 1999 (Mathison, 2004). Plus concrètement, de multiples guides ont été produits récemment afin de soutenir les ONG dans leurs démarches évaluatives (e.g. Aubel, 2000; IFAD, 2002). Cette

³ Mettant l'accent sur les liens entre « mécanismes », contextes et effets

volonté de systématiser par écrit les « *bonnes pratiques* » n'est pas nouvelle pour les bailleurs de fonds internationaux de l'aide publique au développement. Par exemple, dès les années 80, l'Agence Canadienne de Développement Internationale (ACDI) ou encore l'Agence Danoise (DANIDA) produisent des cadres de référence en évaluation. L'Agence Canadienne a publié un guide à l'intention de ses fonctionnaires et de ses partenaires (ACDI, 2004). Il y a longtemps, le comité d'aide au développement de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) propose des principes directeurs pour l'évaluation de l'aide au développement (OCDE, 1991). Dans ce document, les experts avancent que la crédibilité de l'évaluation dépendra de l'expertise et de l'indépendance des évaluateurs ainsi que de la transparence du processus évaluatif. Ils conseillent d'effectuer les évaluations au bon moment et de bien les planifier, de les prévoir dès le début des projets, d'instaurer un partenariat entre les différentes parties prenantes avant, pendant et après, ou encore de diffuser largement les résultats.

Pour accéder à ces « *bonnes pratiques* », une myriade de sites internet existe, donnant ainsi accès à de multiples ressources informatives (e.g. <http://www.resources4evaluators.info>). L'organisme de coopération américain (USAID) a lancé un site (<http://www.dec.org/partners/evalweb/index.cfm>), de même que l'ONG Care International (<http://www.kcenter.com/care/dme/>). De surcroît, de nombreuses formations sont proposées, comme celle de l'université Carleton, au Canada avec la Banque Mondiale (IPDET). Cette démarche n'est pas exclusivement nord-américaine. Depuis 1994 en France, est en place le fonds pour la promotion des études préalables, études transversales et évaluations (F3E), mettant lui aussi à disposition sur un site des guides méthodologiques. Basé à Londres, un réseau international sur l'évaluation humanitaire (ALNAP) fonctionne depuis 1997. Il propose lui aussi des formations et des outils et vient de publier sa troisième métaévaluation (ALNAP, 2003).

Les ONG ont donc largement, et depuis longtemps, participé à cette évolution du champ de l'évaluation de programme⁴ (Cracknell, 1996). De surcroît, on constate une demande croissante des donateurs de l'aide internationale pour qu'il y ait plus d'évaluation (Chelimsky, 1997; Griekspoor & Collins, 2001). Aussi, on s'attendrait à ce que les concepts de base en évaluation soient connus par les développeurs et que les processus d'évaluation mis en œuvre soient adéquats. La suite de l'article cherche à montrer, à l'aide de données empiriques issues des « *vraies pratiques* », que tel n'est pas encore le cas partout. L'objectif ultime de cet exercice critique constructif est de rendre explicite certaines « *meilleures pratiques* » élémentaires. L'utilisation du terme « *meilleures* » à la place de « *bonnes* » pratiques, s'explique par l'importance que nous accordons, à la suite de Patton (2001), au contexte de ces pratiques évaluatives. Le principe éthique de la modestie (Massé & Saint-Arnaud, 2003) s'ajoute aussi à cette volonté de prendre en compte l'environnement de l'évaluation.

LE CONTEXTE ET LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Nous sommes en Afrique⁵. Une ONG internationale agit dans ce pays, depuis plus de 10 ans. Elle soutient le ministère de la santé dans la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire. L'objectif de ses projets est d'améliorer l'accès des populations aux médicaments essentiels génériques. Son mode d'intervention est quasiment toujours le même. Plusieurs expatriés spécialistes (médecins, pharmaciens, logisticiens, etc) travaillent en collaboration avec des cadres

⁴ Se concrétisant par exemple par la rédaction de la première encyclopédie de l'évaluation (Mathison, 2004)

⁵ Comme pour le domaine de la recherche au Sud (Nuffield Council on Bioethics, 2002), les évaluateurs se doivent de respecter un certain nombre de règles, de standards (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 1994). Ainsi, pour des raisons éthiques évidentes, il ne sera aucunement fait mention ni du nom de l'ONG en question ni même de la région précise où l'évaluation s'est déroulée. Nous nous limiterons, au risque d'un manque de précision que le lecteur saura nous pardonner, à énoncer les caractéristiques contextuelles indispensables à la compréhension des éléments que nous souhaitons avancer dans cet article.

locaux. Il s'agit d'appuyer une équipe cadre de district (ECD), le district étant l'entité la plus décentralisée du ministère de la santé, dans la mise en œuvre de la politique sanitaire. Chaque région sanitaire du pays a été divisée en plusieurs districts dont la responsabilité de l'organisation des services de santé incombe à une ECD, composée d'un médecin et d'agents paramédicaux. Cette équipe est chargée, notamment, de vérifier que les différents infirmiers chefs de poste dans les formations sanitaires périphériques prodiguent des soins de qualité, en harmonie avec le comité de santé villageois. Chaque ECD est à son tour sous la responsabilité hiérarchique administrative de la direction régionale de la santé (DRS) et de son directeur. L'équipe du projet collabore avec trois des quatre ECD d'une région sanitaire. Le responsable du projet est présent depuis de nombreuses années dans le pays.

