



L'éducation pour la santé, une efficacité sous conditions

Évaluer l'éducation pour la santé est complexe car il s'agit théoriquement de mesurer son impact sur les modifications de comportement. Les différents types d'évaluation sont présentés ici suivis d'une réflexion sur la notion d'efficacité en éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé est un ensemble d'interventions qui vise à informer, motiver et aider la population à adopter volontairement des comportements favorables à la santé. C'est donc sur le changement de comportement qu'il faudrait théoriquement mesurer l'efficacité des programmes d'éducation pour la santé. Seulement sous cette simple évidence se cache une notion complexe : celle de comportement. Les déterminants d'un comportement sont multiples et difficilement appréhendables puisque intriqués à l'*habitus* de l'individu et aux conditions sociales, économiques, politiques et environnementales dans lesquelles vit celui-ci. De fait, l'évaluation correcte de l'impact des actions d'éducation pour la santé est largement tributaire de normes, critères et outils fort complexes à saisir de manière scientifique. Nombre d'évaluations contournent cette complexité en déportant leur objet vers des indicateurs intermédiaires.

Quelle évaluation ?

L'une des difficultés majeures à laquelle se heurtent les évaluateurs d'actions d'éducation

pour la santé réside dans la définition même de l'objet qu'ils vont mesurer et des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Pour mesurer l'efficacité d'une action de santé, on peut aussi bien s'attacher :

- aux résultats et à l'impact de l'action, c'est-à-dire à l'atteinte des objectifs de l'action (*effectiveness*), au-delà de l'efficacité d'une action, c'est son effet que l'on cherche à mesurer (*outcome evaluation*). Il y a des effets espérés (les objectifs) et des effets latéraux, non prévus, qui peuvent être bénéfiques ou non. On a par exemple remarqué que certains programmes d'éducation pour la santé amélioraient les résultats scolaires en plus de leur action propre ;
- à la pertinence de l'action, il s'agit de s'assurer de l'adéquation entre la nature de l'action engagée et les déterminants du comportement (connaissances, croyances, circonstances, expériences) de la population concernée (*efficacy*) ;
- au « rendement » et à la cohérence de l'action, c'est-à-dire au degré d'adéquation entre le programme, ses objectifs, et les moyens mis en œuvre, il s'agit d'analyser les ressources employées (*efficiency*), et de les confronter aux résultats de l'action. Le corollaire de cette

recherche permet d'évaluer le rapport coût sur efficacité.

En fonction de l'objet à évaluer, des critères d'efficacité sont dégagés au regard des facteurs influencés par les actions d'éducation pour la santé. Mais dans le secteur de l'intervention sociale, les indicateurs quantitatifs ne sont pas aussi opératoires que dans les champs économiques et scientifiques. Le mieux être d'un groupe humain est, par nature, plus difficile à mesurer que la productivité d'une entreprise.

Il est incontestable que mesurer uniquement par des évaluations quantitatives certains effets de programme portant sur la dynamique sociale ou sur l'évolution de pratiques est inopérant. De même, l'évolution d'un taux de morbidité, par exemple, ne peut suffire à évaluer l'état de santé d'une population. Par conséquent, la stratégie de mesure et les instruments mobilisés sont certes déterminants pour l'appréhension des résultats d'un programme, mais ne permettent pas pour autant de cerner toutes les dimensions du concept à évaluer.

Au-delà de la difficulté d'identifier des critères pertinents pour l'action, les évaluateurs en éducation pour la santé se heurtent à la validité des instruments et des stratégies de mesure.

Le deuxième écueil, c'est le temps. Les effets attendus des actions d'éducation pour la santé étant généralement de l'ordre d'une modification de comportements ou d'attitudes, la dimension temporelle joue un rôle essentiel. Un changement de comportement ne peut se mesurer qu'à moyen, voire long terme. L'efficacité d'une action d'éducation pour la santé ne peut donc s'apprécier immédiatement.

