

évaluer

les interventions de réduction des risques

Citation recommandée

DIAZ GOMEZ (C.), MILHET (M.) BEN LAKHDAR (C.),
Guide pour la mise en oeuvre de bonnes pratiques
d'évaluation : évaluer les interventions de réduction
des risques, Saint-Denis, OFDT, 2009.

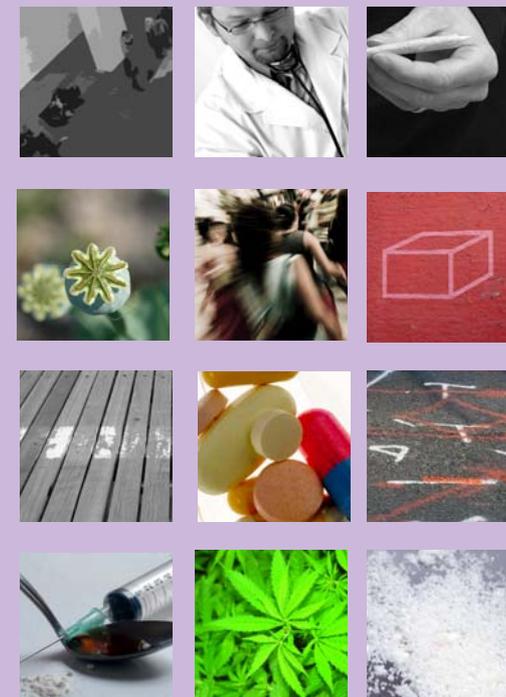
DIAZ GOMEZ (C.), MILHET (M.) BEN LAKHDAR (C.),
Guidelines for the implementation of good evaluation
practices: Evaluating harm-reduction interventions,
Saint-Denis, OFDT, 2009.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tel : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
Courriel : ofdt@ofdt.fr

Guide pour la mise en oeuvre de bonnes pratiques d'évaluation

- Se poser les bonnes questions
- Construire un référentiel
- Choisir une méthode
- Conclure, recommander



Rédaction (OFDT)

Cristina Diaz Gomez,
Maitena Milhet,
Christian Ben Lakhdar

Composition du groupe « RDR » de la Commission addictions :

- Présidence du groupe « RDR »

Valère Rogissart (AFR)

- Rapporteur du groupe « RDR »

Véronique Cazaly (AIDES)

- Membres du groupe « RDR »

Elisabeth Avril (MDM), Danièle Bader-Ledit (Espace Indépendance), Jean-Louis Bara (SAFE), Karlheinz Cerny (ANITEA), Pierre Chappard (ASUD), Marie France Chedru (MILDT), Marie Debrus (MDM), Catherine Duplessy-Garson (SAFE), Albert Herszkowicz (DRASSIF), Marie Jauffret-Roustide (InvS), Martine Lacoste (ANITEA), Béatrice Lamboy (INPES), Catherine Pequart (ANITEA), Sébastien Petit (ANPREF), Jean Marc Priez (AFR), Pascale Redon (DGS), Delphine Vilain (DRASSIF)

Suivi d'édition/maquette

Hassan Berber, Frédérique Million

Crédits photos : © Philippe Geenen - Fotolia.com,

© Frédérique Million, © Richard Villalon - Fotolia.com

Sommaire

Un document pédagogique	p. 4
Quelle est l'ambition de ce document ?	p. 6
Quelques notions essentielles	p. 8
Se poser les bonnes questions	p. 10
Construire un référentiel	p. 16
Choisir une méthode	p. 18
Conclure et recommander	p. 20
Pour approfondir	p. 22

Ce guide résulte des travaux menés au sein de la Commission addictions, mise en place par le ministre de la Santé, en novembre 2006. Cette commission a pour mission l'évaluation et l'amélioration des réponses aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans le champ des pratiques addictives (arrêté du 26 octobre 2006).

Il a été réalisé, sous la coordination de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), par le groupe de travail chargé par la Commission addictions de formuler des recommandations en matière d'évaluation dans le domaine de la réduction des risques. Ce dernier a réuni des représentants des institutions sanitaires, des professionnels de santé et des associations d'intervenants dans la réduction

des risques auprès des usagers de drogues.

Il s'inscrit dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles d'évaluation définies par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Il propose d'adapter les recommandations officielles de l'ANESM au champ de la réduction des risques pour les usagers de drogues.

Le contenu de ce document s'appuie également sur les recommandations en évaluation des organismes internationaux (OEDT, OMS, ONUDC).



Un document pédagogique

La visée principale de ce document est pédagogique. Il doit permettre aux différents évaluateurs potentiels d'élaborer un protocole d'évaluation, adapté à leur situation particulière, à leurs objectifs et à leurs contraintes respectives. Des recommandations sont données pour mener à bien leur démarche évaluative, quel que soit l'objet à évaluer. Elles sont illustrées par des exemples spécifiques au champ de la réduction des risques (RDR).