Après trois années d'implantation du projet, les réalisations concrètes sont les suivantes : construction de dépôts de médicaments essentiels génériques, réhabilitation de bâtiments divers, fourniture des dépôts en médicaments, formation du personnel médical et des gestionnaires des dépôts, dotation en matériel médico-techniques, réalisation des supervisions et des contrôles dans les centres de santé périphériques, mobilisation des communautés, financement d'équipements pour les ECD et la DRS. Tout le long de ces 36 mois d'actions, l'ONG a accumulé une multitude de données quantitatives (sur les formations, la gestion, les prescriptions, etc) permettant, pense le responsable, de porter un jugement sur les résultats du projet.

À la fin de ces trois années, l'ONG a décidé de réaliser une évaluation de son programme se terminant le 31 décembre. Pour ce faire, le responsable a élaboré une première version d'un mandat d'évaluation. Puisque ce dernier était au courant de nos connaissances relatives en évaluation de programmes, il nous a proposé de le soutenir dans la rédaction de ce document.

Durant quelques heures, le 1^{er} décembre (les dates sont importantes !), nous l'avons aidé à mieux sérier ses besoins (une évaluation des effets et du processus), à les définir plus clairement (effets à courts termes) et à être plus explicite sur les requêtes auprès des évaluateurs (e.g. contenu du rapport, atelier de restitution). En effet, le responsable de l'ONG avait décidé de demander à une équipe de trois personnes d'effectuer cette évaluation. Cependant, déçu par diverses évaluations précédentes dans ce même pays, notamment concernant le peu d'originalité de la plupart des recommandations (voir Patton, 2001), il ne voulait pas faire appel aux consultants habituels. Lors de la présentation de son projet d'évaluation au DRS, ce dernier demanda de participer à l'évaluation. Le premier membre de l'équipe était donc désigné d'office. Les deux autres membres devaient être une personne provenant du niveau central du ministère de la santé et un consultant externe. Le responsable de l'ONG nous demande donc de participer, ce que nous avons accepté sous réserve (éthique) de ne pas participer à la collecte de données dans un des trois districts où nous étions impliqués dans le cadre d'une recherche. Nous connaissions un chef de service du niveau central du ministère de la santé et savions qu'il disposait d'un regard relativement critique (à l'époque) sur le système de santé de son pays. Aussi, nous avons suggéré, mais pas imposé, qu'il soit la troisième personne de l'équipe. Le huit décembre, une réunion a donc été organisée entre le responsable de l'ONG et l'équipe d'évaluateurs. La restitution de l'évaluation devant une cinquantaine de personnes parties prenantes du projet a été effectuée le 20 décembre.

Précisons en quelques mots les éléments présentés lors de cette journée, puisque tel n'est pas l'objet de cet article. Mais nous voulons aussi affirmer que certaines données utiles ont été révélées et que l'ensemble du processus n'a pas été vain. Selon l'OMS, pour améliorer l'accessibilité des médicaments, quatre facteurs essentiels sont à considérer : l'utilisation

rationnelle, les prix abordables, la viabilité financière, l'efficacité de la distribution (Quick, 2002). Les résultats de l'évaluation montrent que le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance (n=1061) est de 2,4; 93% des médicaments sont prescrits en Dénomination Commune Internationale; 44% des diarrhées infantiles sont traitées avec le Sel de Réhydratation Oral. Les prix nationaux des médicaments sont respectés mais pas les directives visant la gratuité ou la subvention pour certains sous-groupes de la population. Aucun système n'est organisé pour les exclus permanents ou temporaires des services. La trésorerie moyenne des formations sanitaires est de 1,2 millions de F CFA (3000\$), elle a augmenté de 854% par rapport au début du projet. Le recouvrement des coûts de fonctionnement est de 106%. La disponibilité annuelle moyenne de 10 médicaments essentiels est de 89%. Les taux de consultations ont augmenté (0,13 en 1999 à 0,21 en 2003) mais selon la même tendance que les autres formations sanitaires de la région non soutenues par le projet. Ainsi, nous avons expliqué aux participants que le projet a réussi à améliorer l'accessibilité des médicaments pour l'ensemble de la population mais pas pour les plus pauvres. Les médicaments sont maintenant géographiquement disponibles pour tous et financièrement accessibles pour ceux qui sont en mesure de payer. La stratégie d'intervention a favorisée la pérennisation des activités du projet mais il reste encore beaucoup à faire pour que les plus pauvres aient accès aux médicaments.

LE PROCESSUS EVALUATIF : LES « VRAIES PRATIQUES »

Il faut d'emblée préciser qu'il ne s'agit pas pour nous de remettre en cause la totalité de l'évaluation à laquelle nous avons participé, y compris la validité des résultats précédents. Il a, malgré les quelques maladresses et leurs conséquences, été possible d'évaluer le programme, fondé sur une collecte et une analyse systématique et rigoureuse des données. Les informations empiriques maintenant présentées visent essentiellement à disposer d'éléments rendant

intelligible l'écart entre les « *bonnes pratiques* », telles que fournies par l'OCDE (1991) ou d'autres par exemple (e.g. ACIDI, 2004), et les « *vraies pratiques* », telles que mises en œuvre au cours de cette évaluation. Dans le domaine de l'étude des politiques publiques, ce concept est nommé « *dual implementation* » (Pressman & Wildavsky, 1984), ce que nous avons mis au jour par ailleurs dans l'évaluation d'une politique de santé (Ridde, Kouanda, Yameogo, Kadio, & Bado, 2012).

Il nous semble que quatre éléments principaux sont à examiner dans ce processus : a/la planification de l'évaluation, b/le moment choisi, c/la durée impartie, d/le choix des évaluateurs. Nous précisons, pour chaque élément, les conséquences néfastes, lorsqu'il y en a, sur le processus évaluatif, habituellement jalonné de cinq étapes : 1/l'analyse du programme et de son « évaluabilité⁶ », 2/la formulation du plan d'évaluation, 3/le développement de la méthodologie, 4/ la collecte des données et leurs analyses, 5/la communication des résultats (Darabi, 2002; Rootman, Goodstadt, Potvin, & Springett, 2001).