Le troisième écueil réside dans le fait qu'il est difficile de dégager un résultat spécifique à l'action dans un contexte social qui interagit. Le résultat produit et mesuré à l'issue d'une action d'éducation pour la santé est effectivement indissociable, ou en partie tributaire, du contexte dans lequel il a été produit (normes sociales existantes, comportements, environnement). Ainsi les enquêtes par sondage permettent de dégager des tendances, des évolutions, mais ne peuvent en aucun cas mettre en évidence l'efficacité d'une action. Elles ne peuvent distinguer ce qui dans un changement de comportement, par exemple, relève spécifiquement de l'action de ce qui relève des influences du corps social (média, débat social, évolution de la législation). En d'autres termes, on ne peut avoir la certitude que les variations observées

Évaluation du programme Plan santé ville

L'éducation pour la santé est aujourd'hui fortement mobilisée par les programmes d'insertion et de développement social*.

Dans le cadre de la lutte contre la précarité, les actions de santé publique entreprises s'inscrivent dans un ensemble plus vaste. Ainsi les actions d'éducation pour la santé auprès de populations en difficulté mettent à contribution plusieurs dispositifs d'insertion ou de développement social, tels les zones d'éducation prioritaire, les missions locales, les programmes de santé communautaire. Trouver des groupes témoins devient alors difficile puisque les politiques publiques ambitionnent de couvrir tous les quartiers et populations en difficulté. Par ailleurs ces populations, par leur caractère instable et mobile géographiquement, rendent le maintien quantitatif des échantillons étudiés très difficile.

Le partenariat mis à contribution, pour ce type d'action, rassemble également des associations et institutions n'ayant pas les mêmes critères d'évaluation. Ainsi les CAF seront sensibles au surcoût occasionné par le traitement des dossiers de familles en difficulté, les municipalités aux incidences électorales notamment en matière de délinquance et de toxicomanie, les administrations à la conformité entre politiques menées et circulaires en vigueur.

* Évaluation du programme Plan Santé Ville — Réseaux de Santé de proximité, O. Brixi, F. Alias, L. Tondeur, CFES, janvier 1996.

Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos, R. Pineault in *Revue d'épidémiologie et de santé publique* n° 33, 1985, p. 173-181.

sont bien dues au programme. Cette validité est favorisée, mais non garantie, par l'existence d'un groupe témoin, de même que la répartition au hasard des sujets dans le groupe expérimental et le groupe témoin.

Les critères et processus d'évaluation de ce type d'intervention sont également indissociables des enjeux sociaux conduisant aux choix politiques de santé publique. C'est ainsi que des critères éthiques, idéologiques, peuvent fonder des objectifs d'action qui ne sont pas toujours en rapport avec la réalité des problématiques. C'est notamment le cas en matière de lutte contre le sida et la toxicomanie.

Les critères techniques de validité de l'évaluation se heurtent donc aux normes et critères socio-politiques de l'évaluation, mais aussi à d'autres contingences techniques dues aux types de programmes et de populations ciblées.



Pour que l'impact des résultats des programmes de santé publique puisse être mesuré, il est nécessaire de s'inscrire dans la durée. Or, le système de financement de l'éducation pour la santé en France, le financement par projet, conduit à ce que des projets prometteurs soient privés de financements à long terme. Ce problème est encore aggravé par le fait que les fonds alloués sont affectés de manière restrictive (par exemple à la communication) ou sont mis à disposition à bref délai, pour être dépensés immédiatement, ce qui est contestable quant à l'efficacité des actions.

Ce manque de moyens financiers conduit aussi les acteurs de ces actions à « naviguer à vue » et à effectuer des évaluations sur la base de questionnaires conçus par des non-professionnels du travail sociologique, et dont la diffusion et les retours demeurent très aléatoires.

