

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes

**Atelier
d'échange
international
sur les enjeux
de l'évaluation
des interventions
de promotion
de la santé**

**Paris,
les 8 et 9 décembre
2005**

Dossier documentaire

Evaluation, mode d'emploi

*présenté lors
des Journées de la prévention
organisées par l'Inpes
"La prévention en actions : partage
d'expériences",
Paris, les 12 et 13 avril 2005*

Anne Sizaret
Cécile Fournier



UIPES

www.iuhpe.org

Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé

Avant-propos p. 6

Introduction p. 7

1. Quelques définitions : qu'est-ce que l'évaluation ? p. 9

2. Objectifs de l'évaluation : pourquoi évalue-t-on ? p. 13

Texte intégral

Blum-Boisgard C., Gaillot-Mangin J., Chabaud F., Matillon Y. Évaluation en santé publique. Actualité et dossier en santé publique 1996 ; 17 : 18-22
 En ligne : <http://hcspe.nsp.fr/hcspe/docspdf/adsp/adsp-17/ad173640.pdf>
 [Dernière consultation 24/11/2005]

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2000 ; 48 : 517-539

Texte intégral

Deccache A. Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. Promotion & Education 1997 ; 4 : 10-14 p. 16

Texte intégral

Demarteau M. Évaluer : une question d'éthique. La santé de l'homme 2000 ; 345 : 36-38 p. 21

Nock F. Le monde complexe de l'évaluation. In : Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris : Mutualité française, 2000 : 6-18

Texte intégral

Sandrin Berthon B. Évaluer notre capacité à faire œuvre d'éducation. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 165-171 p. 24

Texte intégral

Vandoorne C. Les acteurs et les enjeux au cœur de l'évaluation : promotion de la santé, évaluation. Éducation santé 2002 ; 173 : 9-11
 En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=329>
 [Dernière consultation 24/11/2005]

3. Méthodes et grilles d'analyses : comment évalue-t-on ?	p. 31
3.1. Fondements théoriques - Généralités	p. 31
<p>Bréart G., Bouyer J. Méthodes épidémiologiques en évaluation. Revue d'épidémiologie et de santé publique 1991 ; 39 : S5-S14</p>	
<p><i>Texte intégral</i> Demarteau M. Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation : réflexions critiques et questions pour la recherche. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 35-51</p>	p. 33
<p><i>Texte intégral</i> Goudet B. Quatre propositions pour garantir la qualité de l'évaluation. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 172-182</p>	p. 50
<p><i>Texte intégral</i> Liekens A. L'évaluation participative. Contact santé 2003 ; 181 : 12-15 En ligne : http://www.mrps.asso.fr/portail-site/upload/contact_sante/fichiers/reperes/2003/reperes_CS178.pdf [Dernière consultation 24/11/2005]</p>	
<p>Nock F. En savoir plus : solliciter les destinataires du programme. In : Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris : Mutualité française, 2000 : 46-64</p>	
3.2. Modèles, grilles et outils d'évaluation	p. 61
<p>Deccache A., Lavendhomme E. Des besoins aux objectifs. In : Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck université, 1989, pp. 70-71</p>	
<p><i>Texte intégral</i> Fontaine D., Beyragued L., Miachon C.. Présentation des fiches. In : L'évaluation en 9 étapes : fiches pratiques pour l'évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon : ERSP, 2004, p. 3-4 En ligne : www.ersp.org/esp_ress/commun/FichevalERSPdocfinal.pdf [Dernière consultation 24/11/2005]</p>	
<p><i>Texte intégral</i> Fournier C., Sizaret A., Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. Non publié, 2004, 6 p.</p>	p. 63
<p><i>Texte intégral</i> Fournier C. Décrire et analyser les programmes d'éducation du patient. La santé de l'homme, n° 341, mai-juin 1999, p. 15-16</p>	p. 69
<p><i>Texte intégral</i> Hincelin L. Indicateurs et tableaux de bord : du pilotage à l'évaluation. Contact santé 2004 ; 196 : 16-17 En ligne : http://www.mrps.asso.fr/portail-site/upload/contact_sante/fichiers/reperes/2004/reperes_CS196.pdf [Dernière consultation 24/11/2005]</p>	

Hincelin L. Petits outils d'évaluation. Contact santé 2001 ; 166 : 18-19

Texte
intégral

Les étapes préparatoires de l'évaluation. In : Service évaluation technologique, service évaluation économique. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? Saint-Denis : Anaes, 2004, pp. 15-18
[En ligne : www.anaes.fr (cliquer sur Publications, puis Les titres)
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Molleman Gerard R.M., Ploeg Machteld A., Hosman Clemens M.H., Peters L. Preffi 2.0 : un outil néerlandais pour analyser l'efficacité des interventions en promotion de la santé. Promotion et Education 2004 ; hors série : 22-27 p. 71

Texte
intégral

Service de formation. Des étapes aux questions. In : Evaluation d'une action de santé publique : recommandations. Paris : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, octobre 1995, p. 20
En ligne : www.anaes.fr, cliquer sur Publications, puis Les titres.
[Dernière consultation 24/11/2005]

4. Évaluation d'une action : exemples d'application p. 76

Texte
intégral

Bouttin V. Sur quels critères évaluer les projets de promotion de la santé dans les écoles. Éducation santé 2002 ; 166 : 13-14
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=411>
[Dernière consultation 24/11/2005]

Bullano S., Repellin E. L'évaluation du patient diabétique par un Examen Structuré Objectif (E.S.O.). Bulletin d'éducation du patient 1999 ; 18 (hors série) : 8-11

Texte
intégral

Collin J.F., Giraudo S., Baumann M. Outil d'aide à l'évaluation de performance des actions de santé : l'exemple du programme de prévention de l'alcoolisme en Lorraine. Santé Publique 2001 ; 13(2) : 179-193
En ligne : http://fulltext.bdsp.tm.fr/Sfsp/SantePublique/2001/2/01_COLL.pdf?6400W-X4107-7DWW4-J1X6Q-8G304
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Ferron C., Michaud P.-A. Évaluation de l'unité de crise pour adolescents des hôpitaux universitaires genevois. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 121-129 p.81

Texte
intégral

Flament M. L'outil "Animation-santé" : de l'empirisme à l'évaluation. Éducation santé 2004 ; 186 : 12-15
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=149>
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Janzky V., Husdens A., Berghmans L.. Évaluation d'une campagne médiatique et de mobilisation des relais sur le thème de l'alimentation. Éducation santé 2004 ; 186 : 2-5
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=142>
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Perreault M., Boyer G., Bouchard F., Léveillé D., Colin C. Évaluation du contenu d'une grille d'intervention auprès de femmes enceintes vivant en grande pauvreté. Ruptures 1997 ; 4(1) : 79-93

En ligne : www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup041_079.pdf
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Perreault M., Bouchard F., Léveillé D., Boyer G., Colin C. Évaluation qualitative du construit théorique d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins de femmes enceintes vivant en grande pauvreté. Ruptures 1996 ; 3(2) : 173-186

En ligne : www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup032_173.pdf
[Dernière consultation 24/11/2005]

Potvin L., Paradis G., Lessard R. Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé. Ruptures 1994 ; 1(1) : 45-57

Texte
intégral

Ridde V., Baillargeon J., Quellet P., Roy S. L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. Service social 2003 ; 50 : 263-279

En ligne : www.erudit.org/revue/ss/2003/v50/n1/009972ar.html
[Dernière consultation 24/11/2005]

5. Pour en savoir plus... p. 90

Le terme d'évaluation est aujourd'hui récurrent dans tous les discours, aussi bien des décideurs et des politiques que des professionnels du champ sanitaire et social et des usagers du système de santé.

Bien que l'évaluation soit reconnue comme un outil d'amélioration de la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé, sa perception est encore souvent négative, comme celle d'une mission impossible, ou d'une opération de " contrôle "... Ceci est lié d'une part au caractère conflictuel des enjeux qui la sous-tendent, d'autre part aux difficultés concrètes rencontrées dans sa mise en œuvre : difficultés pour obtenir un consensus sur les questions auxquelles elle doit apporter des réponses, sur la méthodologie à choisir, sur les indicateurs ; problèmes liés au temps à y consacrer et au suivi généralement de long terme ; coût de l'évaluation parfois supérieur à celui de l'action, etc... Ces différents éléments représentent un frein certain à son développement, et rendent difficile la mise en œuvre d'évaluations adaptées et pertinentes, étant entendu que tout ne peut ni ne doit être évalué.

Il est vrai que le champ des possibles, en évaluation, est vaste : les objectifs peuvent en être extrêmement variés (par exemple comprendre comment se déroule une action de prévention, ou savoir quelle serait l'action la plus pertinente à mettre en place parmi plusieurs actions possibles), parfois même opposés. Les méthodes et les indicateurs peuvent l'être également. Selon la logique utilisée, on fera ressortir davantage la santé " physique " des personnes, leur qualité de vie, ou le coût de l'action de prévention, en utilisant des indicateurs qui mettent l'accent sur des résultats individuels ou collectif.

Par ailleurs, l'utilisation des résultats de l'évaluation constitue une question à part entière tant la communication de données synthétiques et le contexte dans lequel on les mobilise peuvent déformer des résultats très nuancés obtenus dans une situation donnée. Ce point ne sera pas développé spécifiquement ici, mais certains des articles présentés apportent un éclairage sur cette question.

Ce dossier documentaire a été initié dans le cadre de la réflexion menée par l'Inpes sur l'évaluation dans son champ d'expertise. Sans prétention à l'exhaustivité, il regroupe des définitions et des articles de méthodologie permettant de mieux comprendre la place de l'évaluation et donne des éléments de méthode et de pratique pour mettre en œuvre l'évaluation dans le champ de la promotion et de l'éducation pour la santé.

La version électronique de ce dossier documentaire donne accès à certains articles en texte intégral (soit en format pdf pour les publications éditées par l'Inpes ou par l'UIPES, soit par un lien vers une page internet). Pour les articles non disponibles en ligne, le lecteur est invité à se rendre vers son centre de ressources documentaires préféré.

D'une manière générale, un dossier documentaire "est élaboré à partir d'une sélection d'articles, d'extraits d'ouvrages, de références bibliographiques, de toutes données répondant à une demande précise ; à la différence de la compilation d'articles, le dossier documentaire nécessite une exploitation, une analyse assez détaillée des contenus, dans l'objectif de les organiser et de les communiquer de façon pertinente"¹.

Une visée théorique et pratique...

S'inscrivant dans le cadre des journées de la prévention organisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, et plus particulièrement dans la session n°5 "Recommandations et référentiels : les construire et les utiliser", ce dossier documentaire a pour ambition de mieux cerner la notion d'évaluation et de donner les moyens au lecteur de mettre en œuvre un projet d'évaluation d'action en promotion ou en éducation pour la santé.

Méthode choisie

Nous nous sommes attachées à repérer des documents relatifs à des modèles, des grilles et des outils d'évaluation d'un point de vue non seulement théorique mais aussi pratique. Il a fallu distinguer et écarter des documents relatifs à l'efficacité ou à la qualité d'une action donnée pour se concentrer sur ceux traitant du processus d'évaluation.

La recherche de documents traitant de l'évaluation a été conduite en exploitant les ressources documentaires habituellement utilisées à l'Inpes.

- Recherche dans les dossiers constitués à la documentation de l'Inpes ; interrogation des bases de données bibliographiques et "Concepts" internes ;
- Interrogation des bases de données Medline, Banque de données santé publique (BDSP), Cochrane et Doctes . La recherche a été limitée aux publications de langues française et anglaise ;
- Consultation de sites internet identifiés préalablement (Anaes, ResoDoc, Office fédéral de santé publique , l'Evidence for policy and practice information and coordinating centre (EPPI),...);
- Démêlage de l'écheveau bibliographique : lecture attentive de la bibliographie des articles repérés et repérage de nouveaux documents ;
- Place toute particulière accordée à la sérendipité².

1. Cabrol S., Cornec C., Jacob I., Lavielle C., Lemonnier F. Guide de la documentation dans les comités d'éducation pour la santé. Marseille : Groupe national des documentalistes en éducation pour la santé, Comité régional d'éducation pour la santé Provence Alpes Côte d'Azur, 2004, p. 32

En ligne : <http://www.cres-paca.org/documentation/gndeps/guidedoc.pdf> [Dernière consultation 24/11/2005]

2. "La sérendipité est le don ou la faculté de trouver quelque chose d'imprévu et d'utile en cherchant autre chose." In : fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9rendipit%C3%A9 [Dernière consultation 24/11/2005]

Pour faciliter l'appropriation d'un tel sujet, nous avons sélectionné des documents en français et, si possible, facilement accessibles, en préférant notamment les documents en texte intégral sur internet. Nous n'avons pas pour autant négligé les documents anglophones ; leurs références sont souvent citées par les auteurs francophones présentés en texte intégral, et lorsque nous l'avons estimé nécessaire, des références à la littérature internationale ont été ajoutées dans la rubrique "Pour en savoir plus" ; leur ultime sélection a été motivée par leur facilité d'accès.

Pour guider le lecteur...

Nous avons structuré ce document de la manière suivante :

- Qu'est-ce que l'évaluation ? Quelques définitions
- Pourquoi évalue-t-on ? Objectifs de l'évaluation
- Comment évalue-t-on ? Modèles, grilles et outils d'évaluation
- Évaluation d'une action : exemples d'application
- Pour en savoir plus

Chacun des chapitres du dossier est structuré de façon identique. Des articles ou des extraits d'ouvrages nous paraissant essentiels ont été reprographiés : quelques lignes introductives argumentent les choix opérés. Les références d'articles ou les articles figurent par ordre alphabétique d'auteurs.

Enfin, une rubrique "Pour en savoir plus" conclut le dossier documentaire.

La recherche documentaire a été arrêtée en février 2005.

Des ressources francophones et davantage d'échanges

La difficulté d'un tel projet réside dans le fait qu'il existe peu de littérature francophone portant sur la manière dont les actions en éducation pour la santé sont évaluées ; par contre les articles rapportant les résultats de ces évaluations sont nombreux. Fort de ce constat, on pourrait imaginer que ce dossier serve de base à un édifice baptisé Évaluation dont les fondations seraient constituées d'écrits relatant la manière dont telle ou telle action a été évaluée... De façon plus pragmatique, les technologies de communication et d'information actuelles peuvent faciliter et dynamiser les échanges sur les expériences... Il devient raisonnable d'imaginer alors un espace internet dédié à l'évaluation et à sa mise en œuvre dans le champ de l'éducation et la promotion de la santé

A vos crayons, donc¹ ...

Cécile Fournier, Anne Sizaret
Mars 2005

1. Deschamps JP, Baudier F. Un défi éditorial : la publication des actions de santé publique. Santé publique 1998 ; 10(2) : 119-23

Plusieurs ressources documentaires ont permis de repérer les définitions. Celles-ci sont issues principalement :

- de la base de concepts du centre de documentation de l'Inpes, interrogeable en ligne sur le site internet de l'Institut (www.inpes.sante.fr, Rubrique "Espace documentaire")
- d'instances nationales ou internationales
- de documents connus de tous les professionnels

Nous avons choisi de les présenter par ordre chronologique, ce qui permet de mettre en évidence l'évolution de ce concept.

Évaluation : Procédure scientifique systématique qui détermine le degré de succès d'une action ou d'un ensemble d'actions au regard d'objectifs prédéterminés.

*Monnier J., Deschamps J.P., Fabry J., Manciaux M., Raimbault A.M.
Santé publique, santé de la communauté.
Villeurbanne : SIMEP, 1980, p.36*

L'évaluation est un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Cela implique une analyse critique de différents aspects de l'élaboration et de l'exécution d'un programme et des activités qui le composent, de sa pertinence, de sa formulation, de son efficacité, de son coût et de son acceptation par toutes les parties intéressées.

*Organisation mondiale de la santé.
L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs.
Genève : OMS, 1981, p. 11*

L'évaluation est la comparaison d'un objet d'intérêt, d'un ensemble d'informations et d'une norme standard d'acceptabilité, d'un ensemble de critères adéquats, pour prendre une décision, juger entre diverses décisions possibles, sur base de rapport d'évaluation [...].

*Bury J.A.
Éducation pour la santé : concepts enjeux planifications.
Bruxelles : De Boeck-Université, 1988, p.193*

Considérer l'évaluation comme une phase terminale est une erreur de jugement : l'évaluation doit être considérée comme une partie intégrante et continue du travail d'ensemble de la planification : elle est un processus d'analyse présent à chaque étape comme en fin d'action.

*Bury J.A.
Éducation pour la santé : concepts enjeux planifications.
Bruxelles : De Boeck-Université, 1988, p.195*

Évaluation de l'impact : C'est l'impact immédiat du programme sur les connaissances, les attitudes et les comportements du public-cible. Il s'agit surtout de vérifier dans quelle mesure les interventions spécifiques appliquées sur le terrain ont abouti aux résultats escomptés sur la population-cible. Les questions suivantes en sont des exemples : le public-cible fait-il appel aux services médicaux plus précocement qu'avant l'intervention ? Les comportements hygiéniques sont-ils plus acceptables ? Les conditions d'exposition aux risques sont-elles connues ?

*Bury J.A.
Éducation pour la santé : concepts enjeux planifications.
Bruxelles : De Boeck-Université, 1988, p.198*

Evaluer un projet en éducation pour la santé ce n'est pas nécessairement ou seulement dire s'il est efficace ou non... Déterminer l'utilité a priori d'un projet, mesurer la compréhension d'un message, connaître les effets d'une action ou s'interroger sur le déroulement d'un plan, tout cela est évaluation. Mais chacune de ces évaluations est différente des autres, de par son contenu, ses objectifs, ses méthodes et les problèmes pratiques qu'elle pose ! Toutes les évaluations ont toutefois un point en commun : elles aident à fonder une décision, à effectuer un choix. Pour cela, elles nous fournissent des informations dont nous tirerons des conclusions.

Evaluer, c'est collecter, ou fournir, des informations en vue de prendre une décision. C'est aussi comparer les informations collectées avec des critères, des "normes" correspondant aux objectifs de l'évaluation. Cela sous-entend qu'il existe : une décision à prendre; un objet à évaluer; des objectifs d'évaluation; des critères; des informations à collecter. Préciser ces cinq éléments, répondre à ces questions est la première étape d'une évaluation.

Deccache A.

*Pour mieux choisir son évaluation... Définition et rôles des évaluations en éducation pour la santé
In : Méthodes au service de l'éducation pour la santé.*

Liège : APES, 1989, p.2

Évaluation : Processus d'analyse quantitatif et ou qualitatif qui consiste à apprécier le déroulement d'actions de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique, et à mesurer leurs effets.

Sournia J.C. / dir.

Dictionnaire français de santé publique.

Paris : Editions de Santé, 1991, p. 149

L'évaluation est un processus d'analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire, les effets spécifiques et les conséquences ou l'impact). Toutes les démarches d'évaluation sont des démarches d'observation et de comparaison. La comparaison s'établit toujours entre des données recueillies et un référentiel. Le référentiel d'évaluation pouvant être soit un objectif de santé déterminé par la littérature, soit un critère construit de façon pragmatique en fonction de certaines situations, à partir d'avis d'experts, par exemple.

Toute donnée, relevée ou mesurée, qui ne peut être comparée à une autre, ne peut être considérée comme une donnée évaluative. Il s'agit alors d'un moyen de surveillance ou de "monitoring".

On distingue couramment et schématiquement : les évaluations strictement comparatives de type "avant/après" ou "ici/ailleurs" ; les évaluations analytiques qui recherchent des causes de dysfonctionnement ou de changement ; les évaluations dynamiques de type "rétro-action" qui modifient l'action en cours au fur et à mesure de son déroulement.

Service de Formation.

Evaluation d'une action de santé publique : recommandations.

Paris : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, octobre 1995, p. 7

L'action ou le programme de santé publique vise à améliorer la santé d'une population. Son évaluation consiste à apprécier son déroulement ou à mesurer ses effets, elle est donc un processus qui accompagne l'action depuis sa conception jusqu'à ses résultats.

Blum-Boisgard C., Gaillot-Mangin J., Chabaud F., Matillon Y.

Evaluation en santé publique.

Actualités et dossiers en santé publique 1996 ; 17 : XVIII-XXII

Art. 1er. - L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Art. 8. - L'évaluation collective des pratiques vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées ou validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Décret no 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales. Journal Officiel, 29 décembre 1999, n ° 301 : 19594

Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés, qui peuvent avoir des champs de jugement différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention et construire un jugement qui puisse se traduire en actions. Les informations produites par une évaluation peuvent résulter de la comparaison entre des observations et des normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative).

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2000 ; 48(6) : 521

L'évaluation est un outil de mesure et de conduite du changement. Elle a deux buts principaux : le but formatif, qui vise à améliorer la mise en œuvre du programme (le pilotage) ; le but sommatif, qui analyse les effets du programme pour en tirer les leçons.

Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon : ERSP, 2004, p.18

Pourquoi évalue-t-on ? Quels sont les enjeux sous-jacents ? Quelle vision les professionnels ont-ils des objectifs et enjeux de l'évaluation ? Certaines méthodes sont-elles plus à même d'apporter des réponses aux questions qui se posent dans le domaine de la promotion de la santé ?

L'article de **Contandriopoulos et al (1996)**, très complet, propose un **cadre conceptuel pour l'évaluation dans le domaine de la santé**, susceptible de permettre aux personnes ayant une activité d'évaluation de se comprendre, de faire des évaluations meilleures et pertinentes. Il donne à l'évaluation **quatre types de finalités** (stratégique, formative, sommative et fondamentale) et éclaire ces approches, afin de favoriser la mise en cohérence des pratiques et d'aider à la prise de décision.

Nock (2000) centre son discours sur l'évaluation dans le champ de la promotion de la santé : il explore les **motivations** qui peuvent être à l'origine d'une évaluation dans ce domaine et questionne la **possibilité d'"évaluer la prévention"**. Il fait le **lien entre les principales questions** qui peuvent se poser et les **méthodes** utilisables pour contribuer à y répondre. Il donne également des **définitions simples** pour appréhender la **terminologie** utilisée par les chercheurs et les théoriciens de l'évaluation (efficacité, efficience, ou effectivité ; évaluation formative ou sommative, évaluation interne ou externe) tout en mettant en relief leurs avantages et inconvénients respectifs.

Evaluer quoi ? Evaluer pourquoi ? Ce sont certaines des questions auxquelles l'article de **Blum-Boisgard et al (1996)** contribue à répondre, en les reliant aux conseils méthodologiques élaborés par l'Andem¹, à l'usage des promoteurs d'actions de santé publique souhaitant mettre en place une évaluation.

Deccache (1997) examine les différences et les relations entre l'**évaluation d'efficacité et l'évaluation de qualité**. Il présente les **disciplines** (de l'épidémiologie aux sciences humaines) qui peuvent être contributives à ce type d'évaluation. Il discute également les apports et les limites de **méthodes importées du courant de l'"assurance de qualité"** et étudie à quelles conditions et avec quelles limites elles peuvent être **transposées dans le champ de la promotion de la santé**. Il propose enfin des **catégories de critères d'évaluation**, en soulignant l'importance de confier leur choix à toutes les personnes concernées par l'action.

1. Andem : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

De la même manière, **Vandoorne (2002)** montre **pourquoi les paradigmes issus de la recherche expérimentale se révèlent peu adaptés à l'évaluation de la promotion de la santé**. Elle décrit **trois types d'enjeux** au sein de la dynamique d'évaluation : social, stratégique et technique. Elle indique **les représentations de l'évaluation** exprimées chez des acteurs inscrits dans une démarche de formation à l'évaluation. Elle montre une application concrète du modèle d'évaluation décrit par Demarteau (modèle APEP¹) en tant que **canevas d'interrogation permettant de préparer un plan d'évaluation**. Les quatre étapes de ce canevas sont les suivantes : 1- qui utilisera les résultats de l'évaluation ? 2- A quoi l'évaluation va-t-elle servir ? 3- Quelles sont les valeurs de référence, les critères de jugement ? 4- Quels sont les objets d'évaluation ?

Sandrin-Berthon (2002) se fait l'écho du **questionnement des professionnels réunis pour un colloque sur l'évaluation en santé publique en 1998 sur le pourquoi et le comment de l'évaluation**. Par ailleurs, en illustrant son propos par des exemples imagés, elle propose des **critères pour évaluer si une action donnée correspond ou non à une action d'éducation**.

1. Modèle APEP : Modèle de l'Analyse des pratiques d'évaluation de programme

Ce texte
est intégral

Blum-Boisgard C., Gaillot-Mangin J., Chabaud F., Matillon Y. Évaluation en santé publique. Actualité et dossier en santé publique 1996 ; 17 : 18-22
En ligne : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-17/ad173640.pdf>
[Dernière consultation 24/11/2005]

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2000 ; 48 : 517-539

Ce texte
est intégral

Deccache A. Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines. Promotion & éducation 1997 ; 4 : 10-14

Ce texte
est intégral

Demarteau M. Évaluer : une question d'éthique. La santé de l'homme 2000 ; 345 : 36-38

Nock F. Le monde complexe de l'évaluation. In : Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris : Mutualité française, 2000 : 6-18.

Ce texte
est intégral

Sandrin Berthon B. Évaluer notre capacité à faire œuvre d'éducation. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 165-171

Ce texte
est intégral

Vandoorne C. Les acteurs et les enjeux au cœur de l'évaluation : promotion de la santé, évaluation. Éducation santé 2002 ; 173 : 9-11
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=329>
[Dernière consultation 24/11/2005]

A. Deccache

Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines

En matière d'évaluation, la Promotion de la Santé et l'Éducation pour la Santé se sont longtemps limitées à l'évaluation d'efficacité des actions et programmes. Depuis que plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'évaluation de la qualité de la Promotion de la Santé et de l'Éducation pour la Santé^{1,6}, une nouvelle orientation a été ouverte. Elle se généralise en 1996, avec la 3^e « Conférence européenne sur l'Efficacité de la Promotion de la Santé et de l'Éducation pour la Santé » consacrée entièrement à l'évaluation de la qualité.

Evaluer l'efficacité, c'est vérifier si, et jusqu'à quel point, les objectifs visés sont effectivement atteints ; c'est donc un rapport entre effets et objectifs. Evaluer la qualité revient à estimer la capacité du processus mis en œuvre (démarche, moyens, procédures, interactions...) à produire certains effets et résultats (Fig. 1).

L'« assurance de qualité » est un concept et une activité développés dans l'industrie, dans le but d'améliorer l'efficacité de la production. Deux approches distinctes en découlent. La première, appelée « external standards inspection » (évaluation sur critères externes, ou ESI) consiste à établir des critères de qualité, les évaluer et remédier aux insuffisances. La deuxième, dite « continuous quality improvement » (amélioration continue de la qualité, ou CQI) conçoit l'activité ou le service comme un processus, et envisage l'évaluation de la qualité comme une partie du processus, à charge des acteurs impliqués eux-mêmes).¹³

Dans le champ de la santé/maladie et des soins en particulier, ce concept et ces activités ont conservé leur objectif initial. Ils s'inscrivent dans le cadre des besoins de maîtrise des coûts de la santé, s'intéressant à des aspects tels que les moyens mis en œuvre, procédures, coûts et effets obtenus. En un sens, ils s'apparentent en partie à l'évaluation « coûts-efficacité ». L'efficacité y est considérée comme un critère de qualité, et les référents théoriques y sont ceux de l'Économie et de la Sociologie des organisations. L'approche utilisée y est celle de l'ESI. Dans cette perspective, l'assurance de qualité est considérée comme une démarche objectiviste, utilisant principalement des méthodes quantitatives et ne s'intéressant aux aspects

subjectifs (points de vue des patients, par exemple) qu'à partir de critères objectifs et prédéfinis.

Enfin, le processus, objet principal de l'évaluation de qualité, y est perçu comme « ce qui se passe entre l'input et l'output », c'est-à-dire en tant qu'utilisation et transformation de l'input.

Ces référents et méthodes sont-ils suffisants et adéquats à opérationnaliser les concepts d'évaluation, d'efficacité et de qualité en Promotion de la Santé et en Éducation pour la Santé ? Faut-il les compléter d'autres ? L'approche de l'ESI est-elle appropriée ?

C'est à ces questions que le présent article veut répondre, en trois parties. La première concerne le point de vue, la discipline de référence utilisée, et ses paradigmes et outils. La deuxième porte sur la relation entre efficacité et qualité. La troisième traite des méthodes et critères nécessaires dans une application à la Promotion de la Santé.

Promouvoir la santé : une démarche et des référents particuliers

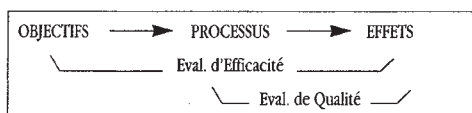
Tones¹⁵ définit simplement la promotion de la santé comme « un produit d'actions d'éducation pour la santé et de politique publique saine », impliquant qu'il ne peut y avoir de promotion de la santé sans la présence simultanée d'éducation et de politique de santé, qu'elle soit au niveau légal, environnemental, social ou sanitaire (Fig. 2).

La promotion de la santé s'inscrit dans un mouvement idéologique particulier, celui de la participation communautaire. Ce mouvement place le public (individu ou groupe) dans une position d'acteur, avec un point de vue qui peut être celui des Institutions sociales et politiques, ou au contraire, et parfois alternativement, dans une situation d'opposition, de conflit, avec ces institutions.