Ce document est diffusé avec un support graphique (schéma dépliant). Le schéma reprend les ressources, les actions, les résultats et les objectifs prioritaires de la réduction des risques. Ils sont présentés sous forme d'étiquettes. Les traits les reliant matérialisent une relation de « moyens à fins » ou de « cause à effet ».



Ce schéma résulte du travail méthodologique mené par le groupe de travail « Réduction des risques » mis en place par la Commission addictions.

Il a été conçu pour fournir aux acteurs un outil aidant à la construction du questionnement évaluatif et à l'élaboration du référentiel ou à l'utilisation d'un référentiel déjà existant. Mais cet outil n'est pas figé.

Il peut être substantiellement modifié. Les évaluateurs sont vivement invités à le décliner pour l'adapter au mieux à leur situation particulière.

Lors de la lecture de ce guide, le lecteur est invité à consulter ce schéma afin de visualiser les connexions possibles entre les procédures attendues de toute démarche d'évaluation et la spécificité de la réduction des risques.



Ce schéma se prête à une double lecture :

■ **de gauche à droite**, l'évaluateur s'interroge sur les liens de « cause à effet ». Cette lecture permet de comprendre la raison d'être des interventions et de faire émerger les principaux résultats et effets induits (étape prospective) ;

■ **de droite à gauche**, l'évaluateur veut comprendre grâce à quels moyens il est parvenu aux fins attendues. Cette lecture permet de comprendre comment les résultats des actions et les effets ont été obtenus (étape rétrospective).

Quelle est l'ambition de ce document ?

Ce guide s'inscrit dans le cadre des compétences et référentiels désormais définis pour l'évaluation des politiques publiques en France. Les principes méthodologiques de l'évaluation des politiques publiques sont les mêmes quel que soit l'objet évalué (action, projet, activité d'un organisme, dispositif, pratiques professionnelles, outil, programme, politique, etc.) Par convention, on utilisera le terme « interventions » pour désigner les différents types d'objets pouvant être évalués.

Qu'entend-on par évaluation des politiques publiques ?

L'évaluation est définie ici comme une activité qui a pour ambition de porter un jugement sur la valeur de l'objet évalué (sa pertinence, sa cohérence, son efficacité, son utilité, etc.). Il ne s'agit pas d'examiner ou de rendre uniquement compte d'une activité. Il s'agit également de vérifier que les prérequis à la conduite de l'intervention sont garantis. Par ailleurs, l'évaluation doit tendre vers une mesure de l'impact des interventions conduites. Elle est au service des acteurs politiques (décideurs, gestionnaires, financeurs, etc.) et civils (associations ou autres lobbies) dont les intérêts peuvent être affectés par les suites données à l'évaluation.

À qui s'adresse-t-il ?

Il s'adresse aux acteurs amenés à mettre en place ou à participer à la mise en œuvre des actions d'évaluation des interventions de réduction des risques.

Quels en sont les principes méthodologiques ?

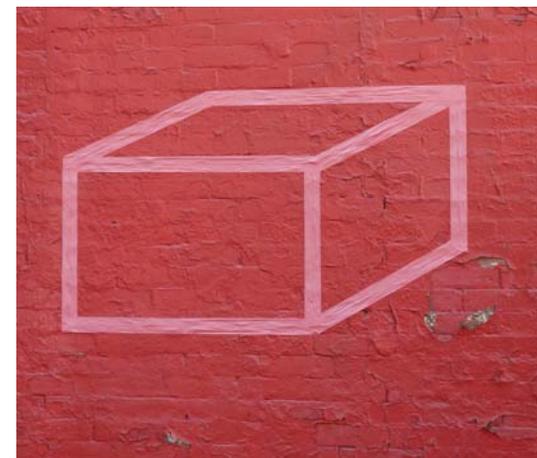
Ils sont ceux de l'évaluation des politiques publiques :

- démarche « multifonction » : outil de connaissance, d'aide à la décision et de conduite du changement ;

- démarche d'analyse collective : outil d'apprentissage institutionnel collectif ;

- nature participative de l'évaluation : outil de participation et d'appropriation ;

- démarche d'objectivation : outil servant à formaliser le référentiel à partir duquel le jugement de la valeur de l'objet évalué est prononcé (références et critères d'appréciation, indicateurs ainsi que niveaux de référence attendus essentiellement).



Aperçu historique de l'évaluation des politiques publiques en France

La littérature consacrée à l'évaluation propose un large éventail de définitions d'évaluation : il y en a presque autant que de théoriciens dans ce domaine. La raison en est que l'évaluation ne se résume pas à une seule démarche intellectuelle et que les définitions que l'on retrouve dans la littérature ne s'intéressent le plus souvent qu'à des aspects singuliers de la pratique évaluative. Malgré les difficultés à établir une définition unique de l'évaluation des politiques publiques, le concept est à présent consolidé.

