

UCL - RESO
Unité d'Education pour la Santé



*Quelle est la place
de l'évaluation de la qualité
des actions de prévention
des accidents ?*

D. DOUMONT
A. DECCACHE

En collaboration avec Educa-Santé de Charleroi

Juin 2001
Réf. : 01-11

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



TABLE DES MATIERES

- 1) Introduction
 - 2) Objets d'évaluation
 - 3) Méthodes d'évaluation, dispositifs, outils
 - 4) Perspectives d'amélioration des programmes et brève description des résultats
 - 5) Recommandations pour évaluation future
 - 6) Conclusions
 - 7) Bibliographie
- Annexes

Dominique DOUMONT, Alain DECCACHE¹.
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain.

Quelle est la place de l'évaluation de la qualité dans l'évaluation des actions de prévention des accidents (domestiques, sportifs ou de circulation) ?

Ce dossier a été réalisé en collaboration et pour l'association Educa-Santé, dans le cadre de la préparation du 4^{ème} séminaire international francophone de prévention des accidents et des traumatismes et de promotion de la sécurité (Bruxelles, du 8 au 11 juillet 2001). Ce séminaire est consacré à la gestion de l'évaluation de processus et de qualité dans les programmes de prévention des accidents.

1) Introduction

La notion d'évaluation fait fréquemment appel à deux concepts : d'une part, celui de **processus** (ressources et organisation, throughput) ; d'autre part, celui de **résultat** (effets obtenus, output). Vérifier le niveau d'atteinte des **objectifs visés** dans le cadre d'une action d'éducation ou de prévention entre dans une démarche **d'évaluation d'efficacité**.

Toutefois, l'évaluation d'efficacité ne permet pas toujours de vérifier ni même de comprendre si un effet (ex : modification de comportement) observé est réellement dû au programme (ex : séances d'information suivies) de prévention ni surtout comment les effets surviennent, ou comment les améliorer.

L'**évaluation de la qualité** permet une plus fine analyse des facteurs de processus ayant contribué (ou non) à la réussite d'une action d'éducation ou de prévention et, in fine, à une meilleure adéquation entre les objectifs et l'intervention.

Dans ce contexte et parce qu'il est désormais devenu indispensable de comprendre les effets attendus mais également les effets non attendus de toute démarche d'éducation, plusieurs recommandations ont été émises à ce sujet (24) :

- 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,

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, V. Barholere, A. Deccache, D. Doumont, F. Libion, P. Meremans et F. Renard.
H/users/fixe/rech/dossierdd/accidtext

- évaluer l'impact plutôt que les résultats à long terme,
- évaluer la qualité plutôt que l'efficacité.

Ce dossier technique tente d'apporter un éclairage sur le concept de qualité appliqué à la prévention des accidents domestiques et vise à faciliter la formulation de recommandations de bonnes pratiques dans la prévention des accidents domestiques (tant dans une démarche éducative que dans une démarche d'amélioration technique).

La sélection des articles revus pour ce dossier porte principalement sur les cinq dernières années et a pu être réalisée via la consultation de différentes bases de données (Doctes, Medline, Current contents,...) et du centre de documentation Educa-Santé de Charleroi. La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche, ..., ont conditionné le choix des articles retenus. La plupart des documents sélectionnés décrivent des programmes de prévention d'accidents domestiques. Une brève description des différents programmes de prévention examinés peut être consultée en annexe du présent dossier (annexe 1).

<p>2) Objets d'évaluation : connaissance, prévalence, mortalité, comportements de protection ou de prévention, coûts, processus d'action, ...</p>
--

Parmi les documents analysés (décrivant pour la plupart des programmes de prévention des traumatismes), il a été choisi dans un souci de compréhension et de clarté de répartir les objets d'évaluation comme suit :

Les effets :	connaissances, comportement, attitude, etc,
Les résultats :	morbidité, mortalité coûts, etc,
Le processus	méthodes et type d'action, interventions et intervenants, procédures, implication et participation, etc...

L'analyse des objets d'évaluation porte respectivement sur les effets seuls, ensuite sur les résultats seuls, les processus seuls, enfin elle porte sur les effets et/ou les résultats et/ou les processus ou sur les trois.

En voici la synthèse :

Objets d'évaluation concernant uniquement les EFFETS (18,13,19,16,11,14)
(évaluation à court terme, évaluation d'impact).

Les évaluations d'effets portent aussi bien sur les **connaissances**, les **comportements**, les **opinions** et les **attitudes**.

Des **évaluations de connaissances** ont été répertoriées :

- dans un programme (18) concernant les comportements d'élèves âgés de 11 à 15 ans ,
- dans un projet pilote (19) visant à diminuer le nombre de blessures auprès de jeunes enfants à domicile ,
- dans un projet visant l'évaluation d'une école village (16) auprès d'une population d'enfants âgée de 7 à 8 ans où l'on évaluait le niveau de connaissances des enfants (savoir et savoir-faire).
(évaluation de la marche à suivre en cas d'incendie, évaluation des connaissances des risques de toxicité des fumées et des attitudes à adopter ; quand et pourquoi vérifier les piles des détecteurs de fumée, comment éteindre un incendie dans une cuisine, que faire en cas d'incendie, identification des objets dangereux dans une maison, identification des jeux dangereux et que faire pour se protéger, identification des rues dangereuses et évaluation des connaissances des panneaux de signalisation, etc...).

Des **évaluations de comportements, d'attitude, voire d'opinions** ont été répertoriées :

- dans le programme (18) concernant les comportements d'élèves âgés de 11 à 15 ans (cfr évaluation des connaissances).
- dans le projet pilote (19) visant à diminuer le nombre de blessures auprès de jeunes enfants à domicile (cfr évaluation connaissances).
- dans un programme de prévention portant sur l'appréciation des entraîneurs qui utilisent du matériel d'éducation pratique (13) .
- dans le projet visant l'évaluation d'une « école village » (16) (cfr connaissances) auprès d'une population d'enfants âgée de 7 à 8 ans où l'on évaluait également les comportements des parents et des instituteurs.
(les parents ont-ils apporté des modifications dans leurs habitations suite à la visite de leurs enfants au « Village enfant » ? (**comportement**), pensent-ils que ce « Village enfant » est une bonne chose et proposeraient-ils à d'autres parents d'y inscrire leurs enfants ?(**attitude**)
5 questions ouvertes (**opinions**) ont été posées aux instituteurs et concernent la pertinence des sujets abordés avec les enfants et les suggestions de modifications dans le programme (**opinion, attitude**)
- dans le cadre du programme de prévention des accidents de snowboard (14), les objets d'évaluations portent principalement sur les comportements : utilisation de protections des poignets et des mains (aucune étude d'évaluation formelle n'a démontré l'efficacité de telle mesure), techniques de chutes (pas d'étude ayant évalué l'impact de l'amélioration des techniques de chutes ou des leçons suivies sur le taux de traumatismes observé), port du casque permettant de diminuer l'impact durant une chute (pas d'évaluation formelle concernant l'efficacité d'une telle mesure), acquisition de chaussures et de fixations ad hoc, contrôle de la vitesse, utilisation de pistes réservées aux snowboarders, etc..
Les données recueillies pour juger de l'efficacité de telles mesures seraient toutefois essentiellement épidémiologiques.
- enfin, dans un programme (11) visant l'augmentation du port du casque à bicyclette (nombre de personnes équipées d'un casque (50% de tous les enfants de 4 ans entre 1987 et 1990).