Devant les difficultés qu'il faut surmonter pour mettre sur pied des groupes témoins, l'incapacité de cerner les effets induits par le processus d'évaluation retenu, l'emploi de méthodes aussi strictes que la conception expérimentale ou l'évaluation « sélective » est modéré en France. Il convient de noter que différents chercheurs anglo-saxons se sont essayés, certains avec succès, aux analyses expérimentales sur des programmes d'éducation pour la santé. La grande majorité des études d'efficacité portent sur l'analyse d'indicateurs, analyses qui demeurent souvent partielles et insuffisantes et dont toute la difficulté réside dans le choix de ces indicateurs.

L'évaluation des résultats, n'ayant de valeur que si l'on peut relier les résultats au processus, consiste, en pratique, à évaluer des interrelations entre les résultats (et l'impact) et d'autres composantes du programme. Les facteurs, ainsi dégagés, constituent des « indicateurs intermédiaires » du succès, mais peuvent aussi être considérés directement comme les résultats attendus d'un processus éducatif. Les critères retenus sont majoritairement comportementaux, cognitifs, et/ou affectifs. Les indicateurs les plus souvent utilisés sont effectivement les connaissances ou croyances, les attitudes et intentions, les comportements déclarés. Ces indicateurs sont suivis par des sondages réguliers — enquête KABP pour le sida (*Prospective sida 2010*), Baromètre Santé, série de post-tests pour les campagnes nationales — ou isolés — ACSF, enquêtes adolescents. Mais suivant les objectifs de l'action entreprise il

• *Prospective sida 2010*.
Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Agence nationale de recherches sur le sida.
Paris : 1994.

• *Baromètre Santé 93/94*.
F. Baudier, Ch. Dressen, D. Grizeau, *et al.*, Paris : Éditions CFES 1995.

• *Les comportements sexuels en France*. A. Spira, N. Bajos, et le groupe ACSF.
Paris : La documentation Française, 1993.

• *Adolescents, enquête nationale*. M. Choquet, S. Ledoux. Paris : Inserm, 1994.

F. Champagne, A. P. Contandriopoulos, R. Pineault, *op. cit.*

Fisher L., Vanburen J., Nitzkin L *et al.* High light results of the Monroe county poison prevention demonstration project. Annual Joint Meeting Minneapolis, 1981.

pourra également être procédé à la mise en place d'indices pouvant suivre la qualité de vie, l'implication sociale, le soutien social, l'affirmation de soi, ou l'efficacité perçue au sein d'un groupe de population.

Quelle efficacité ?

À partir de ces outils, il est donc possible de dégager les effets d'action d'éducation pour la santé. La Commission européenne de l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (UIEPS) a répertorié, au niveau international, 200 études d'efficacité d'actions d'éducation ou de promotion de la santé. Il ressort de cette analyse que les actions contribuent globalement à :

- faire progresser les connaissances ;
- faire prendre conscience des risques et comportements à risque ;
- mobiliser des décideurs, mobilisation qui peut conduire à la définition ou à l'ajustement du cadre législatif ;
- améliorer l'état de santé de certaines populations voire diminuer la prévalence de certaines pathologies ;
- comprimer les coûts des dépenses de santé.

Quand bien même l'objectif de l'éducation pour la santé n'est pas de réduire les dépenses de santé, elle y contribue en promouvant des comportements de responsabilisation vis-à-vis de l'usage des médicaments par exemple et en développant des programmes de prévention primaire, qui ont une incidence sur la prévalence de certaines pathologies. En prévenant tôt l'apparition d'un cancer, on limite les dépenses : l'investissement en communication étant moindre que ceux engagés dans les soins nécessités par cette maladie. Ce rapport coût sur avantage est difficilement appréhendable ; toutefois une équipe américaine a pu montrer que dans leur campagne préventive sur les accidents domestiques d'enfants, pour un dollar investi, vingt-cinq étaient économisés.