La planification de l'évaluation :

Voilà donc trois ans que l'ONG intervient dans cette région du monde et les responsables savent depuis 36 mois que le projet doit être clos le 31 décembre. La proposition de projet envoyée au bailleurs de fonds, et document de référence, ne dispose d'aucun cadre logique d'intervention permettant rapidement de disposer d'une vision d'ensemble du projet, de sa théorie d'actions et des indicateurs d'effets. L'ONG n'a pas non plus manifesté le besoin d'élaborer, au cours de la mise en œuvre, un modèle logique (Porteous, 2009). De surcroît, contrairement à l'habitude dans

⁶ Les spécialistes francophones (québécois) de l'évaluation de programme ont proposé de traduire « *evaluability assessment* » par « *questions préévaluatives* » (Beaudry & Gauthier, 1992), c'est ce que nous utiliserons plus loin.

ce pays, aucune « évaluation à mi-parcours », pour reprendre le vocabulaire local (soit formative), n'a été entreprise. Ayant travaillé très souvent avec de telles organisations, nous avons quelque peu anticipé ces carences. Trois mois auparavant, nous avons proposé de collaborer à l'évaluation sommative du projet. En effet, face à la possibilité de disposer de nouvelles données pour notre propre recherche, nous pensions qu'il était envisageable de combiner les besoins d'informations pour l'évaluation sommative de l'ONG avec les nôtres. Nous avons proposé un devis quasi-expérimental (Mc Pake & Kutzin, 1997; Ridde & Haddad, 2013) pour porter un jugement sur les résultats à court terme de l'ONG en comparant les effets du programme entre des centres de santé (cas) et d'autres (témoins). C'est le premier décembre seulement que les premières réflexions sur la réalisation de l'évaluation sommative débutaient. Aucune planification digne de ce nom n'a donc été possible, puisque quelques (11) jours seulement séparaient le début du processus de la séance de présentation des résultats préliminaires.

Sans pour autant tomber dans un piège épistémologique (Thomson et al., 2004), le devis rigoureux que nous avons proposé, qui aurait permis d'attribuer avec plus de « probabilité » les changements observés aux effets du projet (Habicht, Victora, & Vaughan, 1999), n'a donc pas pu être retenu, il était trop tard. Deux autres exemples témoignent de cette impossibilité pour les évaluateurs de bénéficier de données comparatives, seul le premier pouvant engager la responsabilité de l'ONG. 1/Lors d'une des formations des agents de santé, un pré-test et un post-test de certaines connaissances ont été passés. Mais les questions posées n'ont pas été les mêmes. 2/Des données liées à la qualité des prescriptions médicales des infirmiers ont été collectées dans cinq centres de santé avant et après les formations. Or, entre temps, trois des cinq infirmiers ont été mutés et, dans un quatrième centre, il y avait deux prescripteurs différents. Ainsi, les choix

méthodologiques ont été largement plus tributaires du temps imparti que guidés par le devis d'évaluation. Les questions d'évaluation que nous pensions utiles aux prises de décisions n'ont pas toutes trouvées de réponses, faute de planification préalable pour la collecte des données. D'abord, il a fallu se contenter des données quantitatives secondaires. Collectées par l'équipe du projet pour d'autres fins, les données ne pouvaient parfaitement répondre aux questions utiles. Puis, la seule collecte de données possibles en si peu de temps, pertinente et complémentaire (Pluye, 2012), a été celle des entrevues et des groupes de discussion. Il nous a fallu rencontrer de nombreux acteurs de terrain. Or, mobiliser une centaine de personnes en quelques jours n'est pas chose facile, surtout dans un pays où tout le monde ne dispose pas de téléphone (4 lignes pour 1.000 habitants), où les paysans sont dans les champs et lorsque cela se déroule en fin d'année civile administrative.

Le moment choisi :

L'évaluation se déroule en décembre. Il s'agit donc du dernier mois de l'année civile et budgétaire, correspondant aussi au dernier mois d'exécution du projet évalué. Tant pour les membres de l'équipe de l'ONG que pour les agents du ministère de la santé ou les représentants de la communauté, la fin de l'année n'est pas le moment idéal. D'abord, les membres de l'ONG étaient accaparés par le travail se rapportant à la clôture de leur projet. C'est un moment délicat dans le cycle d'un projet surtout lorsque l'on n'est aucunement fixé sur la poursuite de ce dernier. Il faut ajouter à cela une certaine démotivation pour quelques personnes, une attitude que nous avons déjà rencontrée dans d'autres projets et d'autres lieux. Pour les ECD, décembre est un mois chargé. Puisque nous sommes encore dans une gestion administrative fidèle au principe du budget historique, il faut souvent multiplier les activités en décembre pour solder les lignes budgétaires. Ce mois est aussi le moment où toutes les équipes, y compris celle de la DRS, sont

mobilisées de manière intense pour la formulation puis l'adoption des plans d'actions pour l'année suivante. Le second tour des journées nationales de vaccination pour l'éradication de la poliomyélite, qui monopolisent toutes les ressources humaines et matérielles du ministère de la santé, se déroule aussi en décembre. Enfin, au mois de novembre, comme à l'accoutumé tous les deux ans, la plupart des comités de gestion villageois des centres de santé ont été renouvelés. Ainsi, l'ensemble des acteurs avait donc d'autres inquiétudes que d'être libres et préoccupés par une évaluation de programme, singulièrement si l'on pense que l'ONG ne reviendra pas, comme a bien voulu nous le dire un des médecins chef de district !