Objets d'évaluation concernant uniquement les RESULTATS (3,23,11)

Ces résultats à moyen terme concernent aussi bien la **morbidité**, la **mortalité** que les **bénéfices financiers**, etc...

Dans ce cas, l'évaluation porte sur :

- la **prévalence** des accidents chez les enfants et les adolescents dans le programme de prévention suédois (3),
- la **prévalence** des accidents domestiques à domicile et l'évolution du risque relatif parmi les classes d'âge et les groupes (d'intervention et de contrôle) (23),
- la **diminution du nombre d'accidents** entre 1987 et 1993 ou encore la diminution du nombre de traumatismes crâniens entre 1993 et 1997 dans le cadre de l'évaluation de la campagne organisée en Suède (11) visant la promotion du port du casque.

Objets d'évaluation concernant uniquement le PROCESSUS (15,13,4,11)

L'évaluation de processus porte sur la **qualité du service produit** (d'un point de vue organisationnel, technique, etc...), les **procédures** mises en œuvre pour servir le programme, les types et moyens d'intervention, les intervenants et les stratégies utilisées, etc...

Le **nombre de casques distribués** et le **nombre de brochures** et de **vidéos** distribués entre le début et la fin du programme décrit permettent d'évaluer le processus dans le cadre du programme de promotion du port du casque et donc permettent de comprendre ce qui a été fait pour diminuer le nombre d'accidents et de traumatismes crâniens (11).

Christoffel et al (15) présentent une méthode de reconstruction de cas d'accidents qui a pour but l'identification a posteriori des **facteurs psychosociaux** et **physiques** qui auraient pu contribuer à induire l'accident. Une meilleure compréhension de ces facteurs devrait permettre la conception et l'évaluation de mesures préventives.

L'implantation effective (et donc le processus) de 64 programmes de prévention aux Etats-Unis a été évaluée (4) en examinant les **facteurs influençant le succès** de ces programmes.

Cassady et al. distinguent **cinq catégories de facteurs de succès** :

- les activités législatives (ou de réglementation) :

a) contrôle administratif : capacité de maîtriser les ressources, d'allouer le budget, de définir les priorités dans l'institution chargée du programme

b) l'étendue et l'efficacité des actions de recherche de soutien et d'advocacy pour le programme

- les activités de surveillance : capacité de réajuster et de réorienter les activités encours, en fonction des résultats de l'évaluation du processus en cours.

- l'évaluation et le suivi : capacité d'observer les actions, de les évaluer, d'analyser la situation,... La qualité et les compétences du personnel affecté au programme détermineront la qualité du suivi et de l'évaluation.

- l'implication de la communauté : degré et capacité d'intéresser les leaders d'opinion , les médias, les personnes concernées dans la réalisation du programme et de son évaluation.

- l'institutionnalisation : capacité à rendre le programme visible, officiel, organisé dans un cadre institutionnel (agence, association, projet,...) aux responsables et lieux identifiables, ...

Les auteurs notent l'importance de prendre en considération quatre autres facteurs (qui interagissent avec les facteurs sus-mentionnés) :

- la cohérence des directives publiques : clarté de la formulation des principes directeurs de la politique régissant les programmes.
- le contrôle administratif : pouvoir effectif de décision sur le déroulement du programme et de toutes ses ressources.
- la capacité organisationnelle : nombre et compétences des personnes qui travaillent au programme
- les capacités environnementales (caractéristiques de l'environnement) : importance accordée au problème par la communauté, implication et participation des gens et des médecins, ressources économiques et humaines disponibles.

Dans le cadre d'un projet d'éducation pour la santé (13) visant à prévenir les accidents sportifs, van Kernebeek et al évaluent le processus, c'est à dire, selon eux, dans quelle mesure le projet a été mené dans le respect des plans initiaux. Pour cela, l'évaluation s'intéresse à la **phase préparatoire** du programme mais également à l'**exécution** et à la **planification à long terme** des activités de prévention.

Objets d'évaluation concernant à la fois les EFFETS, les RESULTATS et le PROCESSUS (12,8,17,7,6,14).

Réalisation d'une méta-analyse sur l'**évaluation d'impact** qui porte sur le type d'intervention (ou de prévention) décrit dans les programmes, sur l'**existence** (ou non ?) d'un **modèle théorique sous-jacent** aux programmes, sur l'**utilisation des modèles théoriques** dans l'élaboration et l'évaluation de programmes (12).

Pour ce faire, les programmes de prévention instaurés dans différents pays ont été analysés.

Danemark :

Les **résultats** sont évalués en terme de **nombre d'accidents survenus** (classés par type d'accident).

Le **processus** examine l'utilisation réelle des **outils d'information**, la **qualité de l'implantation de la campagne et l'utilisation des mass médias** (support télévisé, etc...).

Norvège :

Les **effets** sont évalués en terme de **comportements de sécurité** (nombre d'équipements de sécurité existant à la maison) et d'**attitudes** (importance manifestée par les parents envers la prévention des accidents) mais également en terme de **couverture** (pourcentage des parents ayant été touchés par la campagne).

Pour les USA, l'Inde et la Finlande :

Les **effets** sont évalués (respectivement) en terme de **comportements de sécurité** : pourcentage d'utilisation (du port) de ceinture de sécurité chez les adolescents ; pourcentage d'utilisation (du port) de casque chez les usagers deux-roues ; utilisation d'un équipement de protection de qualité sur les lieux de travail, sécurité sur les échafaudages, protection contre les chutes , etc...

Dans un autre programme de prévention (8), l'évaluation réalisée concerne à la fois les parents (évaluation de résultat et de processus) et les infirmières éducatrices (évaluation d'effet).

L'évaluation de résultat auprès des parents porte sur le suivi des accidents par les médecins (**nombre d'accidents** rapportés par les parents pendant la période de l'étude) ; quant à **l'évaluation de processus**, elle fait mention du **pourcentage de mères** ayant reçu une éducation aux risques (couverture éducative), du **nombre de séances** éducatives suivies (fréquence éducative), du **pourcentage de sujets/thèmes** abordés pour chaque tranche d'âge (couverture par thème),

L'évaluation des effets auprès du personnel infirmier porte essentiellement sur les **comportements** et les **attitudes** (impressions sur l'utilité/priorité du programme, impressions sur la faisabilité du programme (temps disponible), impressions sur l'intérêt des mères pour le programme)

Ailleurs, **l'évaluation des effets** des activités éducatives est réalisée d'une part via l'évaluation des **connaissances** des parents et d'autre part via l'observation de **l'adoption de comportements** de prévention (emplacement des produits dangereux, détecteurs de fumée, ...) (17). Il est intéressant de constater que les auteurs réalisent également **une évaluation dite à priori** (du projet) en étudiant la **faisabilité** et **l'acceptabilité** de la réalisation des visites au domicile de parents en vue d'inventorier des aspects dangereux pour les enfants en bas âge.