En France, quinze ans de travaux méthodologiques réalisés par

diverses institutions chargées de développer une culture de l'évaluation témoignent des progrès accomplis en ce domaine. La publication du rapport Viveret en 1989 a marqué les débuts de l'évaluation en France. Entre 1990 et 1998, le Conseil scientifique de l'évaluation (CSE) a forgé une déontologie de l'évaluation qu'il a formalisée dans le *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, document de référence fruit d'une large et vaste expérience accumulée par le CSE. Les rapports du Conseil national de l'évaluation (CNE), qui a succédé au CSE en 1998, constituent également un corpus de références incontournables.

Depuis 1999, une communauté d'acteurs et de partenaires de l'évaluation a progressivement pris le relais de ces conseils, autour d'une instance civile, la Société française de l'évaluation (SFE). Depuis sa création, sa vocation principale est d'assurer l'ancrage durable d'une culture commune de l'évaluation, mais aussi de garantir l'authenticité et la qualité des pratiques d'évaluation des politiques publiques. Aujourd'hui, la SFE réunit environ 300 adhérents (institutionnels, universitaires, chercheurs, organismes de l'Etat, collectivités territoriales ou cabinets conseil) qui proviennent des différents champs d'intervention des pouvoirs publics,

dont les intervenants en politiques sanitaires et sociales.

Dans le champ social et médico-social, les pouvoirs publics ont souhaité créer une instance officielle appropriée chargée de concevoir et de diffuser des repères méthodologiques ainsi que des outils adaptés au contexte et à la spécificité de ce champ. Cette mission a été confiée en avril 2005 au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS). Depuis mars 2008, l'ANESM lui a succédé afin d'accompagner les acteurs du secteur et d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour l'évaluation.

Quelques notions essentielles

Le questionnement évaluatif repose sur les représentations des acteurs et notamment sur l'idée qu'ils se font de ce qui constitue probablement un échec de l'intervention méritant d'être étudié ou approfondi, ou de ce qui constitue, à l'inverse, une réussite. Ces représentations donnent lieu à une ou plusieurs questions d'évaluation.

Principaux types de critères d'appréciation

Selon l'angle de vue qui sera adopté, les questions évaluatives sont groupées en cinq grandes catégories. Chacune correspond à un critère d'appréciation spécifique :

Pertinence : elle permet d'examiner l'adéquation entre les objectifs prioritaires définis par les pouvoirs publics et les problèmes à résoudre ou les besoins de la population cible.

Cohérence : elle permet d'envisager l'adéquation des ressources mises en œuvre avec les besoins ou les problèmes identifiés, ou encore d'examiner la complémentarité entre les différents objectifs définis.

Impact : il permet d'apprécier les effets (souhaités ou non) de l'action et la voie par laquelle ils ont été produits.

Efficacité : elle permet d'examiner dans quelle mesure les résultats obtenus et/ou les effets sont conformes aux objectifs retenus.

Efficience : elle permet de juger des résultats et/ou des effets obtenus face à l'ensemble des moyens mobilisés.



Quelques exemples appliqués à la RDR

■ **Pertinence** : la réponse des intervenants est-elle en adéquation avec les problèmes que les usagers rencontrent : risque d'intoxication aiguë, risque de maladies infectieuses, risque de complications médicales, risques d'aggravation de l'état de santé physique et psychique lié à la consommation de drogues et/ou aux conditions de vie ?

■ **Impact** : des cas d'intoxications aiguës ont-ils été prévenus ? Le recours à la pratique d'injection a-t-il été limité ? Les contaminations par maladies infectieuses liées à la consommation de drogues ou aux rapports sexuels ont-elles été diminuées ? Les complications médicales liées au mode de consommation de drogues ont-elles été limitées ? Les troubles somatiques et psychologiques liés à la maladie et au suivi des traitements ont-ils été pris en charge ? La morbidité liée à la précarité a-t-elle été prise en charge ? La survie des usagers de drogues qui ont été en contact avec l'équipe d'intervenants a-t-elle été favorisée ? La qualité de vie et le bien-être des usagers de drogues au contact des intervenants ont-ils été améliorés ?

■ **Cohérence** : le nombre et les compétences des intervenants sont-ils en adéquation avec la nature et l'ampleur des problèmes sanitaires liés aux conditions de précarité des usagers de drogues suivis ? Le partenariat avec les structures du système sociosanitaire de droit commun est-il suffisant pour répondre aux orientations à réaliser ? L'offre de matériel de prévention est-elle suffisante pour répondre au nombre potentiel de demandeurs ? Le périmètre d'activité défini pour les équipes

tient-il compte de l'espace d'intervention d'autres acteurs du champ ?