Cela est aussi valable pour l'agent de promotion de la santé, et donc d'éducation pour la santé, qui est d'abord un agent de changement. Et selon les situations, les « promoteurs de santé » sont au service de la communauté et de sa santé, et parfois au service d'une politique ou d'une institution de santé. Cette variété se reflète dans les différences entre les institutions existantes : des départements ministériels aux agences étatiques, aux O.N.G., et autres associations de patients ou d'usagers de la santé, etc. Ces différences impliquent des visions et des approches variées sinon opposées de la promotion de la santé.^{4,14}

DOSSIER

Fig. 1 : Evaluation d'efficacité et de qualité



Elles se reflètent aussi dans les différences de processus d'action, de détermination des besoins, d'implication des « acteurs » concernés (décideurs, professionnels, chercheurs, population...).

Développées tant à partir des référents de la santé publique que de ceux de diverses sciences humaines, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé se fondent sur des paradigmes et des démarches variées, de l'épidémiologie à la psychologie et l'anthropologie. Plusieurs auteurs, dont Liedekerke et al, Briziarelli, Tones, Bury,^{11, 15, 3} ont mis en garde contre l'utilisation *exclusive* des disciplines de la santé publique pour comprendre, agir et évaluer la promotion de la santé...

Pour la promotion de la santé, le concept même de santé est *au moins double* : d'une part, c'est une réalité épidémiologique, objectivée et mesurable, et d'autre part, c'est une réalité individuelle et sociale, subjective, mais tout aussi réelle et évaluable.

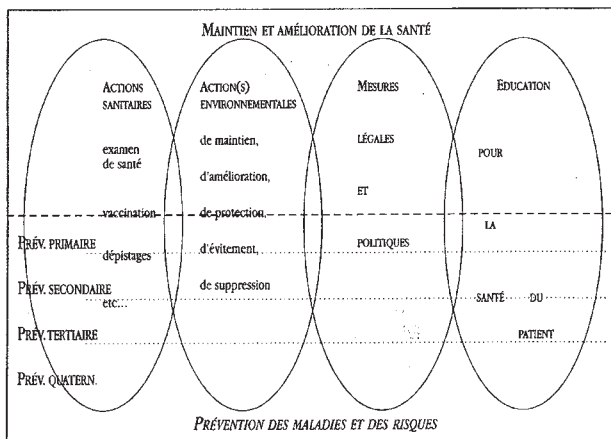
Dans la pratique, la promotion de la santé

- implique d'intégrer les actions visant la prévention et celles qui visent le maintien et l'amélioration de la santé. Son objet est donc double : *santé et maladie (ou risque)*. Cette caractéristique ouvre les options d'action de la promotion de la santé plus largement que celles de la santé publique « classique » au sens strict, construite sur l'épidémiologie, et dont l'objet est essentiellement les risques et les maladies.
- suppose aussi de compléter (ou remplacer) l'approche *verticale de la prévention (par thèmes et par risques)* d'une approche *transversale (par public)* voire même *globale (apportée par les Sciences de l'éducation)*.
- implique aussi une approche communautaire, qui place le citoyen, l'usager de la santé, dans une *position centrale de pouvoir*, tant pour la définition des besoins, que pour l'évaluation des services.
- inclut aussi la participation et le renforcement des capacités et du pouvoir de l'usager, patient ou bien-portant, sur sa santé et ce qui la détermine.
- enfin, a pour objet l'action éducative et sociopolitique, ce qui nécessite l'utilisation d'instruments variés et *spécifiques* pour l'action et pour l'évaluation.

Aux choix idéologiques de la promotion de la santé correspondent des options théoriques, une certaine vision des concepts de qualité, et donc forcément des méthodes et techniques qui peuvent différer de celles utilisées majoritairement jusqu'ici.

Ainsi à une définition restreinte du processus, comme « throughput », les sciences de l'éducation ont apporté une acceptation qui l'élargit jusqu'à en faire « l'ensemble de ce qui se passe », input et throughput compris.³ Ceci implique que les méthodes et démarches même d'analyse des besoins, de détermination des objectifs et des priorités, et de conception des projets de promotion de la santé soient objets de l'évaluation de la qualité. De même, les modes d'action et d'interaction entre les acteurs sont pris en compte, ouvrant sur l'évaluation des aspects éthiques et idéologiques des projets.

Fig. 2 : Promotion de la santé et éducation pour la santé



Evaluation d'efficacité ou évaluation de qualité ?

Un autre exemple concerne l'évaluation des effets des actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Green et al⁸ distinguent deux types d'effets : l'impact et les résultats. L'impact regroupe les effets directs ou indirects « intermédiaires », immédiats, visés ou non ; en éducation pour la santé, les changements de savoirs pratiques ou théoriques, de représentations sociales, de perceptions et attitudes, peuvent être considérés comme l'impact. Les résultats sont les effets « finaux » souvent à moyen ou long terme, tels les changements en termes de morbidité, de mortalité, ou encore d'accès aux services ou de coût des soins et de la santé...

Pendant longtemps, en évaluation, l'*approche de santé publique* a prévalu. L'évaluation y est conçue comme la mesure de l'efficacité (efficacité surtout épidémiologique d'ailleurs). Or, cette évaluation répond aux questions : « est-ce que cela marche ? » et « qu'est-ce qui marche ? »... et n'apporte d'ailleurs que des réponses partielles. Elle ne permet *pas* de savoir « comment ou pourquoi ça marche ? » ni « ce qu'on peut améliorer ».

Certains programmes privilégient une *approche inspirée des Sciences de l'éducation*.

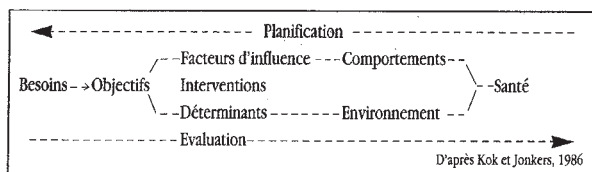
L'évaluation y est vue comme une collecte d'informations visant à permettre une prise de décision. L'évaluation d'efficacité s'y retrouve, mais avec d'autres : évaluation de processus, de besoins, d'impact (pour comprendre les effets secondaires, inattendus), etc.

Ailleurs, c'est l'*approche de marketing social et de communication* qui a été utilisée, avec ses études de marché, ses segmentations de publics, et ses évaluations de lisibilité, de pénétration, d'efficacité, etc.

Plus récemment, l'approche anthropologique et ses méthodes, ethnographique et autres, est venue renforcer les précédentes.

Il y a donc bien *plusieurs* visions et paradigmes, qui se complètent, et parfois s'opposent...

Fig 3 : Processus de promotion de la santé



A trop nous préoccuper des résultats, nous avons un peu négligé l'impact. Entre la détermination des besoins et des objectifs et les résultats sur la santé, que l'on peut observer à l'issue d'interventions, plusieurs étapes et éléments intermédiaires existent, dont dépendent aussi les effets (Fig. 3).

En promotion de la santé et en éducation pour la santé, on ne connaît pas encore très bien ces étapes, ni leurs effets respectifs dans des conditions et des contextes différents. Travailler sur les facteurs d'influence et les déterminants et conditions psycho-socio-environnementaux est donc indispensable pour mieux comprendre le processus en question, et établir ensuite des « critères » ou « standards » de qualité.

Par ailleurs, en nous limitant à évaluer l'efficacité, c'est-à-dire à vérifier si les effets attendus étaient observés, nous ne sommes pas préoccupés des autres effets possibles, inattendus, imprévus, des effets secondaires parfois positifs et parfois négatifs.

Il y a donc plusieurs raisons à

- évaluer tous les effets possibles, plutôt que ceux liés aux seuls objectifs,
- évaluer l'ensemble du processus, plutôt que les seuls moyens, procédures et coûts,
- évaluer l'impact plutôt que les résultats,
- évaluer la qualité plutôt que l'efficacité.

Pour les éducateurs pour la santé, et les promoteurs de santé, les questions « *comment ça marche ?* » et « *comment améliorer ?* » sont devenues essentielles...¹² Dans ce domaine, l'apparition de l'intérêt pour la Qualité est *d'abord* lié à la recherche d'amélioration..., et du bon usage des ressources... *avant* les préoccupations de maîtrise des coûts. D'ailleurs, de tous temps, les ressources et les moyens ont été limités... en promotion de la santé : 1% du budget de la santé dans le meilleur des cas, en Europe. Les problèmes résident moins dans l'efficacité et la rentabilité de la promotion de la santé que dans les choix effectués en amont, aux niveaux politique, social et environnemental.

La logique sous-jacente à notre point de vue de professionnels est que la promotion de la santé est indiscutablement une activité socialement pertinente et utile, et que nous voulons la rendre plus adéquate et efficace. Dans *cette* logique, la qualité est un instrument et un moyen d'améliorer l'efficacité.

Selon Windsor,¹⁶ évaluer la promotion de la santé dans ce but revient à :

- 1) pour la pratique : - décrire les points forts et faibles d'un programme, - vérifier si le programme se déroule conformément à la planification et dégager les

informations et éléments nécessaires au contrôle de sa qualité, - vérifier si le programme est transférable et reproductible dans d'autres systèmes,

- 2) pour la théorie : - augmenter les connaissances scientifiques, - formuler des hypothèses cohérentes de recherche,

- 3) pour la stratégie et la politique : - permettre de rendre des comptes à la communauté concernée, - augmenter le niveau d'expertise des professionnels, - améliorer les relations avec le public et l'associer à la démarche, - remplir les conditions de financement et assurer la subsidiarité des programmes.

Dans cette perspective, ce qui distingue l'évaluation d'efficacité de l'évaluation de qualité, *c'est d'abord leur objectif* : sommatif pour l'efficacité (jugement, qui permet un ajustement pour le futur), et formatif pour la qualité (qui permet des ajustements permanents, immédiats et utiles au programme en cours).⁹

En promotion de la santé et en éducation pour la santé, l'« assurance de qualité » est un processus systématique par lequel les niveaux souhaitables de qualité sont décrits, le degré d'atteinte de ces niveaux est établi, et des décisions d'amélioration sont prises et mises en route¹⁷; la qualité étant définie comme « l'ensemble des éléments et caractéristiques d'un service qui établissent sa capacité à satisfaire les besoins d'un public ». ² Evaluer la qualité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé revient dès lors à décider de mettre en route un programme d'assurance de qualité, identifier les éléments clés de ce programme, établir des normes de qualité et des critères d'évaluation, évaluer la performance des activités, prendre des décisions d'amélioration et assurer un suivi de ces décisions.

Des objets, méthodes et critères adéquats pour évaluer la qualité

Pour évaluer la qualité, nous devons parvenir à *comprendre comment un processus permet certains effets*. Et comme pour toute forme d'évaluation, des critères sont nécessaires. Ces critères doivent être adéquats aux objets d'évaluation, c'est-à-dire au processus *spécifique* à *chaque* action ou programme, et à leurs choix.

Pour parvenir à définir des « normes de bonne pratique » en promotion de la santé et en éducation pour la santé, nous avons besoin de critères clairs et pertinents. Or le choix même des critères n'est pas neutre. Il est lié aux options de paradigmes disponibles. Ces options déterminent le type de critères appropriés, et les critères déterminent le type de pratique appropriée. Pour briser le cercle vicieux, Evans et al⁷ ont, de manière empirique, proposé plusieurs « critères de bonne pratique », comme point de départ ; ces critères devant être à leur tour remis en question et affinés.

Pour chacune des six fonctions identifiées du travail de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (planification, gestion de projet, évaluation, formation, information professionnelle, aide et consultance

méthodologique), Evans et ses collègues suggèrent douze « critères de bonne pratique » :

- une philosophie de projet explicite et partagée,
- une définition claire de la santé,
- des décisions fondées sur des analyses de besoins,
- une approche planifiée,
- une collaboration intersectorielle réelle,
- une direction et une supervision stratégique du projet,
- des objectifs réalistes,
- des méthodes et moyens adéquats et efficaces,
- une participation et une implication active du public,
- une diffusion large des résultats,
- une réflexion et une autoévaluation sur le processus,
- une équipe compétente et motivée.

On retrouve dans cette proposition les éléments fondamentaux de la promotion de la santé, qui définissent des catégories de critères, générales et inévitables :

- **les critères relatifs au programme**, c'est-à-dire à l'ensemble des activités prévues : leur nature, déroulement, composants, adéquation aux besoins (et non seulement aux problèmes) exprimés ou non ;

- **les critères concernant les agents et intervenants** : compétences, interactions, capacités à favoriser l'émergence des besoins de la communauté et à soutenir les actions ;

- **les critères relatifs à la communauté**, public, ou individus concernés : qualité des participants, degré de leur participation, satisfaction, etc. ;

- **les critères d'utilisation des ressources** disponibles et de gestion des contraintes,

- **les critères d'interaction**

- entre parties du programme,

- entre différents programmes et systèmes impliqués

(c'est-à-dire l'intersectorialité, la part respective de l'Education pour la Santé et du sociopolitique, et

- la complémentarité des approches verticales (par thème ou risque) et transversales (par public ou situation),

- **et enfin, les critères relatifs aux choix valoriels et théoriques**, aux paradigmes sous-jacents, c'est-à-dire l'acceptabilité, l'équité, l'accessibilité, les aspects éthiques, l'adéquation des méthodes et techniques utilisées aux choix philosophiques et conceptuels effectués. En effet, entre participation, activisme et manipulation, la différence est parfois faible ; entre santé du public et santé publique, les limites sont floues ; et entre l'intérêt de l'individu et celui de la collectivité, les conflits ne sont pas rares.

Ces critères, c'est à tous les partenaires de les définir : pouvoirs subsidiaires (décideurs), population et professionnels de la promotion de la santé, et non à un seul d'entre eux. Chacun de ces acteurs peut ainsi apporter sa vision de la qualité et ses attentes. Entre la « complexité scientifique » et la « nécessité politique » souvent reconnues, nous devons garder la place de la « pertinence sociale » de la promotion de la santé. Entre les différentes sortes de critères décrites par Green,⁸ des choix doivent être faits conduisant à des référents différents selon les cas ; entre des critères « historiques », fondé sur l'expérience, « normatifs », basés sur un groupe témoin, ou « absolus », établis à partir de la situation idéale

à atteindre, il y a place pour des critères « négociés » combinant les autres.

Enfin, évaluer la qualité nécessite que ces critères soient opérationnalisés, transformés en indicateurs, que Tones¹⁵ appelle « indicateurs intermédiaires de performance », parce qu'ils concernent **à la fois** le processus et l'impact. Ces indicateurs doivent permettre d'**apprécier** (qualitativement) et de **mesurer** (quantitativement) les critères choisis.

Ces propositions placent l'évaluation de qualité en promotion de la santé et en éducation pour la santé à mi-chemin entre l'« *External standards inspection* » (ESI) et le « *continuous quality improvement* » (CQI). Bien que de plus en plus largement appliquée dans les disciplines de la santé (et notamment la gestion des institutions de soins et de santé), l'approche par ESI semble inadéquate en promotion de la santé et en éducation pour la santé. L'établissement de critères généraux de qualité, ou catégories de critères, de manière externe et préalable, à opérationnaliser par des critères spécifiques, définis par les acteurs du système ou du programme considéré, est une alternative bien plus apte à permettre une amélioration de la qualité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Elle rend à certaines caractéristiques qualitatives, peu mesurables, leur place importante tout en tirant parti des caractéristiques concrètes, tangibles mais insuffisantes à cerner la complexité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé que sont les moyens, les procédures, les compétences et les coûts.

Références

- 1 - Briziarelli L. Evaluation in health education. In Mahan C, Tinarelli M. (Eds.). *Consultation on Evaluation on Health Education*. Perugia: IUHE/EURO Experimental Center for Health Education; 1989: 10-21.
- 2 - British Standards Institution. *BS 4778: British Standards Quality Vocabulary*; 1978.
- 3 - Bury JA. *Education pour la santé, concepts, enjeux, planifications*. Coll. Savoirs et santé. Bruxelles: De Boeck Université; 1988.
- 4 - Caplan R, Holland R. Rethinking health education theory. *Health Education Journal*. 1990; 49 (1): 10-12.
- 5 - De Ketele JM, Renders X. *Méthodologie du recueil d'informations*. Coll. Pédagogies en développement. Bruxelles: De Boeck Université; 1986.
- 6 - Deccache A, Lavendhomme E. *Information et Education du patient: des fondements aux méthodes*. Coll. Savoirs et santé. Bruxelles: De Boeck Université; 1989.
- 7 - Evans D, Head Mj, Speller V. *Assuring Quality in Health Promotion: How to Develop Standards of Good Practice*. London: Health Education Authority; 1994.
- 8 - Green LW. The theory of participation. In: *Advances in Health Education and Promotion*, vol 1. JAI Press; 1986.
- 9 - Jonkers R. Effectiveness in health education. In: Mahan C, Tinarelli M. (Eds.). *Consultation on Evaluation on*

Health Education. Perugia: IUHE/EURO Experimental Center for Health Education; 1989: 10-21.

10 - Kok GJ, Jonkers R. GVO en preventie. In: *Gvo/aggz preventie Reader*. Utrecht: Landelijk centrum GVO; 1986.

11 - Liedekerke et al. *Effectiveness of Health Education: Review and Analysis*. Assen, Pays-Bas: Van Gorcum / Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering b.v.; 1990.

12 - Ovreteit J. Quality in health promotion. *Health Promotion International*. 1996; 11 (1): 55-62.

13 - Ovreteit J. All together now. *Health Services Journal*. 1994; December: 24-26.

14 - Taylor V. Health education: a theoretical mapping. *Health Education Journal*. 1990; 49 (1): 13-14.

15 - Tones K. Measuring success in health promotion. *HYGIE*. 1992; (11) (4): 10-14.

16 - Windsor RA et al. *Evaluation of Health Education and Health Promotion Programs*. Palo Alto: Mayfield Publishing Co; 1984.

17 - Wright C, Whittington D. *Quality Assurance: An Introduction for Health Care Professionals*. London: Churchill Livingstone; 1992.

Alain Deccache, Professeur

Unité d'Education pour la Santé (RESO), Ecole de Santé Publique, Université catholique de Louvain, Avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, Belgique

Tél. : 32 (0) 2 764 50 70 ; Fax : 32 (0) 2 764 50 74

Évaluer : une question d'éthique

Quelles sont les questions éthiques qui se posent à tout évaluateur ? Quelle est la fonction éthique de l'évaluation ? Avant de poser quelques jalons¹ pour une réflexion sur les relations entre l'évaluation et l'éthique, précisons à quelles définitions préalables de l'évaluation et de l'éthique nous nous référons.

L'évaluation

Évaluer n'est pas mesurer. Pourtant, la représentation dominante de l'évaluation « correcte » est toujours celle du recueil de données quantitatives selon le modèle scientifique expérimental.

Évaluer, c'est autre chose. Si l'on recherche une définition plus complète de l'évaluation d'une action², il est possible d'identifier trois composantes à l'évaluation.

▮ L'évaluation comporte tout d'abord effectivement un **processus de recueil et de structuration de l'information**, mais qui ne se réduit ni à des informations quantifiées, ni aux procédures expérimentales.

L'évaluation n'étudie pas l'action pour le savoir, mais pour l'action. Le savoir sur l'action n'est qu'une étape et non une finalité. Ainsi, bien qu'elle utilise les méthodes scientifiques, l'évaluation ne serait pas une science. Cette affirmation soulève des enjeux épistémologiques importants. L'évaluation, par exemple, peut-elle servir à connaître et à comprendre l'éducation pour la santé en accumulant des connaissances généralisables ?

▮ L'évaluation se réfère ensuite à la **production d'un jugement de valeur** sur l'action. L'évaluation pose la question de la valeur des actions entreprises. C'est pour cela qu'elle offre un champ aux questions éthiques et se tourne vers les philosophes pour clarifier, par exemple, la distinction entre valeur et vérité.

▮ L'évaluation comprend, enfin, l'utilisation de ce jugement pour **prendre des décisions** sur le déroulement de l'action. La dernière facette de l'évaluation, mais aussi la plus importante, est la question de la décision qui conduit l'action. C'est la finalité ou l'usage de l'évaluation. C'est aussi le lien inévitable avec le champ du politique.

Cependant, si l'évaluation a pour intérêt principal d'assurer la conduite de l'action, c'est parce qu'elle aide à mieux connaître et à juger l'action. Elle permet de construire une représentation de l'action et de sa valeur. Les trois composantes de l'évaluation sont intimement liées. Le rôle croissant de l'évaluation ne peut se comprendre que dans ses rapports à la connaissance, au jugement et à la décision.

L'évaluation est une pratique sociale particulière à la croisée de la science, de la philosophie et du politique. Il faut la considérer en tenant compte de ces trois rationalités distinctes, même si la rationalité cognitive apparaît dominante et tend à masquer les deux autres.

L'éthique

Paul Ladrière³ situe l'éthique dans l'action et dans la constitution des valeurs. Il fait ensuite une distinction entre une éthique traditionnelle et une éthique rationnelle qui nous permettra d'introduire ce que nous appelons la fonction éthique de l'évaluation.

Le point de départ de l'expérience éthique se situe dans l'action. La liberté que je crois posséder ne se concrétise que dans l'acte que je pose. L'expérience éthique se développe alors dans la prise de conscience de ce que je suis, de ce que je souhaite et de ce que je fais. Au-delà de ce rapport à soi, c'est dans le rapport à l'autre que se poursuit l'expérience éthique. L'affirmation de sa propre liberté prend conscience de la liberté de l'autre et des limites et difficultés de cette confrontation dans

l'interaction. Chacun engage sa responsabilité.

Plus loin, l'expérience éthique se dégage du rapport à l'autre, anonyme, par la médiation des institutions. La liberté des autres se construit alors et s'abstrait dans la référence à des valeurs comme l'égalité, la fraternité. Ces règles reconnues comme légitimes sont la trace de choix éthiques collectifs antérieurs.

L'idée de valeur est une abstraction détachée de l'expérience vécue, mais qui en est issue. La valeur est construite par le sujet à partir de l'analyse de ses actes et de ce qui vaut pour lui, de ce qu'il désire. Il faut pour cela l'exercice d'une liberté personnelle qui permet le choix des actes. Cette analyse personnelle est aussi soumise à celle d'autrui. Elle est alors interpersonnelle. Elle fera ensuite référence à des valeurs reconnues collectivement, héritées par des expériences vécues socialement (familiale, éducative, religieuse, etc.). Ces valeurs se transforment alors en règles, en morales, en lois.

L'éthique traditionnelle va considérer ces valeurs, les règles, la morale, les lois comme des évidences. Il y a une responsabilité individuelle, mais soumise à la norme sociale. Il s'agit d'un savoir implicite, un savoir d'arrière-plan qui va de soi.

L'éthique rationnelle admet ce savoir implicite, accepte qu'il détermine aussi largement l'expression explicite, mais va le soumettre à l'examen, à la critique collective. Les acteurs vont se charger de s'expliquer sur les faits rencontrés dans le monde objectif à l'aide de la rationalité cognitive. Ils vont s'expliquer sur les normes du monde social en s'appuyant sur la rationalité morale. Ils vont s'expliquer sur les expériences vécues du monde subjectif à l'aide de la rationalité esthétique. Ils vont s'expliquer sur ce qui est acceptable, crédible, partageable, sur la vérité des faits, la justesse

des normes et la sincérité des personnes. L'éthique est alors une éthique de la discussion où tout devient problématique. Mais cette éthique exige en préalable la reconnaissance réciproque, la liberté égale d'expression et de critique, la participation ouverte à tous ceux qui sont concernés.

La fonction éthique de l'évaluation

Évaluer est une question d'éthique pour tout éducateur pour la santé. C'est ce point de vue que nous souhaitons mettre en évidence aujourd'hui, même si'il reste encore à affiner et développer.

Le terme « valeur » est inclus sémantiquement dans le terme évaluation comme il est au centre de toute réflexion sur l'éthique. L'évaluation ne peut se comprendre que reliée à l'action comme l'éthique ne prend son sens que dans l'acte qui est posé. La définition de l'éthique proposée par Paul Ladrière offre des points de rencontre, de convergences avec la définition que nous donnons de l'évaluation.

Si l'on suit Paul Ladrière, un acte éthique est un acte qui se confronte aux valeurs, un acte qui dit ce qu'il fait, qui dit la valeur de ce qu'il fait (qui explicite les critères, les valeurs en jeu), qui dit et présente à la critique les enjeux (personnels, institutionnels, sociaux) qu'il porte. C'est un acte qui s'évalue.

Si la fonction principale de l'évaluation est d'explicitement les enjeux multiples qui sous-tendent l'action comme nous le défendons, elle agit alors comme l'éthique rationnelle qui fait apparaître et discute ce qui semble évident. L'évaluation a une fonction éthique.

Évaluer n'est pas d'abord une technique, mais un acte éthique, une responsabilité de chaque éducateur pour la santé.

Comment dire la valeur de ce que l'on fait ? C'est tout simplement dans un premier temps regarder ce que l'on fait, s'interroger. C'est ensuite déplacer le regard et s'offrir au regard de l'autre en passant par l'énonciation (dire). C'est enfin demander le regard d'un autre, des autres en faisant intervenir un tiers (faire dire). L'évaluation, c'est rendre compte à ceux qui nous demandent des comptes, mais surtout à ceux

pour qui et avec qui nous travaillons directement ou par l'intermédiaire des institutions. Il y a donc dans l'évaluation un processus, un mouvement vers l'extérieur de socialisation par la parole et par l'intervention externe d'un tiers. Ce mouvement est à la portée, est du devoir de tous.

L'objectivité de l'évaluation vient alors de la valeur sociale attribuée à l'évaluation plus que de la technique utilisée. L'objectivité s'entend comme la distance prise par rapport à la subjectivité et pas du rapport à une vérité « scientifique » (pour autant qu'il y en ait une). Elle reste toujours relative.

Un effort de formalisation plus technique intervient, qui portera sur les trois composantes de l'évaluation : une formalisation des méthodes de récolte de l'information ; une formalisation des critères utilisés pour juger ; une formalisation de l'utilisation de l'évaluation dans les décisions. Ainsi l'évaluation s'interroge aussi sur elle-même. La formalisation donne valeur aux actes d'évaluation des différents acteurs. Mais cette phase de formalisation est un prolongement du mouvement de socialisation de la valeur de l'action entamée par l'énonciation et la tiercisation.

L'éthique de l'évaluateur

La question de l'éthique dans le domaine de l'évaluation est le plus souvent traitée du point de vue de l'évaluateur professionnel. Cette question est alors abordée sous l'angle de l'éthique professionnelle. Nous aborderons brièvement ce point en tentant de l'éclairer, en envisageant les trois composantes de l'évaluation et la responsabilité de l'évaluateur à ces trois niveaux. Nous n'entendons pas l'évaluateur comme le spécialiste des techniques de l'évaluation, mais comme tout éducateur pour la santé qui se penche sur les actes qu'il pose.

L'évaluateur voit sa responsabilité éthique engagée au cours du processus de récolte et d'analyse des informations.

Il y a d'abord une responsabilité « professionnelle » : par exemple, respect de la liberté d'autrui, de la vie privée lors des investigations. Cette responsabilité est évidente et souvent encadrée par des lois. C'est moins

d'éthique qu'il s'agit ici que de déontologie ou de morale. Cette dimension professionnelle est bien identifiée. Il existe, par exemple, des « standards » de qualité d'une évaluation définis par le *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* aux États-Unis. Celui-ci propose comme dimensions clés : l'utilité, l'honnêteté (loi et morale), la faisabilité et la précision.

Il y a surtout, sur le plan éthique, la recherche d'une information précise voire exacte. Le processus d'évaluation vise idéalement à une information complète et impartiale. Elle emprunte aux méthodes de la démarche scientifique pour atteindre le vrai, mais cette recherche de l'objectivité est plus un engagement, une exigence éthique qu'une réalité. Il n'y a pas, il ne peut y avoir une information exacte, complète, impartiale pour de multiples raisons. Parce que l'observateur ne peut se situer en dehors de l'objet de son observation qu'il s'agisse de sciences naturelles ou humaines. Parce qu'à chaque étape du processus d'information, il y a des choix et des décisions à prendre sur les objets et les méthodes d'évaluation. L'évaluateur se retrouve inévitablement face au jugement et à la décision, aux actes qu'il pose et aux conséquences qu'ils entraînent. Sa responsabilité éthique est engagée à chaque instant.

L'éthique de l'évaluateur est surtout présente lors de la phase de production du jugement sur la valeur de l'action. Quelle position doit-il adopter aux moments d'interpréter les informations, de tirer des conclusions ou de faire des recommandations ? Doit-il agir comme juge ? Comme arbitre ? Comme médiateur ? Qui définit la valeur de l'action ? Qui précise les normes ou les critères de comparaisons ? Est-ce l'évaluateur ? Est-ce le responsable institutionnel ? Est-ce le commanditaire de l'action, de l'évaluation ? Ou est-ce le résultat d'un débat entre tous ceux qui sont concernés par l'action ?

L'éthique de l'évaluateur est aussi présente face aux décisions qui seront prises ou non à partir des conclusions de l'évaluation. C'est une responsabilité moins souvent abordée, mais tout aussi réelle. Comment et à qui ont été diffusés les résultats de l'évaluation ? Quelle a été l'utilisation de ces résultats ? Sont-ils occultés, modifiés ? Par méconnaissance



sances, défaut d'explication ou volontairement ?

La manière de répondre à ces questions dépend des valeurs auxquelles se réfère l'évaluateur. Il doit se situer. De nombreux théoriciens de l'évaluation ont proposé des modèles d'intervention en évaluation à partir d'un parti pris initial sur ces questions. Par exemple, Scriven affirme que la responsabilité ultime de l'évaluateur est de rendre compte à la population. Il a le premier situé l'enjeu démocratique de l'évaluation.

L'éthique des évaluateurs n'est donc pas limitée au seul processus d'information.