En Nouvelle Zélande (7), **l'évaluation du** programme communautaire de prévention des accidents porte sur les **résultats** (**nombre d'accidents** en général et plus particulièrement chez les 0-14 ans, ceci avant et après intervention du programme) et sur les **effets** (**sensibilisation de la population** et **adoption** par celle-ci de **comportements de prévention** (mise en place de barrières de sécurité près des cages d'escalier, près des piscines, etc...) et **sensibilisation des institutions**).

L'évaluation d'un programme d'accessibilité à l'alcool (6) propose deux types d'évaluation. Dans un premier temps, il s'agit plutôt d'une évaluation de type formatif servant « à documenter » **le processus** par une **description des activités** réalisées au regard du contexte dans lequel le programme s'inscrit et se réalise et à analyser les facteurs qui influencent son déroulement.

L'évaluation du processus permet de cerner les **facteurs facilitants** et les **difficultés rencontrées** dans le déroulement des activités programmées, le type de partenariat et les conditions dans lesquelles celui-ci se réalise, les coûts du programme, la contribution perçue du rôle de la santé publique.

Dans un second temps, il s'agit plus d'une évaluation sommative permettant de vérifier les **résultats** obtenus par le programme. **L'évaluation des effets** doit permettre de vérifier l'évolution du respect de la loi concernant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 18 ans.

La revue critique de littérature réalisée par Finch et al (14) décrit les mesures et contre-mesures de prévention afin d'éviter les accidents de snowboarding.

Elle évalue donc les effets des mesures de prévention en évaluant d'une part des **comportements de prévention** (évaluation d'effets) et d'autre part en recueillant des **données** strictement **épidémiologiques** (évaluation de résultats).

Les auteurs tentent de comprendre l'efficacité des mesures (et des contre mesures) proposées et éventuellement leur association (interaction) avec l'apparition d'accidents de snowboard. Une attention toute particulière est portée sur les protections pour les poignets, les techniques de chute, les fixations et les chaussures, le niveau d'habileté des skieurs.

L'efficacité des mesures de prévention est essentiellement vérifiée à l'aide de données épidémiologiques.

3) Méthodes d'évaluation, dispositifs, outils

Les méthodes d'évaluation sont également analysées en fonction des types d'évaluation retenus (effet, résultat, processus) dans le paragraphe 2.

Méthodes d'évaluation utilisées dans le cadre d'évaluation d'effet

(1,18,13,19,16,17)

Au niveau des « méthodes », les enquêtes par questionnaire et/ou entretien, l'observation (tests de connaissance, ...) et l'étude de documents (méta-analyse, ...) restent les plus utilisées dans le cadre de l'évaluation des programmes analysés.

Des **enquêtes à domicile** (1), supervisées par des inspecteurs préalablement formés (formation concernant les lésions accidentelles et leur prévention, le code sanitaire, les dispositifs de sécurité) ont été réalisées. Elles avaient d'une part pour but l'évaluation de la sécurité domestique selon trois axes (approche réglementaire, approche éducative et technique – cfr supra) et d'autre part l'estimation des risques non codifiés cités dans les stratégies éducatives et technologiques et les éventuels non respects du code du logement de l'état.

Une autre méthode d'évaluation est l'**observation directe** (18) : par exemple, le port de la ceinture et du casque (l'observation concerne des élèves quittant l'école à vélo ou en voiture) ou l'observation de l'environnement familial (17) via une visite au domicile familial (ex : nombre de détecteurs de fumée et régularité des tests de fonctionnement, pharmacie sous clé, produits dangereux hors de portée des enfants, utilisation de siège enfant pour la voiture, etc...).

Les **questionnaires** sont fréquemment utilisés, ils apparaissent dans plusieurs documents. En voici quelques détails :

-un **questionnaire** basé sur les objectifs du programme Think First (dans le cadre de l'évaluation d'un programme (18) de prévention primaire des traumatismes cérébro-spinaux), est réalisé. Il comporte 39 questions concernant autant les connaissances que les attitudes et les comportements. Le questionnaire était rédigé sous forme de questions à choix multiple (QCM), de vrai ou faux et d'échelle de type Likert. Le questionnaire était distribué par les enseignants avant le premier contact avec le programme, deux semaines après l'intervention et enfin trois mois plus tard.

-un **questionnaire** est envoyé aux entraîneurs en même temps qu'un kit matériel d'éducation pratique dans le cadre du programme de prévention des accidents liés aux sports de ballons (13).

Comme il existe quatre types de colis :

-Journal pour entraîneur

-Set pour tester la condition des athlètes et set pour planifier l'entraînement

-Kit des premiers soins avec instructions spécifiques et set d'instructions sur la revalidation

-Set d'instructions spécifiques sur les logements, vêtements et équipement,

le questionnaire envoyé aux entraîneurs diffère en fonction du package utilisé.

-un **questionnaire**, basé sur 13 des 44 dangers d'accidents domestiques recensés, est proposé aux mamans (19).

NB : le choix de ces 13 dangers est fait en fonction des causes d'accidents les plus courantes recensées dans la région de l'enquête et selon le code des standards minimum pour les habitations.

-un **questionnaire auto-administré** (16) (et une procédure de rappel) est envoyé aux parents des enfants immédiatement après leur passage au Village. Un questionnaire est envoyé en fin d'année académique à tous les enseignants des écoles participantes. Les questionnaires créés par les instructeurs et les responsable du Village ont été pré testés et réajustés.

- **un questionnaire semi-structuré** est envoyé au domicile (17) après intervention des animateurs sociaux afin de mettre en évidence de potentielles barrières pour l'implantation à long terme d'un tel programme. Ces questions concernent notamment l'estimation du temps accordé par les familles lors des visites des travailleurs sociaux, la faisabilité des « recommandations » de prévention, l'estimation du temps et du coût des modifications apportées, le vécu des familles par rapport aux visites, etc...

Les « dispositifs » mis en place lors de ces évaluations concernent les populations cibles mais également les moyens mis en place pour réaliser ces évaluations (19,17,16).

Dispositif pré-expérimental : réalisation d'un **pré et post-test** auprès d'1 groupe de 72 femmes enceintes (19) afin de pouvoir évaluer la différence entre les connaissances et les comportements de prévention d'accidents AVANT toute intervention éducative (connaissances de base) et les acquis après intervention. Le post-test est réalisé 3 mois après l'intervention.

Dispositif quasi expérimental : **2 cohortes d'enfants** (1^{ère} cohorte durant la période d'hiver n = 158, 2^{ème} cohorte durant le printemps n= 252) (16). Les données du pré et des post test sont « pairées », une comparaison est établie entre 4 écoles.

Dispositif strictement expérimental : existence d'un **groupe d'intervention** (17), et d'un **groupe témoin** avec **pré et post test**. Toutes les familles participantes ont reçu une information préventive de base par les travailleurs sociaux.