Les conséquences de cette difficulté temporelle sont multiples. La qualité des données quantitatives secondaires n'était pas toujours excellente et d'autres données secondaires n'avaient pas été entièrement traitées. Les acteurs de terrain que nous devions interroger n'étaient pas toujours disponibles. Sur les sept membres d'une ECD, le jour de l'entrevue de groupe, seulement quatre étaient présents, dont le médecin chef. Or, nous avons prévu de ne pas inclure ce dernier dans la discussion, car en Afrique comme souvent ailleurs, les entrevues de groupe ne fonctionnent pas bien pour des raisons de contrôle social fort (Olivier de Sardan, 2008b). Les membres de l'ECD risquaient de ne pas être à l'aise pour s'exprimer. Nous avons donc été contraint de l'inclure dans la discussion, puisqu'il nous paraissait inefficace pour la dynamique d'un groupe de discussion de l'effectuer avec seulement trois personnes. Les villageois dont la responsabilité est de s'assurer de la bonne gestion des centres de santé et de l'animation communautaire étaient quelques fois complètement novices dans la participation au programme de l'ONG. À propos de la disponibilité des évaluateurs, rappelons que deux d'entre eux étaient des fonctionnaires du ministère de la santé. Le DRS, lui, était accaparé par deux tâches essentielles. La première concernait les plans d'actions 2004 des districts de santé sous sa

responsabilité et la rédaction du plan de sa direction. La seconde consistait en sa participation obligatoire à la conférence annuelle de trois jours de tous les DRS du pays. Le second évaluateur, chef de service au niveau central était responsable de l'organisation de la réunion semestrielle en la présence du ministre. Il a dû s'absenter et son esprit, et souvent ses nuits de travail, étaient accaparées par cette réunion. En outre, il avait prévu de longue date la participation, en tant que formateur, à un atelier de cinq jours. Ainsi, pour des « raisons de services » et de période de l'année, les deux évaluateurs du ministère ont été souvent absents.

La durée impartie :

Après notre réunion du premier décembre avec le responsable de l'ONG, les trois évaluateurs ont été choisis puis réunis pour la première fois le huit décembre avec le client. La discussion préévaluative a porté sur la compréhension du mandat de la part des évaluateurs, la vérification de la disponibilité de certaines données et le règlement de quelques détails logistiques (D'Ostie-Racine, Dagenais, & Ridde, 2012). Cette rencontre a aussi été l'occasion de négocier avec le responsable de l'ONG le décalage de deux jours de la date de présentation des résultats préliminaires, soit le 20 décembre. Ainsi, la durée totale impartie à l'évaluation était de 11 jours pour réaliser une évaluation des effets et du processus d'un programme de trois ans ayant coûté 900.000 €.

Ainsi, la période allouée à l'analyse du programme et aux questions préévaluatives a été réduite à la portion congrue. Plutôt que de mobiliser les acteurs sur le développement du modèle logique, nous avons préféré utiliser le peu de temps octroyé à la planification puis la collecte des données. Une seule journée a pu être consacrée à la définition du plan d'évaluation. Face à l'impossibilité d'user d'un devis quasi expérimental, nous avons opté pour une approche plus holistique. La

collecte des données a été circonscrite à des informations qualitatives. Les guides d'entrevues n'ont pas pu être pré-testés. La collecte a duré la majeure partie des 11 jours et nous n'avons pu consacrer qu'une journée à l'analyse du contenu des entrevues. Les données quantitatives ont été analysées de façon régulière et au fur et à mesure qu'elles nous parvenaient de l'équipe du projet. Enfin, la restitution n'a pu être organisée que pour la présentation de résultats préliminaires, concernant notamment les données qualitatives. Les limites méthodologiques présentées dans ce chapitre ont été expliquées aux participants. Cette séance s'est limitée à la présentation des grandes tendances des effets et du processus du programme, telles que nous les avons perçues durant ces quelques jours d'évaluation.

Le choix des évaluateurs :

Aux yeux du responsable de l'ONG, trois personnes devaient faire partie de l'équipe d'évaluation. Il faut, ici, préciser que le choix du DRS comme l'un des trois évaluateurs n'a pas été totalement souhaité par le client. Selon les propos de ce dernier, le DRS a proposé sa candidature. Or, le responsable de l'ONG nous a expliqué qu'en fin de projet et en attente d'un éventuel nouveau implanté en collaboration avec le même DRS, il lui avait été difficile de refuser sa proposition. Ensuite, le choix du deuxième évaluateur issu du ministère s'est fait très vite sans même, semble-t-il, que la procédure officielle soit respectée. En effet, dans ce genre de circonstance où un responsable de projet souhaite la participation d'un fonctionnaire à une évaluation, il faut saisir officiellement son directeur qui décidera de la suite à donner à la requête⁷. Enfin, le troisième évaluateur, l'auteur de ce chapitre, a été choisi localement, mais ne pouvait pas, pour des raisons éthiques, participer à la collecte de données dans l'un des trois districts.

⁷ En septembre le ministère de la Santé venait de décider que la réalisation de consultation ne pouvait avoir lieu qu'avec une autorisation préalable ou lors de congés administratifs officiels.