Pour nous, une évaluation de qualité, une évaluation éthique est une évaluation explicite et formelle qui respecte les éléments suivants. Elle fournit une information de qualité : précise, fidèle, valide, pertinente, prudente, honnête. Elle permet un jugement de qualité basé sur des critères pluriels, débattus. Elle conduit à des décisions de qualité qui respectent la démocratie et font progresser les personnes et la collectivité vers les valeurs qu'elles se sont choisies en accord avec les droits de l'homme.

Michel Demarteau

Docteur en santé publique,
École de santé publique
de l'Université de Liège,
Service santé au travail
et éducation pour la santé, Liège.

1. Ce texte s'est enrichi et doit beaucoup à des discussions approfondies avec Omar Brixci et Bruno Larrose et à la lecture attentive et critique de Chantal Vandoorne.

2. Demarteau M. Analyse des pratiques d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé. Liège : Ecole de santé publique de l'Université de Liège, (Thèse de doctorat) 1998.

3. Cette partie s'appuie essentiellement sur un article de Paul Ladrière (Ladrière P. L'éthique, soi et les autres. Informations sociales 1991 ; 9 : 10-8.). Nous avons tenté de synthétiser ce texte en utilisant les éléments qui nous paraissaient utiles pour une mise en relation avec le concept d'évaluation, avec le risque de le simplifier et de le trahir.



Évaluer notre capacité à faire œuvre d'éducation

Dr Brigitte SANDRIN BERTHON
Comité français d'éducation pour la santé

Je voudrais préciser d'emblée que je ne suis pas une spécialiste de l'évaluation. Je ne suis pas non plus une spécialiste de la synthèse*.

Je me demande d'ailleurs pourquoi c'est moi qui suis à la tribune. En ce qui concerne la restitution des ateliers, le fait de ne pas être une spécialiste du sujet et le fait de n'avoir entendu que quatre exposés sur neuf m'éviteront sans doute une trop grande interprétation personnelle des débats. Et puis, rassurez-vous, je me suis fait aider par les animateurs, rapporteurs et participants des ateliers 5 et 6 : Jean-Claude Palicot, Bernard Gay, Alain Deccache, Jean-Louis Demeaux, René Chassaing et François Paré. J'étais bien entourée. Merci à eux tous.

Quant aux perspectives que je suis supposée dégager dans la deuxième partie de mon exposé, à défaut de compétences très pointues dans le domaine de l'évaluation, j'ai surtout fait appel à un mélange savamment dosé d'intuition féminine et de bon sens paysan. Eh oui, j'ai la chance d'être une femme et j'ai la chance d'être auvergnate : ça aide !

Pour commencer, je vais essayer de vous dire autour de quelles questions ont tourné les débats ou, plus exactement, ce qu'en ont retenu mes petits camarades cités précédemment.

Deux questions principales

Première question : pourquoi fait-on une évaluation ?

Il semblerait que ce soit le plus souvent pour montrer aux financeurs que ça marche, pour leur prouver qu'ils n'ont pas gaspillé leur argent. Nous sommes apparemment prisonniers de cette logique économique. Nous avons un peu de mal à nous en affranchir. L'évaluation est avant tout une obligation, une contrainte dont le résultat, s'il n'est pas conforme aux attentes, engendre une sanction : la rupture des financements. On a finalement peu parlé des bénéfices propres à l'évaluation.

* Il s'agit ici d'une «synthèse d'atelier».

L'évaluation est avant tout une obligation, une contrainte dont le résultat, s'il n'est pas conforme aux attentes, engendre une sanction : la rupture des financements.

A vouloir tout prévoir, on promet sans doute davantage la normalisation que l'autonomie de la personne.

Le premier inconvénient de cette situation est que l'on fait appel à des méthodes et à des critères d'évaluation susceptibles de satisfaire les financeurs, à des méthodes et à des critères acceptables par eux. Dans ces conditions, il arrive que l'évaluation soit peu utile aux acteurs et aux bénéficiaires de l'éducation. L'évaluation est plutôt utilisée pour justifier et pérenniser les financements que pour améliorer les pratiques.

Deuxième inconvénient de cette situation : il est tout à fait déconseillé de faire connaître, de publier ce qui ne marche pas ; on risque d'effrayer les financeurs. Quel enseignement pouvons-nous alors tirer de nos erreurs, de nos tâtonnements et de ceux des autres professionnels ? Et sommes-nous capables d'accorder à nos patients le droit à l'erreur ? Sommes-nous capables de considérer les échecs, les erreurs, les tâtonnements des patients comme autant d'occasions d'analyse, de compréhension, de progression dans le processus éducatif ?

Deuxième question : comment fait-on de l'évaluation ?

Après le pourquoi, le comment. On retrouve, là encore, des logiques qui s'affrontent.

D'un côté, on veut objectiver des résultats, on veut prouver que l'éducation, ça marche. Il faut éviter les biais, constituer des groupes témoins, maîtriser tous les facteurs d'influence, etc. Il faut choisir des indicateurs chiffrés et des performances annoncées à l'avance. Vous allez voir ce que vous allez voir : grâce à mon action éducative, je vais faire baisser de 25 % les hospitalisations en urgence, de 18 % la consommation de médicaments et de 30 % les dépenses de santé.

D'un autre côté, on sent bien que ça coïncide, que c'est un modèle un peu réducteur. Ça ne prend pas vraiment en compte l'incertitude, les aléas de la démarche éducative, la complexité des personnes, des relations, des situations. Ça ne prend pas en compte les effets inattendus. À vouloir tout prévoir, on promet sans doute davantage la normalisation que l'autonomie de la personne.

Alors, face à ces deux logiques apparemment inconciliables, certains concluent, peut-être un peu hâtivement, que l'éducation n'est pas évaluable. D'autres considèrent, plus prudemment, que c'est un problème d'outils, que l'on ne dispose sans doute pas des bons outils d'évaluation, qu'il faut en fabriquer d'autres ou peut-être aller en chercher ailleurs que du côté de la santé publique.

Hier soir, arrivés à ce stade de la conversation, nous avons soudain pris conscience (ce fut une révélation !) que les participants aux ateliers n'attribuaient pas tous le même sens aux deux mots le plus fréquemment utilisés depuis le début de ce colloque : évaluation et éducation. Il semble qu'il y ait un peu de confusion entre évaluation, recherche, analyse, objectivation... Il semble qu'il y ait aussi un peu de confusion entre éducation, instruction, information, formation... Nous nous sommes quittés sur ce constat, en nous disant qu'il faudrait à l'avenir préciser de quoi nous parlons, nous référer à un glossaire commun.

Certains se sont alors dirigés vers le fleuve et ont embarqué à bord d'un navire antillais sur lequel ils ont bu, mangé et dansé avec des fleurs

autour du cou, pour oublier la dure réalité de l'évaluation en éducation pour la santé.

Quant à moi, rassurez-vous, je n'ai pas passé la nuit à rédiger le glossaire. J'ai seulement essayé de comprendre pourquoi certains outils de l'évaluation n'étaient pas adaptés à l'éducation pour la santé et quelle piste il fallait emprunter pour en trouver de nouveaux.

Difficultés et ambiguïtés de l'évaluation

J'ai remarqué trois choses qui ne vous ont sûrement pas échappé.

1) Hier, nous avons souvent parlé d'une vénérable institution qui s'appelle l'Inserm. Il semblerait qu'elle détienne les clés de l'évaluation. Quand on veut faire sérieux, scientifique, quand on veut prouver aux financeurs que l'action que l'on mène est efficace, on se tourne vers l'Inserm. Les chercheurs de cette institution savent très bien mesurer l'efficacité, déjouer les biais, comparer les groupes d'intervention et les groupes témoins, etc. Ils disposent de méthodes éprouvées dans le domaine de la *recherche médicale* : c'est la raison d'être de leur institution.

Mais nous, c'est de *santé* que nous parlons, pas seulement de médecine. Or, depuis 1946, on s'accorde à dire que la santé, c'est le bien-être. Peut-on observer le bien-être d'autrui, l'objectiver, le mesurer ? On perçoit bien que seul le patient peut dire s'il se sent bien ou non, si la démarche éducative a augmenté son bien-être. On imagine mal un évaluateur déclarer : « Monsieur, mes observations et mes calculs me permettent d'affirmer que vous vous sentez mieux. » Alors, on a inventé les échelles de qualité de vie, pour donner la parole aux patients, pour qu'ils aident les évaluateurs à objectiver le bien-être ou le mal-être. Le problème, c'est que pour être exploitables, ces échelles doivent être simples : il faut répondre à chaque question par oui ou par non. On ne fait pas dans la nuance. Je me suis demandé cette nuit si de telles échelles permettaient vraiment de mesurer le bonheur et la joie de vivre.

2) Ma deuxième remarque est la suivante : *il est communément admis que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples*. Quand on réclame à l'éducation pour la santé des résultats, des preuves, on a parfois tendance à l'oublier. Si une personne fait des crises d'asthme, c'est à cause de plusieurs facteurs intriqués. Il est sans doute pertinent d'entreprendre avec elle une démarche éducative, mais il est discutable d'attendre que cette démarche, à elle seule, réduise le nombre de crises. On a un peu tendance à fixer à l'éducation des objectifs qu'elle n'est pas en mesure d'atteindre seule. Si l'on constate un nombre anormalement élevé d'accidents de la circulation aux abords d'une école, il est sans doute judicieux d'apprendre aux enfants à regarder de chaque côté de la rue avant de traverser et à ne pas jouer au ballon sur la route. Mais cette action éducative n'a de sens que si elle s'accompagne d'actions visant à rendre l'environnement plus sûr, à

On perçoit bien que seul le patient peut dire s'il se sent bien ou non, si la démarche éducative a augmenté son bien-être.

L'éducation n'est pas une vaccination comportant une première injection et des piqûres de rappel.

L'éducation est une aventure humaine.

réduire la vitesse des automobiles, à sensibiliser les adultes, etc. Elle n'a de sens que si elle s'inscrit dans une démarche plus globale de promotion de la santé. Choisir, comme critère d'évaluation de la seule action éducative, la réduction du nombre d'enfants renversés au carrefour, c'est donner un bâton pour se faire battre.

3) Troisième et dernière remarque : *l'éducation n'est pas un médicament que l'on absorbe*. L'éducation n'est pas une vaccination comportant une première injection et des piqûres de rappel. Je suis un peu agacée par cette manière de parler de l'éducation du patient : on fait une première série d'interventions, puis des séances de rappel, comme si l'action éducative était une entité indépendante, un produit circonscrit, sans rapport avec l'activité curative. Quand on veut évaluer l'effet d'un médicament, on le prescrit à certains patients, à d'autres on donne un placebo et on observe ce qui se passe. Avec l'éducation, c'est plus compliqué. Elle est intégrée à la démarche de soins, elle est formelle *et* informelle. Il n'existe pas qu'une alternative : éducation et absence d'éducation. C'est pour cela que le principe de groupes témoins me paraît un peu étranger à l'éducation. Les professionnels des sciences de l'éducation s'intéressent depuis longtemps à l'évaluation, ils écrivent beaucoup sur le sujet, mais je n'ai pas l'impression qu'ils parlent de groupes témoins, d'élèves dont on ne s'occupe pas pour les comparer avec ceux dont on s'occupe. L'éducation n'est pas une potion que le médecin prescrit, que l'infirmière administre et que le patient ingurgite. L'éducation est une aventure humaine.

Je voudrais développer cette idée à l'aide d'un exemple personnel. Il se trouve que j'ai un handicap, certains disent même que c'est une tare : je n'aime pas le vin. Ni le rouge, ni le blanc, ni le rosé, ni le champagne. En d'autres lieux, cela n'aurait sans doute aucune importance, mais quand on vit en France et quand on vient en colloque à Bordeaux, cela devient un réel problème. Ce problème pourrait sans doute être résolu par une démarche éducative bien conduite. Alors, étudions la situation.

Un premier candidat éducateur se présente et m'interroge. Il s'aperçoit vite de mon ignorance : je ne sais pas distinguer une bouteille de bordeaux d'une bouteille de bourgogne, je crois que le vin rosé est un mélange de vin rouge et de vin blanc, j'ignore l'existence du château Larrose, etc. Il reprend donc tout à zéro et me fait un cours sur les techniques de fabrication du vin et la classification des grands crus. A-t-il fait œuvre d'éducation ? Certes non. Seulement d'information. Je serai peut-être capable de lui réciter le cours après l'avoir appris, mais il y a peu de chances que je modifie mes habitudes de consommation.

Un deuxième candidat arrive. Il me fait parler, essaye de comprendre l'origine du problème, pose un diagnostic éducatif. Il se propose de m'entraîner progressivement à boire du vin. Je dois tenir un carnet de bord de ma consommation journalière et, quand je le rencontre, nous analysons ce carnet de bord. Nous fixons des objectifs précis et réalistes : un demi-verre les soirs ordinaires et un verre les soirs de fête.

À force, je vais sûrement finir par aimer ça. Pour m'aider, il me fait faire des jeux de rôle : je dois apprendre à dire oui quand on me propose un verre de vin. Il m'a aussi conseillé de verser chaque jour le contenu de la salière dans la carafe d'eau, ce qui évidemment me coupe l'envie de boire de l'eau. Ce candidat a-t-il fait œuvre d'éducation ? Certes non. Seulement de conditionnement.

Enfin, un troisième candidat se présente. Il s'y prend tout autrement. Il m'invite dans un bon restaurant pour un dîner aux chandelles. Il me laisse choisir le menu et commande une demi-bouteille d'un excellent vin. Quelques instants plus tard, il me regarde d'un air langoureux et me tend son verre en disant : «J'ai très envie de partager ce plaisir avec toi.» Et, bien sûr, je ne résiste pas. Vous pensez certainement que lui non plus n'a pas fait œuvre d'éducation, mais seulement de séduction. Je crois pour ma part que c'est un bon début. Il a su établir une relation avec moi et, ne vous y trompez pas, dans toute relation éducative, il y a une part de séduction. Il faut seulement en avoir conscience et ne pas s'arrêter là.

Si ce troisième candidat a une véritable intention éducative, ce dont vous doutez peut-être, il va progressivement changer de registre. Si je bois du vin pour le seul plaisir d'être avec cet homme, il suffira qu'il disparaisse pour que ma consommation s'arrête. Il va donc me faire découvrir le plaisir du vin pour lui-même et m'aider à donner du sens à ma consommation. Me sachant auvergnate, et connaissant mon goût pour le fromage, il m'initiera à l'alliance subtile de ces deux saveurs. Après quelques mois, ce sera moi qui lui conseillerai de choisir tel cru pour les fromages à pâte dure et tel autre pour les fromages à pâte molle. Un jour enfin, je serai capable d'expliquer comment je me suis mise à aimer le vin, de décrire tout le chemin que mon éducateur m'a aidée à parcourir. Quant à lui, il s'apercevra qu'il a aussi changé : il aura peut-être appris à aimer le fromage. Il saura alors qu'il a fait œuvre d'éducation.

L'éducation pour la santé des patients est une aventure humaine. À travers cet exemple caricatural, j'ai essayé de vous en décrire le chemin. Je vous propose maintenant de parler de manière un peu moins imagée, un peu plus sérieuse, des différentes caractéristiques de la démarche éducative que j'ai évoquées.

Différentes caractéristiques de la démarche éducative

Clarifier ses intentions éducatives

Mettre en œuvre une démarche éducative suppose que nous ayons un projet, une intention vis-à-vis du patient avec lequel nous travaillons. Cette intention ne peut pas se restreindre à la normalisation d'un paramètre biologique (par exemple, faire baisser le taux de glycémie). C'est une intention qui concerne la personne dans toute sa complexité ainsi que la relation que nous établissons avec elle, en tant que professionnel.

Notre projet éducatif est sous-tendu par des valeurs qu'il importe de clarifier. Avoir une méthodologie rigoureuse ne dispense pas de

Notre projet éducatif est sous-tendu par des valeurs qu'il importe de clarifier.

L'éducation n'est pas une prescription, c'est une construction commune.

Un travail éducatif suppose que l'éducateur prenne le temps d'explicitier la démarche qu'il a poursuivie et que l'apprenant prenne le temps d'analyser son propre cheminement.

170

s'interroger, en amont, sur ses propres conceptions des relations médecin-patient, de la maladie, de la santé, de la souffrance, de la mort... Autant d'éléments qui influenceront notre démarche, même si nous n'en avons pas conscience.

Établir une relation d'équivalence

De manière un peu provocatrice, j'ai parlé de séduction. Je ne vous recommande pas pour autant d'inviter au restaurant tous les patients avec lesquels vous travaillez ! Je voulais seulement attirer votre attention sur le fait que la démarche éducative suppose une relation de confiance réciproque, un apprivoisement. Jean-François Malherbe écrit que l'autonomie ne peut se développer que dans une relation d'équivalence morale. Michel Develay parle de relation de parité entre l'éducateur et le sujet. Ce qui me paraît évident, c'est que la démarche éducative est incompatible avec une relation de pouvoir, de domination ou de chantage. L'éducation n'est pas une prescription, c'est une construction commune.

Donner du sens

Au début de l'exemple que j'ai imaginé, je ne bois du vin que par attachement à mon éducateur. Puis celui-ci cherche à instaurer un lien direct entre le vin et moi. Il se pose en médiateur, pour reprendre ici encore les propos de Michel Develay. La relation éducative est triangulaire, il importe d'en dissocier les trois sommets : l'éducateur, le sujet qui apprend, et le contenu de l'enseignement. Il s'agit d'éviter la pérennité d'une dépendance à l'éducateur. L'objectif de la démarche éducative est de m'apprendre à aimer le vin, pas de me marier avec l'éducateur.

Il faut que je découvre quel sens je peux donner à ma consommation de vin : actuellement, pour l'avenir et en référence à ma vie passée. De la même manière, l'éducation pour la santé d'un patient est possible :

- si celui-ci trouve, au présent, un intérêt, une satisfaction, voire du plaisir à ce qu'on lui enseigne ;
- s'il peut l'intégrer à ses projets de vie, à son avenir ;
- s'il peut le situer par rapport à son passé, à son histoire personnelle et familiale, à sa culture.

Être éducateur, c'est aider le patient à faire tout cela.

Retracer le chemin parcouru

C'est aussi une étape que j'ai évoquée brièvement en parlant du vin. Un travail éducatif suppose que l'éducateur prenne le temps d'explicitier la démarche qu'il a poursuivie et que l'apprenant prenne le temps d'analyser son propre cheminement, d'identifier pourquoi et comment il a appris. C'est une étape indispensable à l'appropriation des connaissances.

Pour préciser ma pensée, je paraphraserai ce que j'ai écrit à propos de l'éducation pour la santé en milieu scolaire : « Nous avons le projet d'aider l'autre à s'épanouir, à trouver sa propre voie, à devenir autonome, donc à se libérer de nous. Or, le fait même d'avoir un projet édu-

catif pour autrui crée une forme de dépendance. Comment sortir de ce paradoxe ? La réponse réside déjà dans la matière même de notre enseignement et dans la façon dont nous construisons chaque jour la relation éducative. Il faut laisser une place à l'expression probable, et même nécessaire, d'un désaccord, voire d'un rejet. Si nous donnons l'habitude [au patient] de questionner les informations qu'il reçoit, de réfléchir, de dialoguer, d'argumenter, de rechercher avec les autres des solutions, il saura aussi mettre en œuvre ces compétences vis-à-vis de nous et de notre modèle éducatif. Encore faut-il que nous soyons prêts à recevoir cette possible remise en question. Il s'agit d'être attentif à notre comportement quotidien, pour qu'il ne vienne pas contredire les intentions que nous affichons. Il faut sans doute aussi aménager des temps pour en parler, accepter d'expliquer et de mettre en débat le projet que nous avons pour [le patient] et les valeurs qui le sous-tendent. Si nous sommes capables de respecter ces conditions, [la personne] pourra se situer par rapport à nos intentions éducatives et s'en affranchir.»

Observer le changement produit chez l'autre et chez soi-même

L'une des caractéristiques de la relation éducative est qu'elle produit un changement chez les deux protagonistes : chez le sujet qui apprend, mais aussi chez l'éducateur. C'est une dimension que l'évaluation devrait d'ailleurs prendre en compte.

Cela me permet de revenir au sujet de ce colloque : et l'évaluation dans tout ça ? Reprenons simplement la définition donnée par Michel Demarteau : « C'est une procédure de recueil d'informations qui donne lieu à un jugement de valeur et permet une prise de décision ». Les trois étapes qu'il propose me paraissent tout à fait applicables à l'évaluation d'une démarche éducative : donnons-nous les moyens d'observer nos pratiques, analysons-les en référence aux caractéristiques que j'ai décrites et prenons les décisions qui nous permettront de devenir de meilleurs éducateurs. Ce qu'il importe d'évaluer, c'est d'abord notre capacité à faire œuvre d'éducation. Quant à l'efficacité de nos interventions, en termes de santé publique, je l'ai dit précédemment : nous ne pourrions la mesurer qu'en prenant en considération toutes les autres actions de promotion de la santé mises en œuvre.

Si je me fie à mon intuition et à mon bon sens, c'est dans cette direction que j'ai envie de chercher. J'espère que certains d'entre vous sont prêts à m'accompagner sur ce chemin. Merci de votre attention et pardon de vous avoir raconté ma vie.

Synthèse d'atelier et mise en perspective, assemblée plénière (17 septembre 1998).

Il s'agit d'être attentif à notre comportement quotidien, pour qu'il ne vienne pas contredire les intentions que nous affichons.

L'une des caractéristiques de la relation éducative est qu'elle produit un changement chez les deux protagonistes : chez le sujet qui apprend, mais aussi chez l'éducateur.

3.1. Fondements théoriques - Généralités

Cette première partie réunit des articles abordant les questions de méthodologie d'évaluation.

Demarteau, après un retour sur les définitions et les enjeux des différents types d'évaluation, propose une **grille d'analyse** des pratiques d'évaluation, en fonction d'une part du caractère implicite ou explicite de leurs trois composantes (le processus, le jugement de valeur et la décision) et d'autre part des trois dimensions évaluables (dimension sociale, stratégique et technique). Il analyse ainsi un certain nombre d'évaluations menées dans le champ de l'éducation pour la santé et aboutit à une **typologie** des pratiques d'évaluation en éducation pour la santé, qui lui permet de souligner plusieurs **enjeux pour l'avenir**.

Bréart et al. présentent différentes **méthodes épidémiologiques** destinées à évaluer les effets d'une intervention de santé publique : ils passent en revue des **différents types d'indicateurs** et d'enquêtes qui peuvent être choisis, en les illustrant par des exemples.

L'article de **Liekens** vient en contrepoint de celui de Bréart, en explicitant d'une manière très pratique -outils et exemples à l'appui- **comment mettre en place une évaluation participative**, en impliquant les personnes concernées par l'action d'éducation pour la santé.

Goudet, à travers un exercice de synthèse des débats au cours d'un colloque sur l'évaluation de l'éducation pour la santé en 1998, met en perspective les **apports d'intervenants issus de champs différents**. Il aborde la question des **critères de légitimité de l'évaluation** et fait des **propositions pour son amélioration et son développement**.

Nock, pour sa part, détaille les **objectifs**, les **avantages** et les inconvénients des enquêtes qualitatives et quantitatives, ainsi que des **méthodes et outils mobilisables** (focus groupes, groupes de parole, questionnaires, interviews, échelles de perception). Des exemples sont fournis pour rendre le propos le plus concret possible.

Bréart G., Bouyer J. Méthodes épidémiologiques en évaluation. Revue d'épidémiologie et de santé publique 1991 ; 39 : S5-S14

Texte
intégral

Demarteau M. Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation : réflexions critiques et questions pour la recherche. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 35-51

Texte
intégral

Goudet B. Quatre propositions pour garantir la qualité de l'évaluation. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 172-182

Texte
intégral

Liekens A. L'évaluation participative. Contact santé 2003 ; 181 : 12-15
En ligne : http://www.mrps.asso.fr/portail-site/upload/contact_sante/fichiers/reperes/2003/reperes_CS178.pdf
[Dernière consultation 24/11/2005]

Nock F. En savoir plus : solliciter les destinataires du programme. In : Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris : Mutualité française, 2000 : 46-64.

Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation

Réflexions critiques et questions pour la recherche

Michel DEMARTEAU

*Apes (Action recherche, évaluation en promotion et éducation pour la santé),
École de santé publique, Université de Liège (Belgique)*

Y a-t-il de « bonnes » pratiques d'action en éducation pour la santé, garanties par de « bonnes » pratiques d'évaluation ? Telle serait la question posée à la recherche. Derrière cette question revient celle, déjà ancienne, de l'efficacité de l'éducation pour la santé. Elle est présente dès la première conférence de l'Union internationale d'éducation pour la santé à Paris en 1949 [1] et réapparaît régulièrement par la suite. Notons qu'elle est portée en Europe par des organisations nationales appelées à justifier leurs activités : *Health Education Council* en Angleterre en 1979 [2], *Dutch Health Education Center* en 1990 [3], Comité français d'éducation pour la santé en 1998 [4].

Mais la réponse à la question de l'efficacité, comme à celle des « bonnes » pratiques, n'est pas un problème de recherche. C'est la permanence de la question qui pose question.

Pourquoi cette permanence ?

- Parce que la preuve de l'efficacité est difficile à apporter : effets à long terme, causalités multiples, probablement.
- Parce que les effets attendus de l'éducation pour la santé évoluent en se diversifiant et en se complexifiant, que les preuves à apporter changent aussi, probablement.
- Mais surtout, parce que la question de l'efficacité est d'abord, et avant tout, un problème plus politique que méthodologique.

L'évaluation est une question de valeurs avant d'être une question de connaissances.

L'évaluation est une question de valeurs avant d'être une question de connaissances, comme l'utilisation des termes « bonnes pratiques » nous le fait entrevoir.

Prouver l'efficacité demande un examen des enjeux et des acteurs. Prouver l'efficacité demande une réflexion sur les méthodes de la preuve. Prouver l'efficacité demande une analyse de l'utilisation des preuves.

À cet égard, les tentatives pour rassembler des éléments de preuves de l'efficacité de l'éducation pour la santé à partir de revues de littérature sont souvent décevantes, voire invalides. Elles occultent la question des valeurs. Elles reflètent implicitement les valeurs des chercheurs et de ceux qui les publient. D'ailleurs, les résultats ne portent le plus souvent que sur des effets à court terme d'interventions très ciblées, dont on ne nous dit rien du contenu ni du déroulement [5].

Le discours sur l'efficacité a en fait plusieurs fonctions [6] :

- Il porte un enjeu *éthique*. Il faut connaître les effets pour ne pas nuire.
- Il sous-tend un enjeu *économique et politique*. L'éducation pour la santé, qui a un coût, a-t-elle des effets ? À coût égal, permet-elle d'être plus efficace que d'autres stratégies ? Permet-elle de réduire les coûts de la santé ? Il y a bien différents enjeux économiques à propos de l'éducation pour la santé. Mais le débat n'est peut-être pas là. Malgré le défaut apparent de preuves « scientifiques » de son efficacité, l'éducation pour la santé est déjà financée dans l'espoir d'une réduction des coûts. Et même si l'éducation pour la santé était plus efficace, plus efficiente pour la santé que les soins curatifs, encore faudrait-il pouvoir isoler l'action éducative des autres interventions, en méconnaissant leurs interactions ; il n'y aurait pas de modifications du financement sans lutte politique.
- Le discours sur l'efficacité est aussi un enjeu *stratégique* entre acteurs et décideurs, c'est un enjeu professionnel. L'affirmation de la compétence professionnelle passe par l'affirmation de la compétence scientifique et technique, surtout quand il faut s'affirmer par rapport à l'activité curative et au modèle biomédical dominant. Le développement de l'évaluation est lié à la professionnalisation et au besoin de visibilité.

On le voit, il est difficile d'avancer dans une réflexion sur l'action et l'évaluation en éducation pour la santé si l'on reste dans le cadre prescriptif des « bons modèles » d'action et des « bons modèles » d'évaluation. C'est pourquoi la recherche en éducation pour la santé va d'abord tenter, plus modestement, d'observer et de décrire les pratiques d'action et d'évaluation existantes.

Quelles sont les pratiques d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé ? C'est dans cette voie de recherche que je me suis engagé.

Pour décrire les pratiques, je propose tout d'abord un cadre conceptuel à partir d'une définition de l'évaluation de programme ; cette définition met en évidence les enjeux de l'évaluation.

Ensuite, je présenterai quelques résultats de l'analyse des propositions d'évaluation contenues dans quarante-six programmes d'éducation pour la santé proposés (en Belgique) pour une demande de financement.

Je terminerai avec cinq propositions pour progresser dans l'évaluation en éducation pour la santé.

Le cadre conceptuel

La description des pratiques d'évaluation de programmes

Une définition de l'évaluation de programmes

Qu'est-ce que l'évaluation ? Quelle est son origine ? Je propose une traduction libre de l'histoire de la genèse de l'évaluation racontée par Michael Patton : « Au début, Dieu créa le ciel et la terre. Dieu regarda tout ce qu'il avait fait et dit : "C'est très bien." Lors du septième jour, alors que Dieu se reposait, l'archange vint le trouver et lui demanda : "Dieu, comment savez-vous que ce que vous avez créé est 'très bien' ? Quels sont vos critères ? Quelles sont les données qui fondent votre jugement ? N'êtes-vous pas trop impliqué dans la situation pour faire une évaluation honnête et non biaisée ?" Dieu réfléchit à ces questions toute la journée et son repos en fut gravement perturbé. Le huitième jour, Dieu dit : "Lucifer, va au diable." C'est ainsi que l'évaluation naquit dans toute sa gloire. »

Cette histoire de la genèse de l'évaluation illustre les résultats d'une revue des définitions de l'évaluation en éducation faite par Nevo [7] en 1986. Cet auteur identifie, dans ces définitions, trois grandes tendances.