Pré test : le groupe témoin a reçu des informations écrites les encourageant à équiper leur domicile de détecteurs d'incendie, à vérifier les piles de ces appareils, à utiliser un siège auto pour les enfants, etc...). Quant au groupe d'intervention, il reçoit des informations très complètes concernant la prévention ainsi qu'un « diagnostic personnalisé » des lieux, des habitudes potentiellement dangereuses. Une aide matérielle est également proposée afin de répondre aux exigences formulées (ex : placement de détecteurs, installation d'une armoire pharmacie, placement d'un siège auto,etc...)

Post test : de nouvelles visites à domicile sont organisées. Pour le groupe d'intervention, l'observation des lieux diagnostiqués dangereux ainsi que la vérification des savoirs et des comportements préventifs est de mise. En ce qui concerne le groupe témoin, les experts seront attentifs à tout changement éventuel de comportements de prévention.

Méthodes d'évaluation utilisées dans le cadre d'évaluation de résultats (3,23,11,8).

Une méthode d'évaluation est l'**observation**: par exemple (3) , l'observation d'enregistrements des cas d'accidents chez les moins de 14 ans dans le registre de l'hôpital central de la région .

Un **dispositif** quasi expérimental (23) est mis en place dans le cadre de ce programme (bien que les régions d'intervention aient été choisies pour leur caractère dynamique en matière de santé) - deux régions sont étudiées, d'une part la municipalité de Motala (région ayant bénéficié d'une intervention) et d'autre part la municipalité de Ostengotland (région n'ayant bénéficié d'aucune intervention). Un **pré-test** et un **post-test** sont réalisés (moments de mesure différents des cas d'accidents par rapport au nombre de sujets non accidentés) dans la région étudiée avec intervention.

Différentes caractéristiques sont retenues pour la sélection des autres variables d'identification des sujets du groupe : elles proviennent des théories du changement social (l'âge, le sexe, le type de résidence, le niveau d'éducation, la profession et la source de revenus). Les données d'identification proviennent des registres nationaux de population.

Gofin et al (8) comparent en pré et en post programme, sur une période d'un an, les dossiers médicaux et épidémiologiques (en terme de prévalence et d'incidence d'accidents) et effectuent une mise en relation avec le nombre de séances suivies.

L'évaluation concerne les mères d'enfants (n=306) de 0 à 2 ans ayant participé au programme pendant une période d'un an. Soixante % de ces mamans auraient un niveau d'instruction supérieur (plus de 12 ans de scolarité).

Ils se basent d'une part, sur le **dossier médical** (et de prévention) de l'enfant où sont notés les différents thèmes (information/éducation) abordés par l'infirmière lors de consultations mais également le nombre de fois où chaque thème a été exploré ; d'autre part sur le **dossier de surveillance** où sont notés les « déclarations » d'accidents ou blessures rapportées par les parents (accidents domestiques ayant nécessité ou non des soins médicaux).

Méthodes d'évaluation concernant uniquement le PROCESSUS (15,4).

L'évaluation de l'implantation de programmes de prévention (4) passe par différentes méthodes : l'**identification** des **facteurs** et des **variables** importantes pour le groupe d'experts (chercheurs, concepteurs de programme, éducateurs,...), la réalisation d'**enquêtes** par **questionnaire auto-administré** (70 items) **et guide d'entretien** auprès des responsables de programmes et enfin des **entretiens** d'approfondissements (par **interviews**)

L'évaluation de la méthode « CSR » (15), (plus que la description de la méthode elle-même) se fait par **enquêtes** (**entretien**) et par **observation** (**reconstitution de cas**). Ainsi sont vérifiées la fiabilité, la transférabilité et la validité de la méthode. En ce qui concerne la méthode elle-même, les auteurs signalent qu'il s'agit de recueillir des informations auprès des différents acteurs (personne blessée, entourage, témoins, soignants, ...). A partir de ces

différentes informations, le scénario de l'accident se reconstruit en équipe pluridisciplinaire , c'est la rencontre de l'équipe pluridisciplinaire qui constitue le cœur de cette méthode, il s'agit d'une approche qualitative.

Méthode d'évaluation concernant des programmes mesurant les effets et/ou les résultats et/ou le processus (12,7,6,14).

Dans le cadre de l'évaluation par méta-analyse (12) de 6 communications sur l'évaluation de programmes de prévention, trois types de méthodes sont proposées : analyse des programmes à l'aide de **grilles d'observation** (évaluation de l'équipement, évaluation des comportements,...), de **questionnaires auto-administrés** (QCM), **d'entretiens par téléphone** ou face à face, enfin au travers de **dossiers médicaux** et épidémiologiques (relevé d'accidents, ...).

Dans un autre programme (7), les méthodes pour évaluer le processus sont l' **analyse de documents** concernant le projet, l'**observation participante**, la réalisation d'**entretiens** auprès d'informateurs clés, les **études de cas** après la fin de l'intervention. Quant aux méthodes pour évaluer les effets (7), il s'agit d'un dispositif d'évaluation quasi-expérimental. Les analyses de données proviennent de trois sources différentes: les **chiffres statistiques** concernant le nombre d'accidents, le résultat d'une **enquête téléphonique** (n=4000) et les **résultats d'une enquête** menée auprès d'organisations (n=144).

Le degré d'implantation du programme (6) est vérifié par différents instruments.

Au niveau du **processus** :

-une première **enquête** par **questionnaires** est réalisée avant la mise en place de l'intervention et concerne les activités programmées par les intervenants des maisons de jeunes pour l'été et les interventions retenues par la population.

-un journal de bord (**observation**) que les intervenants des maisons de jeunes complètent au fur et à mesure (facteurs favorisant leur intervention, difficultés rencontrées, solutions apportées)

-une deuxième **enquête** par **questionnaires** est soumise et comprend une vingtaine de questions fermées réparties en quatre sections : activités médiatiques, visites des détaillants, activités de sensibilisation auprès d'organismes d'événements spéciaux et activités de sensibilisation auprès de la population.

-des **enquêtes** par **entretiens** (entrevues semi-structurées) ont été prévues pour guider les agents de recherche ainsi que la rédaction de compte rendu de réunion (**entretien de groupe**). L'évaluation de l'implantation du programme a principalement fait l'objet d'une analyse de contenu.

Au niveau des **effets** :

-un **formulaire de compilation des données** a été rédigé et comprenait des informations concernant l'âge, le sexe du jeune acheteur d'alcool ainsi que les coordonnées du fournisseur . Des informations concernant le comportement du « commis » figuraient également sur le formulaire : réactions diverses du commis :

s'est-il assuré de l'âge du jeune acheteur, a-t-il exigé une pièce d'identité, a-t-il ensuite fourni l'alcool au jeune , etc...

Le dispositif mis en place dans le cadre du programme de lutte pour la vente d'alcool auprès des jeunes relève de **l'étude comparative en pré et post intervention** qui a été organisée de façon à pouvoir cerner l'évolution de l'application de la loi interdisant toute vente d'alcool à un jeune de moins de 18 ans (6).

Finch et al (14) évoquent l'existence d'une **seule étude cas témoin** et relatent le nombre restreint d'études (d'évaluation) réalisées évaluant l'efficacité des mesures de prévention proposées dans la prévention des traumatismes liés à la pratique du snowboard.