■ **Efficacité** : dans quelle mesure la délivrance de conseils personnalisés dans les structures de réduction des risques a-t-elle permis d'initier un parcours de soins ? Dans quelle mesure l'orientation et l'accompagnement des usagers de drogues vers les services sanitaires et sociaux ont-ils permis d'inscrire les usagers dans un parcours de réinsertion sociale ? Dans quelle mesure les interventions de préparation à la sortie pour les usagers de drogues en milieu pénitentiaire ont-elles permis aux usagers d'initier un parcours de réinsertion sociale ?

■ **Efficience** : la délivrance de matériels d'injection stériles dans les structures de réduction des risques à seuil adapté représente-t-elle un coût en adéquation avec les effets bénéfiques réellement obtenus chez les usagers de drogues bénéficiaires ?

Nb : les exemples ci-dessus sont issus du schéma

Étape 1 - Se poser les bonnes questions

Parmi toutes les questions possibles, l'évaluateur doit se fixer des priorités en fonction des critères suivants :

1) contribution aux finalités de l'évaluation (production de connaissances, amélioration des pratiques professionnelles, débats sur les valeurs et les moyens des actions conduites, analyse collective des écarts, etc.) ;

2) adéquation des questions sélectionnées à leurs destinataires potentiels (équipe, autorités, lobbies, etc.) en vue de leur utilisation, en prenant appui sur les leviers d'action potentiels ;

3) caractère inédit des résultats (innovations, par exemple) ;

4) intérêt pour la question en elle-même (sur la base du diagnostic réalisé) ;

5) faisabilité technique et budgétaire (capacité à construire des outils de collecte pertinents pour répondre aux besoins d'information, à collecter et analyser ces informations au regard des moyens et délais impartis) ;

6) opportunité politique : en l'absence d'une volonté politique forte et soutenue, la probabilité d'utilisation des résultats obtenus peut être très faible.

Pour les CAARUD et les CSAPA, l'article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles prévoit plusieurs cycles d'évaluations dans le domaine de la réduction des risques : tous les 5 ans, pour les évaluations internes ; ce délai est de 7 ans après l'autorisation ou le renouvellement (et ce, au moins deux ans avant la date de celui-ci), pour les évaluations externes.

Il faut tenir compte de ces délais afin d'articuler au mieux le questionnement évaluatif des différents exercices entre eux.

Ce qu'il faut faire

- Procéder à un diagnostic des points critiques, des tensions les plus fortes, des dysfonctionnements les plus manifestes.
- Expliciter les interventions et les processus à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs prioritaires et ultimes ainsi que les résultats attendus de ces interventions.



Diagnostiquer les points critiques

Il est recommandé de vérifier que les principaux prérequis de l'intervention sont réunis. Cela peut être, par exemple, vérifier si les élus sont favorables à l'implantation des centres d'accueil, s'il existe des référentiels de bonnes pratiques ou s'assurer de l'existence d'un matériel d'intervention efficace.

Une fois les conditions nécessaires garanties, l'évaluateur est amené à se centrer sur les aspects visibles les plus critiques. Il s'agit de réfléchir à l'émergence éventuelle de nouveaux besoins des

usagers, aux freins principaux auxquels les acteurs se sont heurtés dans la mise en œuvre de leurs activités, à l'adéquation des réponses apportées par rapport aux publics visés, etc.

Attention : afin de procéder au diagnostic, fondement de la définition des questions d'évaluation, il est conseillé de prendre appui sur l'intervention à évaluer et de définir clairement ses principales composantes. Ainsi, l'évaluateur se donne les moyens d'objectiver au mieux les différents choix possibles.

Expliciter la démarche d'action en six phases

Utilisée depuis les années 1970, la méthode de la modélisation logique permet de procéder à l'objectivation des différentes composantes de l'intervention à évaluer (moyens, actions, résultats attendus, objectifs prioritaires, précédemment cités). Sous forme de graphique, elle fournit également une visibilité aux

possibles liens de « moyens à fins ». Cette méthode graphique sert ainsi à réinterroger la raison d'être de l'intervention prévue. De manière rétrospective, elle permet aussi de comprendre comment les effets ont été produits ou grâce à quels moyens ou quelles actions on est parvenu aux fins attendues.

Collecter, définir et classer...

1- Collecter...

... des informations pertinentes pour l'intervention à évaluer. Il est recommandé de réunir des documents officiels et de favoriser les échanges d'informations entre les acteurs. Sur la réduction des risques, les documents officiels recouvrent les textes législatifs, les orientations politiques des plans gouvernementaux sur les addictions ou des stratégies d'action contre les maladies infectieuses des usagers de drogues, les textes règlementaires, des circulaires ou encore des résultats de travaux scientifiques validés, etc. L'échange d'information peut passer par des groupes de travail réunissant des partenaires institutionnels, professionnels, associatifs, etc.