Accepter la proposition du DRS d'être un évaluateur pour éviter des conflits a eu des conséquences certaines sur l'évaluation. En effet, le DRS n'était à son poste que depuis quelques semaines et ne maîtrisait ni le contexte régional ni le projet. Ses connaissances étaient en quelque sorte aussi faibles que celles de l'évaluateur provenant du niveau central. Ainsi, la phase des questions préévaluatives a été un peu laborieuse mais néanmoins facilitée par les connaissances du troisième évaluateur. Lors de la période de collecte de données, il est évident que la position hiérarchique du DRS et du fonctionnaire du niveau central a influencé les discours de certains acteurs. L'évaluateur du niveau central ne pouvait de temps en temps se réfréner à justifier des décisions prises par son administration alors qu'elles étaient critiquées par les personnes interrogées. Certaines questions posées, non prévues dans le guide d'entrevue, prenaient quelquefois un caractère plus inquisiteur qu'empathique : « *et les textes, ils respectent les textes ?* ». Il faut souligner, en outre, que ces deux évaluateurs sont des docteurs en médecine, titre qui confère en Afrique comme ailleurs, une aura indéniable dans les relations interpersonnelles. Ceci est évidemment intervenu, tout comme le fait que le troisième évaluateur était un étranger, dans la capacité des personnes interrogées à s'exprimer. Le peu de disponibilité et la volonté d'aller vite pour les deux évaluateurs du ministère ont eu également des incidences méthodologiques que le troisième évaluateur ne pouvait contrecarrer, faute d'être présent pour des raisons éthiques. Des entrevues qui devaient être effectuées à deux ou sans MCD, pour éviter les problèmes hiérarchiques énoncés plus haut, ont été effectuées avec un seul évaluateur ou avec le MCD. Alors que nous débutions un groupe de discussion avec les membres des comités de gestion ne maîtrisant pas le français, un évaluateur nous proposa un traducteur. Or, nous apprenions à la fin que le traducteur était un infirmier en poste dans le centre de santé où se déroulait l'entrevue. Connaissant bien les enjeux de pouvoir entre les membres des communautés

et les infirmiers (Fassin, 2000; McCoy, Hall, & Ridge, 2012), nous ne découvrons que trop tard l'impact potentiel de la présence de cette personne sur le discours des paysans devant porter un jugement sur leur collaboration avec les agents de santé. Enfin, une dernière remarque sur le choix des évaluateurs et l'absence de respect de la note de service interdisant les consultations. Il est compréhensible que ces fonctionnaires n'aient pas voulu passer à côté d'une occasion d'augmenter leur maigre salaire d'agent de l'État (même s'ils font partis des mieux payés) mais on doit s'interroger sur cette ONG qui, finalement, accepte de financer une activité « hors-la-loi », participe au dysfonctionnement des services de l'État (Jaffré et al., 2002) et contribue à des logiques d'accaparement (Olivier de Sardan, 1995) et de perdiemites (Ridde, 2012).

QUELQUES HYPOTHESES D'EXPLICATIONS À CET ÉCART

Émettons maintenant quelques hypothèses pour expliquer ces écarts entre ce qu'il faudrait faire (« *les bonnes pratiques* ») et ce qui a été fait (« *les vraies pratiques* ») ou pour le dire autrement, entre les normes pratiques et les normes officielles (Olivier de Sardan, 2008a). Quatre facteurs importants peuvent rendre intelligible cet écart: i) les acteurs et leurs logiques, ii) la compréhension de l'évaluation de programme, iii) la planification de l'évaluation, iv) le rôle des bailleurs de fonds de l'aide au développement.

Premièrement, les acteurs et leurs logiques d'action forment une partie de l'explication.

D'une part, la motivation et l'intérêt pour le processus évaluatif des femmes et des hommes travaillant au sein de ce projet n'étaient pas véritablement propices à un processus proche des « *bonnes pratiques* ». Si le responsable de cette ONG était présent dans le pays depuis plusieurs années, il venait de savoir que son ONG lui octroyait un nouveau poste dans un autre pays. La défaillance de la motivation du premier responsable agit aussi sur celles de ses collègues. Les

expatriés allaient bientôt prendre l'avion pour rentrer définitivement. Le personnel national savait qu'il ne serait plus employé puisque l'ONG n'avait encore aucune certitude de la poursuite du projet. L'organisation de la journée de restitution des résultats préliminaires a été une preuve tangible de ce manque de motivation. Certains expatriés ne sont jamais venus. D'autres sont arrivés très en retard, faisant attendre longtemps les nombreuses personnes venant de la campagne qu'ils avaient invitées à une heure fixe. De surcroît, pour accroître l'appropriation des résultats de l'évaluation, et tel que nous en avons parlé avec le responsable de l'ONG qui avait approuvé l'idée, nous avons planifié d'organiser des travaux de groupes à propos des résultats. Cette innovation s'appuyait sur une expérience personnelle positive en Afghanistan (Ridde, Goossens, & Shakir, 2012) suivant ainsi la méthode testée par Aubeil (1999) dans de nombreux pays d'Afrique. Malheureusement, le retard dans l'organisation de la réunion nous a contraint à renoncer à cette stratégie, pourtant efficace.