4) Perspectives d'amélioration des programmes et brève description des résultats

Dans tous les documents recensés pour cette revue de littérature, la plupart des auteurs se « contentent » d'estimer des « performances » en terme de résultats et seuls quelques articles font état de perspectives d'amélioration de programmes (4,6,1,18,13,19,16).

Pour Cassady et al, l'amélioration de l'implantation et du succès des programmes de prévention (4) passe par :

- une **meilleure participation** et une **meilleure implication** de la communauté, de gens influents, d'associations locales... et des médias.
- une **meilleure coalition** (et regroupement) des soutiens institutionnels et politiques, pour assurer des ressources suffisantes et à long terme.
- un **meilleur pouvoir de gestion** des responsables de programmes : décisions concernant les ressources, les actions, le personnel et capacité d'ajuster ou d'orienter les actions.
- une **meilleure capacité organisationnelle** : nombre et compétences suffisantes : tant pour l'action et l'organisation que pour l'évaluation et le suivi.

Ces mêmes auteurs proposent également un **index de réussite** de l'implantation de programme (annexe 2).

Quesnel et al (6) recommandent de poursuivre les **activités de renforcement de sensibilisation**, ainsi que les **activités de surveillance** de promotion et de respect de la loi. Ils privilégient également un élargissement au niveau du partenariat.

Gallagher et al (1) recommandent une **approche variée** qui **combine les stratégies** et qui soit **dirigée** vers une **population à haut risque**. Ils attribuent le succès de leur programme aux messages spécifiques proposés (conseils donnés directement à la maison), aux dispositifs de sécurité installés et à la menace d'imposition d'une amende.

L'évaluation réalisée Wright et al (18) préconise le **renforcement de mesures passives** (législatives) combiné à **des interventions d'éducation**. Les auteurs recommandent l'usage d'air-bags, le port obligatoire du casque, une diminution de l'accessibilité des armes à feu, une restriction quant à la distribution de boissons alcoolisées. Ces mesures selon les auteurs auraient un plus grand impact en terme de prévention des traumatismes crâniens que les efforts isolés (et coûteux) du programme examiné.

Van Kernebeek et al (13) formulent certaines recommandations quant au matériel à utiliser : **adaptation du matériel** qui pourrait servir pour d'autres entraîneurs, offre de matériel de promotion pour les clubs qui souhaiteraient organiser des activités sportives, **responsabilisation** des organisateurs, **poursuite de la rédaction d'articles** pour des périodiques ad hoc. Enfin, par rapport au programme examiné, les experts suggèrent de développer des **guidelines** pour des stratégies à long terme au niveau d'unions sportives internationales et la nécessité de poursuivre des recherches continues.

Bablouzian et al (19) proposent de faire une **étude prospective**, sur un large échantillon randomisé, d'**analyser** et de **comparer les données hospitalières** avec les données provenant de la surveillance à domicile, enfin d'analyser le coût de l'efficacité d'un tel programme.

Gielen et al (16) décrivent une différence dans les scores entre les 2 cohortes qui serait attribuée à un niveau socio-économique familial différent (cohorte 1 : enfants issus de milieux « moins favorisés » que les enfants de la seconde cohorte).

Ils recommandant donc de pouvoir **observer** et **mesurer** réellement les **comportements de prévention acquis**.

Tous les autres documents (1,18,13,3,12,8,9,19 ,17,16,7,14) analysés envisagent une **description des résultats obtenus**. Une brève description est reprise en annexe (annexe 3).

5) Recommandations pour évaluation future

van Kernebeek E. et al (13) insistent sur la **nécessité d'évaluer** les campagnes de prévention pour convaincre les médecins praticiens de l'efficacité d'une prévention des accidents domestiques auprès des moins de 15 ans. Toutefois, ils ne précisent pas comment !

Svanström L. et al (3) recommandent que l'évaluation du processus soit réalisée par des **évaluateurs externes, indépendants** des institutions et proposent également une **lecture critique externe**.

Cassady et al (4) proposent de mettre en place une « **évaluation d'implantation** » comme partie d'évaluation de processus, afin d'assurer de plus grandes chances de succès du programme. Cette étape paraît incontournable ; il est en effet fort peu pertinent de chercher à évaluer les effets (et l'efficacité) si on n'a pas d'abord évalué le processus et sa mise en œuvre.

Les auteurs travaillant sur l'évaluation de l'implantation de programmes de prévention proposent un **index de réussite** (cfr annexe 2) :

- activités législatives/légiférées
- activités de surveillance
- monitoring et évaluation

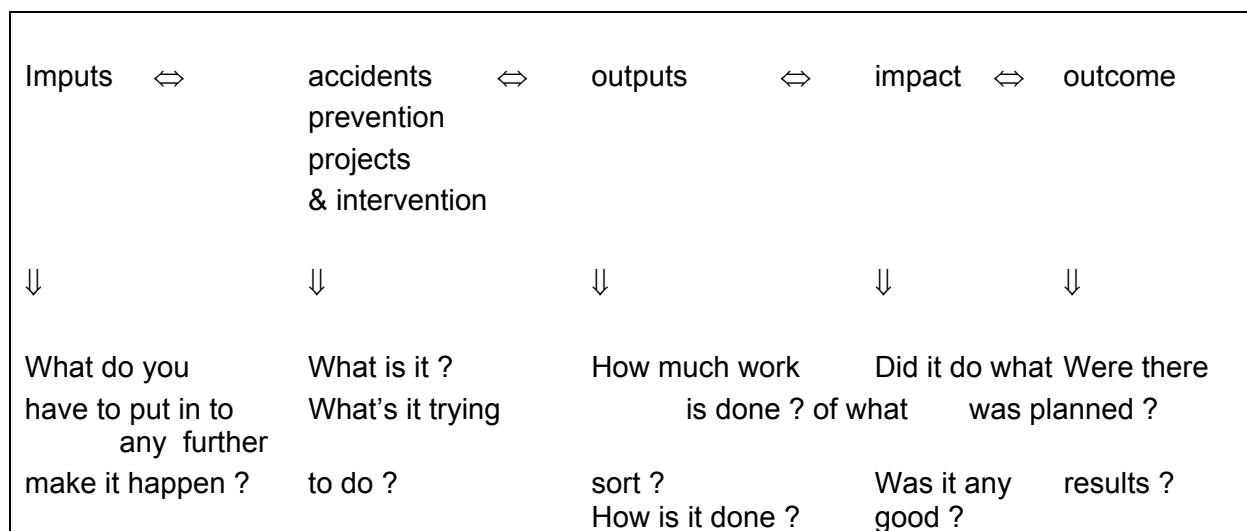
- participation communautaire
- institutionnalisation

von Hirsch E. recommande (12) l'utilisation prioritaire de **méthodes d'évaluation qualitative**, notamment pour évaluer **l'adéquation des contenus de programmes aux populations cibles**, et pour mieux **comprendre les facteurs favorisants ou défavorisants** les comportements de sécurité.

L'auteur regrette que peu d'articles expliquent les modèles théoriques sur lesquels leur programme sont construits !