2- Définir...

... la problématique et le contexte dans lequel s'inscrit l'intervention à évaluer. Le périmètre de l'évaluation est à géométrie variable ne serait-ce que parce que les acteurs en charge des actions ne maîtrisent pas forcément tous les éléments nécessaires à la réussite de l'intervention. Des facteurs externes peuvent jouer un rôle important. Cela n'est pas sans conséquence sur l'imputabilité des actions. Du coup, le principal défi consiste à délimiter un champ pertinent de l'évaluation. Il s'agit d'une étape essentielle de la démarche évaluative, notamment en vue de l'utilisation des retombées de l'évaluation.

La délimitation du champ définitif de l'évaluation doit se faire en fonction des objectifs de l'étude et des moyens disponibles pour faire face aux difficultés méthodologiques que l'évaluateur peut rencontrer.

On distingue plusieurs cercles qui servent à illustrer les différents champs d'évaluation possibles : Il se peut que la contribution des acteurs à la réussite de l'objectif soit directe et qu'ils contrôlent les

éléments du succès de l'action. Ici, les difficultés méthodologiques ne sont pas trop importantes. Cette situation représente le premier cercle du champ de l'évaluation.

Exemple : évaluer l'activité de distribution du matériel de prévention aux usagers de drogues.

Si la capacité des acteurs à atteindre les objectifs n'est ni totale ni immédiate, on entre dans un deuxième cercle du champ de l'évaluation. Ici, produire le résultat attendu devient moins évident et son évaluation est, par conséquent, plus fragile.

Exemple : évaluer l'amélioration des connaissances des usagers de drogues sur les pratiques à risque.

L'action ne s'en tient pas uniquement à du factuel. Elle doit tenir compte de la réceptivité de ces usagers, aspect que les acteurs de l'évaluation ne maîtrisent pas pleinement.

Par ailleurs, il existe des domaines dans lesquels la responsabilité des acteurs de l'évaluation est partagée avec d'autres partenaires.

Cette situation constitue le troisième cercle du champ de l'évaluation.

Exemple : évaluer la capacité des intervenants de la réduction des risques à inscrire les usagers de drogues en contact avec eux dans un parcours de soin et de réinsertion sociale.

Dans ce cas précis, il faut non seulement supposer que ces usagers ont souhaité faire la démarche, influencés par les intervenants de la réduction des risques, mais aussi que les professionnels des services de soins généraux, spécialisés et des services sociaux ont joué un rôle central.

Bien d'autres cercles sont envisageables. On observe donc qu'au fur et à mesure que l'on décide d'élargir le champ de l'évaluation à un nouveau cercle, les incertitudes se cumulent ainsi que la multiplicité et la diversité des acteurs dans le partage des responsabilités.

L'évaluation devient alors de plus en plus difficile. Une grande prudence est donc nécessaire sur l'imputabilité des résultats obtenus et la crédibilité des conclusions de l'évaluation.

3- Classer...

... des éléments recueillis en catégories (ressource, activité, résultat, effet).

Il faut ici veiller à ce que les éléments retenus pour l'étude d'évaluation entrent dans l'une ou l'autre des catégories suivantes.

Ressource : si l'élément constitue un moyen, il est classé dans la catégorie « ressource ».

Activité : si l'élément constitue une action, il est classé dans la catégorie « activité ».

Résultat : s'il s'agit du résultat immédiat et direct attendu de l'action, c'est-à-dire, s'il s'agit de l'activité déjà réalisée, l'élément est classé dans la catégorie « résultat ».

Effet : si l'élément représente un changement chez le public destinataire de l'action, il est classé dans la catégorie « effet ».

On distingue entre des effets à court, moyen ou long terme.