D'autre part, il faut, dans ce contexte particulier, évoquer le fait que l'interaction entre les agents de développement et les bénéficiaires des interventions agit sur la décision d'effectuer une évaluation et sur sa réalisation. Cette interaction produit un certain nombre de logiques d'actions (quelques-unes étant mises en exergue dans cet article : e.g. accaparement, refus du conflit, démotivation) et de stratégies des acteurs, étant entendu que ces derniers sont issus de cultures et sociétés différentes (Berche, 1998; Long & Long, 1992; Olivier de Sardan, 1995; Ridde, 2011). Dans cette évaluation, la question du pouvoir et du contrôle des ressources par les acteurs peut être comprise comme une des sources et des causes sous-jacentes de l'émergence de ces logiques. En l'occurrence, le cas ici proposé nous permet d'avancer que le contrôle de plusieurs types de ressources (suivant la typologie de Lemieux (2001)) a été au cœur des relations de pouvoir pour rendre intelligible les maladroites commises. Il s'agit notamment des ressources normatives (la conception de l'évaluation), statutaires (la présence d'un évaluateur étranger, les fonctions

officielles des deux évaluateurs du ministère de la santé et la position de prestige du titre de médecin), relationnelles (les liens entre certains évaluateurs et les agents de santé, entre les agents de santé et la population, entre le DRS et l'équipe du projet), matérielles (les ressources financières supplémentaires pour les évaluateurs et pour les personnes interrogées, selon le principe des per diem trop peu analysé en Afrique (Pfeiffer, 2003; Ridde, 2012; Smith, 2003)), « actionneuses » (l'utilisation des résultats de l'évaluation pour changer les pratiques) et informationnelles (les données disponibles par l'équipe du projet).

Deuxièmement, la compréhension du concept de la pratique évaluative de la part des acteurs du projet n'est pas encore parfaite. Les évaluateurs ont été, comme c'est encore trop souvent le cas, perçus comme des contrôleurs venant distribuer des bons et des mauvais points. L'évaluation est comprise comme une activité obligatoire, comme une contrainte à laquelle il n'est plus possible d'échapper, alors que cela avait pu être le cas pour l'évaluation à mi-parcours. Il ne s'agit pas d'un «*méta-processus* » (Lemieux, 2002, p.20), mais d'une étape finale d'un processus dont l'utilisation des résultats n'est ni anticipée, ni souhaitée, ni même véritablement comprise. Les équipes d'évaluateurs sont perçues comme des «*program termination squad* » (Patton, 1997, p.11). Cette perception a été constatée lors des discours et comportements au cours de l'évaluation. L'analyse des documents du projet devant suivre celui évalué fournit certaines indications semblables. Par exemple, bien que le bailleur de fonds demande au requérant si des évaluations du projet antérieur ont été effectuées, l'ONG ne fait aucunement mention de la réalisation probable d'une évaluation sommative. De surcroît, l'évaluation du futur projet n'est présentée qu'en quelques lignes et ne prévoit l'utilisation d'aucune ressource externe puisque les évaluateurs pressentis sont le responsable de l'ONG, son collègue du siège, des représentants des bailleurs de fonds et ... un membre de la DRS. Illustrant de nouveau le peu de maîtrise des

concepts et notamment de la différence entre une évaluation interne et externe, les auteurs du document de demande de financement notent « *L'évaluation externe par le siège de l'ONG est prévue, chaque année, après présentation [au bailleur de fonds] des termes de référence de la mission d'évaluation* ». Les évaluateurs seront donc tous des parties prenantes du projet, ce qui, en soi, n'est pas forcément une mauvaise pratique, puisque l'évaluation interne dispose de certains avantages (Love, 1983). Cependant, les données empiriques exposées dans ce chapitre tendent à montrer que la présence du regard d'une personne extérieure au projet est parfois souhaitable.

Troisièmement, il faut bien reconnaître que rien ne préparait le responsable de l'ONG à l'organisation d'une évaluation sommative. Aucune planification sérieuse de l'évaluation n'avait été incluse dans la réalisation du projet dont il a pris la responsabilité après sa formulation. Il faut attendre la dernière page de la proposition au bailleurs de fonds de 1998 pour y voir figurer en une ligne qu'une évaluation à mi-parcours et une en fin de projet seront effectuées... rien d'autre n'est dit. Une liste d'indicateurs, des « *termes de références* » selon l'auteur du document, est donnée. Mais les indicateurs ne répondent pas aux définitions canoniques (Brunelle & Saucier, 1999). Le projet, avons-nous dit plus haut, ne dispose pas non plus de modèle logique. Quant au budget imparti à cette activité, faute d'avoir eu accès aux données, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il n'était pas véritablement prévu et que le responsable, grâce aux économies réalisées sur des dépenses d'autres lignes budgétaires, a finalement réussi à débloquer quelques deniers pour cela en fin de projet. D'après nos calculs, ceci a représenté moins de 0,6% du budget total de l'intervention. Ce qui n'a rien d'étonnant puisque sur plus d'un million d'euros prévu pour le prochain projet de trois ans, aucune somme n'est allouée aux activités d'évaluation du projet, et 9.000 € sont affectés aux « *enquêtes internes* », soit 0,81%.

Quatrièmement et dernièrement, le rôle des différents bailleurs de fonds de ce projet quant à la réalisation d'une évaluation n'est pas négligeable. Il faut bien avouer que la situation a fortement changée et l'on peut penser, en étant optimiste, que l'absence de mesures incitatives de la part des bailleurs de fonds de ce projet à la mise en œuvre d'une évaluation ne se reproduira plus. En effet, le projet a été formulé en 1998, date à laquelle les financeurs de l'aide au développement ne se préoccupaient pas assez de l'évaluation, ce qui explique en partie l'absence de budget ou de cadre logique dans le projet en question. Mais cette évolution n'excuse en rien le fait que les bailleurs de fonds n'ont pas véritablement exigé que cette ONG s'emploie à évaluer le projet. Lorsque nous avons demandé au responsable du projet s'il ne serait pas pertinent d'inviter ses donateurs à la journée de restitution, il nous a répondu qu'il avait la certitude qu'ils ne viendraient pas. Aujourd'hui, fort heureusement, les pratiques ont évolué et depuis la crise des Grands Lacs en Afrique (Siddique & Salam A. et al., 1995), les acteurs humanitaires et leurs donateurs s'interrogent sur le processus de mise en œuvre de leurs interventions ainsi que sur leur efficacité (ACDI, 2004; European Commission, 2004; Hofmann, Roberts, Shoham, & Harvey, 2004).