Il est indispensable que ces choix soient clarifiés et explicités, et que les programmes **décrivent** sur quels **facteurs ils essaient d'agir** (facteurs comportementaux, facteurs environnementaux, facteurs légaux, facteurs psychosociaux, ...).

Benson (10) décrit le besoin d'une évaluation « **crédible** ». Cette démarche d'évaluation doit rester pragmatique en restant à l'échelle du programme/projet. Elle doit s'orienter vers **l'amélioration des activités** et des **services de prévention** des accidents. Pour l'auteur, l'évaluation doit être globale ; elle doit tout aussi bien concerner **l'input, l'output, l'impact et l'outcome**.



Petit "guide" pour l'évaluation de programme d'intervention et de prévention d'accidents (selon l'auteur).

L'auteur précise que dans le cas d'évaluation d'accidents, l'évaluation des **outcomes** et de **l'impact** est difficile. Il fait également remarquer la nécessité de préciser ce que l'on veut évaluer et pourquoi.

Les auteurs Christoffel K.K. et al., (15) recommandent d'utiliser la **méthode qualitative** pour reconstruire un scénario d'accident et essayer **de mieux comprendre** les facteurs qui ont contribué à provoquer l'accident.

Les auteurs suggèrent qu'un tel cadre puisse être exploité pour comprendre en équipe pluridisciplinaire comment un accident a pu se produire et ainsi pouvoir mieux identifier les axes possibles de prévention .

Cette méthode CSR trouve sa pertinence dans le cas où :

- 1) de nombreux facteurs sont susceptibles d'avoir contribué à provoquer l'accident

- 2) les informations concernant l'événement proviennent de plusieurs sources disparates et souvent conflictuelles
- 3) les points de vue de plusieurs disciplines sont nécessaires pour comprendre les événements
- 4) la recherche a pour objectif la formation d'hypothèses et l'identification de causes possibles, plus que la démonstration statistique.

Finch C.F. , et al. (14) proposent que « l'implementation » des mesures et contre-mesures de prévention passe par la **collecte des données** (épidémiologiques) la **standardisation** et le **maintien des données existantes** , la **collecte d'informations concernant** les équipements utilisés par les snowboarders et le « monitoring » des tendances (traumatiques).

Ils précisent également que **l'évaluation de ces contre-mesures** doit prendre en considération la rapide évolution de ce sport et essayer donc de garder le rythme.

6) Conclusions

Les **critères** et **objets recommandés** pour l'évaluation de processus et de qualité sont les :

- critères relatifs au programme
- critères concernant les agents et les intervenants
- critères relatifs à la communauté
- critères d'utilisation des ressources
- critères d'interaction
- critères relatifs aux choix valoriels et théoriques

Evans et al (24) suggèrent **12 « critères de bonnes pratiques »** :

- 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 équipe compétente et motivée

en insistant tout particulièrement sur ceux directement liés à l'évaluation, à savoir :

- **une diffusion large des résultats**
- **une réflexion et une autoévaluation sur le processus**

7) Bibliographie

- 1 Gallagher S. et al, (1985), A home injury prevention program for children, in *Pediatric clinics of North America*, Vol. 32,n°1, Feb 1985, pp 95-112.
- 2 Levêque B. et al, (1995), The contribution of physicians to childhood injury prevention in France, in *Injury prevention*, 1, 1995, pp155-158.
- 3 Svanström L. et al, (1995), The lidköping accident prevention programme – a community approach to preventing childhood injuries in Sweden, in *Injury prevention*, 1, 1995, pp 169-172.
- 4 Cassady Ch.E. et al, (1997), Measuring the implementation of injury prevention programs in state health agencies, in *Injury prevention*, 3, 1997, pp 94-99.
- 5 Andersson R., (1995), Community saety promotion at local, regional, and national levels, in *International Journal for Consumer & Product Safety*, Vol.2, n°2, 1995, pp 61-70.
- 6 Quesnel G.T. et al (1999), Evaluation d'un programme pour réduire l'accessibilité à l'alcool chez les jeunes en Montérégie, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montérégie, Janvier 1999, pp 7-32.
- 7 Coggan C. et al, (2000), Evaluation of the Waitakere community injury prevention project, in *Injury Prevention*, 6, 2000, pp 130-134.
- 8 Gofin R. et al, (1995), Injury prevention program in primary care : process evaluation and surveillance, in *Injury Prevention*, 1, 1995, pp 35-39.
- 9 Dowswell T. et al, (1996), Preventing childhood unintentional injuries – what works ? A literature review, in *Injury Prevention*, 2, 1996, pp 140-149.
- 10 Benson A. (1995), The evaluation of community based injury prevention activity : the UK perspective, in *Injury Prevention*, 1, 1995, pp 116-118.
- 11 Ekman R., Welander G ., (1996), The process in a county-wide bicycle-helmet program in sweden, in *Injuries in Sharaborg county*, Department of Public Health Sciences, Sundbyberg, Sweden, 1996, pp 133-153.
- 12 Aaro L. E., (1995), The role of theory in evaluation and research on injury prevention, in *International Journal for Consumer & Product Safety*, Vol. 2, n°2, 1995, pp 71-82.
- 13 van Kernebeek E., Luttekes P., (1996), Topteams ban sports injuries : an evaluation, in *International Journal for Consumer & Product Safety*, Vol. 3, n°2, 1996, pp 93-98.

14 Finch C.F. et al,(1999), Preventing snowboarding injuries - What is the evidence ? in International Journal for Consumer & Product Safety, Vol 6, n°3, 1999, pp 117-126.

15 Christoffel K.K. et al, (1996), Evaluation of a systematic approach for identifying injury scenarios, in Injury Prevention, 2, 1996, pp 221-227.

16 Gielen A. C. et al, (1996), Teaching safety : evaluation of a children's village in Maryland, in Injury Prevention, 2, 1996, pp 26-31.

17 Johnston B.D., et al, (2000), A preschool program for safety and injury prevention delivered by home visitors, in Injury Prevention, 6, 2000, pp 305-309.

18 Wright M. et al, (1995), Evaluation of the think first head and spinal cord injury prevention program, in Injury Prevention, 1, 1995, pp81-85.

19 Bablouzian L. et al , (1997), Evaluation of a community based childhood injury prevention program, in Injury Prevention, 3, 1997, pp 14-16.

20 Baudier F., Palicot A-M., (1995), La prévention des accidents domestiques de l'enfant, in Guide pédagogique à l'usage des professionnels, CFES,1995, pp 269-274.

21 Roland M. et al (2001), L'assurance de qualité et le médecin de famille, in Archives of Public Health, 59, 2001, pp1- 28.

22 Vincenten J., (1997), Program evaluation for prevention projects, in Injury Prevention , 3, 1997, pp 124-125.

23 Lindqvist K. et al, (1999), Evaluation of a home injury prevention program in a WHO Safe community, in International Journal for Consumer & Product Safety, Vol. 6, n° 1, 1999, pp 25-32.

24 Deccache A. (1997), Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines, in Promotion and Education , Vol. 4, n°2, 1997, pp10-15.