- La première, la plus courante, définit l'évaluation comme *mesure de la valeur* d'un objet, d'un programme. Le terme « évaluation » est étymologiquement lié à la notion de jugement de valeur. C'est le jugement divin !
- La seconde, moins fréquente, met l'accent sur la *récolte d'informations*. L'évaluation est une investigation systématique du déroulement et des conséquences d'un programme. C'est la question de l'archange ! Quels sont les critères ? Quels sont les faits ?
- La troisième tendance définit l'évaluation comme le *moyen de fournir de l'information pour prendre des décisions*. Pour comprendre les pratiques d'évaluation, il faut envisager aussi l'usage du jugement de valeur. Cet usage est la conduite de l'action, la prise de décision. Dieu prend une décision, celle d'envoyer l'archange-évaluateur en enfer !

Nous définissons donc l'évaluation de programmes comme un *processus de production d'un jugement de valeur* pour conduire une action par des *décisions*.

Une évaluation comporte donc trois phases ou trois composantes qui sont le processus, le produit et son usage. Ces trois composantes recouvrent trois enjeux de l'évaluation : *connaître, juger* et *décider*.

Le terme « évaluation » est étymologiquement lié à la notion de jugement de valeur.

Nous définissons l'évaluation de programmes comme un processus de production d'un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions.

La pratique sociale de l'évaluation s'exprime par la position sociale et les intérêts des différents acteurs de l'évaluation.

La connaissance est l'enjeu de la science, qu'elle s'inspire de l'épidémiologie ou des sciences humaines. Le jugement, les valeurs sont l'enjeu de la philosophie, de la justice. La décision est l'enjeu de la politique. L'évaluateur devrait donc être à la fois savant, juge et politicien.

Nous disposons ainsi d'une définition très large de l'évaluation, mais comment l'utiliser pour définir une pratique d'évaluation ?

Les axes de différenciation des pratiques d'évaluation de programme

La littérature apporte des arguments pour identifier trois dimensions importantes, caractéristiques d'une pratique d'évaluation : une dimension sociale, une dimension stratégique et une dimension technique. Elles permettent de différencier les pratiques tout en conservant l'idée d'une unité de structure à toute évaluation.

• La dimension sociale ou l'axe implicite-explicite

L'évaluation est une pratique sociale. Cette affirmation, pour évidente qu'elle paraisse, a mis longtemps à s'imposer à la majorité des évaluateurs. Elle ne fait d'ailleurs toujours pas l'unanimité. Cette pratique sociale de l'évaluation s'exprime, en première analyse, par la position sociale et les intérêts des différents acteurs de l'évaluation. Cette dimension stratégique de l'évaluation est prise en compte dans le deuxième axe de différenciation. De façon plus générale, et plus subtile aussi, la dimension sociale s'exprime par l'énonciation, par la socialisation de l'une ou l'autre des composantes de l'évaluation.

La grille théorique que nous proposons s'inspire du concept d'explicitation développé par Barbier [8], mais en le généralisant. Nous pensons que les trois composantes de l'évaluation sont toujours présentes et nous pensons également que c'est l'énonciation d'une ou de plusieurs de ces composantes qui est significative de la fonction sociale qui est attribuée à l'évaluation et qui détermine sa pratique. C'est l'élément déterminant qui permet de différencier les multiples pratiques d'évaluation.

L'axe implicite-explicite appliqué aux trois composantes de l'évaluation permet de prévoir l'existence de huit types d'évaluation qui servent de fil conducteur pour la description des pratiques.

T0 : L'évaluation implicite



T1 : L'évaluation de « décision » (décision explicite)



Demarteau M. Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation : réflexions critiques et questions pour la recherche. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 35-51

T2 : L'évaluation d'expertise (jugement explicite)



T3 : L'évaluation formelle (processus explicite)



T4 : L'évaluation de contrôle (jugement et décision explicites)



T5 : L'évaluation orientée vers les conclusions (processus et jugement explicites)



T6 : L'évaluation « processus-décision » (processus et décision explicites)



T7 : L'évaluation explicite (processus, jugement et décision explicites)



Tableau 1 - Les huit types d'évaluation

Chaque composante de l'évaluation peut donc être explicitée seule ou avec d'autres. Par exemple, examinons plus attentivement le type 2, l'évaluation d'expertise. Seul le jugement de valeur est explicité : c'est le jugement divin dans l'histoire proposée par Patton.

• *La dimension stratégique ou l'axe interne-externe*

L'évaluation joue un rôle dans les jeux de pouvoir entre acteurs d'une action organisée selon le modèle proposé par Crozier et Friedberg [9]. Nous avons tenté d'intégrer cette réflexion en identifiant la position interne ou externe des acteurs des différentes composantes de l'évaluation par rapport à l'organisation qui mène l'action.

- Le *processus* d'évaluation est interne ou externe quand il est conduit par des personnes faisant partie ou non de l'équipe qui gère le programme.
- Le *jugement de valeur* est interne ou externe en fonction des personnes qui émettent le jugement ou définissent ses critères.

La dimension méthodologique se définit par la formalisation ou non des composantes qui ont été préalablement explicitées.

– *L'utilisation* de l'évaluation est interne ou externe quand les décisions sont prises ou non par les gestionnaires du programme sur des éléments de la conduite de l'action.

• *La dimension technique ou l'axe informel-formel*

La dimension technique est le troisième axe de différenciation des pratiques d'évaluation que nous avons retenues. La dimension technique, méthodologique de l'évaluation reste centrale dans les discours et les débats sur l'évaluation et mérite donc d'être prise en compte dans un modèle global d'identification des pratiques.

La dimension méthodologique s'applique le plus souvent au processus d'évaluation. L'évaluation dite « scientifique » se définit chez ses promoteurs par cette dimension. Elle est assimilée au paradigme expérimental.

Pour généraliser cette dimension méthodologique, nous la définissons par la formalisation ou non des composantes qui ont été préalablement explicitées.

- La formalisation du *processus* d'évaluation porte sur les différentes étapes du processus. Nous déterminons qu'un processus est formel s'il présente des indicateurs (phase de délimitation), une méthode et des outils de recueil de l'information (phase de recueil).
- Le *jugement de valeur* est considéré comme formalisé quand les critères, les normes, les valeurs sur lesquels portent le jugement sont présentés.
- La formalisation ou la non-formalisation de l'*utilisation* de l'évaluation s'exprime par l'application immédiate ou différée du jugement de valeur.

La grille d'Analyse des pratiques d'évaluation de programme (Apep)

Nous avons maintenant tous les ingrédients théoriques nécessaires pour décrire une pratique d'évaluation. La combinaison des trois composantes (processus, jugement, décision) et des trois dimensions (sociale, stratégique et technique) fournit une grille théorique qui prévoit l'existence potentielle de cent vingt-quatre modalités d'évaluation différentes. La cent vingt-cinquième est l'évaluation totalement implicite et donc, en principe, inobservable.

Nous disposons d'une grille d'analyse des pratiques d'évaluation. Appliquons cette grille au cas de l'évaluation d'expertise, l'évaluation de type 2. Il n'y a pas de processus et pas de décision explicites. Les trois dimensions (sociale, stratégique et technique) s'appliquent au seul jugement. Il y aura alors quatre formes d'expertise.

- L'expertise explicite *interne informelle* peut être réalisée au cours d'une réunion de l'équipe de gestion du programme. C'est, par exemple, l'évaluation interne et informelle réalisée au terme d'une formation où chacun exprime son degré de satisfaction.
- Elle peut devenir *interne formelle* si les critères internes de jugement sont décrits au préalable.

- L'expertise explicite *externe informelle* peut venir des conseils d'un collègue. C'est l'évaluation par les pairs. Les formateurs ont fait appel à un observateur extérieur.
- Cette expertise devient *externe formelle* si les critères sont précisés, voire standardisés. L'observateur de la formation a défini au départ ses critères de jugement.

Cet exemple de l'évaluation d'expertise met en évidence *trois enjeux* dans les relations entre jugement, processus et décision, en fonction des trois dimensions identifiées.

• *Il y a d'abord l'enjeu de l'explicitation*

L'expertise est une forme d'évaluation relativement ancienne qui apparaît en relation avec l'évaluation de politique publique dès le XVIII^e siècle [10]. L'expert est au carrefour entre un savoir spécialisé et un problème à résoudre. Il est appelé à dire non seulement ce qu'il sait, mais aussi ce qu'il pense de ce qu'il sait. Il passe alors du savoir à la conviction. C'est une activité de jugement, et non une activité scientifique. Toute expertise, comme toute évaluation, risque dès lors de déclencher des stratégies de contestation : réfutation, mise en cause, blocage, évitement, contrôle.

L'explicitation du processus de production du jugement de l'expert et l'explicitation de l'utilisation de l'expertise – les deux autres composants d'une évaluation – ne suppriment pas les conflits, mais les balisent.

Cette explicitation va dans le sens du concept de «rationalisation accrue» proposé par William Dab [11] dans son ouvrage sur l'épidémiologie et la prise de décision. L'explicitation de l'évaluation permet le débat démocratique et la négociation. Pour Monnier [12], la négociation est le nouvel enjeu de l'évaluation.

• *Il y a ensuite l'enjeu stratégique*

Cet enjeu est lié au précédent. Expliciter une expertise, c'est identifier les experts et leurs valeurs. C'est aussi aller au-delà de l'explicite pour identifier ceux qui contribuent à produire le jugement de valeur et ceux qui l'utilisent. Ce n'est pas simple. Les acteurs changent au cours de l'action, leurs idées évoluent.

Et puis, le fait d'identifier, d'expliciter donne une position stratégique. L'évaluateur qui entreprend ce travail devra clarifier ses propres valeurs, ses propres enjeux, prendre position. Qu'est-ce qui a valeur, les objectifs désignés ou d'autres ? Qu'est-ce qui a le pouvoir de décider ce qui vaut ou ne vaut pas ?

• *Enfin, il y a l'enjeu méthodologique*

Y a-t-il un paradigme scientifique qui aurait plus de valeur qu'un autre ? On le voit bien, l'idéal expérimental hante les nuits des épidémiologistes, même s'ils reconnaissent faire pour l'essentiel de l'observation (Roger Salamon). D'autres paradigmes existent pourtant. Ils ont été utilisés et modélisés dans le champ de l'évaluation. Mais la «valeur» attribuée

L'expert est au carrefour entre un savoir spécialisé et un problème à résoudre. Il est appelé à dire non seulement ce qu'il sait, mais aussi ce qu'il pense de ce qu'il sait.

Expliciter une expertise, c'est identifier les experts et leurs valeurs.

Il y a une hiérarchie implicite des experts en fonction de leur proximité de l'idéal de vérité scientifique.

L'enjeu méthodologique porte sur le mode de production du jugement de valeur, sur le rapport entre la connaissance et le jugement, mais aussi sur l'utilisation de ce jugement.

aux données recueillies par les différentes catégories d'acteurs n'est pas la même. L'expert vaut parfois moins par son jugement que par l'idéal méthodologique qu'il représente et dont on ne sait rien d'explícite. Il y a une hiérarchie implicite des experts en fonction de leur proximité de l'idéal de vérité scientifique. Un expert de l'Inserm vaudra probablement mieux aux yeux d'un décideur qu'un acteur de terrain...

Scriven, cité par Stufflebeam et Shinkfield [13], identifie quatre idéologies de l'évaluation en fonction de la position de l'évaluateur (comme producteur de connaissance) face au jugement de valeur :

- L'évaluateur «indépendant», qui refuse tout jugement.
- L'évaluateur «objectif», qui juge sur la base de la seule «valeur» scientifique.
- L'évaluateur «dépendant», qui émet un jugement sur la valeur des objectifs définis par les commanditaires d'un programme.
- L'évaluateur «relatif», pour qui tous les points de vue se valent et qui se contente de les refléter.

Scriven rejette ces quatre positions. Pour lui, l'évaluateur doit porter un jugement, mais indépendant des buts assignés à un programme (le modèle *goal free evaluation*) en fonction des besoins de la population recueillis par lui.

L'enjeu méthodologique porte donc sur le mode de production du jugement de valeur, sur le rapport entre la connaissance et le jugement, mais aussi sur l'utilisation de ce jugement. Favoriser l'utilisation des résultats d'une évaluation est un enjeu technique. Les recherches sur l'utilisation de l'évaluation [14] offrent des pistes de travail.

La description de la structure et du contenu des programmes d'éducation pour la santé

Qu'est-ce qu'une évaluation de programme ? Qu'est-ce qu'un programme ? Qu'est-ce qu'un programme d'éducation pour la santé ?

La structure d'un programme

Précisons que, pour des raisons théoriques et pratiques, nous utilisons la dénomination «programme» plutôt que celle de «projet».

Le projet, selon Barbier, est une représentation, une «image anticipatrice». Le programme est un «document-projet». Le programme écrit est aussi une production sociale, un acte délibéré, socialement organisé, qui dit quelque chose sur son auteur et son environnement. C'était pour nous un support adéquat pour identifier des pratiques d'évaluation explicitées.

L'évaluation est intimement liée aux concepts de projet et de programme. C'est le lien que nous allons présenter en nous appuyant sur le modèle de Barbier du procès de conduite d'une action, mais aussi sur le modèle CIPP (Contexte, Intrans, Processus, Produit) d'évaluation de Stufflebeam [15]. À partir de ces deux modèles, nous avons construit nos catégories d'analyse de la structure d'un programme.

PROGRAMME					
PROJET D'ACTION				PROJET D'ÉVALUATION	
ÉVALUATION DE CONTEXTE	OBJECTIFS	ÉVALUATION D'INTRANT	PLAN	ÉVALUATION DE PROCESSUS	ÉVALUATION DE PRODUIT
Opération	Représentation	Opération	Représentation	Représentation	Représentation
Fins		Moyens		Moyens	Fins

Tableau 2 - Les catégories d'analyse de la structure d'un programme (projet écrit)

Le tableau s'articule autour de deux grandes catégories d'objets (les fins et les moyens) et de deux types d'action mentale qui se répondent (l'opération et la représentation). Il y a ainsi six catégories d'analyse d'un programme (comme projet écrit) :

- une opération de formulation des fins : l'évaluation de contexte ;
- une représentation des fins : les objectifs ;
- une représentation de l'évaluation des fins : l'évaluation de produit ;
- une opération de formulation des moyens : l'évaluation d'intrant ;
- une représentation des moyens : le plan ;
- une représentation de l'évaluation des moyens : l'évaluation de processus.

Les catégories d'analyse de la structure d'un programme nous permettent d'identifier le lien intime qui existe entre l'évaluation et l'action. Elles précisent ce que peut être l'évaluation d'un programme. Ces catégories correspondent bien à un projet écrit. Il ne s'agit pas de la réalisation du programme et de son évaluation. Dans ce cas, la représentation des fins et des moyens et la représentation de leur évaluation deviendraient des opérations.

Le lien entre évaluation et action est le quatrième enjeu que nous identifions. On peut, on doit établir un lien entre les démarches d'évaluation et les démarches de planification de l'action. L'évaluation permet de connaître, juger, modifier le cycle de l'action. Cette démarche d'évaluation continue, globale, je la qualifie d'évaluation de la qualité d'un programme. Elle ne s'oppose pas à l'évaluation d'efficacité, elle l'inclut. Elle précède, accompagne, clôture ou relance le programme d'action.

Le contenu d'un programme d'éducation pour la santé

Qu'est-ce que l'évaluation d'un programme d'éducation pour la santé ? C'est la question de la spécificité de l'évaluation des actions d'éducation pour la santé. Cette spécificité, pour nous, n'est pas de nature, mais de forme. Ce qui est spécifique, ce sont les objets de l'évaluation dus à la nature de l'action d'éducation pour la santé. L'évaluation s'adaptera à cette spécificité par le choix des indicateurs, des critères, des instruments, du recueil d'information, des analyses. Mais la nature de l'évaluation ne change pas.

L'évaluation permet de connaître, juger, modifier le cycle de l'action.

Demarteau M. Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation : réflexions critiques et questions pour la recherche. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 35-51

Pour tenter de rendre compte de la diversité des fins et des moyens de l'éducation pour la santé, nous avons aussi créé un système de catégories du contenu d'un programme d'éducation pour la santé.

· *Les objectifs et les objets de l'évaluation de contexte et de produit*

Nous avons identifié neuf catégories d'objectifs, en nous inspirant au départ du modèle *Proceed-Precede* de Green [16]. Ce modèle de planification, créé spécifiquement pour l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, rencontre nos besoins. Nous l'avons modifié après l'examen de quelques documents pour tenir compte des programmes rencontrés.

Les quatre premiers objectifs et le huitième sont de Green. En revanche, nous avons préféré, aux facteurs proposés par Green, la distinction entre objectifs cognitifs, affectifs et psychomoteurs. Le dernier objectif est le résultat de la catégorie « autre » que nous avons prévue en début d'analyse et qui s'est révélée refléter un objectif que nous pourrions nommer autonomisation, appropriation ou pouvoir d'agir, et qui correspond au terme *empowerment*.

1. Les objectifs socio-économiques.
2. Les objectifs sanitaires.
3. Les objectifs environnementaux.
4. Les objectifs comportementaux.
5. Les objectifs cognitifs.
6. Les objectifs affectifs.
7. Les objectifs psychomoteurs.
8. Les objectifs administratifs.
9. Les objectifs d'autonomie.

· *Le plan et les objets de l'évaluation des intrants et des processus*

Treize catégories ont été identifiées à partir de notre expérience et de l'analyse préalable de quelques programmes. Elles reflètent à la fois des stratégies d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. Elle tente d'identifier les ressources.

Les huit premières catégories recouvrent les stratégies d'actions et les cinq autres les ressources à mobiliser.

1. Les actions sociopolitiques.
2. Les actions environnementales.
3. Les actions communautaires.
4. Les actions éducatives.
5. Les actions de communication sociale.
6. Les actions de formation.
7. Les actions d'enquête.
8. Les actions de prévention sanitaire.
9. Les ressources humaines.
10. Les ressources matérielles.
11. Les ressources financières.
12. Les ressources temporelles.
13. La gestion globale.

Tous les éléments théoriques ont été rassemblés et présentés. Formulons notre thèse : nous soutenons que la grille d'Analyse des pratiques d'évaluation de programme permet de décrire aussi bien les pratiques d'évaluation de terrain en éducation pour la santé que les pratiques théorisées des professionnels de l'évaluation. Sous l'apparente diversité de la terminologie subsiste une seule et même activité d'évaluation de programmes dont les composantes sont ou non explicitées en fonction des enjeux sociaux, stratégiques et techniques.

Les résultats : une typologie des pratiques d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé

L'analyse du contenu de quarante-six demandes de financement pour des programmes d'éducation pour la santé (la totalité des demandes faites en 1992 et 1993 auprès de la Communauté française de Belgique) nous a permis de dégager six types d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé.

Les relations établies entre les variables ont été contrôlées à l'aide du test du *chi* carré et de ses variantes non paramétriques. Cependant, le petit nombre et le contexte particulier du matériel ne peuvent permettre de généraliser les premières conclusions. Je ne présente ici qu'une brève synthèse.

Au terme du travail, nous pouvons établir une convergence entre le contexte d'un programme, son contenu, sa structure et son projet d'évaluation. Cette convergence s'organise autour de plusieurs critères de différenciation :

- L'explicitation et la formalisation du projet d'évaluation (évaluation du processus et des produits). Cette pratique est largement minoritaire.
- Le degré de focalisation ou de diversification des objets d'évaluation. Le projet d'évaluation focalisé porte au maximum sur trois objets différents.
- Le degré de cohérence dans la structure entre les trois catégories des fins (évaluation de contexte, objectif, évaluation de produit) et les trois catégories de moyens (évaluation d'intrant, plan, évaluation de processus). Un projet est cohérent si les trois catégories portent sur le même objet.
- La professionnalisation du promoteur (activités continues dans le secteur depuis trois ans au moins).
- L'expérience dans la rédaction de programme (introduction d'au moins une demande de financement dans les trois années qui précèdent).
- La professionnalisation de l'évaluateur (la réalisation d'au moins une autre évaluation dans les trois années précédentes).

Type 1

- Évaluation implicite (T0). Il y a absence de projet d'évaluation.
- Absence de cohérence. Il n'y a pas de programme d'action. Par exemple, le promoteur demande le financement d'un service d'aide au sevrage tabagique sans préciser les méthodes utilisées.
- Absence d'expérience en éducation pour la santé.
- Absence d'expérience de programme.
- Absence d'expérience d'évaluation.

Le thème proposé concernait le plus souvent la santé mentale.

Type 2

- Évaluation d'expertise interne et externe (T2). Le processus d'évaluation est implicite.
- Focalisation des objets d'évaluation sur moins de trois catégories distinctes.
- Absence de cohérence au niveau des moyens et des fins. Certains objectifs proposés ne font pas l'objet d'évaluation. L'expertise porte sur le processus.
- Absence d'expérience en éducation pour la santé.
- Absence d'expérience de programme.
- Absence d'expérience d'évaluation.

Il s'agissait le plus souvent de demande de financement d'enquête ou de recherche. L'expertise (comité de pilotage) porte sur le processus.

Type 3

- Expertise interne (T2) et évaluation (T3) dont le processus est interne et explicite, mais informel.
- Focalisation des objets sur trois catégories : santé, comportement, connaissance.
- Absence de cohérence au niveau des moyens et des fins.
- Expérience en éducation pour la santé d'une partie des promoteurs.
- Absence d'expérience de programme.
- Absence d'expérience d'évaluation.

Il s'agit souvent de projets locaux menés par des opérateurs inexpérimentés, axés sur une stratégie d'information portant sur un thème de santé précis.

Type 4

- Évaluation du processus interne et explicite (T3), mais informel.
- Apparition d'évaluation avec un processus explicite et un jugement explicite (T5) ou une décision (T6) explicite.
- Diversification des objets : apparition d'objectifs de type affectif.
- Cohérence des projets au niveau des moyens ; l'évaluation de processus est prépondérante.

- Expérience du secteur. Tous les promoteurs sont expérimentés.
- Expérience de programmes d'action pour une majorité.
- Absence d'expérience d'évaluation.

La plupart de ces programmes s'adressent au milieu scolaire. Il y a peu d'évaluation des effets, à part l'évaluation de connaissances ou de comportements.

Type 5

- Évaluation interne et/ou externe avec un processus explicite formel et un jugement explicite (T5). Il n'y a pas de décision explicite.
- Objets d'évaluation focalisés, surtout sanitaires, comportementaux et cognitifs.
- Absence d'expérience du secteur.
- Absence d'expérience de programme.
- Évaluation interne non spécialisée et/ou évaluation externe professionnelle avec schéma d'évaluation quasi expérimental.

La plupart de ces programmes concernent l'éducation du patient.

Type 6

- Évaluation interne avec un processus explicite et formel et un jugement explicite (T5).
- Propositions d'évaluation avec des décisions explicites (T7).
- Diversification des objets de l'évaluation sur l'environnement et le pouvoir d'agir.
- Cohérence des fins et des moyens.
- Expérience du secteur.
- Expérience des programmes.
- Expérience de l'évaluation.

Il s'agit de vastes programmes nationaux de promotion de la santé à orientation communautaire. Ils mettent en œuvre un partenariat important et mobilisent des budgets élevés.

En synthèse, et en simplifiant beaucoup :

- Il y a une explicitation et une formalisation croissantes en relation avec l'expérience des acteurs et les enjeux de l'action : l'ampleur du projet et de son budget.
- La plupart des projets proposent une évaluation interne, même lorsqu'elle est professionnelle. Il s'agit alors de projets d'action proposés par des professionnels de l'évaluation.
- L'intérêt pour l'évaluation des effets n'apparaît que pour un petit nombre de programmes, soit orientés sur la maladie, soit proposés par des professionnels de l'évaluation.

Nous devons mieux étudier la contribution de l'évaluation interne à l'action, valoriser cette évaluation et la soutenir.

Conclusions en forme de propositions

J'avance cinq propositions autour de cinq enjeux pour progresser dans l'évaluation en éducation pour la santé. Les deux premières propositions sont fondamentales, les trois autres plus techniques.

1. Développer l'évaluation comme outil social

Nous devons nous préoccuper davantage des enjeux sociaux portés par l'évaluation. Nous devons construire des démarches, des outils pour faciliter l'explicitation des trois dimensions de l'évaluation, pour aider à clarifier et négocier les enjeux, même dans le cas des projets locaux à petit budget.

2. Développer l'évaluation comme outil éducatif

Nous devons prendre davantage en compte le lien entre l'action et l'évaluation. L'évaluation est une réflexion sur l'action. Elle est un processus d'apprentissage de l'action. Nous devons alors développer l'évaluation interne. L'auto-évaluation est formatrice (comme le propose Vial [17]). Nous devons mieux étudier la contribution de l'évaluation interne à l'action, valoriser cette évaluation et la soutenir.

3. Développer la formalisation de toutes les composantes de l'évaluation

Il nous faut utiliser et tester d'autres paradigmes que le paradigme expérimental. Il faut diversifier et élargir les modèles et les méthodes pour formaliser la production du jugement de valeur, mais aussi la formalisation de ce jugement et la formalisation de son utilisation. L'appropriation de l'évaluation par les acteurs d'un programme est un défi qui demande des outils et aussi des modèles.

4. Développer la cohérence et la qualité des programmes

Il n'y a pas d'évaluation possible s'il n'y a pas de projet. Il faut une représentation des fins et des moyens et, en même temps et dès le départ, un projet d'évaluation. Concevoir et mener un programme est une compétence spécifique qu'il faut développer par des outils et des formations.

5. Développer les objectifs et les méthodes de l'éducation pour la santé

Le développement de l'évaluation est lié au développement de l'éducation pour la santé. Il nous faut en même temps développer de nouveaux modes d'action et de nouveaux modes d'évaluation. Nous devons faire preuve de créativité et de rigueur. Nous devons nous attacher à développer les compétences permettant aux individus et aux groupes sociaux de comprendre et d'agir sur leur santé par des savoirs, des savoir-faire, mais aussi des savoir-être et des savoir-devenir...

L'évaluation est loin, très loin d'être seulement une démarche scientifique, c'est aussi une pratique sociale. Ce qui lui importe est autant la rationalité accrue qu'elle apporte que la parole qu'elle libère.

Intervention en assemblée plénière (15 septembre 1998).

Références bibliographiques

- [1] Modolo M. A., Mamon J. « The contribution of the IUHE to the evolution of key areas in health education: forty years in perspective ». *Hygie* 1991 ; X (2) : 7-11.
- [2] Gatherer A., Parfit J., Porter E., Vessey M. *Is health education effective? Abstracts, bibliography and overview of evaluated studies*. London: The Health Education Council, 1979 : 92.
- [3] Liedekerken P. C., Jonkers R., de Haes W. F. M., Kok G. J., Saan J. A. M. *Effectiveness of health education*. Assen : Van Gorcum, 1990.
- [4] Roussille B., Arwidson P. *L'éducation pour la santé est-elle efficace ? Vanves : Comité français d'éducation pour la santé (coll. Dossiers techniques), 1998 : 45.*
- [5] Veen C. A. *Evaluation of the IUHPE-project on the effectiveness of health promotion and health education*. Proceedings of the expert meeting, Bonn, 22-24 March 1995. Utrecht : IUHPE Regional Office for Europe, 1995 : 77.
- [6] Demartean M. *Analyse des pratiques d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé*. Thèse de doctorat. École de santé publique de l'Université de Liège, 1998.
- [7] Nevo D. « The conceptualization of educational evaluation: an analytical review of the literature ». In : House E. R., Stufflebeam D. L., Shinkfield A. J. *Systematic evaluation: a self-instructional guide to theory and practice*. Boston : Kluwer-Nijhoff Publishing, 1985 : 347.
- [8] Barbier J. M. *Élaboration de projets d'action et planification*. Paris : PUF, 1991 : 287.
- [9] Crozier M., Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977.
- [10] Madaus G. F., Stufflebeam D. L., Scriven M. S. « Program evaluation: a historical overview ». In : Madaus G. F., Scriven M. S., Stufflebeam D. L. *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*. Boston : Kluwer-Nijhoff, 1983 : 423.
- [11] Dab W. *La décision en santé publique. Surveillance épidémiologique, urgences et crises*. Rennes : ENSP, 1993 : 286.
- [12] Monnier E. *Évaluations de l'action des pouvoirs publics : du projet au bilan*. Paris : Economica, 1987 : 169.
- [13] Stufflebeam D. L., Shinkfield A. J. *Systematic evaluation: a self-instructional guide to theory and practice*. Boston : Kluwer-Nijhoff Publishing, 1985 : 347.
- [14] Alkin M. C., Daillak R., White P. *Using evaluations: does evaluation make a difference?* Beverly Hills : Sage, 1979.
- [15] Stufflebeam D. L. *L'évaluation en éducation et la prise de décision*. Ottawa : NHP, 1980.

L'évaluation est loin, très loin d'être seulement une démarche scientifique, c'est aussi une pratique sociale.

- [16] Green L. W. « The effectiveness of health education ». In : *Proceedings First European Conference on Effectiveness of Health Education*. Utrecht : Dutch Health Education Centre, 1989 : 3-4.
- [17] Vial M.-P. « Évaluer n'est pas mesurer ». *Cahiers pédagogiques* 1987 : 256.

Point de vue

Entendre l'évaluateur en tant que personne

Dans les propositions que j'ai faites, le programme d'action d'éducation pour la santé est conçu comme un apprentissage et l'évaluation, comme un accompagnement de cet apprentissage pour tous les acteurs. Mais en écoutant Brigitte Sandrin Berthon (voir p. 165), je me suis dit qu'on devrait aussi essayer d'entendre l'évaluateur en tant que personne et en tant que sujet. C'est quelque chose qu'on n'a pas abordé et auquel il serait intéressant de réfléchir, car un évaluateur a aussi une intention ; il joue un rôle de médiation, il donne du sens et il aide à trouver les chemins et à revenir sur les chemins.