CONCLUSION : QUELQUES MEILLEURES PRATIQUES

Que peut bien nous apprendre cette expérience en matière d'évaluation de programme ? Les spécialistes en évaluation répondront certainement par la négative, en nous disant que rien de très nouveau n'est dit ici. Ils auront en partie raison puisque ce texte ne visait aucunement les personnes agissant dans les sphères épistémologiques mais les acteurs de terrain en développement international. Nous souhaitons, par l'utilisation de données empiriques, montrer que malgré le développement des connaissances en évaluation, certaines ONG sont encore loin

des « *bonnes pratiques* » en évaluation de programme. Il s'agit maintenant d'aider les évaluateurs et les utilisateurs d'évaluation à accroître la rigueur et l'utilité de ces dernières (Cousins, 2004; Dagenais, Queuille, & Ridde, 2013).

Après l'analyse de cette expérience, nous formulons d'abord le souhait de voir les acteurs du développement et leurs bailleurs de fonds être mieux formés à la pratique évaluative. L'agence intergouvernementale de la Francophonie a organisé, à Paris en 2004, les premières journées francophones de l'évaluation, réunissant une quarantaine de responsables des réseaux et des associations francophones en évaluation de programme provenant de 16 pays. Mais il a cependant fallu attendre 2013 pour voir émerger la première revue africaine d'évaluation (<http://www.aejonline.org/index.php/aej>) et les premières assises du réseau francophone de l'évaluation (<http://rfe-asso.blogspot.fr>) qui justement, portait sur le renforcement des capacités évaluatives.

Ensuite, dans un contexte de projets d'aide au développement implantés par les ONG, nous proposons une courte liste de quelques « *meilleures pratiques* » évaluative :

1. Proposer systématiquement un plan d'évaluation au même moment que le projet d'intervention est proposé au bailleur de fonds
2. s'interroger au préalable sur l'utilisation des résultats de l'évaluation ;
3. prévoir et planifier systématiquement une évaluation formative et sommative d'un projet ;
4. s'organiser pour disposer de données comparatives, dans l'idéal du type avant-après projet et/ou avec-sans projet ;
5. allouer suffisamment de temps et de ressources à l'évaluation (10% du budget ?) ;
6. prendre en compte le moment choisi pour la réalisation de l'évaluation ;

7. impliquer au minimum une personne extérieure à l'environnement-projet dans l'évaluation ;
8. ne pas sélectionner un évaluateur ayant des relations hiérarchiques fortes avec les parties-prenantes du projet ;
9. varier les profils professionnels des évaluateurs, i.e des spécialistes de l'évaluation avec des spécialistes d'un domaine particulier (santé, éducation, eau, etc).

REFERENCES

- ACDI. (2004). Guide l'évaluation à l'ACDI. Surmonter urmonter les obstacles, Produire des résultats, Répondre aux attentes, Faire une contribution utile (p. 187). Ottawa: ACDI, Direction de l'évaluation, Direction générale de la gestion du rendement et des connaissances.
- ALNAP (2003). *Humanitarian Action : Improving monitoring to enhance accountability and learning*. ALNAP Annual Review. London: Overseas Development Institute.
- Aubel, J. (1999). Participatory Program Evaluation Manual. Involving Program Stakeholders in the Evaluation Process (p. 86). Calverton, Maryland: Child Survival Technical Support Project and Catholic Relief Services.
- Aubel, J. (2000). *Manuel d'évaluation participative de programme*. (2ème édition^e éd.). Calverton, MA, <http://www.childsurvival.com>: CSTS-CRS-USAID.
- Beaudry, J., & Gauthier, B. (1992). L'évaluation de programme. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (2ème^e éd., p. 425-452). Ste-Foy, (QC), Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Berche, T. (1998). *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris: APAD-Karthala.
- Brunelle, Y., & Saucier, A. (1999). Les indicateurs et le système de soins (p. 37). Québec: Ministère de la santé. Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Carvalho, A. I., Bodstein, R. C., Hartz, Z., & Matida, A. H. (2004). Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saude Coletiva*, 9(3), 521-529.
- Chelimsky, E. (1997). The Coming Transformations in Evaluation. Dans E. Chelimsky & W. R. Shadish (dir.), *Evaluation for the 21st century: A handbook* (p. 1-26). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Cousins, J. B. (2004). Commentary : Minimizing Evaluation Misuse as Principled Practice. *American Journal of Evaluation*, 25(3), 391-397.
- Cracknell, B. E. (1996). *Evaluating Development Aid. Issues, Problems and Solutions*. New Delhi.Thousand Oaks.London: Sage Publications.
- Criel, B., Atim, C., Basaza, R., Blaise, P., & Waelkens, M. P. (2004). Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: researching the context. *Trop Med Int Health*, 9(10), 1041-1043.
- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C., & Ridde. (2012). An evaluability assessment of a West Africa based Non-Governmental Organization's (NGO) progressive evaluation strategy. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 71-79.
- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion, Special Issue on Vulnerability and Health in Africa*(20), (1 Suppl):70-79.
- Darabi, A. (2002). Teaching Program Evaluation : Using a Systems Approach. *American Journal of Evaluation*, 23(2), 219-228.
- Desclaux, A. (1992). Le "RAP" et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique. *Cahier Santé*, 2, 300-306.
- Estralla, M. (Dir.). (2004). *L'évaluation et le suivi participatifs. Apprendre du changement*. Paris: CRDI - Karthala.
- European Commission. (2004). Aid delivery methods. Project cycle management guidelines. (p. 158). Bruxelles: EuropeAid Cooperation Office.
- Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala.