Annexe 1

Brève description des différents programmes de prévention examinés

Evaluation d'un **programme de prévention des accidents domestiques** auprès d'**enfants âgés de moins de six ans** au Massachusetts (Home Injury Prevention Project) (1)

L'objectif général de ce programme vise l'amélioration de la sécurité de l'enfant au domicile en diminuant les risques liés aux chutes, aux brûlures, aux intoxications et empoisonnements, à l'étouffement,

Ce projet pilote a également pour mission de mieux cerner les risques domestiques et de tester l'application simultanée de trois stratégies de prévention :

- au niveau réglementaire : l'application du code sanitaire de l'état (respect des normes d'installation dans les cuisines et les salles de bain (chauffage, eau chaude, électricité, ...) mais également pour des éléments plus structurels (escaliers, électricité, chauffage, ...).
- au niveau pédagogique : des experts émettent des avis et conseils avec remise de documents éducatifs aux parents à propos des risques qui ne seraient pas couverts par le code.
- au niveau technologique : installation et/ou distribution gratuite de dispositifs de sécurité (couvercles de prises de courant, loquets pour meubles, ...).

Evaluation d'un programme d'éducation pour la santé en milieu scolaire « Think first program » (18). Ce **programme de prévention primaire des traumatismes cérébro-spinaux** est destiné aux **jeunes élèves âgés de 11 à 15 ans**. Ce programme consiste en une information sur les causes et les fréquences des traumatismes . L'information proposée dure une heure, est basée sur les modèles du HBM (health belief model). Les animateurs proposent la diffusion d'un film, des témoignages de victimes et une séance de questions réponses. (Washington).

Evaluation d'un projet d'éducation pour la santé « Topteams Ban Sports Injuries » visant à **prévenir les accidents liés aux sports** tels que le hockey, le volleybal, le rugby, le handball et le korfbal (13). (Les Pays-Bas).

Evaluation d'un programme de **prévention des accidents** en suède auprès d'enfants âgés de 0 à 14 ans (3).

Evaluation d'un programme de **prévention des accidents domestiques** en Suède principalement axé vers les enfants et les personnes âgées (23).

Evaluation de l'implantation de **64 programmes de prévention** aux Etats Unis (4).

Méta-analyse sur l'évaluation d'impact de **programmes de prévention des risques et d'accidents** (12). La méta-analyse porte sur l'existence d'un modèle théorique sous-jacent aux programmes de prévention, sur l'utilisation des modèles théoriques dans l'élaboration et l'évaluation de programmes, enfin sur le type d'intervention (ou de prévention) décrit dans les programmes.

Evaluation de processus d'un programme de **prévention des accidents** en Israël auprès d'enfants âgés de 0 à 2 ans (8).

Evaluation des **activités de prévention des accidents** développées selon une approche communautaire (10). (Angleterre).

Projet pilote qui a pour objectif **l'évaluation de l'efficacité d'un programme de prévention** qui vise à **diminuer le nombre de blessures** auprès des **jeunes enfants** à domicile (Boston). (19).

Evaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité de la réalisation de visites aux **domiciles des parents** en vue de dégager des aspects dangereux pour les enfants en bas âge. Evaluation également des effets des activités éducatives réalisées. (17). (Washington).

Existence et **évaluation d'un « village école »** à Washington.

Cette école intègre dans ses locaux un modèle de maison récente ayant été détruite par le feu et des reproductions de routes et de magasins avec existence de nombreux panneaux de signalisation routière. Les enfants de 7 à 8 ans de la région de Washington séjournent dans village durant deux jours (16).

Programme communautaire de prévention des accidents en Nouvelle Zélande réalisé selon les recommandations de l'OMS (7).

Présentation d'une campagne assurant la **promotion du port du casque** en Suède auprès des **cyclistes**, principalement après des jeunes âgés de 4 ans (11).

Revue critique de littérature concernant les **mesures de prévention** (et les contre-mesures) afin d'éviter les **accidents de snowboard** (14) en Australie.

L'ASID (Australien snow injury database) a établi un "profil type" de l'australien pratiquant le snowboard : prédominance masculine, âge moyen de 21 ans pour les deux sexes ; 60 % des traumatismes surviennent auprès de « novices ».

D'autres études internationales confirment d'ailleurs ces données épidémiologiques. La plupart des accidents relevés concernent des fractures au niveau des poignets et des chevilles ainsi que des lésions au niveau des genoux.

Evaluation d'un programme visant à **réduire l'accessibilité à l'alcool** chez les jeunes en Montérégie (Quebec) (6).

Ce programme « Action dépanneur » est un programme d'intervention visant à restreindre l'accessibilité des jeunes (de moins de 18 ans) aux boissons alcoolisées. Ce programme s'inscrit dans le cadre de stratégies diverses et intersectorielles visant notamment la prévention des traumatismes.

Annexe 2

Index de réussite de l'implantation de programme

Cet index proposé par Cassady Ch.E. et al (4) est une estimation synthétisant les critères suivants :

1) activités législatives

- le personnel est autorisé à prendre l'initiative de contacter des responsables/législateurs à propos d'une question de prévention des accidents
- Il est arrivé que le personnel prenne contact avec des responsables/législateurs à propos d'une question de prévention.
- Le personnel est autorisé à jouer un rôle actif pour influencer la législation concernant la prévention des accidents, par des témoignages ou des activités de plaider (advocacy)
- Il est arrivé que le personnel apporte un témoignage ou participe à des activités de plaider pour tenter d'influencer la législation concernant la prévention des accidents

2) activités d'observation/surveillance des accidents (monitoring)

- La surveillance des accidents a induit des changements dans des activités existantes de prévention des accidents
- Les activités de surveillance ont permis de mettre en place de nouvelles actions ou activités de prévention des accidents
- Le programme de surveillance des accidents a donné quelques résultats utiles.

3) suivi et évaluation

- La programme alloue des ressources spécifiques pour l'évaluation des activités de prévention des accidents, par exemple : humaines, financières, etc.
- Les données relatives à la surveillance ou l'impact sont utilisées pour évaluer les activités de prévention et contrôle des accidents, c'est à dire les résultats.
- Des enquêtes quantitatives et des questionnaires ont été réalisés pour l'évaluation des activités de prévention et contrôle des accidents
- Des entretiens sont organisés menés pour évaluer les activités de prévention des accidents, et leurs résultats
- Le programme prévoit une évaluation de processus, pour suivre l'avancement des activités prévues de prévention des accidents
- Des changements significatifs ont été apportés aux activités ou au programme sur base des résultats de l'évaluation du processus

4) participation communautaire

Niveau de participation communautaire dans les activités du programme de prévention des accidents

- La communauté participe à la formulation d'idées concernant les activités ou le programme de prévention des accidents
- La communauté participe à la planification des activités ou du programme de prévention des accidents
- La communauté participe à l'identification et à la recherche de ressources pour les activités ou le programme de prévention des accidents
- La communauté participe à l'évaluation du processus et/ou des activités du programme sur les accidents

- La communauté participe au lobbying et aux activités politiques en rapport avec les activités ou le programme sur les accidents

5) Institutionnalisation – pérennité du programme (dans une une institution plus importante)

- Les activités développées dans le cadre du programme ont créé une prise de conscience d'autres départements ou institutions à propos de la prévention ou du contrôle des accidents
- la prévention des accidents a été retenue par l'Etat comme une priorité
- Les activités de prévention des accidents ont montré leur efficacité dans la réduction des accidents
- Des ressources suffisantes ont été attribuées par l'Etat au programme de prévention des accidents

Annexe 3

Brève description des résultats décrits dans les programmes de prévention examinés

Dans le cadre des résultats des visites d'inspection (1), les violations du code étaient deux fois plus nombreuses dans la ville (A) (secteur privé) que dans la ville (B).