Michel DEMARTEAU
Apes (Action recherche, évaluation en promotion
et éducation pour la santé),
École de santé publique, Université de Liège (Belgique)

Extrait de la table ronde (17 septembre 1998).

Quatre propositions pour garantir la qualité de l'évaluation

Bernard GOUDET

*Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé
(Craes)*

Le défi de la synthèse

Nous sommes au troisième jour du colloque et il me revient de synthétiser les travaux de trois ateliers où furent présentées et débattues seize communications ! Pour relever ce défi, quelques points d'appui sont à ma disposition : les comptes rendus effectués par les trois rapporteurs, une lecture préalable des résumés, les cadres d'analyse proposés lors de la première journée.

Il y eut en effet un premier jour où l'on entendit des voix situant l'évaluation des actions d'éducation pour la santé entre les deux systèmes de ressources et de contraintes de l'épidémiologie et des sciences humaines.

Roger Salamon déplora l'impossibilité pour l'épidémiologie de construire des situations d'expérimentation comme le fait la biologie. Malheureuse épidémiologie qui doit se contenter d'observer ! Elle tente de s'en sortir en développant une observation systématisée de «populations», ce qui lui permet de définir des comportements «moyens» et d'évaluer des changements d'états de santé et de comportements d'individus «moyens».

Philippe Lecorps lui succéda, apportant en contrepoint sa petite musique du sujet singulier, chaque personne donnée étant irréductible à son corps et à tout ce qui peut être observable de son être au monde. Il nous parla de «l'être humain, présence au monde, lui-même et pas un autre, dans la singularité de son ipséité». Ce point et ce contrepoint entraînèrent la question angoissée de Jean-Pierre Deschamps : «Comment mettre en complémentarité, ou même en opposition, deux univers parallèles où l'on cherchera toujours en vain un point de rencontre ?»

Des propos plus rassurants se firent heureusement entendre ensuite : Michel Demarteau nous parla des «pratiques de l'éducation pour la santé et de leurs modes d'évaluation». Au terme de son propos, il nous livra

même une grille. Bienheureuse grille nous donnant à voir l'évaluation comme une combinaison de trois composantes à l'œuvre dans trois domaines ! La première composante est celle d'un processus de connaissance ; il y a donc activité cognitive, heuristique, réflexive et critique... il y a de la science ! Mais la deuxième composante nous en éloigne, c'est d'un jugement de valeur qu'il s'agit : trouver de la valeur, du sens, du prix, des raisons d'agir... on est dans la culture, l'arbitraire de chaque société, l'artifice ! La troisième composante nous éloigne encore de la science, il convient de décider pour agir. On est dans la pratique, dans le faire... les mains dans le cambouis ! Ces trois composantes sont à l'œuvre dans le domaine social, qui est leur champ d'exercice pratique. La question est ici de savoir si l'on veut rendre cela explicite ou rester dans l'implicite, le non-dit. Les trois composantes sont à croiser avec une deuxième variable, d'ordre stratégique, où intervient la volonté des opérateurs et des financeurs de mettre en place une évaluation interne ou externe. Le troisième domaine est celui de la technique, de l'outillage méthodologique, le problème étant de passer d'approches informelles à des procédures hautement formalisées.

À la veille d'entamer nos travaux, nous avions donc deux défis à relever : établir des ponts entre l'observation objectivante des ensembles humains et la prise en compte de la singularité unique de chaque sujet, lever le doute sur la valeur de l'action au prix d'un détour par la connaissance.

Il y eut un deuxième jour où nous nous mîmes à l'analyse des pratiques d'action et d'évaluation. Il se termina en bateau et nous vîmes que cela était bon.

Un matériau très riche de pratiques d'action et d'évaluation fut livré au travail des trois ateliers.

Comment rendre compte des résultats de nos travaux ? Partons des ébauches de réponse aux deux enjeux de la première journée qui ont pu apparaître dans la réflexion des ateliers.

La demande de Jean-Pierre Deschamps d'établir un pont entre l'univers des « populations » et des « individus moyens » et celui des sujets vivants, chacun particulier et unique, fut réitérée.

Des pistes furent parfois suggérées. Parmi diverses passerelles possibles, je prends sur moi d'en proposer une, empruntée à la réflexion sociologique de ce courant « tourainien » si soucieux d'éclairer l'engagement de sujets-acteurs dans le changement social, et plus précisément aux travaux de François Dubet, celle de l'analyse de « l'expérience sociale » [1] dans la société contemporaine.

Cette perspective sociologique nous montre l'individu faisant l'expérience d'une vie sociale qui le soumet à des injonctions contradictoires. Il se voit imposer des normes communes à respecter, sous peine de ne pas être intégré. Il est ainsi socialisé dans une incitation forte à se conformer aux manières de vivre de ses groupes d'appartenance. Il lui faut être « comme tout le monde ». Dans le même temps, il lui est demandé d'être le meilleur sur les marchés de la scolarité, de la formation

Le recours à l'évaluation vise à prouver la légitimité de l'action. Mais l'opération évaluative elle-même doit donner des gages de sa propre légitimité.

et de l'emploi. Sa réussite y est liée à sa capacité à être compétitif et à se différencier des autres en leur passant devant ou en leur marchant dessus. La construction de sa subjectivité propre est à opérer dans l'expérience de ces contradictions difficiles à concilier. Pour ce faire, l'individu recourt aux valeurs culturelles dominantes du temps, c'est-à-dire à une idéologie molle proclamant l'ouverture de tous les droits et de toutes les libertés à tout un chacun : tout doit être possible pour le jeune citoyen de nos démocraties libérales avancées... Mais l'horizon lumineux se voile bien vite, le jeune citoyen se rendant compte, avec amertume souvent, que tous les possibles ne sont pas pour lui... leur réalisation dépendant de sa position dans des rapports sociaux inégalitaires, marqués par des processus de domination. Découverte douloureuse dont témoigne une communication rapportant la suavité du langage médocain d'un jeune élève de CPA* : «Ceux qui font les lois, ils nous font ch... exprès pour nous parquer et nous piquer notre fric...»

Quelles sont les raisons de l'inflation actuelle de l'évaluation ?

Cette inflation est particulièrement sensible dans des domaines fluides et peu coûteux comme celui de l'éducation pour la santé. La synthèse d'un des trois ateliers nous propose une explication fort plausible.

Construit social récent, *l'évaluation aurait surtout une fonction légitimante*. La demande d'évaluation de l'éducation pour la santé répondrait à un doute sur le bien-fondé de l'action éducative en matière de santé. Le doute sur la valeur de l'éducation pour la santé s'inscrirait dans le contexte plus large de la crise des valeurs éducatives, voire d'une crise des valeurs de démocratie et de citoyenneté, dont on parle d'autant plus qu'on les pratique d'autant moins en un temps où l'esprit public se perd et où disparaît le lien «sociétal», c'est-à-dire ce qui assure l'adhésion des individus à une forme de société dans laquelle ils ont le sentiment de pouvoir tenir leur place. Cette crise amène l'invalidation de toutes les figures d'autorité, de celle de l'éducateur à celle de l'État qui perd sa «fonction généalogique ou totémique», pour reprendre la pensée et le vocabulaire de Pierre Legendre. Il est alors nécessaire de prouver que l'éducation pour la santé, «ça marche», c'est «efficace»... «performant».

Le recours à l'évaluation vise à prouver la légitimité de l'action. Mais l'opération évaluative elle-même doit donner des gages de sa propre légitimité. Il lui faut rester inattaquable et, pour ce faire, prendre appui sur des méthodes incontestables, c'est-à-dire des méthodes «partenariales» et «scientifiques».

Le premier critère de légitimité de l'évaluation est sa dimension partenariale

En ces temps de déconcentration, décentralisation, désengagement de l'État et agitations multiples des diverses féodalités locales, les partenaires sont incontournables... L'évaluation doit être partenariale, et ce

* Cycle d'apprentissage par alternance.

n'est pas facile, tant les relations entre bailleurs de fond et acteurs de terrain sont traversées d'intérêts différents et habitées de représentations parfois contradictoires de la santé, de sa promotion et des priorités à donner à l'action préventive et éducative. Pour exemple, prenons la « Quinzaine santé du Val-de-Marne ». La très belle évaluation de la dynamique partenariale qui en a été présentée dans un atelier montre notamment la difficulté à concilier les approches de l'élu local, polarisé sur la toxicomanie pour peu que deux seringues aient été trouvées dans une cage d'escalier d'immeuble HLM, et celles des professionnels de l'éducation pour la santé projetant une prévention globale appuyée sur des actions visant à dynamiser des jeunes et à les impliquer dans la construction de projets de santé significatifs pour eux.

Ces divergences appellent la négociation, ce qui rend nécessaire une évaluation capable, comme le disait Michel Demarteau, de faire sortir l'action de l'implicite pour la visibiliser, en exprimer le sens et la portée. Elle peut alors être mise en débat, démocratiquement. L'exigence démocratique invite non seulement à une mise en débat entre décideurs et opérateurs, mais aussi à des procédures mettant en situation de prendre la parole et de débattre avec les destinataires des actions : les jeunes eux-mêmes, les habitants des quartiers, les travailleurs des entreprises, les détenus, les personnes âgées... Le lien « sociétal » est ici en jeu. Dans cette même perspective, l'évaluation, une fois produite, doit être valorisée et ne pas rester dans un tiroir sous une pile de rapports.

Le deuxième critère de légitimité de l'évaluation est sa scientificité

Là, les choses se compliquent encore. Le « processus de connaissance » mis à contribution pour produire un « jugement de valeur » qui conduise à des « décisions » doit être fiable. Face à cette exigence, la tentation est grande de rejoindre l'alternative initiale, dont nous avons voulu sortir :

- soit nous réfugier dans ce qu'il y a d'indicible dans la conscience que le sujet a de lui-même... pour nous contenter d'attester de la pureté des intentions et de l'éminente valeur de la tâche éducative... et donc refuser le combat ;
- soit plonger dans des méthodologies qui ont fait leurs preuves dans le domaine des sciences expérimentales, la biologie en particulier.

Cette deuxième attitude s'appuie sur *l'hypothèse que les actions d'éducation pour la santé sont assimilables à des expérimentations de laboratoire* et s'efforce d'établir des liens de causalité univoque entre des variables le plus indépendantes possible. Pour ce faire, il convient de neutraliser toutes les variables sociales extérieures – influence collective des mass media et des campagnes nationales – pour évaluer l'efficacité propre de l'action de proximité. On a ainsi cherché à isoler des cantons et à comparer les résultats obtenus dans les cantons soumis à l'intervention et ceux obtenus dans les autres cantons.

Une évaluation doit être capable de faire sortir l'action de l'implicite pour la visibiliser, en exprimer le sens et la portée.

L'évaluation, une fois produite, doit être valorisée et ne pas rester dans un tiroir sous une pile de rapports.

Hier soir, dans la chaude convivialité de l'*Aliénor*^{*}, alors que le colloque nous menait en bateau, je me pris à rêver d'un bateau témoin isolé du nôtre par le flot... perdu quelque part dans la nuit... sans aucune interférence avec notre univers de mangeaille, de libations, de rires et de sautilllements... Dans ce bateau témoin, deux cents congressistes – semblables en tous points à nous autres du point de vue des appartenances géographiques, catégories socioprofessionnelles et tranches d'âge – prenaient un repas frugal arrosé d'eau pure (et non de *ti'punch*) en écoutant gravement un clone de la «déléguée générale» du CFES leur lire des morceaux choisis de la charte de cet organisme, du bilan de son conseil scientifique et d'autres textes exemplaires agrémentés de déclarations de quelques «sages de la santé publique»... Ils avaient rempli un questionnaire à leur entrée dans le bateau, ils en rempliraient un second à leur sortie, et nous aussi... et l'on comparerait les réponses... Je me rendis compte alors que nous n'avions pas rempli de questionnaire à l'entrée et que nous ne serions peut-être pas en état d'en remplir un à la sortie... L'illusion du bateau témoin et de la science salvatrice se dissipa. La «déléguée générale» dansait une biguine endiablée, gage évident de bonne santé, et je me rappelais ce qu'avait déclaré Michel Demartean dans un atelier le matin : «Nous n'arriverons jamais à prouver mathématiquement l'efficacité de l'éducation pour la santé...»

Mais alors, que nous reste-t-il à faire ? Que peut être l'évaluation du travail éducatif réalisé avec ces multiples «sujets désirants et contradictoires, façonnés par des cultures qui les modèlent et les contraignent, impliqués dans l'action de la société sans avoir beaucoup de pouvoir pour en changer le cours» ? (Je cite approximativement une définition de l'éducation pour la santé qui a eu les honneurs de *La Santé de l'homme*, et ne donne point le nom de son auteur par égard à sa modestie.) Que peut être l'évaluation de l'action éducative auprès de ces individus concrets, singuliers, dont la subjectivité se construit dans une confrontation continue aux contradictions inhérentes à l'expérience de la vie sociale ?

Quatre propositions

Nos travaux me suggèrent quelques pistes grâce auxquelles je vais donner un tour plus constructif à mon propos.

- D'abord, nous ne serons pas perdants si nous réhabilitons le doute, l'incertitude, l'importance de la confrontation au risque, la nécessité de prendre le risque d'agir, de créer, d'innover, au... risque de nous tromper.
- Ensuite, veillons à bien accompagner la prise de risque de vigilance critique, de rigueur dans l'analyse de la situation, de ce qu'on

^{*} Le bateau qui nous emmena visiter le port de Bordeaux est ainsi nommé en souvenir d'Aliénor d'Aquitaine, maîtresse femme qui n'avait pas besoin d'évaluation pour prendre ses décisions...

attend de l'action, de son déroulement et de ce qu'elle paraît produire. Il s'agit d'être sérieux, cohérents, honnêtes et lucides. Il faut s'en donner les moyens techniques, c'est-à-dire rendre visible et formaliser ce qui est fait et produit, comme nous y invitait Michel Demarteau. De fait, beaucoup de communications en atelier m'ont frappé par leur honnête lucidité, l'évaluation soutenant l'acteur, mais sans indulgence coupable. L'évaluation joue alors un rôle irremplaçable de stimulant et de garant de la cohérence de l'action, de sa rigueur méthodologique ; « Gemini Cricket » de l'acteur, elle l'invite toujours à « réfléchir sur son intention à la lumière de ce que lui renvoient ceux qui sont impliqués dans le déroulement de l'action », comme le disait une communication méridionale.

• Ce préalable étant posé, les conclusions des travaux en ateliers permettent de formuler, pour l'évaluation, *quatre propositions destinées à garantir la qualité de l'action* – de l'élaboration de son projet à son déroulement et à son bilan –, à lui donner plus d'efficacité, à en manifester le sens et sa portée, qui pourront ainsi être mis en débat.

1. Veiller à la continuité de l'évaluation

L'activité évaluative doit être intégrée à l'action dès son origine. L'élaboration d'un projet pertinent repose sur la mise en place d'un processus de connaissance de la situation initiale. Les connaissances ainsi initialement produites correspondent à *une évaluation première de situation* dont les résultats fondent l'élaboration du projet ; l'action entendant transformer cette situation, il convient d'en bien connaître les caractéristiques pour poser des objectifs énonçant ce qu'on veut y changer.

Un bon exemple de ce premier temps de l'évaluation a été donné en atelier par une étude préalable réalisée pour permettre aux Maisons médicales ou Centres de santé, en Belgique, de mettre en place un projet structuré. Les objectifs et les indicateurs étant ainsi dégagés, des « cellules de veille » chargées de suivre et de corriger le déroulement de l'action ont pu être mises en place pour une évaluation continue au service de la pertinence de l'action.

Cette pratique de l'évaluation continue peut être facilitée par le fait d'associer aux opérateurs des tiers, partenaires permettant la production des connaissances initiales et garantissant le maintien d'une activité régulière de connaissance articulée au développement de l'action. On retrouve ce *rapport « intériorité-extériorité »*, présenté par Michel Demarteau, s'établissant de manière variable selon la particularité des situations et les modes de relation entre les partenaires.

Dans tous les cas de figures, ce mode d'évaluation, mis au service d'un processus de pilotage critique de l'ensemble de l'action, s'intègre dans une *démarche de « projet-évaluation »* et repose sur un *comité de pilotage institutionnel* qui valide les objectifs et délègue l'activité de vigilance critique à un *comité de pilotage technique* soit composé d'opérateurs, soit associant opérateurs et tiers, soit constitué de tiers.

L'évaluation peut jouer un rôle irremplaçable de stimulant et de garant de la cohérence de l'action, de sa rigueur méthodologique.

L'activité évaluative doit être intégrée à l'action dès son origine.

Si l'on veut introduire de la cohérence entre décision, action et évaluation des résultats, il importe de sortir de l'implicite.

Dans ce contexte, l'évaluation prend un caractère correctif, ou régulateur, de l'action, joue un rôle formateur pour les opérateurs, facilite la réflexion sur les décisions pour les responsables institutionnels.

2. Veiller à la cohérence entre les conceptions et méthodes de l'action et les méthodologies d'évaluation
Il existe diverses conceptions de la santé et de l'éducation. Selon la conception privilégiée, l'action prend une visée spécifique, reçoit des objectifs particuliers, se prête à certaines méthodes d'évaluation et pas à d'autres. Ces présupposés, liés à la relativité des connaissances en matière de santé et de processus éducatifs, mais plus encore à la normativité incontournable des objectifs donnés à l'action, restent le plus souvent implicites. Le décideur, l'acteur, mais aussi l'évaluateur fixent des objectifs, développent des activités, mettent en œuvre des techniques beaucoup moins raisonnables, évidentes ou rationnelles qu'ils ne le croient. Chacun fonctionne selon des principes liés à sa position, ses intérêts, sa formation, ses facilités... Si l'on veut introduire de la cohérence entre décision, action et évaluation des résultats, il importe de *faire sortir de l'implicite* ce non-dit. Cela implique un travail de pensée, d'explicitation des prétendues évidences, de conceptualisation du rapport à la santé et au changement et de leurs facteurs déterminants. Les présupposés ne s'explicitent qu'avec un étayage théorique identifiable.

Si l'action en éducation pour la santé reste guidée par la rationalité positiviste naïve de ce qu'on appelle le « modèle biomédical », elle s'appuie essentiellement sur la délivrance d'informations qui doivent être fiables scientifiquement et administrées selon les techniques de communication les plus efficaces. L'évaluation vise alors à enregistrer des *acquisitions cognitives* et à vérifier si des *modifications comportementales* observables de l'extérieur se sont produites. Le questionnaire et le constat de fait sont de bons outils. Le chiffre est roi.

Si l'action en éducation pour la santé est guidée par la rationalité économique et stratégique des « théories de l'action raisonnée », elle met en œuvre des processus beaucoup plus complexes de prédiction et d'influence prenant en compte les croyances, la confiance en soi, le soutien des proches et d'autres variables psychosociales. L'évaluation s'attache à enregistrer *l'évolution des croyances et le développement des capacités* à adopter des comportements favorables à la santé.

Si l'action en éducation pour la santé est guidée par la rationalité existentielle de « l'accompagnement du sujet désirant et contradictoire », elle s'efforce de ménager des situations d'entretien et de groupe propices à l'expression, à la prise de parole, à la prise de conscience et à l'interrogation des représentations mentales, des attitudes et des conduites. L'évaluation se donne pour tâche de repérer *la progression de cette prise de conscience, l'ampleur des remaniements opérés, la réduction des écarts* entre les normes propres de santé des individus et des groupes accompagnés et les normes des

professionnels, le développement des *capacités à être acteur* de sa santé. Il lui faut des outils techniques plus fins et plus sensibles que le questionnaire et l'observation des faits.

L'activité évaluative critique a permis d'apprécier le degré de validité de ces modèles, amenant l'invalidation théorique du premier – qui n'a pas disparu pour autant – et laissant en présence les deux autres et leurs diverses variantes.

Les communications présentées dans les ateliers témoignaient de quelques survivances du modèle biomédical, mais montraient un engagement fréquent dans le champ structuré par les deux autres perspectives, sans que cela soit le plus souvent explicité. Il reste du travail à faire pour identifier clairement les références latentes de l'action et lui appliquer des modalités d'évaluation homogènes à ses intentions et à sa mise en œuvre. Il est souvent apparu que le poids des habitudes prises, la culture professionnelle et l'état des compétences amenaient certains à recourir à des outils pertinents en eux-mêmes, mais inadéquats à l'évaluation de la réalisation de leurs objectifs, ce qui entraînait un décalage important entre les énoncés d'objectifs de départ et les résultats de l'évaluation.

Ainsi, on a vu des équipes recourir à des outils d'observation épidémiologique pour évaluer un objectif formulé en termes de « mobilisation des acteurs » et de « promotion d'un sujet acteur de sa santé », alors que les sciences psychosociales ont des modèles à proposer en ce domaine pour problématiser les situations et les processus d'action... Encore faudrait-il les connaître et s'attacher à en tirer des critères et des indicateurs. L'absence de référence aux acquis des travaux psychosociaux sur les représentations mentales, les attitudes, le rapport au risque est patente dans certaines actions reposant sur la mise en place d'un dispositif ordonné à la prise de parole et à l'expression des représentations de la santé... On utilise l'outil « photolangage », sans avoir lu par exemple l'ouvrage d'Alain Baptiste et Claire Belisle [2] qui en propose les fondements théoriques et en montre les avantages, les limites, les conditions d'utilisation. Il nous reste donc à enrichir les processus cognitifs de l'activité évaluative par des apports des sciences psychologiques et sociales.

3. Gagner en rigueur dans la formulation des projets et des intentions d'évaluation

Que ce soit pour les projets d'action ou pour leur évaluation, il est important d'arriver à des énoncés d'objectifs et de méthodes rigoureux, surtout quand l'évaluation est produite par les opérateurs eux-mêmes. Il convient de ne pas confondre un objectif et le processus pédagogique mis à son service ; ainsi, comme cela a été souligné dans un atelier, la création d'un espace de parole et de créativité, que ce soit par les règles du groupe de parole ou par le théâtre forum ou par toute autre modalité, n'est pas à poser comme un objectif général mais comme une méthode d'action, un dispositif pédagogique, l'objectif à évaluer étant l'affirmation d'un sujet plus conscient de son rapport à

Il nous reste à enrichir les processus cognitifs de l'activité évaluative par des apports des sciences psychologiques et sociales.

Il convient de ne pas confondre un objectif et le processus pédagogique mis à son service.

Il faut sortir des guerres de religion entre « quantitatif » et « qualitatif » et se risquer à leur articulation.

son corps, à lui-même et aux autres, à sa santé... Cela ne pourra être fait si l'on n'a pas dégagé des critères de cette affirmation du sujet et trouvé des indicateurs témoignant de leur effectivité. Les effets de parole ou du théâtre forum sur les participants seront à évaluer en fonction de ces critères ; en revanche, la réalisation de l'activité et la satisfaction des bénéficiaires répondent à une autre intention : évaluer le déroulement du processus pédagogique et son adéquation au public.

4. Formaliser l'évaluation sans lui donner de prétentions démesurées

L'exigence de rigueur conduit à privilégier les processus cognitifs permettant de formaliser l'évaluation : étayage théorique, recueil et traitement de données, élaboration de modèles, recherche de critères, fabrication d'indicateurs, non seulement quantitatifs mais aussi qualitatifs, assez fins et précis pour prendre en compte l'évolution des représentations mentales, des attitudes, du rapport à l'existence et à la prise de risque... Il faut sortir des guerres de religion entre « quantitatif » et « qualitatif » et se risquer à leur articulation.

Dans cette perspective, quelques communications ont présenté des travaux visant à l'élaboration et à l'utilisation *d'échelles d'attitudes, d'échelles d'autonomie et de dépendance, d'échelles de qualité de vie*. L'élaboration d'un questionnaire de « Qualité de vie liée à la santé » (QVLS) a été exposée par un laboratoire marseillais. La tentative, appuyée sur une problématique solide et une méthodologie très rigoureuse, apparaît très intéressante. Ce genre de travaux fait progresser l'évaluation et peut être très utile. Il doit être encouragé, mais en recommandant aux chercheurs d'éviter l'écueil qui les guette : celui de la fascination pour l'outil passe-partout, capable en tout lieu et toute circonstance, avec tout groupe social et toute classe d'âge, de tout mesurer... Ne craignons pas de dire que cet outil parfait n'existera jamais et que, plutôt que de s'acharner à peaufiner cette illusoire clé universelle, il serait profitable de proposer des démarches, des processus d'analyse, des exemples contingents, mais transférables après adaptation, de très larges « panels de questions », des schémas organisateurs permettant une structuration générale de ce type d'approche évaluative... Les acteurs et évaluateurs de terrain pourraient ainsi puiser dans ces ressources, s'approprier ces exemples contingents ou ces schémas généraux, les adapter à leur situation particulière, à leur population spécifique, à leurs moyens propres, les refaçonner de manière opérationnelle...

Pour conclure, disons qu'il nous reste du pain sur la planche si nous voulons garantir la qualité de nos prestations d'éducation pour la santé et en faire comprendre aux décideurs l'intérêt pour la santé publique et pour la citoyenneté. Il est bon pour la santé de savoir, de temps en temps, manger, boire et danser, tard le soir, comme nous l'avons fait hier. Il est bon pour la progression de l'évaluation et de l'action d'être

aussi capable, quand il le faut, de travailler tard : « *la chouette de Minerve* – oiseau du discernement – *ne prend son vol qu'au crépuscule* », disaient les Grecs (repris par Hegel, si j'ai bonne mémoire).

Synthèse d'atelier et mise en perspective, assemblée plénière (17 septembre 1998).

Références bibliographiques

[1] Dubet F. *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil, 1994 : 273.

[2] Baptiste A., Belisle C., Péchenart J.-M., Vacheret I. *Photolangage : une méthode pour communiquer en groupe par la photo*. Paris : Les Éditions d'organisation, 1991 : 216.

Point de vue

Les changements de comportement se font par étapes

Ce colloque aura eu l'énorme mérite de faire exploser une pensée dominante qui consiste à croire que, dans le domaine de l'évaluation, il n'y a pas de salut en dehors de l'utilisation des méthodes épidémiologiques. Je crois que toute la réflexion conduite jusqu'ici montre qu'il y a aussi des méthodes qui relèvent des sciences humaines et qu'il faut absolument utiliser dans l'évaluation de nos actions. Lors de la première journée du colloque, je me demandais : pourquoi y a-t-il ce gouffre entre l'exposé de Philippe Lecorps et celui de Roger Salamon ? Jean-Pierre Deschamps avait déjà répondu en soulignant que Philippe Lecorps abordait ce qu'étaient la vie et la santé, tandis que Roger Salamon nous parlait uniquement des méthodes de l'épidémiologie pour essayer de mesurer quelques phénomènes liés à la santé et à la maladie. Pour être plus fidèle au sujet de notre colloque, «entre épidémiologie et sciences humaines», il aurait fallu demander à un spécialiste des sciences humaines de nous proposer les méthodes que l'on utilise en philosophie, en sociologie, en anthropologie sociale, etc., susceptibles de nous aider à évaluer un projet.

Ma deuxième remarque concerne les buts de l'évaluation. Tant que les éducateurs pour la santé auront l'impression qu'ils peuvent modifier les comportements de santé, on sera dans l'utopie la plus totale et les évaluations aboutiront forcément à des échecs, car on ne peut évidemment espérer des abandons de consommation de tabac, d'alcool et autres comportements à risque par le seul effet de nos interventions dites éducatives. Il faudrait peut-être parler d'efficacité autrement qu'en termes de changements de comportement, en essayant d'identifier les étapes préalables à ces changements de comportement, étapes qui pourraient faire l'objet d'évaluation. C'est là qu'on a besoin à la fois des épidémiologistes et des sciences humaines, pour qu'ils nous disent quels indicateurs pourraient nous signaler à quel moment la relation éducative pourra amener à des changements de comportement.

Claude MICHAUD

Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs (Codes 25)

Extrait de la table ronde (17 septembre 1998).

3.2. Modèles, grilles et outils d'évaluation

Cette partie regroupe des documents portant sur trois types d'outils qui peuvent être utiles lors de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une évaluation.

Certains documents présentent des modèles permettant d'appréhender les différentes phases ou composantes d'une action sur lesquelles peut porter l'évaluation (La traduction française du modèle PRECEDE a été prise dans un ouvrage de *Deccache*).

Certains articles présentent des "grilles", qui peuvent être utiles pour structurer une évaluation ou décrire des activités (*Fournier et al.* pour l'analyse de la littérature sur l'évaluation et du ciblage des évaluations publiées, *Molleman et al.* pour l'outil "preffi 2.0" qui vise à analyser l'efficacité des interventions en promotion de la santé, ainsi que *Demarteau* - dans la partie 3.1. - sur les dimensions évaluées et le caractère explicite ou implicite des composantes de l'évaluation, *Fournier* sur l'analyse du processus de programmes d'éducation du patient). D'autres auteurs proposent des "fiches pratiques" détaillant toutes les questions à se poser à chaque étape d'une évaluation d'action (*Fontaine et al.* ainsi que les deux documents de l'*Anaes*).

D'autres enfin sont des outils pratiques de suivi et de mesure des différents paramètres de l'action (les 2 articles de *Hincelin*).

3.2. Modèles, grilles et outils d'évaluation

Deccache A., Lavendhomme E. Des besoins aux objectifs. In : Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck université, 1989, pp. 70-71

Texte intégral

Fontaine D., Beyragued L., Miachon C.. Présentation des fiches. In : L'évaluation en 9 étapes : fiches pratiques pour l'évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon : ERSP, 2004, p. 3-4

En ligne : www.ersp.org/esp_ress/commun/FichevalERSPdocfinal.pdf
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte intégral

Fournier C., Sizaret A., Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. Non publié, 2004, 6 p.