- Fetterman, D. M. (2000). *Foundations of Empowerment Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Griekspoor, A., & Collins, S. (2001). Raising standards in emergency relief: how useful are Sphere minimum standards for humanitarian assistance? *British Medical Journal*, 323, 740-742.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. A. (1987). The countenances of fourth-generation evaluation : description, judgment and negociation. Dans D. J. Palumbo (dir.), *The politics of program evaluation* (Vol. 15, p. 202-234). Newbury Park, Beverly Hills, London: Sage Publications.
- Habicht, J. P., Victora, C. G., & Vaughan, J. P. (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 10-18.
- Hofmann, C.-A., Roberts, L., Shoham, J., & Harvey, P. (2004). Measuring the impact of humanitarian aid. A review of current practice (p. 38). London: Humanitarian Policy Group. HPG Research Report n°17.
- IFAD. (2002). *Managing for Impact in Rural Development. A Guide for Project M&E*. Roma: International Fund for Agricultural Development.
- Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.-P., Diallo, Y., Fall, A. S., Koné, M., Souley, A., & Touré, Y. (2002). Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet "santé urbaine" (Unicef-Coopération Française). Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. [Paru en 2003 sous le titre : Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris] (p. 289).
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994). *The programme evaluation standards*. (2nd^e éd.). Beverly Hills, CA:: Sage Publications.
- Lemieux, V. (2001). *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. (2ème^e éd.). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Long, N., & Long, A. (Dir.). (1992). *Battlefields of knowledge. The interlocking of theory and practice in social research and development*. London: Routledge.
- Love, A. J. (1983). *Developing effective internal evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. [Québec]: Presses de l'Université Laval.
- Mathison, S. (Dir.). (2004). *Encyclopedia of Evaluation*: Sage Publication.
- Mc Pake, B., & Kutzin, J. (1997). *Méthodes d'évaluation des effets des réformes des systèmes de santé*. Geneva: OMS (Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation).
- McCoy, D., Hall, J. A., & Ridge, M. (2012). A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy Planning*, 27(6), 449-466.
- Nuffield Council on Bioethics. (2002). Pays en développement : l'éthique de la recherche dans le domaine des soins de santé. (p. 18). London.
- OCDE. (1991). Development assistance committee. Principles for evaluation of development assistance (p. 11). Paris: OCDE/DAC.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: APAD-KARTHALA.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008a). À la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique. Discussion paper. 5. Niamey: LASDEL.

- Olivier de Sardan, J.-P. (2008b). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant.
- Patton, M. Q. (1987). *Creative evaluation*. (2nd^e éd.). Newbury Park, Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation*. (3rd^e éd.). Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2001). Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. *American Journal of Evaluation*, 22(3), 329-336.
- Pawson, R. (2002). Evidence-based Policy: The Promise of 'Realist Synthesis'. *Evaluation*, 8(3), 340-358.
- Pfeiffer, J. (2003). International NGOs and primary health care in Mozambique : the need for a new model of collaboration. *Social Science & Medicine*, 56, 725-738.
- Pluye, P. (2012). Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme. Seconde édition*. (p. 125-143). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Porteous, N. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 87-106). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Pressman, J. L., & Wildavsky, A. (1984). *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. (3rd^e éd.). Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Quick, J. D. (2002). Ensuring access to essential medicines in developing and least developed countries framework for action (p. 27). Geneva: WHO - IOMS Access to Essential Medicines.
- Ridde, V. (2003). L'expérience d'une démarche pluraliste dans un pays en guerre : l'Afghanistan. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 18(1), 25-48.
- Ridde, V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso. *Cahiers d'Études africaines*, 1(201), 115-143.
- Ridde, V. (2012). Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique. *Bulletin APAD*, 34-36, 81-113.
- Ridde, V., Baillargeon, J., Ouellet, P., & Roy, S. (2004). L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service Social*, vol 50, 263-279.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (Dir.). (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programme. Deuxième édition*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., Goossens, S., & Shakir, S. (2012). Short-term consultancy and collaborative evaluation in a post-conflict and humanitarian setting: Lessons from Afghanistan. *Evaluation and Program Planning*, 35, 180-188.
- Ridde, V., & Haddad, S. (2013). Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique. Sous Presse*.
- Ridde, V., Kouanda, S., Yameogo, M., Kadio, K., & Bado, A. (2012). Une évaluation de la mise en œuvre d'une politique publique de santé au Burkina Faso au moyen d'une méthode mixte. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme. Seconde édition sous presse*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P., & Van Olmen, J. (2012). L'approche Realist à l'épreuve du réel. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 26(3), 37-59.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (2001). A framework for health promotion evaluation. Dans I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J.

- Springett & E. Ziglio (dir.), *Evaluation in health promotion : principles and perspectives* (p. 7-39): WHO Regional Publications. European Series, No. 92.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health, 56*(2), 119-127.
- Siddique, A. K., & Salam A. et al. (1995). Why treatment centres failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire. *Lancet, 345*(8946), 359-361.
- Smith, D. J. (2003). Patronage, per diems and the "Workshop mentality": the practice of family planning programs in Southeastern Nigeria. *World Development, 31*(4), 703-715.
- Smith, M. F. (2001). Evaluation: preview of the future #2. *The American Journal of Evaluation, 22*(3), 281-300.
- Thomson, H., Hoskins, R., Petticrew, M., Ogilvie, D., Craig, N., Quinn, T., & Lindsay, G. (2004). Evaluating the health effects of social interventions. *BMJ, 328*(7434), 282-285.