Tableau présentant quelques éléments du « MODÈLE LOGIQUE » pour la RDR

RESSOURCES	
Ressources juridiques	Cadre légal et réglementaire assurant l'assise juridique des missions et des intervenants de la réduction des risques (protection des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage envers les acteurs et les usagers de drogues au cours des interventions, protection des droits et libertés des usagers fréquentant les établissements).
Ressources humaines	Professionnels, pairs, intervenants non diplômés (rémunérés ou bénévoles) et partenariats avec les principaux acteurs et structures relais.
Ressources matérielles	Biens immobiliers et mobiliers durables : par exemple, locaux, bus, automates, containers de récupération et fournitures (tentes, matériel d'information sur les risques et leur prévention, jetons pour automates, préservatifs, matériel d'injection propre, éthylotests).
Ressources budgétaires	Budget pour les dépenses de personnel, pour les dépenses d'investissement (par exemple, achats de locaux, d'automates ou de containers) et pour les dépenses de fonctionnement (par exemple, formation du personnel, achat de fournitures dont le matériel d'information ou d'hygiène et de prévention, gestion et maintien des équipements, location des locaux, des bus).
Ressources scientifiques	Connaissances épidémiologiques validées.
ACTIVITES	
Survie	Distribution de boissons et de nourriture, offre de services d'hygiène.
Information	Diffusion des alertes, des brochures et du matériel d'information.
Prévention maladies	Mise à disposition du matériel de prévention et d'hygiène, récupération et traitement du matériel potentiellement contaminant.
Soins	Dispensation de soins infirmiers.
Insertion sociale	Réalisation de bilans sociaux personnalisés.
RESULTATS	
Survie	Boissons et nourriture distribuées en nombre suffisant, équipement d'hygiène en quantité suffisante (par exemple, douches, lave-linge).
Information	Délais pertinents de diffusion des alertes, brochures distribuées en nombre suffisant, interventions adaptées et en nombre suffisant autour de l'usage à moindre risque.
Prévention maladies	Outils de la réduction des risques, vendus ou distribués gratuitement en nombre suffisant (par exemple, en officine de pharmacie, par les intervenants de rue), taux de retour satisfaisant du matériel récupéré, taux de traitement satisfaisant de déchets.
Soins	Soins infirmiers adéquats dispensés et en nombre d'actes satisfaisant.
Insertion sociale	Nombre adéquat d'entretiens sociaux réalisés et en nombre satisfaisant.
EFFETS	
Court terme	Aide à la survie, connaissances améliorées (risques, circonstances du risque, modes de prévention), initiation d'un parcours de soin et de réinsertion sociale.
Moyen terme	Comportements modifiés des usagers de drogues, inscription de ces derniers dans un parcours de soins et de réinsertion sociale facilitée.
Long terme	Surdoses en diminution, nouvelles contaminations en baisse, guérison facilitée pour des UD atteints de VHC et VHB, moindre précarité des usagers de drogues. Amélioration de la survie des usagers de drogues, ainsi que de leur qualité de vie et de leur bien être.

Nb : les exemples ci-dessus sont issus du schéma

...élaborer, réviser et valider

4 - Elaborer un schéma graphique

Les catégories établies à l'étape précédente (ressources, activités, résultats, effets) doivent être reportées dans un graphique dit « Modèle logique » qui comporte des colonnes et des lignes. Les relations de « moyens à fins » que l'on

suppose exister entre les ressources, activités, résultats et effets sont représentées par des flèches. Ce schéma sert à délimiter l'objet de l'évaluation que l'on veut conduire et à préciser le questionnaire (voir le schéma dépliant). Il permet également de construire ou de peaufiner le référentiel (références, critères, indicateurs et niveaux de référence attendus).

5 - Réviser les enchaînements logiques

Dans le cadre d'un groupe de travail, il est recommandé de vérifier si les informations sont correctes et pertinentes, si elles sont appropriées, si il ne manque pas certaines ressources ou moyens, actions, résultats, effets ou certains liens importants.

Concrètement, afin de vérifier la pertinence des enchaînements logiques du schéma, les membres du groupe de travail doivent répondre aux questions : « Pourquoi faut-il obtenir tel ou tel effet ? » et « Comment faut-il faire pour parvenir aux fins attendues ? ». Ces liens logiques peuvent être

vérifiés également en reformulant les hypothèses sous-jacentes aux enchaînements « Si... alors ».



Pourquoi diffuser des outils d'information sur les risques associés à l'usage de drogues ?
Pour améliorer les connaissances des usagers de drogues.
Comment peut-on améliorer les connaissances des usagers de

drogues ? En diffusant des outils d'information sur les risques.

Si l'on diffuse du matériel d'information, alors on contribue probablement à améliorer les connaissances des usagers de drogues.

6 - Faire valider le schéma final par les partenaires institutionnels et les intervenants concernés

Il s'agit ici de réinterroger l'ensemble

des partenaires pour s'assurer que toutes les conditions nécessaires à la réussite de l'intervention et à l'atteinte des objectifs sur le court, moyen et long terme sont décrites.

Étape 2 - Adopter un référentiel balisé par des indicateurs

Une fois les questions évaluatives formulées et validées par les participants à l'évaluation, il est recommandé de procéder à l'établissement des références et critères. Puis, à la définition des indicateurs les mieux à même de qualifier les besoins des populations cibles identifiées, les moyens, les actions, les résultats attendus et les objectifs prioritaires définis. Les indicateurs ainsi définis visent à mesurer les écarts ou tensions entre plusieurs éléments :

- les besoins identifiés et les objectifs définis (pertinence) ;
- les ressources, activités, résultats et effets de l'intervention à évaluer (cohérence) ;
- les objectifs définis et les résultats obtenus ou effets (efficacité) ;
- les ressources et les résultats ou effets obtenus (efficacité).

Un indicateur n'est jamais « bon ou mauvais » par nature. Il doit pouvoir être pertinemment corrélé à une composante de l'intervention à évaluer.