Texte intégral

Fournier C. Décrire et analyser les programmes d'éducation du patient. La santé de l'homme, n° 341, mai-juin 1999, p. 15-16

Texte intégral

Hincelin L. Indicateurs et tableaux de bord : du pilotage à l'évaluation. Contact santé 2004 ; 196 : 16-17

En ligne : http://www.mrps.asso.fr/portail-site/upload/contact_sante/fichiers/reperes/2004/reperes_CS196.pdf
[Dernière consultation 24/11/2005]

Hincelin L. Petits outils d'évaluation. Contact santé 2001 ; 166 : 18-19

Texte intégral

Les étapes préparatoires de l'évaluation. In : Service évaluation technologique, service évaluation économique. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? Saint-Denis : Anaes, 2004, pp. 15-18

[En ligne : www.anaes.fr, cliquer sur Publications, puis Les titres.
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte intégral

Molleman Gerard R.M., Ploeg Machteld A., Hosman Clemens M.H., Peters L. Preffi 2.0 : un outil néerlandais pour analyser l'efficacité des interventions en promotion de la santé. Promotion et Education 2004 ; hors série : 22-27

Texte intégral

Service de formation. Des étapes aux questions. In : Evaluation d'une action de santé publique : recommandations. Paris : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, octobre 1995, p. 20

En ligne : www.anaes.fr, cliquer sur Publications, puis Les titres.
[Dernière consultation 24/11/2005]



Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé

Contexte d'élaboration : cette grille a été conçue fin 2003, dans le cadre de la réflexion de l'Inpes sur le développement de l'évaluation dans son champ d'expertise. Une démarche participative d'analyse de la littérature a été mise en œuvre au sein de l'institut, engageant des chargés de mission appartenant à plusieurs directions.

Objectif de cette grille : analyser des articles - sélectionnés par le département « documentation » ou identifiés par le lecteur - décrivant des évaluations d'actions d'éducation pour la santé. Il s'agit dans chaque article d'étudier la méthodologie d'évaluation choisie et de réfléchir à la pertinence et à la faisabilité d'une telle évaluation pour les actions mises en œuvre par l'Inpes¹.

Nom du lecteur :

Date :

Référence complète de l'article :

.....
.....
.....
.....

¹ Les documents concernant des recommandations pour l'évaluation ont été analysés à part et sont présentés sous forme de dossier documentaire.

Fournier C., Sizaret A., Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. 1
Non publié, 2004, 6 p.

Caractéristiques générales de l'action évaluée

1. **Thème(s)** abordé(s) (ex : *tabac, violence, ...*) :

.....
.....
.....

2. **Population(s)** concernée(s) (ex : *groupe de patients, classe d'enfants, quartier, grand public, ...*) :

.....
.....
.....

3. **Nature de l'action** (ou des actions) évaluée(s) (ex : *campagne presse, spot radiophonique, newsletter, formation, ... décrire le plus précisément possible*)

.....
.....
.....
.....
.....

4. **Objectifs** de l'action évaluée (*détailler au maximum, en précisant éventuellement l'objectif général et les objectifs opérationnels, ou l'objectif principal et les objectifs secondaires*) :

-
-
-
-
-
-
-

5. **Résultats** de l'évaluation de l'action :

.....
.....
.....
.....

6. **Appréciation générale de la qualité** de l'article (intérêt, lisibilité, ...) :

.....
.....
.....

Fournier C, Sizaret A, Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. 2
Non publié, 2004, 6 p.

Caractéristiques de l'évaluation menée

7. Objectifs de l'évaluation² (cocher la/les réponses) :

- évaluation normative (évaluation visant à vérifier, sur le terrain, les performances obtenues par l'application de méthodes d'intervention, en référence à des normes pré-définies)
- recherche évaluative (évaluation cherchant à démontrer scientifiquement la cohérence interne et l'efficacité de certaines méthodes d'intervention avant leur application et leur généralisation)
- autre :

8. Situation temporelle de l'évaluation³ (cocher la/les réponses)

- avant l'action
- pendant l'action ou tout au long de l'action (précisez) :
- après l'action :
 - à court terme (au décours de l'action, précisez) :
 - à moyen terme (préciser : 1 mois, 1 an, ...) :
 - à long terme (préciser) :

9. Niveau(x) d'évaluation⁴ (cocher la/les réponses) :

- Pertinence (lien entre les objectifs de l'action et les besoins identifiés)
- Cohérence (lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre)
- Efficacité (relation entre les objectifs de l'action et les résultats)
- Efficience (relation entre les ressources attribuées à l'action et les résultats)
- Impact, répercussions (effets du programme autres que ceux observés sur la population concernée ; par ex. ceux observés sur les acteurs, sur l'environnement...)
- Autre :

10. Méthodologie de l'évaluation (cocher la/les réponses) :

- issue de l'épidémiologie :
 - protocole expérimental d'essai randomisé contrôlé
 - enquête de type quasi-expérimental « groupe expérimental / groupe témoin »
 - enquête d'observation de type « avant / après »
 - enquête d'observation simple (comparaison d'effets mesurés à des effets attendus théoriques)
- issue des sciences sociales :
 - observation
 - entretien
 - questionnaire d'enquête
 - analyse de contenu
 - analyse stratégique (sociologie des organisations)

² selon Contandriopoulos A.-P. Champagne F., Denis J.-L., Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes (modifié). *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2000, 48, 517-539.

et selon l'Andem : Evaluation d'une action de santé publique : recommandations. Andem, octobre 1985, 39 p.

³ d'après l'Andem *op. cit.*

⁴ d'après l'Andem *op. cit.*

Fournier C., Sizaret A., Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. 3
Non publié, 2004, 6 p.

issue des sciences économiques :

- étude de minimisation des coûts (comparaison d'actions ayant les mêmes effets en termes de santé)
- analyse coût-efficacité (rentabilité de différentes actions ayant des résultats en termes d'unités physiques : années de vie gagnées, nb de handicaps évités, ...)
- analyse coût-utilité (efficacité appréciée en terme de qualité de vie)
- analyse coût-bénéfice (ensemble des conséquences d'un programme de santé, par ex les « coûts évités »)

Remarques éventuelles :

.....

.....

11. Types de critères d'évaluation⁵ (cocher la/les réponses et préciser en regard tous les indicateurs⁶ retenus) :

(ex : Type de critère : sanitaire ; Indicateur : fréquence de consommation de tabac dans la population)

- socio-économiques :
-
- sanitaires :
-
- environnementaux :
-
- comportementaux :
-
- cognitifs :
-
- affectifs :
-
- psychomoteurs :
-
- administratifs :
-
- d'autonomie (empowerment) :

⁵ d'après Green, adapté par : Demarteau M. Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation, réflexions critiques et questions pour la recherche. In : CFES, CRAES, ENSP, université Victor Ségalen de Bordeaux (dir). Evaluer l'éducation pour la santé, concepts et méthodes. Vanves : éditions Inpes (séminaires), 2002, p. 35-50.

⁶ Selon l'Andem, « Les **critères** sont des **variables** » qui rendent compte :

- de l'atteinte des objectifs ; elles sont alors choisies parmi les **résultats** : qualité de vie, état de santé, représentations, savoir-faire, savoir-être, savoirs, offre de soins, etc. ;

- des différentes composantes du programme ; elles sont alors choisies parmi des éléments du **processus** : participation des patients, participation de l'équipe et des autres partenaires, échancier, etc..

Les **indicateurs** sont les **données concrètes** qui, dans la réalité, rendent compte du critère choisi. » Les indicateurs sont le plus souvent exprimés en pourcentage ou sous forme d'un nombre. »

Fournier C, Sizaret A, Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. 4
Non publié, 2004, 6 p.

.....

 - autres (préciser)

Remarques éventuelles :

12. Position de l'évaluateur (cocher la/les réponses) :

- évaluation interne (l'évaluateur est celui qui commande ou qui met en œuvre l'action)
- évaluation externe
- évaluation mixte

Remarques éventuelles :

13. Dimension technique de l'évaluation⁷ (cocher la/les réponses) :

Processus :

- formel (l'article présente des indicateurs, méthodes et outils de recueil de l'information)
- informel

Jugement de valeur :

- formel (l'article présente les critères, normes, valeurs sur lesquels porte le jugement)
- informel

Utilisation de l'évaluation :

- formelle (dans l'article, le jugement de valeur s'applique immédiatement)
- informelle (le jugement de valeur s'appliquera de manière retardée)

Remarques éventuelles :

⁷ d'après Demarteau, *op. cit.*

Fournier C., Sizaret A., Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. 5
 Non publié, 2004, 6 p.

Votre avis sur l'évaluation présentée dans l'article

14. Quelles sont les **limites** de cette évaluation ?

.....
.....
.....

15. Quels sont les **points positifs** de cette évaluation :

.....
.....
.....

16. Quelle est selon vous la **pertinence** de ce type d'évaluation pour les actions mises en œuvre ou pilotées par l'Inpes ?

.....
.....
.....

17. Quelle est selon vous la **faisabilité** de ce type d'évaluation pour l'Inpes, et quelles seraient alors les **conditions d'application** requises ?

.....
.....
.....

18. Remarques libres :

.....
.....
.....
.....

Fournier C, Sizaret A, Ferron C. Grille d'analyse d'articles portant sur l'évaluation d'actions d'éducation pour la santé. 6
Non publié, 2004, 6 p.

Décrire et analyser les programmes d'éducation des patients

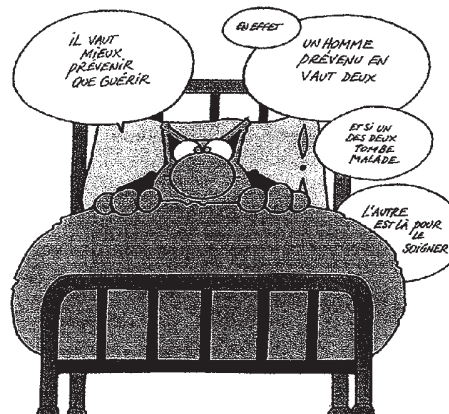
■ Références bibliographiques

- (1) Jacquemet S., Lacroix A., Perolini M., Golay A., Assal J.-P. *Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases: new observation method for the continuous training of the health care team*. Patient education and counseling. 1998 ; 34 : 201-12.
- (2) Davies J.K., MacDonald G. (eds). *Duality, evidence and effectiveness in health promotion: grappling with uncertainties*. London : Routledge Publishers, 1998 : 245 p.
- (3) Fournier C. *Décrire et analyser les programmes d'éducation du patient : démarche, méthode, outils d'évaluation de processus*. Mémoire de licence en Sciences de la santé publique, orientation éducation du patient. Université Catholique de Louvain, Bruxelles, janvier 1999.
- (4) Bury J. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : Editions De Boeck-Université, coll. Savoirs et santé, 1998 : 225 p.
- (5) Decache A. *Information et éducation du patient : proposition de cadres conceptuel, problématique et pratique*. Mémoire de licence en Éducation pour la santé. Bruxelles, 1988.
- (6) Gagnayre R. *Approche pédagogique de l'éducation du patient : méthodes et évaluations*. Bulletin d'Éducation du Patient 1996 ; 15 (3) : 87-92.
- (7) Paquay L. *Référentiel du module de « Méthodologie générale en Éducation pour la Santé »*. Unité d'Éducation pour la santé Reso, École de Santé publique-Santé communautaire, faculté de médecine, Université catholique de Louvain. Septembre 1996.
- (8) d'Ivernois J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot, 1995 : 208 p.

On assiste actuellement en France, dans les lieux de soins, au développement de pratiques éducatives tournées vers les patients porteurs de certaines maladies chroniques. Ces pratiques, nées le plus souvent d'initiatives individuelles et locales, peuvent s'organiser de manière très différente, structurée ou non, réunissant des acteurs, des objectifs ou des méthodologies extrêmement variés... Parallèlement à une prise de conscience de l'intérêt individuel et collectif (en particulier sanitaire et financier) de l'éducation des patients, est apparue dans notre pays une volonté croissante d'encourager ces pratiques éducatives structurées et de permettre leur reconnaissance. Cette volonté se retrouve aussi bien chez les professionnels de terrain, médicaux et paramédicaux, que chez les patients et associations de patients, ainsi que chez les décideurs et les financeurs.

Or, en amont du problème que pose leur reconnaissance professionnelle et financière, ces activités souffrent certainement de l'absence de critères communs de description et d'évaluation. En effet, parmi les nombreuses difficultés d'évaluation auxquelles on est confronté dans le domaine de l'éducation du patient, les évaluations d'efficacité réalisées ne prennent qu'exceptionnellement en compte la nature des processus mis en place par les soignants (1), mais l'évaluation des processus est de plus en plus mise en avant et recommandée comme la principale et la plus indispensable forme d'évaluation (2), car elle s'intéresse à ce qui sous-tend fondamentalement l'efficacité de l'éducation du patient.

Il s'agit de proposer une démarche d'évaluation des processus, accompagnée d'un outil qui permette de porter un regard distancié sur les pratiques en éducation du patient. Les objectifs (3) en sont les suivants :



- élaborer une grille de lecture commune des nombreuses expériences en éducation du patient, afin de pouvoir rendre visibles et compréhensibles les activités menées ;
- analyser la cohérence interne des programmes éducatifs, en mettant en relation les options théoriques retenues par les professionnels avec les choix pratiques (aspects organisationnels et méthodologiques) ;
- par la comparaison entre plusieurs structures ou programmes d'éducation, identifier divers modes de fonctionnement possibles et les adaptations effectives à un contexte et à des contraintes donnés ;
- par une brève reconstruction historique, montrer l'évolution de ces structures afin de mettre en évidence des étapes, ou tout au moins donner des repères de leur développement.

Présentation du cadre d'analyse

Les objets d'étude peuvent être déclinés en trois grands ensembles (les questions retenues pour décrire chaque ensemble sont posées dans les tableaux correspondants, sous une forme simplifiée) :

1. Il est nécessaire de connaître tout d'abord le contexte institutionnel local, c'est-à-dire la place de la structure d'éducation dans l'hôpital et dans le service où elle est implantée (grille I).

2. En second lieu, pour décrire les pratiques des professionnels et le processus d'éducation des patients, on peut isoler artificiellement trois dimensions à prendre en compte :

- des aspects « idéologiques et philosophiques », qui renvoient à la conception que les professionnels ont de la santé et de l'éducation du patient, et qui sous-tendent toutes les activités qui seront mises en place (grille II) ;

- des aspects « théoriques et organisationnels », qui concernent les choix en matière de planification des activités, de fonctionnement de l'équipe, de sélection du public-cible et des contenus des programmes (grille III) ;

- des aspects « méthodologiques », c'est-à-dire les méthodes pédagogiques employées et l'évaluation mise en place (grille IV) ;

3. Par ailleurs, il importe de recueillir l'avis de patients, concernant les activités éducatives qui leur sont proposées (grille V).

L'étude qualitative guidée par ces cinq grilles repose sur des entretiens et sur une observation des pratiques éducatives dans des lieux de soins. L'outil et la démarche sont en cours d'utilisation par un observateur externe, dans plusieurs structures d'éducation de patients diabétiques implantées dans des centres hospitalo-universitaires parisiens.

En plus de son utilité dans la description et la comparaison de programmes d'éducation du patient, cet outil peut aider à prendre en compte les différentes dimensions d'un programme éducatif et contribuer à poser la question de la cohérence interne d'un programme inscrit dans un contexte propre. Il peut être aussi une aide à la conception d'un programme, en incitant à définir d'avance les stratégies employées, en fonction des objectifs et du contexte.

Toutefois, pour que l'évaluation d'un programme d'éducation du patient soit complète, il est nécessaire que l'évaluation des processus soit reliée en amont à une analyse de besoins, et en aval à une évaluation des effets.

Cécile Fournier

Interne de santé publique,
Direction générale de la santé, Paris.

I. ANALYSE DU CADRE INSTITUTIONNEL

au niveau de l'hôpital

- Y a-t-il une politique d'ouverture à la promotion de la santé, l'éducation pour la santé et l'éducation du patient ?
- Quelles sont la représentation et la position des instances administratives de l'hôpital vis-à-vis du centre ou du programme d'éducation du patient ?
- Existe-t-il une coordination transversale de l'éducation du patient sur l'hôpital ? Si oui, par quels professionnels ?

au niveau du centre

ou du programme d'éducation

- Quelle est l'origine de la création du centre ou du programme, et qui a œuvré pour ?
- Quel est le vécu de leur situation, de leur travail et de leurs conditions de travail par les acteurs qui interviennent ?
- Le centre ou le programme est-il ouvert vers l'extérieur (dans l'hôpital et en dehors de l'hôpital) ?
- Comment le centre ou le programme est-il perçu dans l'hôpital et en dehors ?

II. DIMENSION « IDÉOLOGIQUE » OU « PHILOSOPHIQUE »

1. Quel est le modèle de santé des soignants ?

- Est-ce un modèle « biomédical » ou « global » (4) ?
- Voient-ils la santé comme l'absence de maladie ou en ont-ils une vision plus positive (5) ?

2. Quel est leur modèle éducatif ?

- Prônent-ils une logique d'enseignement ou d'apprentissage ?
- Quels types de savoirs sont pris en compte : théoriques (savoir)/savoir-faire, savoir être, savoir devenir ?
- Quels acteurs sont impliqués dans la relation

éducative : soignants et patients/soignants, patients et famille ?

- Le contenu éducatif est-il généraliste et fixe pour tous les patients, ou personnalisé ?

3. Quel modèle d'éducation du patient en résulte ?

- But principal de l'éducation du patient : autonomie/autodétermination/observance (6)
- Quelles sont les méthodes pédagogiques utilisées : prescriptives (enseignement)/didactiques (enseignement + travaux pratiques)/participatives (apprentissage)/travail communautaire (éducation + action sociale) ?

III. DIMENSION THÉORIQUE ET ORGANISATIONNELLE

1. Quels sont les grands axes organisationnels ?

- Education intégrée/dissociée des soins ?
- Hospitalisation/ambulatoire ?
- Intégration dans la vie courante ?
- Durée des cycles éducatifs
- Éducation continue/éducation ponctuelle ?

2. Quelles actions met-on en place :

- Des actions médico-techniques ? éducatives ? d'accompagnement psychosocial ?

3. Quel est le public-cible de l'éducation ?

Et quel est le mode de « recrutement » des

patients ?

4. Quels soignants interviennent ?

Quelles formations et compétences ont-ils ? Combien sont-ils ? Quel est l'investissement de chacun dans la structure ? Comment fonctionne l'équipe (interdisciplinarité) ?

5. Quels sont les thèmes (contenus d'éducation) et quels sont les axes d'apprentissage (7) ?

6. Description des locaux et des équipements (locaux : implantation, taille, local spécifique ou non ; matériel pédagogique)

IV. DIMENSION MÉTHODOLOGIQUE

1. Quelles sont les stratégies éducatives ? Outils et supports pédagogiques (quels sont-ils ? Qui les a construits ?) :

- Supports d'informations et outils de communication dans la relation de soin
- Outils servant à établir puis soutenir la relation éducative à « long terme » (carnet de suivi, contrat...)

Méthodes :

- Collectives/individuelles/d'autoapprentissage (8) ?

- Domaine principal : savoirs/savoir-faire/savoir être ou savoir devenir

Modes pédagogiques :

présentation de l'information/interaction/découverte de l'information ?

2. Quel est le plan d'évaluation ?

- Quel type d'évaluation : formative/sommative ? Quels critères ?
- Quels sont les objets et personnes sur lesquels porte cette évaluation ?
- Quelle pertinence de l'évaluation par rapport aux objectifs et au processus ?

V. LE POINT DE VUE DES PATIENTS

1. Pourquoi sont-ils venus suivre un programme d'éducation ? En ont-ils déjà suivi un ? En ont-ils fait la demande ? Qu'en attendent-ils ?

2. Qu'est-ce que cela leur apporte finalement ? Peuvent-ils aborder les sujets qui les intéressent ?

Leurs questions et attentes sont-elles prises en compte ? Trouvent-ils des réponses à leurs questions ou problèmes ?

3. Quelles réflexions suscitent chez eux l'organisation des activités et le type de méthodes employées ?

Gerard R. M. Molleman, Machteld A. Ploeg, Clemens M. H. Hosman et Louk Peters

Preffi 2.0: un outil néerlandais pour analyser l'efficacité des interventions en promotion de la santé

Quels sont les éléments qui rendent les programmes de promotion de la santé efficaces? Comment peut-on concevoir et mettre en œuvre des projets de façon à créer les conditions optimales à leur efficacité? Au cours des 20 dernières années, de nombreux chercheurs ont essayé de répondre à ces questions en effectuant des études centrées sur la méta-analyse de l'efficacité des programmes et en recourant de préférence à des essais contrôlés randomisés (ECR) pour évaluer l'efficacité. Ils ont découvert que les programmes de promotion de la santé ne sont pas tous fondés sur des preuves d'efficacité, loin s'en faut. Les effets significatifs de nombreux programmes ont certes été démontrés dans plusieurs pays, mais en moyenne l'ampleur de ces effets a jusqu'à présent été modérée (Kok

et al., 1997, Durlak et Welsh, 1997, Boddy, 1999). Par ailleurs, alors qu'il s'est avéré que de nombreux programmes sont efficaces ou moyennement efficaces, l'efficacité de nombreux autres laissait à désirer, voire était absente.

Il a également été établi que bon nombre des programmes estimés efficaces ne l'étaient que pour une partie du groupe cible, uniquement pour un nombre limité d'objectifs ou seulement à court ou à moyen terme, ou alors qu'ils perdaient une partie ou la totalité de leur efficacité dans un contexte différent. Cela signifie qu'il reste de la place pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes. Ces diverses études sur les effets des programmes de promotion de la santé ont sans nul doute produit quantité d'informations, mais leurs résultats sont rarement appliqués dans la pratique de la promotion de la santé. Les praticiens trouvent qu'il est difficile d'évaluer la valeur des résultats de la recherche qui parfois sont même contradictoires. Par ailleurs, les chercheurs négligent souvent de donner des détails sur les conditions contextuelles (en terme de temps, de financement et de soutien disponible) et les circonstances (contexte local, influence sociale, culturelle et économique, moment) dans lesquelles les effets signalés ont été obtenus, alors que ces détails sont nécessaires pour décider s'il faut adapter l'intervention pour qu'elle puisse être répliquée ou mise en œuvre avec succès dans une situation différente, et la façon de procéder.

Chercheurs et praticiens travaillent souvent selon des échéanciers différents. Les tentatives d'amélioration de l'efficacité au moyen d'ECR exigent des investissements à long terme et comportent de longs délais entre l'élaboration d'un programme et la

production d'information sur ses effets. Ce processus est important mais extrêmement lent. Les décideurs et praticiens en revanche ont souvent besoin de recevoir l'information plus rapidement, puisqu'on leur demande de réagir à des problèmes précis à brève échéance, sous forme de programmes et d'interventions qui produisent un maximum d'effet. En bref, ce dont ils ont besoin, c'est que les informations obtenues grâce à la recherche soient traduites en recommandations pratiques qui correspondent au contexte dans lequel ils doivent travailler.

Ceci signifie que pour stimuler une promotion de la santé efficace, il faut à la fois :

1. élaborer et diffuser des programmes dont l'efficacité a été démontrée; et
2. informer sur les principes d'efficacité qui influencent l'efficacité de la promotion de la santé dans la pratique, et la façon dont les professionnels utilisent ces informations.

C'est sur cette toile de fond que l'Institut néerlandais de promotion de la santé et de prévention des maladies (NIGZ) a lancé le projet Preffi au milieu des années 90. Le projet est un processus à long terme par lequel on tente d'améliorer l'efficacité de la promotion de la santé en stimulant une réflexion systématique et critique sur les programmes et les projets.

Auteur principal:
Gerard R.M. Molleman
Directeur du Centre du NIGZ pour la connaissance et la qualité
Boîte postale 500
NL-3440 AM Woerden
Pays-Bas
Téléphone: +31 348 437621
E-mail : gmolleman@nigz.nl

Machteld A Ploeg
Centre du NIGZ pour la connaissance et la qualité, Woerden, Pays-Bas

Clemens M.H. Hosman
Centre de recherche sur la prévention, Département d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, Université de Maastricht et Département de psychologie clinique, Université de Nimègues, Pays-Bas

Louk Peters,
Centre du NIGZ pour la connaissance et la qualité, Woerden, Pays-Bas

Mots clés

- efficacité
- Pays Bas
- outils d'évaluation
- programmes de promotion de la santé

le cadre d'un ECR qui est habituellement considéré comme la forme de données probantes la plus valable. Les principes d'une approche systématique, par exemple, sont habituellement fondés sur une argumentation logique, le consensus et les conclusions de multiples études de cas. Il n'existe pas encore de classement particulier internationalement accepté des types de données probantes, et l'avis selon lequel des méthodes de vérification autres que l'ECR sont également valables recueille de plus en plus de suffrages (McQueen and Anderson, 2002, Koelen *et al.*, 2001).

Étape 4. Les résultats de l'application de ces critères de sélection à Preffi 1.0 ont dans un premier temps été examinés par le groupe de travail, puis individuellement par les membres du Comité scientifique, et finalement tous ensemble. Le résultat de ces consultations a servi à préciser un certain nombre de critères de Preffi 1.0, mais aucun n'a été supprimé. L'idée de l'ajout de nouveaux indicateurs d'effets prévus fondés sur la recherche récente en promotion de la santé, l'analyse des pratiques, ainsi que sur l'expérience acquise avec Preffi 1.0 a plutôt été retenue.

Étape 5. Le choix des indicateurs ainsi effectué a été consigné en détail dans un document explicatif qui décrivait la nature de chaque indicateur, sa relation avec l'efficacité (pertinence) et les données probantes disponibles pour corroborer cette relation. Un second document présentait une opérationnalisation supplémentaire de chaque indicateur par rapport à des questions particulières, ainsi que les normes correspondantes, fondées sur le consensus auquel étaient arrivés, à la suite de discussions, le groupe de travail et le comité scientifique. Ceci devait aider les praticiens à décider dans quelle mesure leur projet tient suffisamment compte de chaque indicateur, tout en proposant des aspects particuliers qui pourraient être améliorés.

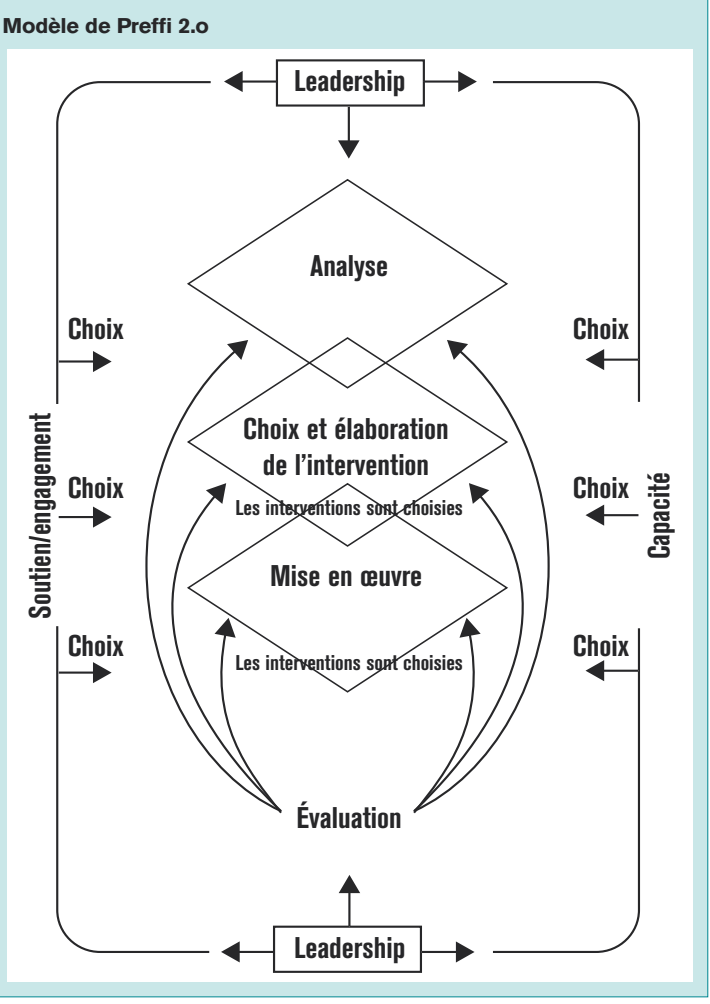
Étape 6. En sus du comité scientifique, le comité de praticiens a également été impliqué dans les diverses consultations et a été invité à donner son avis sur les documents présentant le mode d'emploi et de mise en œuvre de Preffi 2.0. Les commentaires reçus ont servi à introduire divers ajustements, notamment comme sous-diviser les catégories d'indicateurs d'effets prévus, en clarifiant les explications et en ajustant le mode opérationnel et les normes.

Étape 7. Une version provisoire de Preffi 2.0 (consistant en un formulaire de pointage, un document explicatif, un document « mode d'emploi » et un manuel de l'utilisateur) a été mise à l'essai pour en valider l'aspect pratique auprès de 35 praticiens aguerris appartenant à un éventail d'institutions. On leur a demandé d'utiliser la version provisoire de Preffi 2.0 pour évaluer deux descriptions de projets, puis de remplir un questionnaire (comportant à la fois des questions ouvertes et fermées) sur leur expérience d'application de l'outil et sur leur avis au sujet de divers éléments de la version provisoire. Des interviews supplémentaires ont été réalisés auprès de 10 des praticiens. Les résultats de ce pré-test ont ensuite été utilisés pour ajuster certains aspects du contenu et de la présentation dans la version finale de Preffi 2.0, de même que préciser son utilisation.