Aucun des logements visités n'étaient exempts de risques ; tous les risques étaient réduits de façon significative et les effets du programme étaient différents selon le type de stratégie. Les propositions réglementaires et technologiques ont amené plus de modifications de l'environnement domestique que les stratégies pédagogiques demandant un effort et un changement de comportement de la part des parents (modifications des habitudes de rangement, etc).

Wright et al (18) concluent au faible impact du programme sur les connaissances des jeunes et ne distinguent pas de changement significatif sur les attitudes et les comportements observés (port du casque et de la ceinture). Ces résultats ne surprennent guère les auteurs qui stipulent que d'autres études ont également montré le faible impact des programmes sur les comportements bien que les connaissances aient été améliorées.

Van Kernebeek et al (13) confirment que le projet a été mené selon les plans de départ. L'étude d'appréciation du matériel utilisé confirme la parfaite adéquation du matériel au niveau d'information souhaité, matériel qui répond bien aux souhaits des entraîneurs.

Les résultats obtenus dans le programme suédois de prévention des accidents (3) auprès d'enfants sont décrits en terme d'incidence/prévalence : diminution du nombre de cas d'accidents domestiques d'enfants, diminution moindre (non significative) dans une région où l'intervention était partielle et augmentation dans la région non couverte par l'action. Svanström et al décrivent de nombreux biais dans le recueil d'information (essentiellement liés, selon les auteurs, à la subjectivité du chercheur).

Bien que les thèmes abordés par les différents programmes soient diversifiés (information de masse, utilisation d'équipements de sécurité, règlements, ...), les programmes examinés par méta-analyse (12) envisagent tous la prévention sous forme d'action sur les comportements humains et non sur l'environnement.

Les résultats décrits par Gofin et al (8) concernent essentiellement le taux de couverture éducative auprès des mères : ce taux diminue avec l'âge de l'enfant (73 % des mères d'enfants âgés de 0 à 5 mois sont « éduquées », 58 % de 5-11 mois, ensuite plus ou moins 48 %). Notons toutefois que 5 % des mères n'ont pas reçu d'éducation.

Selon Dowswell et al (9), la littérature montre :

- que la plupart des accidents survenant aux enfants sont des accidents de la route.
- qu'il existe un gradient social dans la distribution des accidents routiers ; en effet, les enfants provenant de couches sociales défavorisées sont plus à risques
- que le plus grand nombre d'accidents de la route survient à proximité d'habitations

- que l'éducation des parents, des enfants et des conducteurs a un effet positif et déterminant pour la réduction d'accidents
- que les mesures éducatives sont plus efficaces si elles sont associées à des mesures environnementales (architecture, maisons, routes, ...) et légales (obligation du port de la ceinture, du casque, ...) et vice-versa.

Pour les 9 dangers retenus (19) dans le cadre du programme de prévention contre les accidents domestiques, il n'existe pas de différence significative entre le pré et post test (ex : bloquer l'ouverture des fenêtres, cordon électrique sécurisé, sécurisation du balcon, bonne température du bain de l'enfant, etc...).

Au départ (17), les niveaux de connaissances et les comportements de prévention de base sont similaires dans les 2 groupes examinés. Après les interventions éducatives dans le groupe intervention, Johnston et al constatent l'installation de détecteurs de fumée en post test et l'augmentation du nombre de ces appareils dans les familles en possédant un au départ. En ce qui concerne les produits toxiques, les familles du groupe intervention modifient davantage leurs comportements de prévention que les familles du groupe témoin . Pour les médicaments, aucun changement positif dans les comportements préventifs (emplacement pharmacie, que faire en cas d'empoisonnement, etc...) n'est observé dans les 2 groupes.

Dans le cadre du programme de visite au « village enfant », les résultats sont évalués auprès des parents et des enseignants (16).

Au niveau des parents : 381 questionnaires ont été distribués et 302 ont été retournés, soit 79% de réponses.

31% des parents ont apporté des modifications dans leur maison (ex : mise en place de détecteurs de fumée, identification des numéros d'appel du service des urgences et des pompiers sur le téléphone, discussion avec les enfants des modes de prévention des dangers, des brûlures, du feu, etc...)

25% des parents déclarent que leur enfant ne porte pas toujours la ceinture de sécurité en voiture et 35% des parents ne la portent pas eux-mêmes. 70% des parents déclarent que leur enfant ne porte pas toujours leur casque en vélo et 45% des enfants n'en possèdent pas.

Au niveau des enseignants : 20 questionnaires ont été envoyés et 12 ont pu être traités (60%). L'article fournit peu d'informations mis à part le fait que les enseignants formulent des commentaires positifs quant à la compétence du personnel d'encadrement et aux expériences concrètes qu'ils ont pu vivre sur le terrain.

L'action menée (7) a contribué de manière significative à sensibiliser la population de Waitakere aux messages de prévention ($P=0,0001$) et à faire acquérir des éléments appropriés pour la sécurité de l'enfant ($p=0,0001$). Il y a eu une réduction du nombre d'enfants hospitalisés suite à un accident ($p<0,05$). L'évaluation de processus montre le rôle prépondérant joué par les coordinateurs du projet et souligne l'importance d'une approche multiculturelle.

Six cents commerçants ont été rencontrés et sensibilisés au respect de la loi concernant la distribution d'alcool auprès des jeunes de moins de 18 ans (6). De nombreux commerces apposent désormais une affiche stipulant de ne pas vendre d'alcool aux moins de 18 ans .Toutefois, l'enquête réalisée démontre que l'alcool reste encore largement accessible auprès des jeunes mineurs ; plus d'un commerçant sur deux accepte encore de vendre de l'alcool aux mineurs et ce malgré la législation en cours.

Finch et al (14) relatent le trop faible nombre d'études réalisées concernant l'efficacité des mesures de prévention proposées dans le cadre de la prévention d'accident de snowboard alors que la pratique de ce sport connaît un succès grandissant. Il existe quelques évaluations (essentiellement d'ordre épidémiologique) concernant les chaussures et leurs fixations, les protections des poignets, les chevilles, les techniques de chutes, Des contradictions existent quant à l'utilisation d'un type de protection plutôt que d'un autre. Le consensus semble être absent. D'après ces mêmes auteurs, aucune de ces « évidences » ne peut prétendre être une évaluation d'efficacité des mesures (et contre-mesures) de prévention proposée. Ils constatent cependant une évolution rapide quant à la qualité des équipements proposés.