L'indicateur retenu doit toujours se référer à un niveau de référence escompté, défini au préalable par l'évaluateur sur les données disponibles les plus récentes. Le niveau de référence attendu sert à apprécier les écarts ou tensions que l'évaluation devrait mettre en évidence. La définition des indicateurs et des niveaux de référence attendus doit être réalisée de manière claire et précise, en évitant par tous les moyens de laisser une marge pour des interprétations subjectives. C'est ainsi que la crédibilité des conclusions sera garantie une fois que l'appréciation finale sera portée.



RESSOURCES	INDICATEURS POSSIBLES
Ressources juridiques	Degré d'application des dispositions juridiques en vigueur : par exemple, signalement effectif de la présence de l'association aux pouvoirs publics dans le département, absence de la police à proximité des lieux où les intervenants de la RDR mènent leurs activités, existence de procédures d'information des usagers accueillis sur leurs droits et leurs libertés.
Ressources humaines	Nombre de professionnels, pairs et intervenants non diplômés par type de qualification et de compétences ; part des membres de l'équipe rémunérés et bénévoles ; fréquence et durée des réunions de synthèse ; nombre et nature de formations suivies par les intervenants ; signature de conventions de partenariat avec les principales structures-relais ; horaires ; disponibilité de l'équipe.
Ressources matérielles	Nombre de fournitures nécessaires à la réalisation de l'activité (tentes utilisées par les intervenants du milieu festif, matériel d'information sur les risques et leur prévention, jetons pour automates, préservatifs, matériel d'injection propre) ; nombre d'automates et de containers de récupération en bon état ; opinion des usagers/équipe sur la fonctionnalité de l'architecture des lieux d'accueil.
Ressources budgétaires	Part des dépenses prévisionnelles par rapport au budget approuvé.
Ressources scientifiques	Publications scientifiques.
ACTIVITÉS	INDICATEURS POSSIBLES
Interventions d'aide à la survie	Quantités de boissons et de nourriture distribuées ; nombre de passages dans les locaux pour utiliser les équipements d'hygiène ; nombre de demandes d'hébergement d'urgence traitées.
RESULTATS	INDICATEURS POSSIBLES
Interventions d'aide à la survie	Part des demandes satisfaites (boissons, nourriture, accès aux services d'hygiène, etc.)
EFFETS	INDICATEURS POSSIBLES
Court terme	Part d'usagers de drogues sans domicile en contact régulier avec les structures qui ont effectivement bénéficié des interventions d'aide à la survie ; part d'UD sans domicile en contact régulier avec les intervenants qui se déclarent « très satisfaits » ou « satisfaits » par les interventions d'aide à la survie.
Moyen, long terme	Part des usagers de drogues en contact avec les intervenants qui dit avoir des conditions de vie moins précaires ; part des usagers de drogues sans domicile fixe en contact régulier avec les intervenants pour lesquels une amélioration de l'état de santé a été constatée depuis leurs premiers contacts.

Étape 3 - Choisir une méthode de collecte et de traitement des informations

Exemple d'indicateurs	Type de questionnaire	Rythme de collecte	Méthode de recueil et d'analyse
Nombre et nature des demandes des UD non traitées	Identification de besoins	Coupe transversale	Entretiens semi-directifs, focus groups
Participation assidue des membres de l'équipe aux réunions de synthèse hebdomadaires organisées	Evaluation de processus	Longitudinal	Observations de type ethnographique
Nombre de guérisons des UD atteints de VHC orientés par les intervenants de la réduction des risques vers les services de soins	Atteinte des effets attendus	Longitudinal	Étude quasi-expérimentale, étude observationnelle
Coût en euros d'une année de vie gagnée pour les UD	Estimation des coûts	Longitudinal	Étude quasi-expérimentale, étude observationnelle
Part des UD sans domicile fixe en contact régulier avec les intervenants pour lesquels une amélioration de l'état de santé depuis leurs premiers contacts a été constatée	Atteinte des objectifs prioritaires fixés	Longitudinal	Étude randomisée

Une fois les indicateurs et les niveaux de référence attendus définis, il s'agit d'élaborer la stratégie de collecte et de traitement des informations permettant de répondre aux questions d'évaluation retenues. On distingue classiquement les approches qualitatives (entretiens semi-directifs, focus groups, observations de type ethnographique, etc.) des approches quantitatives (techniques de statistique descriptive, d'induction et d'inférence statistique).

Il est recommandé ici d'établir un document dit « protocole d'évaluation » qui inclura les finalités de l'évaluation, le questionnaire évaluatif, les références, les critères, les indicateurs retenus, les niveaux de référence attendus ainsi que les modalités de collecte et d'analyse des informations, le calendrier prévu pour la conduite de l'évaluation, le budget disponible ainsi que la composition de l'équipe d'évaluation.