Contenu de Preffi 2.0

Preffi 2.0 consiste en un ensemble d'outils d'évaluation qui comprend (Molleman *et al.*, 2003) :

Figure 1



Efficacité

- un formulaire de pointage qui permet aux utilisateurs d'attribuer des notes à une liste de critères de qualité (les fameux indicateurs décrits préalablement), et qui comporte un espace pour décrire les éléments qui doivent être améliorés ; une représentation visuelle du modèle Preffi 2.0 décrit à la section suivante de cet article est également incluse sur ce formulaire ;

- un document intitulé *Opérationnalisation et normes* qui permet de documenter chaque critère au moyen d'une ou plusieurs questions auxquelles il faut répondre par oui ou par non ; des normes (catégories de notes) pour interpréter les réponses aux questions d'opérationnalisation sont également fournies ;

- un *Manuel de l'utilisateur* qui explique Preffi 2.0 et donne des instructions pour l'utilisation de l'outil et chacun de ses éléments.

Ceci est complété par un document exhaustif intitulé *Guide explicatif* qui donne des détails supplémentaires sur les critères de qualité (indicateurs prévisionnels des effets) et examine leur importance pour l'évaluation de l'efficacité ainsi que l'information sur les données probantes disponibles (y compris des références documentaires) (Peters *et al.*, 2003).

Le modèle Preffi 2.0

Les principaux éléments conceptuels de l'outil sont représentés dans le modèle Preffi 2.0 (voir la figure 1) qui insiste sur la nature dynamique des projets de promotion de la santé, l'interaction constante entre le contenu et les conditions contextuelles et la nature cyclique du processus de promotion de la santé.

L'élément central du modèle montre les étapes qu'il faut suivre dans la conception et la mise en œuvre systématique d'un projet, à savoir: analyse du problème, choix et définition de la bonne intervention, mise en œuvre et évaluation de celle-ci. Les étapes du processus sont représentées par des losanges, parce que chaque étape consiste, en un premier temps, à examiner un vaste ensemble d'options (divergence), puis de choisir parmi ces

options en se fondant sur les aspects du contenu et les conditions contextuelles (convergence). Pour donner un exemple, l'analyse du problème consiste, dans le meilleur cas de figure, à déceler toutes les causes/déterminants possibles, après quoi on choisit les déterminants devant être abordés dans le cadre de l'intervention, en se fondant sur des arguments de contenu, de pertinence, de « modifiabilité » et de faisabilité pratique. Les losanges se chevauchent parce que le processus de sélection doit toujours prendre en ligne de compte les conséquences et les options de l'étape suivante. Ainsi, lorsqu'ils choisissent une

intervention particulière, les concepteurs devraient déjà prendre en considération les possibilités de mise en œuvre. L'évaluation porte sur tous les moments du processus auxquels des choix doivent être faits, et c'est pour cette raison que des flèches pointent vers tous ces moments.

L'efficacité des interventions et les choix qui peuvent être faits dans le cadre de ces interventions sont déterminés en partie par des conditions contextuelles telles que le soutien au projet, les moyens disponibles pour sa mise en œuvre et la qualité de la coordination

Figure 2

Liste des critères du formulaire de pointage de Preffi 2.0

Conditions contextuelles	
1 Conditions et faisabilité contextuelles	6.2b Moment de l'intervention
1.1 Soutien/engagement	6.3 Adaptation au groupe cible
1.2 Capacité	6.3a Participation du groupe cible
1.3 Leadership	6.3b Adaptation à la « culture »
1.3a Expertise et caractéristiques du chargé de projet	6.4 Techniques efficaces (recommandées)
1.3b Point de mire pour le leadership	Place pour une approche personnalisée
Analyse	Rétroaction sur les effets
2 Analyse des problèmes	Utilisation de stratégies de récompense
2a Nature, gravité, ampleur du problème	Suppression des obstacles au comportement de prédilection
2b Répartition du problème	Mobilisation de soutien/engagement social
2c Perception du problème par des intervenants	Compétences en formation
3 Déterminants du problème (psychologique), comportement et milieu	Dispositions pour le suivi
3a Modèle théorique	Établissement d'objectifs et intention de la mise en œuvre
3b Contribution des déterminants au problème, comportement ou facteur environnemental	Approche interactive
3c Susceptibilité des déterminants au changement	6.5 Faisabilité dans la pratique existante
3d Priorités et sélection	6.5a Adaptation aux groupes cibles intermédiaires
Choix et élaboration d'interventions	6.5b Caractéristiques de la capacité de mise en œuvre de la ou des interventions
4 Groupe cible	6.6 Cohérence des interventions/activités
4a Caractéristiques générales et démographiques du groupe cible	6.7 Test préliminaire
4b Motivation et possibilités du groupe cible	Mise en œuvre
4c Accessibilité du groupe cible	7 Mise en œuvre
5 Cibles	7.1 Choix d'une stratégie de mise en œuvre adaptée aux intermédiaires
5a Les objectifs correspondent à l'analyse	7.1a Mode de mise en œuvre : de haut en bas ou de bas en haut
5b Les objectifs sont spécifiques, précisés dans le temps et mesurables	7.1b Adaptation des interventions de mise en œuvre aux intermédiaires
5c Les objectifs sont acceptables	7.1c Acceptation des fournisseurs par les intermédiaires
5d Les objectifs sont réalisables	7.2 Suivi et rétroaction
6 Élaboration de l'intervention	7.3 Intégration à la structure existante
6.1 Raison d'être de la stratégie d'intervention	Évaluation
6.1a Adaptation des stratégies et des méthodes aux objectifs et aux groupes cibles	8 Évaluation
6.1b Expérience antérieure avec la ou les interventions	8.1 Clarté et accord sur les principes d'évaluation
6.2 Durée, intensité et échéancier	8.2 Évaluation du processus
6.2a Durée et intensité de l'intervention	8.3 Évaluation des effets
	8.3a Un changement a-t-il été mesuré?
	8.3b Le changement a-t-il été causé par l'intervention?
	8.4 Rétroaction aux intervenants

assurée par le chargé de projet. Les flèches qui pointent vers l'intérieur indiquent les moments auxquels des choix doivent être faits. La flèche pointant vers le choix d'une intervention est plus grosse pour indiquer que c'est à ce point que l'influence des conditions contextuelles se fait souvent particulièrement sentir.

Les 39 critères de qualité (indicateurs prévisionnels des effets) inclus dans Preffi 2.0 ont été sous-divisés en éléments (voir la figure 2). Les éléments du côté gauche portent principalement sur l'élaboration systématique d'une intervention, alors que ceux de droite portent particulièrement sur les aspects de la mise en œuvre. La structure fondamentale est la même que celle de Preffi 1.0, mais certains éléments ont été redéfinis l'un par rapport à l'autre. Au niveau de chacun des critères, le Preffi 2.0 a été révisé à fond tel que décrit précédemment et le nombre de critères a été ramené de 49 à 39.

Cas 1 Exemple de l'opérationnalisation et des normes d'un critère Preffi

6.3.a. Participation du groupe cible

Opérationnalisation:

1. Dans le cas d'interventions élaborées ailleurs (p. ex., au niveau national) : le groupe cible général a-t-il au moins été consulté pendant que l'intervention était élaborée ?
2. Pour n'importe quel projet: le groupe cible particulier pour le projet actuel (c.-à-d. les résidents du district cible) ont-ils au moins été consultés pendant que l'intervention était élaborée ou avant que le modèle d'intervention ait été choisi ?
3. Pour n'importe quel projet: compte tenu de la nature du projet, le groupe cible a-t-il participé suffisamment à l'élaboration ou à la sélection de l'intervention ?

Normes :

- Faible : question 1 = non ou sans objet et question 2 = non (ce qui rend la question 3 sans objet)
- Modérée : question 1 et/ou 2 = oui et question 3 = non
- Forte : question 1 et/ou 2 = oui et question 3 = oui

Méthode de pointage

Chaque critère de Preffi a été opérationnalisé au moyen d'une ou plusieurs questions particulières auxquelles il faut répondre par oui ou par non. Les réponses à ces questions permettent aux utilisateurs de noter comme « faible », « modérée » ou « forte » la façon dont une intervention satisfait à un critère particulier (voir l'exemple de l'encadré 1).

Cette opérationnalisation a pour objet de fournir aux utilisateurs de Preffi un outil qui leur permet d'évaluer un programme de la façon la plus objective possible. Cependant, la nature d'un critère particulier ou des questions qui opérationnalisent ce critère peuvent ne pas toujours permettre une évaluation objective. À cet effet, on peut établir grosso modo une distinction selon trois types de critères. Le premier type comprend des critères pour lesquels les questions appellent une réponse sans équivoque, par exemple, « Sait-on dans quelle mesure le groupe cible perçoit effectivement le problème comme tel ? » (2.3). La deuxième catégorie sont des critères pour lesquels il n'existe pas de réponse directe, parce qu'ils exigent l'évaluation de certains aspects, tels que l'expertise du chargé de projet (1.3.a), ou si le groupe cible perçoit l'intervention comme étant compatible avec sa culture (6.3.b). Dans de tels cas, il est conseillé aux utilisateurs de rechercher le *consensus des pairs* au sujet de la question. Enfin, il y a un certain nombre de critères qui exigent essentiellement un *avis d'expert*. Citons pour exemple l'opérationnalisation du « modèle théorique » (3.1), qui comprend non seulement la question au sujet de l'utilisation ou non d'un modèle théorique, mais pour laquelle on demande également si l'on a établi comme plausible que le modèle choisi convient à une application dans une situation particulière.

Un certain nombre de critères de Preffi permettent de choisir l'option « incapable d'évaluer » ; il s'agit en particulier des critères qu'il est difficile pour des tiers d'évaluer en se fondant sur la preuve documentaire fournie ; par exemple, l'expertise et les caractéristiques du chargé de projet (1.3.a). Dans d'autres critères, le manque d'information est évalué comme « faible ». Le formulaire de

pointage permet de donner à chaque élément une note globale entre 1 et 10, qui doit être composée à partir des notes attribuées individuellement à chaque critère au sein de l'élément. La note globale pour l'ensemble du projet est donc fondée sur les évaluations des éléments individuels. La note générale n'est pas nécessairement une simple moyenne, car des pondérations différentes peuvent être attribuées à certains critères d'un élément. Le verso du formulaire de pointage comporte un espace pour reporter les notes des éléments sous forme graphique et pour signaler les éléments devant être améliorés ainsi que les mesures qu'il faut prendre pour apporter ces améliorations.

Expériences avec Preffi 2.0

Une mise à l'essai, pouvant être considérée comme un pre-test de Preffi 2.0 a été réalisée auprès de 35 praticiens (étape 7), et a produit une évaluation favorable de la version provisoire (Meurs, 2002). 28 répondants sur 35 avaient travaillé avec Preffi 1.0 auparavant, dont 25 ont considéré Preffi 2.0 comme une amélioration, particulièrement en raison de l'amélioration de l'information qui le sous-tend et de l'opérationnalisation des critères de qualité. L'outil a obtenu une note générale moyenne de 7,7 sur 10. Il a été évalué par la grande majorité comme étant valable, complet, clair, bien organisé et novateur. La plupart des répondants ont indiqué que Preffi 2.0 était utile pour eux-mêmes (83 %) et pour leurs collègues (89 %), tant sur le plan de l'élaboration de projets (79 %) que sur celui de leur évaluation (85 %). Ils considéraient Preffi 2.0 comme étant difficile et long, plutôt que facile et concis. Ils ont également signalé que le temps qu'ils devaient consacrer à l'appliquer diminuait à chaque application successive : le premier projet exigeait en moyenne 113 minutes pour l'évaluation, le deuxième 85 minutes. La pratique a de plus montré qu'un utilisateur aguerri de Preffi 2.0 peut évaluer entièrement un projet en une heure.

Il est devenu évident que les personnes utilisent Preffi à diverses étapes des projets, pour examiner leur propre projet et comme base pour étudier ceux de collègues. L'évaluation des projets d'autres personnes peut cependant être

Efficacité

difficile si l'information manque ou est peu claire. Il a été établi qu'il faut chaque fois, en plus d'évaluer les documents fournis, avoir en plus une discussion avec le chargé de projet. Les utilisateurs trouvent que ceci produit un aperçu équilibré et utile des éléments du projet qui doivent être améliorés.

Les avis exprimés lors de l'étude pilote ont été corroborés par l'expérience avec notre programme de mise en œuvre de Preffi 2.0, dans le cadre duquel plus de 400 spécialistes de la promotion de la santé ont déjà été formés.

Conclusions

Pour être efficace, la promotion de la santé exige l'élaboration et la diffusion de programmes dont l'efficacité a été démontrée, ainsi que la connaissance des principes qui influent sur cette efficacité. Preffi est un système d'apprentissage dynamique qui permet de concourir à cet objectif de diverses façons. L'outil combine connaissances scientifiques et pratiques et sa fonction principale en est une de diagnostic de la qualité qui aide les utilisateurs à déterminer d'éventuelles améliorations à leurs projets. En sus, il pourrait éventuellement être utilisé comme outil de sélection de projets, bien qu'il faille davantage de recherche et de développement pour cette fonction ; une étude actuellement en cours a justement pour objet d'examiner combien d'évaluateurs il faudrait pour obtenir des conclusions dignes de confiance à cet égard.

Le perfectionnement de l'outil Preffi se poursuit, car de nouvelles versions sont produites régulièrement et son aspect pratique, sa fiabilité et sa validité sont sans cesse améliorés.

Les praticiens néerlandais sont d'avis que l'utilisation de Preffi pour évaluer leurs propres projets et ceux de leurs collègues produit actuellement une amélioration de la qualité des projets. Nous essayons à l'heure actuelle de corroborer cet avis au moyen de recherches plus systématiques.

Références

- Bartholemew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H. (2001). *Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs*. Mountain View: Mayfield.
- Boddy, D. (Ed.) (1999). *The evidence of health promotion effectiveness; shaping public health in New Europe*. Paris-Luxembourg: UIPES et Commission européenne.
- Durlak, J. A. & Welsh, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Glanz, K., Lewis, F. M. & Rimer, B. K. (Eds.) (2002) *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jong, M. D. T. d. & Schellens, P. J. (2000) Formatieve evaluatie. In Schellens, P. J., Klaassen, R. and Vries, S. d. (eds), *Communicatief ontwerpen. Methoden, perspectieven en toepassingen*. Assen: Van Gorcum.
- Koelen, M. A., Vaandrager, L. & Colomèr, C. (2001) Health promotion research: dilemmas and challenges *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 257-262.
- Kok, G. J., Borne, B. v. d. & Mullen, P. D. (1997) Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient Education and Counseling*, 30, 19-27.
- McQueen, D. V. & Anderson, L. M. (2002) What counts as evidence: issues and debates on evidence relevant to the evaluation of community health programs. In Rootman, I., Goodstadt, M., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E. (eds). *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: OMS/EURO.
- Meurs, L. H. v. (2002) *Concept Preffi 2.0; reliability and usefulness*, document de recherche (en Néerlandais). Woerden: NIGZ.
- Molleman, G. R. M. (1999) Implementing the Preffi: the use of guidelines for practitioners in the Netherlands in *Best Practices, a selection of papers on Quality and Effectiveness in Health Promotion*. Helsinki/Talinn: Centre finlandais de promotion de la santé.
- Molleman, G. R. M., Hosman, C. M. H., Kok, G. J. & Peters, L. W. H. (2004) *Implementation of a quality assurance instrument (Preffi 1.0) to improve the effectiveness of health promotion in the Netherlands submitted*.
- Molleman, G. R. M., Peters, L. H. M., Hommels, L. H. & Ploeg, M. A. (2003) *Assessment Package; Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0*. Woerden: NIGZ.
- Disponible à l'adresse: <http://www.nigz.nl/english/index.cfm?code=904>
- Peters, L. H. M., Molleman, G. R. M., Hommels, L. H., Ploeg, M. A., Hosman, C. M. H. & Llopias, E. (2003) *Explanatory Guide Preffi 2.0*. Woerden: NIGZ.
- Disponible à l'adresse: <http://www.nigz.nl/english/index.cfm?code=904>

Ce ne sont pas les thèmes, les populations ni les résultats des évaluations qui ont prévalu au choix des articles présentés dans cette partie : ils ont été sélectionnés parce qu'ils présentaient à la fois une démarche d'évaluation et son déroulement lors d'une application concrète, ainsi qu'une discussion sur les problèmes et les facteurs facilitants éventuellement rencontrés dans la mise en œuvre.

Un certain nombre d'entre eux concernent l'évaluation de programmes de promotion de la santé, avec souvent une attention particulière portée à différents aspects de l'évaluation : la rencontre entre les objectifs pratiques de l'action et les objectifs scientifiques de l'évaluation (Potvin et al, 1994), la réflexion éthique (Ferron, 2002), le respect des valeurs de la promotion de la santé (Bouttin et al), la participation des populations cibles (Ridde et al, 2003), ou la proposition de fiches pratiques (Collin et al, 2001).

D'autres articles sont plus spécifiquement axés sur l'évaluation de campagnes médiatiques (Janzyk, 2004), ou l'évaluation d'outils ou de démarches conduites avec des supports ou une stratégie particulière (Perreault et al, 1997-1996 ; Flament, 2004 ; Bullano et Repellin, 1999).

Potvin et al (1994) énoncent des principes pour mettre en œuvre des évaluations valides tout en ne sacrifiant pas aux principes de base de la santé communautaire dans les programmes de promotion de la santé, à savoir l'implication de la population dans les phases de planification, de développement et de réalisation des projets.

Les auteurs examinent les lacunes du modèle traditionnel d'évaluation des programmes communautaires en promotion de la santé : reposant sur des études expérimentales ou quasi-expérimentales (mesure de la prévalence de comportements de type avant/après ou ici/ailleurs), ils visent à vérifier une hypothèse de recherche, les décisions méthodologiques sont centralisées et il y a une tentative d'uniformisation des caractéristiques des sites.

Pour satisfaire à la fois les besoins des communautés et les exigences des scientifiques d'accroissement des connaissances, trois principes sont proposés : ne pas formuler de question de recherche a priori ; créer un projet intégrateur de plusieurs projets locaux d'évaluation ; enfin définir un tronc commun minimal de données et d'instruments de mesure. Un exemple de mise en œuvre concrète de ce type d'évaluation est proposé.

Ferron (2002) décrit un projet d'éducation pour la santé, les enjeux autour de son évaluation, ainsi que les objectifs et méthodes choisis pour la mettre en œuvre. La méthode d'évaluation de processus est très détaillée (objectifs, indicateurs choisis, méthodes de recueil et d'analyse) ainsi que la méthode d'évaluation des résultats. Les questions éthiques qui se sont posées sont clairement exposées, ainsi que les choix méthodologiques qui en ont découlé. Les obstacles et limites rencontrés au cours de la démarche d'évaluation sont discutés de manière approfondie.

Bouttin (2002) offre un exemple d'évaluation de projets de promotion de la santé en milieu scolaire : elle présente une liste de 12 critères d'évaluation des projets, utilisée par un jury chargé de remettre des prix récompensant les meilleurs projets.

Les choix effectués par le jury, choix qui renvoient à des principes ou des valeurs de la promotion de la santé, sont ainsi mis en lumière.

Comment faire participer la population destinataire de l'action au processus d'évaluation ? *Ridde et al (2003)* présentent un processus d'évaluation participative de type "empowerment". Il proposent **trois caractéristiques pour définir une évaluation participative et pour examiner si celle-ci va jusqu'à l'empowerment** : le degré de contrôle du processus évaluatif ; la sélection des personnes-ressources pour la participation ; enfin l'implication et la participation de ces personnes.

Les auteurs analysent les **effets observables après un processus d'évaluation participative, sur les populations cibles et sur les intervenants** auprès de ces populations.

Collin et al (2001) présentent un outil d'aide à l'évaluation de performance (c'est-à-dire de processus et de résultat), qui combine une **approche chiffrée** (basée sur des indicateurs qui sont détaillés) et une **approche globale** (basée sur l'analyse des contextes et de discours). Cet outil se compose de **9 fiches** : les 8 premières permettent de mesurer l'écart entre l'attendu et l'obtenu pour chaque action contributive au programme en question ; la dernière permet de suivre et évaluer le programme au regard du référentiel de départ.

L'article de *Janzyk (2004)* offre un exemple d'évaluation de campagne médiatique d'information, associant des spots télévisés et radiophoniques et la diffusion de brochures d'information. L'évaluation repose sur des **pré-tests** et **post-tests** des spots et des brochures. Elle s'intéresse à la fois à la **diffusion** des supports et à l'**appréciation par le public** destinataire. **Différentes modalités de recueil de données** sont mobilisées : le recensement de l'origine des appels téléphoniques pour commander des brochures et des informations sur les destinataires des documents distribués par des relais ; des enquêtes téléphoniques auprès de la population destinataire.

Perreault et al (1997, 1996), au long de deux articles, donnent un exemple d'évaluation qualitative d'un outil d'intervention, en l'occurrence une grille d'identification et d'analyse des besoins d'une population. L'évaluation est centrée sur deux aspects : la **validité du contenu** de la grille (article 1) et le **"construit"** de la grille, c'est-à-dire ses modalités d'élaboration et les présupposés théoriques qui en découlent (article 2).

Deux méthodes sont utilisées pour évaluer la validité du contenu de la grille : la constitution d'un **panel d'experts issus de différentes disciplines** et l'**analyse thématique de contenu par des chercheurs**, comparant les thèmes retenus dans la grille et les thèmes identifiés lors d'entretiens avec des personnes issues de la population-cible ou lors de l'observation de rencontres entre des professionnels et ces personnes.

La **comparaison des données issues de recherches, du processus d'élaboration de la grille et des items retenus** laisse apparaître deux **"construits"**, qui ne sont ni définis ni interrogés : le concept de besoin et le **modèle des déterminants de la santé**.

Les auteurs recommandent qu'une **analyse qualitative** des concepts qui fondent la validité d'outils conçus pour mesurer et prédire soit **menée préalablement à des études quantitatives**.

Flament (2004) relate l'évaluation de démarches conduites avec un outil d'animation (en l'occurrence, l'outil "animation-santé". Après une présentation claire de la méthode d'animation (ses objectifs généraux, les phases qui la structurent, les procédés et le matériel utilisé, la position de l'animateur, les contenus et les difficultés rencontrées), l'auteure présente l'évaluation de processus d'une recherche-action, qui s'appuie sur une grille d'observation conçue par les animateurs. Cette grille permet de questionner huit dimensions de l'action, parmi lesquelles l'instauration d'un climat de confiance, le respect de l'éthique et de ses règles, ou encore la pédagogie.

Bullano et Repellin (1999) présentent une stratégie d'évaluation visant à suivre les effets d'une formation : dans ce contexte, l'évaluation est centrée sur le niveau d'acquisition de certaines compétences par des patients. Les auteures détaillent les raisons qui ont présidé au choix cette stratégie d'évaluation, présentent les modalités de sa mise en œuvre concrète dans la pratique quotidienne, rapportent le vécu des patients et des soignants et discutent les apports et les limites de cette stratégie.

Texte
intégral

Bouttin Y. Sur quels critères évaluer les projets de promotion de la santé dans les écoles. *Éducation santé* 2002 ; 166 : 13-14
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=411>
[Dernière consultation 24/11/2005]

Bullano S., Repellin E. L'évaluation du patient diabétique par un Examen Structuré Objectif (E.S.O.). *Bulletin d'éducation du patient* 1999 ; 18 (hors série) : 8-11

Texte
intégral

Collin J.F., Giraudo S., Baumann M. Outil d'aide à l'évaluation de performance des actions de santé : l'exemple du programme de prévention de l'alcoolisme en Lorraine. *Santé Publique* 2001 ; 13(2) : 179-193
En ligne : http://fulltext.bdsp.tm.fr/Sfsp/SantePublique/2001/2/01_COLL.pdf?6400W-X4107-7DWW4-J1X6Q-8G304
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Ferron C., Michaud P.-A. Évaluation de l'unité de crise pour adolescents des hôpitaux universitaires genevois. In : Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. *Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes*. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002 : 121-129

Texte
intégral

Flament M. L'outil "Animation-santé" : de l'empirisme à l'évaluation. *Éducation santé* 2004 ; 186 : 12-15
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=149>
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Janzyk V., Husdens A., Berghmans L. Évaluation d'une campagne médiatique et de mobilisation des relais sur le thème de l'alimentation. *Éducation santé* 2004 ; 186 : 2-5
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=142>
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Perreault M., Boyer G., Bouchard F., Léveillé D., Colin C. Évaluation du contenu d'une grille d'intervention auprès de femmes enceintes vivant en grande pauvreté. *Ruptures* 1997 ; 4(1) : 79-93
En ligne : www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup041_079.pdf
[Dernière consultation 24/11/2005]

Texte
intégral

Perreault M., Bouchard F., Léveillé D., Boyer G., Colin C. Évaluation qualitative du construit théorique d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins de femmes enceintes vivant en grande pauvreté. *Ruptures* 1996 ; 3(2) : 173-186
En ligne : www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup032_173.pdf
[Dernière consultation 24/11/2005]

Potvin L., Paradis G., Lessard R. Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé. *Ruptures* 1994 ; 1(1) : 45-57

Texte
intégral

Ridde V., Baillargeon J., Quellet P., Roy S. L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service social* 2003 ; 50 : 263-279

En ligne : www.erudit.org/revue/ss/2003/v50/n1/009972ar.html

[Dernière consultation 24/11/2005]

Évaluation de l'unité de crise pour adolescents des hôpitaux universitaires genevois

Christine FERRON

Comité français d'éducation pour la santé, Vanves

Pierre-André MICHAUD

*Institut universitaire de médecine sociale
et préventive, Lausanne*

Le contexte de l'action

En octobre 1996, les hôpitaux universitaires de Genève ont mis en place une unité hospitalière pour jeunes suicidants, assez rapidement rebaptisée « unité de crise pour adolescents ». Avant l'ouverture de cette unité, il n'existait pas d'autre alternative, pour les jeunes suicidants, que l'admission au centre médicochirurgical de l'hôpital cantonal de Genève, où ils recevaient d'éventuels soins somatiques avant une consultation psychiatrique. Si l'adolescent n'était pas dans un état physique nécessitant une hospitalisation, ou un état mental requérant une entrée en clinique psychiatrique, il retournait au bout de vingt-quatre heures dans son lieu de vie habituel.

Or, plusieurs études ont montré qu'aucun adolescent suicidant n'est véritablement indemne sur le plan psychique. Les troubles de l'humeur sont les plus fréquents, suivis de près par les troubles anxieux et la dépendance à l'alcool ou aux drogues, la tentative de suicide étant ainsi le révélateur de troubles sous-jacents.

Le risque majeur d'une absence de prise en charge est la récurrence : un adolescent qui a fait une première tentative de suicide est exposé à un risque de répéter son geste vingt fois supérieur à celui d'un adolescent qui n'a jamais tenté de se tuer. Il ne s'agit donc pas d'une crise passagère. Avoir déjà tenté de se suicider et souffrir d'un trouble psychique avéré constituent les facteurs prédictifs les plus fiables d'un suicide fatal.

L'autre risque lié à une absence de prise en charge est la marginalisation. À partir de 18 ans, la plupart des jeunes qui ne suivent pas les

Un adolescent qui a fait une première tentative de suicide est exposé à un risque de répéter son geste vingt fois supérieur à celui d'un adolescent qui n'a jamais tenté de se tuer.

121

L'unité pour jeunes suicidants visait à accroître les chances d'un engagement de ces adolescents dans un processus d'accompagnement et de prise en charge.

recommandations thérapeutiques faites à l'hôpital « décrochent » sur le plan social, scolaire ou professionnel, et entrent dans une marginalité où leurs difficultés les maintiennent à haut risque sur le plan existentiel, tandis que les chances de les voir accéder à une aide efficace diminuent d'autant.

L'unité pour jeunes suicidants visait à accroître les chances d'un engagement de ces adolescents dans un processus d'accompagnement et de prise en charge. Donner à cette structure l'organisation d'une unité hospitalière avait pour objectif de lutter contre la banalisation de l'acte suicidaire. Cette hospitalisation devait permettre :

- la prise en considération du désir de rupture implicite dans nombre de passages à l'acte suicidaire ;
- une restauration des capacités personnelles et relationnelles ;
- une mobilisation de l'entourage ;
- un affinement de l'évaluation psychosociale initiale effectuée en urgence, afin de déboucher sur une indication de traitement mieux adaptée à chaque situation personnelle ;
- un travail sur la crise suicidaire qui donne un sens à un projet d'aide à plus long terme, quelles qu'en soient les modalités.

La mise en œuvre du projet

Le projet prévoyait que les patients seraient accueillis à l'unité après une évaluation initiale en urgence par des membres de l'équipe. La durée du séjour des adolescents à l'unité devait être d'une dizaine de jours en moyenne. Les objectifs poursuivis devaient être atteints par :

- des entretiens individuels réguliers à visée thérapeutique ;
- des activités à vocation éducative ;
- des groupes thérapeutiques ;
- la prescription éventuelle de médicaments.

Dans la mesure où l'unité ne devait pas être un simple lieu d'hébergement, les patients devaient être tenus de participer aux activités.

Compte tenu de l'investissement relationnel très important des soignants confrontés à de jeunes suicidants, des réunions d'équipe régulières et des supervisions devaient être mises en place de façon à fournir aux soignants les supports indispensables à la réalisation du programme.

Objectifs et méthode de l'évaluation

L'évaluation a été commanditée par les hôpitaux universitaires de Genève, avec des enjeux très importants puisqu'il s'agissait principalement de mesurer l'utilité de l'unité, en vue d'une décision quant à son maintien. Cette première évaluation à trois mois devait être suivie d'une évaluation à plus long terme, soit deux années après la mise en place du dispositif. L'évaluation a été confiée au Groupe de recherche sur l'adolescence de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne.

Les objectifs de l'évaluation étaient d'apprécier le fonctionnement de l'unité (ou processus) et l'impact des soins sur le devenir des adolescents, c'est-à-dire les résultats en termes de qualité de prise en charge, et plus globalement d'équilibre psychologique et relationnel. Cette évaluation devait déboucher sur des recommandations.

Ont ainsi été enregistrés :

- les opinions des intervenants (infirmiers et thérapeutes) sur le fonctionnement de l'unité ;
- les opinions des jeunes patients sur le fonctionnement de l'unité ;
- le vécu par ces patients de leur séjour à l'unité et les suites de ce séjour ;
- le taux de prise en charge thérapeutique à moyen terme ;
- l'état psychologique et l'état de santé des patients à moyen terme, par comparaison avec leur état à l'admission en milieu hospitalier.

Il est intéressant de préciser d'emblée que l'un des volets de l'évaluation initialement envisagé n'a pu être réalisé. Il était prévu de comparer la cohorte des adolescents admis dans cette nouvelle unité avec une cohorte d'adolescents admis dans des conditions « standard » au centre des urgences de Lausanne. Pour des raisons qu'il sera intéressant de discuter par la suite, les médecins de Lausanne n'ont pas pu remplir la tâche qui leur avait été confiée, et seuls cinq dossiers d'adolescents nous ont été transmis. Pour les mêmes raisons, l'évaluation de la tenue des dossiers, fondée sur une comparaison des informations relevées sur les deux sites, n'a pas non plus pu être effectuée dans une optique comparative. On verra aussi que les biais dans la constitution de l'échantillon étaient tels qu'ils n'ont pas permis la comparaison avec des données de la littérature.

Initialement, seuls les jeunes admis aux urgences pour tentative de suicide devaient être inclus à l'évaluation, les hospitalisations à visée préventive des jeunes présentant une menace suicidaire étant exclues. En réalité, au cours de ses cinq premiers mois de fonctionnement, l'unité a accueilli autant d'adolescents présentant des idéations suicidaires que d'adolescents suicidants, et les deux types d'adolescents ont été intégrés à l'évaluation. C'est aussi pour cette raison que le nom de l'unité a rapidement changé.

Sur un plan chronologique, la collecte des données s'est déroulée comme suit :

- les premiers bilans de la situation des jeunes ont été réalisés du 1^{er} novembre 1996 au 31 mars 1997 par l'équipe genevoise ;
- les seconds bilans, réalisés par l'équipe lausannoise, ont débuté le 1^{er} février 1997 et se sont déroulés jusqu'au 30 juin 1997.

Évaluation des processus

Ce volet de l'évaluation a porté sur le fonctionnement de l'unité tel qu'il était perçu par les intervenants et par les adolescents.

Le chercheur a rencontré en entretien individuel chacun des membres de l'équipe :

Les objectifs de l'évaluation étaient d'apprécier le fonctionnement de l'unité (ou processus) et l'impact des soins sur le devenir des adolescents.

- les dix intervenants de l'équipe infirmière ;
 - les quatre thérapeutes (trois médecins, une psychologue) ;
 - l'assistante sociale ;
 - la psychologue en charge de la recherche et de la prévention ;
 - le médecin responsable, également commanditaire de l'évaluation ;
- soit un total de dix-sept entretiens.

Le guide d'entretien semi-directif élaboré à cet effet impliquait l'exploration des thèmes suivants :

- la formation et l'expérience professionnelle ;
- la nature du travail ;
- le degré de satisfaction dans le travail ;
- le degré de stress perçu dans le travail ;
- les principales difficultés rencontrées avec les adolescents ;
- le rôle des entretiens d'équipe et l'utilité perçue de ce soutien ;
- le rôle des activités de supervision ;
- le jugement porté globalement sur le fonctionnement de l'unité ;
- les propositions de changement dans ce fonctionnement.

Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription écrite, puis d'une analyse qualitative. Tous les adolescents ont été rencontrés dans le cadre d'un entretien individuel semi-directif. Les entretiens se sont déroulés dans des lieux choisis par les jeunes eux-mêmes, parfois dans un lieu public (café, cafétéria, etc.), mais aussi à leur domicile ou à l'unité de recherche.

L'entretien avec les jeunes a abordé les points suivants :

- les sentiments associés à leur séjour à l'unité ;
- la qualité de l'accueil et du soutien qui leur a été apporté sur le plan psychologique et éducatif ;
- les relations du personnel avec leur entourage ;
- les points positifs, les points négatifs, éventuellement les améliorations à apporter.

Tout comme pour les intervenants, les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription écrite, puis d'une analyse qualitative.

Évaluation des résultats

En ce qui concerne la prise en charge après trois à six mois, les entretiens avec les jeunes suicidants ont abordé de façon systématique les recommandations qui ont été proposées à l'issue du séjour hospitalier :

- les mesures psychothérapeutiques (suivi psychiatrique ou psychologique) ou autres (autres professionnels, placements, stages, démarches diverses, etc.) ;
- l'application ou non de ces recommandations et les raisons d'une non-application de ces recommandations ;
- le degré de satisfaction par rapport au suivi ;
- l'aboutissement des démarches planifiées lors de l'hospitalisation.

Une mesure de l'évolution du statut psychiatrique et psychosocial de l'adolescent a été effectuée au moyen de comparaisons standardisées entre le temps T0 (admission à l'unité) et le temps T1 (de trois à six mois après la sortie). La première mesure a été effectuée au temps T0 dans le cadre des urgences à Genève. La mesure au temps T1 a été effectuée par le chargé de recherche de l'équipe de Lausanne.

L'évaluation du statut psychiatrique a été réalisée aux temps T0 et T1 à l'aide du «Mini» : *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Cet instrument est un questionnaire qui permet d'explorer les différentes dimensions du DSM-IV.

Le fonctionnement psychosocial des adolescents a été évalué au moyen d'une série de questions explorant la vie familiale, sociale et professionnelle, le réseau social, les loisirs, la perception de soi, les plaintes psychosomatiques, les problèmes de santé spécifiques et les consultations médicales, la présence de comportements autodommageables (accidents, blessures, prises de risque, tentatives de suicide), de comportements hétéro-agressifs ou de comportements délinquants.

L'entretien et la présentation des deux questionnaires ont duré d'une heure et demie à deux heures et demie selon les cas.

Éthique

Le protocole d'évaluation a été soumis à la commission d'éthique psychiatrique de la faculté de médecine de Lausanne. Cette commission a émis un avis favorable subordonné au respect d'une règle bien précise : avant de prendre contact avec l'un des adolescents ayant fait un séjour à l'unité de Genève, le chercheur était tenu de consulter son thérapeute actuel (s'il en avait un) afin de s'assurer que l'adolescent était psychologiquement en état de supporter sans dommage l'entretien de l'enquête. Cette règle a été respectée à la lettre, au prix de retards ayant entraîné dans cinq cas une impossibilité finale de rencontrer l'adolescent concerné.

Un certain nombre d'autres questions éthiques ont également fait l'objet d'une réflexion approfondie dans le cadre de l'évaluation :

- L'inclusion dans l'étude était subordonnée à un accord écrit après information. L'accord stipulait que l'adolescent acceptait de donner ses coordonnées et d'être réinterrogé environ trois mois après son séjour, et précisait brièvement les objectifs et les modalités de la recherche ainsi que les modalités de l'entretien. Les parents ont été tenus informés, mais leur accord n'a pas été demandé.
- L'enregistrement confidentiel des données était garanti. Le contenu de l'entretien ne devait pas être divulgué à des tiers, à moins d'une menace suicidaire présentant un danger immédiat. Les résultats sont présentés de façon anonyme dans toutes les communications.
- Chaque adolescent était libre de ne pas répondre aux questions qui lui posaient problème.

Le protocole d'évaluation a été soumis à la commission d'éthique psychiatrique de la faculté de médecine de Lausanne.

Les participants qui en ont exprimé la demande ont pu avoir accès à un bref résumé des résultats de la recherche.

– Les participants qui en ont exprimé la demande ont pu avoir accès à un bref résumé des résultats de la recherche.

Résultats

Les données chiffrées relatives au séjour à l'unité font apparaître un certain nombre d'incidents. Ainsi, 10 % des jeunes ont fugué, en général pour une courte période. 22 % ont effectué un geste suicidaire dans l'unité, sans conséquence grave heureusement. 13 % ont dû être exclus de l'unité, soit pour une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, soit pour un manquement répété au règlement. Enfin, il faut noter qu'un quart des jeunes admis dans l'unité y sont revenus dans les trois mois qui ont suivi leur première admission.

Le vécu des adolescents

La majorité des adolescents gardent un bon souvenir de leur séjour. L'atmosphère est décrite comme chaleureuse et accueillante. La vie de groupe, les nombreux échanges de parole sont pour beaucoup une découverte et un plaisir. Les soignants sont décrits comme étant particulièrement empathiques et extrêmement disponibles. En réalité, les commentaires de nombreux jeunes laissent apparaître une image idéalisée de ce lieu maternel, où les adultes sont constamment à l'écoute, compréhensifs et rarement critiques. L'idéalisation du lieu pourrait inciter certains jeunes à récidiver dans leur menace suicidaire pour pouvoir y revenir. L'absence presque totale de frustrations et de contraintes pourrait aussi compliquer la réadaptation à la vie à l'extérieur et expliquer un taux de réadmission élevé.

Le vécu des soignants

La très grande majorité des intervenants sont des personnes ayant beaucoup d'expérience et une forte motivation, éprouvant du plaisir à travailler dans ce cadre nouveau. Les relations interpersonnelles sont bonnes : une fois passé les premiers ajustements, il ne semble pas exister de conflit majeur. Mais le travail est décrit par tous les intervenants comme difficile et astreignant, ce qui laisse craindre à plus ou moins long terme des syndromes d'épuisement professionnel chez les membres de l'équipe.

Pour ce qui est de la partie plus éducative du travail avec les jeunes, qui concerne plus spécifiquement les infirmiers, il apparaît que ces derniers se sentent souvent mis en situation difficile de par la multiplicité de leurs rôles : responsables du maintien du cadre, ils doivent en même temps imposer une image d'écoute attentive, de disponibilité requérant toute leur vigilance. Ils doivent aussi prévenir tout dérapage, acte de violence, tentative de suicide. Ils doivent enfin veiller à un déroulement équilibré des journées en termes de sommeil, d'alimentation, d'hygiène, et assurer le bon déroulement des activités à vocation éducative : sport, peinture, relaxation, musique, vidéo... Les infirmiers sont consi-

dérés comme « interchangeables », leur activité se modifiant au gré des horaires et des admissions. Plusieurs d'entre eux souhaitent pouvoir établir une relation de continuité avec certains jeunes auprès desquels ils seraient identifiés comme infirmiers référents. Les infirmiers regrettent que le travail mené avec les familles soit insuffisant. Enfin, ils relèvent que la gestion des soirées et des nuits est particulièrement difficile, voire risquée, dans la mesure où ils se retrouvent seuls à devoir travailler sur deux étages à la fois.

Le devenir des jeunes

Il est très difficile de tirer des conclusions définitives quant à l'impact de l'hospitalisation sur le devenir des jeunes suicidants, étant donné les biais qui se sont introduits dans la constitution de l'échantillon interrogé. Notamment, on peut supposer que ce sont précisément les jeunes qui n'ont pas pu être atteints après trois mois qui présentent le plus de risques. On relève un certain nombre de tendances encourageantes chez ceux qui ont pu être rejoints :

- 67 % des jeunes sont toujours en thérapie trois à quatre mois après leur séjour.
- Le risque suicidaire, évalué à partir du « Mini », est considéré comme élevé chez 87 % des jeunes lors de leur entrée à l'unité, alors que ce pourcentage n'est plus que de 48 % après trois à six mois ; de même, la présence récente d'un épisode dépressif majeur est passée de 94 % à 52%.
- Il existe une tendance à une meilleure confiance en l'avenir, si l'on juge par le cumul des réponses à diverses questions touchant à la perception que les jeunes ont de leur capacité à poursuivre une formation ou à mener une vie affective et sentimentale harmonieuse.
- La perception de l'image corporelle s'est améliorée.
- On constate une tendance à la diminution de la consommation d'alcool.

Recommandations

Dès sa création, l'unité a été investie par de nombreux adolescents, le taux d'occupation moyen s'élevant à près de 70 % en moyenne. Une part importante de ces patients ont été adressés à l'unité à titre préventif, ce qui tend à confirmer son utilité sur ce plan. Dans l'ensemble, les adolescents se montrent très satisfaits de leur séjour qui, pour une majorité d'entre eux, a débouché sur une prise en charge thérapeutique qui se maintient après trois mois. Mais l'évaluation fait aussi apparaître un certain nombre de problèmes.

Modalités et critères d'admission

- Un nombre non négligeable de jeunes admis aux urgences pour tentative de suicide refusent l'hospitalisation. On peut faire l'hypothèse qu'il y a parmi eux des adolescents qui tendent à nier la gravité de leur geste ou qui ne sont pas en état d'accepter de l'aide, et

Un nombre non négligeable de jeunes admis aux urgences pour tentative de suicide refusent l'hospitalisation.

Le principal reproche que l'on peut faire à l'unité est de proposer un climat trop idéal et maternel, qui pourrait compromettre une réinsertion à la sortie.

donc présentent des risques importants de récurrence, dans la mesure où ils se retrouvent confrontés aux mêmes difficultés une fois passé la période des soins d'urgence. Les raisons qui motivent ces refus devraient être explorées plus avant.

- Une proportion importante de jeunes sont admis pour idéation suicidaire et non pour tentative de suicide. Cela risque à terme d'entraîner une surcharge de l'équipe ou d'obliger les responsables à refuser certains jeunes. Il faudrait donc préciser le profil psychologique des jeunes qui sont le plus susceptibles de bénéficier de ce type de prise en charge. D'autant plus que près d'un cinquième des admissions a débouché sur une exclusion de l'unité ou un transfert vers une autre unité.

Fonctionnement de l'unité

Le principal reproche que l'on peut faire à l'unité est de proposer un climat trop idéal et maternel, qui pourrait compromettre une réinsertion à la sortie, voire pousser certains adolescents à répéter leur menace ou leur geste pour retourner à l'unité. C'est ici la supervision, voire la formation des soignants, qui est en question.

L'impression d'isolement des soignants en soirée est accentuée par la dispersion des patients sur deux étages. Il faudrait renforcer la présence du personnel dans ces moments difficiles, ou favoriser un contact en urgence avec un appui extérieur.

Les sessions de thérapie de groupe sont souvent mal vécues par les patients, qui peuvent rester dans le silence durant des sessions entières. L'introduction de techniques d'animation spécifiques (jeux de rôles) permettrait probablement d'améliorer le rendement de ces réunions.

Le travail avec les familles paraît actuellement insuffisant. Or, certains abandons de la thérapie semblent liés à un investissement insuffisant de la famille dans le cadre du traitement. Il serait bon de faire appel à des professionnels ayant des compétences spécifiques, tels que des thérapeutes systémiques.

Conclusions

Le déroulement de l'évaluation, et surtout ses difficultés, sont intéressants à rappeler dans l'optique d'une réflexion méthodologique sur l'évaluation conduite dans un cadre clinique :

- difficulté à recruter une équipe dont les patients pourront constituer un groupe témoin : crainte de la remise en question, réticence à intégrer les modalités de l'évaluation aux activités quotidiennes, refus du surcroît de travail ;
- rivalités pouvant exister entre deux services : clinique d'une part, prévention et recherche d'autre part, et difficultés de recueil des données qui peuvent en résulter ;
- questions éthiques liées à la vulnérabilité particulière de la population concernée, et retards qui en découlent dans le recueil des données (accord du thérapeute par exemple) ;

- problème pour rejoindre des adolescents en grande difficulté psychologique et sociale, après le laps de temps nécessaire à l'évaluation.

Un quart des jeunes n'ont pu être rejoints, pour diverses raisons :

- absence à un minimum de deux rendez-vous fixés en accord avec eux ;
- placement dans une institution ;
- horaires de travail incompatibles avec l'enquête ;
- jeunes perdus de vue ;
- refus du thérapeute.

Compte tenu de ces difficultés, seules des recommandations axées sur les propos des jeunes qui ont pu être rejoints après trois ou six mois ont pu être formulées. On peut imaginer que ces jeunes étaient parmi ceux qui étaient le moins mal en point, ce qui a certainement introduit des biais dans les résultats. En ce qui concerne le protocole d'évaluation lui-même, si la tentative d'appliquer la méthode expérimentale a échoué, il faut souligner la richesse des résultats obtenus par l'association de méthodes quantitatives et de méthodes qualitatives. Ces résultats donnent à la fois une vision d'ensemble et une perception détaillée des effets de l'admission à l'unité de Genève, et ouvrent la voie à des propositions concrètes en vue d'améliorer la prise en charge des adolescents suicidants.

Communication en atelier (16 septembre 1998).

Il faut souligner la richesse des résultats obtenus par l'association de méthodes quantitatives et de méthodes qualitatives.

Recherches bibliographiques sur internet

[Dernière consultation 24/11/2005]

- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**
www.inpes.sante.fr, espace Bases documentaires
- **Medline / Pubmed**
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez
- **Base de données en santé publique**
www.bdsp.tm.fr
- **Cochrane**
www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/
- **ResoDoc et Doctes**
www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/bdd/acces.htm
- **Haute autorité de santé**
www.anaes.fr/
- **Office fédéral de santé publique - Suisse**
www.bag.admin.ch/
- **Evidence for policy and practice information and co-ordinating centre**
eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx

Sites internet

Base française d'évaluation en santé
bfes.has-sante.fr/
[Dernière consultation 24/11/2005]

C'est une base de la Haute Autorité de santé, réalisée dans le cadre d'une collaboration entre l'Agency for Healthcare Research and Quality (USA) et le projet européen AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation).

La BFES a pour objectif de fournir un moyen facilement accessible d'obtenir des informations détaillées sur les différentes recommandations professionnelles françaises disponibles, répondant à des critères minimum, et de valoriser les recommandations faites par l'ensemble des professionnels de santé (sociétés savantes, associations professionnelles, etc.) et par les agences sanitaires.

Quelque soit sa méthode d'élaboration (recommandation pour la pratique clinique, conférence de consensus ou consensus formalisé d'experts), une recommandation professionnelle doit, pour être incluse dans la BFES, répondre à la totalité des critères suivants :

- être conforme à la définition des recommandations proposée par l'Institute of Medicine : "Contenir des propositions, des stratégies ou autres informations développées méthodiquement pour aider le professionnel de santé et le patient dans leur décision concernant le caractère approprié des soins dans des circonstances cliniques données" ;
- fournir un document objectivant lors du processus de développement des recommandations une recherche de la littérature publiée ainsi qu'un descriptif de la méthode de développement de la recommandation ;
- être conçue sous l'égide d'une organisation professionnelle française reconnue (agences gouvernementales, sociétés savantes ou associations professionnelles, décideurs ou planificateurs en santé) ;
- être en langue française et correspondre à la dernière version produite.

L'interrogation de la base peut se faire soit en texte libre (mode de recherche simple), soit à l'aide de mots-clé issus du thesaurus de la National Library of Medicine (et donc de Medline) : le Medical subjects headings (MeSH). Elle peut s'étendre automatiquement à la base américaine National guidelines clearinghouse - NGC - (www.guideline.gov), au Catalogue d'indexation des sites médicaux francophones - CISMef - (www.chu-rouen.fr/cismef), ou à Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez) en cliquant sur le logo correspondant en bas de la page d'interrogation.

Les recommandations professionnelles sont accessibles en texte intégral sur le site, gratuitement.

CDC Evaluation working group
www.cdc.gov/eval/index.html
 [Dernière consultation 24/11/2005]

Le groupe de travail Évaluation est rattaché au Center for Disease Control, agence fédérale américaine rattachée au ministère de la santé. Il a été créé en 1997 avec comme objectif de mettre en place et de développer un cadre pour l'évaluation de programmes en santé publique. Il définit et organise donc les éléments essentiels à l'évaluation de programmes. Beaucoup d'informations sont disponibles en ligne, dont :

- la description de six étapes permettant la mise en œuvre d'une évaluation de programme ;
- la description de 30 items permettant de mesurer la qualité des activités d'évaluation

Une importante rubrique est consacrée aux ressources disponibles concernant l'éthique, les principes et les standards d'évaluation ; les organismes ; les revues scientifiques spécialisées ; les manuels ; les modèles ; les outils ; et les publications générales ou thématiques.

Centre de Compétences en Evaluation, Office fédéral de la santé publique (Suisse)

www.bag.admin.ch/cce/f/index.htm
 [Dernière consultation 24/11/2005]

Office fédéral de la santé publique, CH-3003 Berne
 Tél +41 (0)31 322 21 11, Fax +41 (0)31 322 95 07
 E-Mail info@bag.admin.ch

Le Centre de compétences en Évaluation est directement rattaché à la direction de l'Office fédéral de la santé publique. Il offre ses prestations de service et accompagne les activités d'évaluation de la direction et de toutes les unités de l'Office. Il joue à cet égard le rôle de charnière entre les praticiens et le monde scientifique pour la définition des objectifs des actions menées.

Le CCE a pour mission de développer une culture d'évaluation à l'OFSP, d'encourager l'auto-évaluation systématique, de conseiller l'OFSP en matière d'évaluation, de mettre sur pied une formation à l'évaluation pour l'OFSP, de mettre à la disposition de la direction, des unités et des responsables de projet les bases nécessaires permettant d'assurer l'évaluation des principaux projets, programmes et politiques, de mandater les études d'évaluation et gérer les relations contractuelles avec les évaluateurs externes, de définir et veiller à l'application des normes de qualité applicables à la planification et à la réalisation des évaluations (assurance-qualité), de servir d'intermédiaire entre les spécialistes de l'OFSP et les évaluateurs (externes), en particulier au niveau méthodologique, de analyser des résultats d'évaluation et en faire une synthèse pour l'OFSP, de tisser un réseau de compétences spécialisé en évaluation en dehors de l'OFSP (autres services fédéraux, associations spécialisées, etc.).

Le site internet du CCE est une mine d'informations. De nombreux documents sont accessibles en ligne, tels que les rapports et études menés et des outils relatifs à l'évaluation (guide d'évaluation, checklists, standards d'évaluation).

Portail de l'évaluation des politiques publiques

www.evaluation.gouv.fr

[Dernière consultation 24/11/2005]

Ce portail a été créé par le Commissariat général au plan, la Délégation interministérielle à la réforme de l'État et la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale. Il a pour objectif de faciliter l'accès au plus grand nombre (acteurs de l'évaluation, médias, chercheurs, grand public) à l'ensemble des données d'évaluation produites par les organismes publics.

A ce jour, seule la partie produite par le Commissariat général du plan et par le Conseil national de l'évaluation est accessible.

Le site est structuré en quatre grandes rubriques :

- Les acteurs de l'évaluation au niveau international, national (institutions parlementaires, administrations centrales, établissements publics), et régional
- L'évaluation interministérielle avec les évaluations en cours ou achevées, les publications accessibles pour la plupart en texte intégral, les procédures et un appui méthodologique (c'est dans cette dernière partie que figure, en ligne, "Le petit guide de l'évaluation").
- L'évaluation des contrats de plans États-région (Actualités, travaux des régions, procédures et appui technique)
- Les ressources mentionnant des manifestations ou des colloques, et des bibliographies générales et thématiques

Quint-essenz

En ligne : www.quint-essenz.ch

[Dernière consultation 24/11/2005]

Promotion Santé Suisse, Av. de la Gare 52, Case postale 670, CH-1001 Lausanne

Tél. 41 (0)21 345 15 15, Fax 41 (0)21 345 15 45

Ce site est celui de l'organisation gouvernementale suisse Promotion Santé Suisse. Il s'adresse à toutes les personnes impliquées dans la planification et la réalisation de projets en promotion de la santé et en prévention. Il contient des informations sur la gestion de projet, la gestion de la qualité et la promotion de la santé. En outre, il propose des outils concrets de planification et de mise en oeuvre de projets. Le site offre de nombreux outils et documents pouvant être utilisés pour gérer des projets, expérimenter et développer des méthodes et pratiques, avec à toute étape une évaluation et des critères de qualité. Il est construit sur un modèle de présentation constant : rubrique et sous-rubrique (au nombre de cent quarante et une pour les sections sur la méthodologie) : la première rubrique, introductive, rappelle les notions de base de projet et de qualité ; la deuxième liste et explique les critères de qualité des projets ; la troisième est subdivisée en quatre phases : planification générale, planification détaillée, phase de réalisation, phase de conclusion ; et la quatrième rubrique propose des outils de travail avec des indications sur leur fonction et des instructions sur leur utilisation.

Un glossaire offre, par ordre alphabétique, les définitions des principaux termes utilisés dans les textes des rubriques méthodologiques.

Société Française de l'Évaluation (SFE)www.sfe.asso.fr

[Dernière consultation 24/11/2005]

La Société Française de l'Évaluation (SFE) a été fondée en juin 1999. Elle a pour vocation générale de contribuer au développement de l'évaluation et de promouvoir son utilisation dans les organisations publiques et privées, et, aussi au sein des collectivités en charge de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques publiques. Elle s'efforce notamment de faire progresser les techniques et les méthodes et de favoriser le respect de règles éthiques et procédurales propres à garantir.

La Charte de l'évaluation des politiques publiques et des programmes publics adoptée par l'assemblée générale de la SFE le 28 octobre 2003 se trouve En ligne : sur ce site. Ce texte de référence s'adapte à différentes mises en œuvre d'évaluation ; il exprime 6 principes importants : les principes de pluralité, de distanciation, de compétence, de respect des personnes, de transparence et de responsabilité.

La consultation de ce site permet de repérer les activités des groupes de travail sectoriels ou transversaux, de trouver des informations d'ordre événementiel et des liens vers des sites similaires

Enfin, une base de données sur les formations à l'évaluation est disponible ; elle est interrogeable par thématique, par localisation ou par type de formation (diplômante vs professionnelle).

Autres ressources documentaires

Pourquoi évalue-t-on ? Les objectifs de l'évaluation

Anceschi O., Duvauferrier G., Le Tellier N. Synthèse documentaire : la promotion de la santé au Québec, en Suisse, au Royaume-Uni et dans la Communauté française de Belgique : pratique de l'évaluation et de l'accréditation. Paris : Institut national des techniques de la documentation, 2002, 10+XVI p.

Comité d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, Ecole nationale de la santé publique, Université Victor-Segalen Bordeaux 2. Evaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes. Université Victor-Segalen de Bordeaux 15, 16 et 17 septembre 1998. Vanves, Editions Inpes, 2002, 188 p.

Efficacité de la promotion de la santé : actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES. Promotion & Education 2004 ; hors série : 1-54

En ligne : http://www.uhpe.org/adddownloads/PE_Supp1_04.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J., Ziglio E. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen : World health organization (Who Regional Publications European Series n° 92), 2001, 533 p.

En ligne : http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_1

[Dernière consultation 24/11/2005]

Comment évalue-t-on ? Méthodes et grilles d'analyses Fondements théoriques - Généralités

Arwidson P., Ramon A. L'évaluation des programmes nationaux de communication. Propositions méthodologiques. Vanves : CFES, Dossiers techniques, 1999, 29 p.

Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR 1999;48(No. RR-11): 58 p.

En ligne : <ftp://ftp.cdc.gov/pub/Publications/mmwr/rr/rr4811.pdf>

[Dernière consultation 24/11/2005]

Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon : ERSP, 2004, 101 p.

En ligne : www.ersp.org/esp_ress/commun/Referentiel%20Eval%20ERSP.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

Green L.W., Lewis F.M. Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto : Mayfield Publishing Company, 1986; 621 p.

Stufflebeam D.L., Shinkfield A.J. Systematic evaluation: a self-instructional guide to theory and practice. Boston : Kluwer-Nijhoff Publishing, 1985, 347 p.

Modèles, grilles et outils d'évaluation

Berrewaerts J., Libion F., Deccache A. Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ? Louvain : UCL, Série de dossiers techniques ; 03-23, 46 p.

En ligne : www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/dos23.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

Conseil supérieur de promotion de la santé. Grille d'évaluation utilisée par la Commission d'avis "Campagnes radiodiffusées"

En ligne : www.sante.cfwb.be/charger/grillevalucampagnes.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

D'Amours G., Deschesnes M., Jomphe Hill A., Olivier, C. Guide d'évaluation des interventions - Projet "Écoles-Milieus en santé de l'Outaouais". Hull (Can) : Direction de la santé publique de l'Outaouais, RRSSSO, 2000 ; 60p.

En ligne : www.santepublique-outaouais.qc.ca/app/DocRepository/12/GuideEvaluation.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

MacDonald G., Starr G., Schooley M., Yee S.L., Klimowski K., Turner K. Introduction to Program Evaluation for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention; 2001, 139 p.

En ligne : www.cdc.gov/tobacco/evaluation_manual/Evaluation.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

Office fédéral de la santé publique. Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé. Berne : OFSP, 1997, 78 p.

En ligne : www.bag.admin.ch/cce/tools/leitfaden/f/leitfaden.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

Renforcer la position de l'évaluation. Spectra 2001 ; 29 : 1-8

En ligne : www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/spectra/33.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

Weber M. Les évaluations ne sont pas interchangeables. Spectra 2004 ; 47 : 6

En ligne : www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/spectra/79.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]

Widmer T., Landert C., Bachmann N. Standards d'évaluation de la Société Suisse d'Évaluation (standards SEVAL). Bern : SEVAL, 2000, 20 p.

En ligne : www.ofj.admin.ch/themen/eval/standard-f.pdf

[Dernière consultation 24/11/2005]