Ce document doit préciser le type d'étude retenue (randomisée, quasi-expérimentale, observationnelle, etc.) ainsi que la temporalité du recueil de données : à un

moment donné (étude de coupe transversale) ou suivi continu pendant une période (étude longitudinale). Le choix du type d'étude est intimement lié à la nature des questions évaluatives, au type d'indicateurs retenus ainsi qu'aux conditions de faisabilité existantes (éthiques, techniques, budgétaires ...). Il est recommandé alors d'explicitier les limites des choix qui sont effectués.



Étape 4 - Conclure et recommander

Une fois les informations collectées et analysées pour répondre aux différentes questions évaluatives, il est conseillé de présenter séparément les conclusions de l'évaluation pour chacune de ces questions, afin de faciliter la communication et la diffusion des principaux résultats. Le travail d'élaboration des recommandations devient ainsi plus aisé. Il est plus simple d'identifier les marges de progression les plus remarquables, puis de sélectionner les axes prioritaires d'amélioration.

Les recommandations portent généralement sur les aspects qui permettent une amélioration des activités et des pratiques : en fonction des questions évaluatives retenues, il s'agira de la pertinence, de la cohérence de l'impact, de l'efficacité ou de l'efficience des réponses apportées aux usagers de drogues en contact avec les intervenants de la réduction des risques.

Les recommandations doivent porter sur les écarts entre les informations recueillies d'une

part, et, d'autre part, sur les objectifs fixés ou les résultats escomptés. L'appréciation ne doit pas laisser de place à la subjectivité. Pour éviter ce risque, l'évaluateur doit s'appuyer sur les références et les niveaux de référence attendus fixés préalablement.



Recommandations possibles à l'issue d'une étude d'évaluation

- Afin de favoriser l'accessibilité des programmes d'échange de seringues, il est recommandé de mener des études sur les lieux de vie des usagers de drogues.
- Afin de faciliter l'accès à du matériel stérile, il est recommandé d'implanter des bornes automatiques dans les lieux de vie des usagers de drogues.
- Afin de prévenir la transmission de maladies infectieuses en milieu fermé, il est recommandé de favoriser l'accès des usagers de drogues incarcérés à du matériel d'injection stérile et aux traitements de substitution.
- Afin d'améliorer les connaissances des usagers de drogues sur les risques liés à l'injection de substances, il est recommandé de mettre en place des programmes d'éducation aux risques liés à l'injection.



Pour approfondir

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles*, avril 2008, 13 pp. www.anesm.sante.gouv.fr
- Cauquil, G. et Lafore, R. (dir.), *Évaluer les politiques sociales*, Paris, Société Française de l'Évaluation (SFE), L'Harmattan, 2006, 334 pp.
- Center for the Study of Evaluation, *Program Evaluation Kit*, 2nd Edition, Newbury Park, CA, Sage Publications, 1987.
- Chen, H. and Rossi, P., *Evaluating with sense - The Theory-driven Approach*, *Evaluation Review*, 7, 1983, 283-302.
- Conseil national de l'évaluation (CNE), *L'évaluation au service de l'avenir*, Paris, La Documentation française, 2000, 213 pp.
- Conseil national de l'évaluation sociale et médico-social (CNESMS), *L'évaluation interne : guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, septembre 2006, 26 pp. www.anesm.sante.gouv.fr
- Conseil national de l'évaluation sociale et médico-social (CNESMS), *Note d'orientation : le champ de l'évaluation, complémentarité entre évaluation interne et externe*, novembre 2005, 6 pp. www.anesm.sante.gouv.fr
- Conseil scientifique de l'évaluation (CSE), *Petit guide d'évaluation des politiques publiques*, Paris, La Documentation française, 1996, 123 pp.
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 relatif à l'évaluation externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. www.legifrance.gouv.fr
- EMCDDA, *Guidelines for The Evaluation of Outreach Work: a Manual for Outreach Practitioners*, Luxembourg, Office for Official publications of the European Communities, 2001, 83 p. www.bookshop.europa.eu
- EMCDDA, *Guidelines for the Evaluation of Treatment in the Field of Problem Drug Use: a Manual for Researchers and Professionals*, Luxembourg, Office for Official publications of the European Communities, 2007, 76 pp. www.bookshop.europa.eu
- Frechtling, J., *Logic Modeling Methods in Program Evaluation*, San Francisco, Wiley, Inc., Jossey-Bass, 2007, 160 pp.
- McLaughlin, J. and Jordan, G., *Logic Models: a Tool for Telling Your Program's Performance Story*, *Evaluation and Program Planning*, 1999, 22, 65-72.
- Weiss, C., *Theory-based Evaluation: Past, Present and Future*, *New Directions for Evaluation*, 76, Winter 1997, 41-55.
- WHO, UNDCP and EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment*, Series of seven workbooks, 2000.