On a pu distinguer les actions qui ont le plus d'impact. Aussi les actions qui développent des aptitudes ou qui proposent des conseils personnalisés, celles qui sont axées sur l'acquisition de connaissances obtiennent de bons résultats. Les actions qui focalisent sur la capacité à reconnaître les pressions sociales, et/ou qui visent une modification des normes sociales plutôt qu'un changement de comportement obtiennent

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé



L'UIPES est une association mondiale d'individus et d'institutions œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, dont l'objet est d'améliorer la santé du monde par l'éducation, l'action communautaire et l'élaboration de politiques de santé publique. En rassemblant des personnes de différents secteurs pour débattre de politiques, techniques, et pratiques, l'UIPES offre un lieu interdisciplinaire pour ses membres dans toutes les régions du monde pour partager connaissances, expériences et points de vue. Organisation non gouvernementale, l'UIPES est en relation officielle de travail et coopère étroitement avec l'OMS, l'Unesco et l'Unicef. Elle collabore avec des organisations gouvernementales pour développer et améliorer les aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

Fondée à Paris en 1951, l'UIPES regroupe des membres de plus de 80 pays et décentralise son action par l'intermédiaire de Bureaux régionaux. Elle

a pour objectifs d'influencer et de soutenir le développement de la promotion de la santé et de renforcer les moyens de l'UIPES de remplir sa mission.

Activités

Les différentes activités de l'UIPES sont :

- *Porte-parole* : en favorisant le développement d'une opinion publique informée sur la santé ;
- *Liaison* : en maintenant des relations continues avec des organismes nationaux et internationaux concernés par la promotion de la santé ;
- *Communication* : en encourageant et en soutenant la création de réseaux effectifs avec des institutions régionales, nationales et internationales et des personnes œuvrant dans les champs concernés ;
- *Expertise* : en donnant son avis sur les implications des politiques et programmes de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé mis en place par l'OMS, l'Unesco et d'autres organismes internationaux et en soute-

nant le développement de leurs actions dans ces domaines ;

- *Information* : en facilitant les échanges mondiaux d'expériences ;
- *Formation* : en contribuant à l'amélioration des connaissances et des compétences requises pour fournir un travail efficace en promotion de la santé et en éducation pour la santé dans les domaines politiques et pratiques ;
- *Recherche* : en promouvant la recherche scientifique, y compris les études sur le terrain ;
- *Conférences* : en offrant des plateformes d'études et de discussions par l'organisation de conférences mondiales, de rencontres et de séminaires régionaux.

La revue trimestrielle de l'UIPES, *Promotion & éducation* est une revue professionnelle contenant des articles de référence sur tous les aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, de même que des nouvelles internationales sur des réunions ou événements importants dans le monde.

également des résultats significatifs à partir du moment où le processus d'évaluation n'est pas réduit à des critères sanitaires.

Ces résultats connexes ou dérivés de l'action sont particulièrement significatifs dans un champ plus vaste que celui du sanitaire : le champ social. L'éducation pour la santé n'est pas seulement un moyen d'intervention de santé publique qui permet un bien être physique et mental, mais elle concourt, au-delà, au bien être social, soit à toutes les dimensions de la santé définies par l'OMS en 1983. La toxicomanie, comme les maladies liées à une consommation excessive d'alcool, sont avant tout l'expression d'un mal de vivre que l'éducation pour la santé tente d'apaiser.


Ainsi, en s'intéressant à une population d'un foyer d'hébergement pour travailleurs immigrés à La Verrière dans les Yvelines, les promoteurs d'un projet d'éducation pour la santé ont agi sur les représentations de la santé de ces personnes et, indirectement, ont réduit l'isolement dont souffrait une majorité de ces immigrés.

School Health a review of the effectiveness of health education and health promotion, *International Union for Health Promotion and Education*, Peters L. & Paulussen T., 1994.

En revanche, les actions qui ne fournissent que des connaissances, ne visent pas à développer l'estime de soi ou l'aptitude à prendre des décisions, ou proposent simplement des comportements alternatifs ont des effets limités.

Il est à noter également que les campagnes nationales, qui ont des indicateurs limités (pré-test, post-test), ont un impact fort et immédiat, mais qui s'atténue dans le temps.

Finalement, peu d'études actuellement sont en mesure de montrer l'impact à long terme des actions d'éducation pour la santé sur le comportement, pour les raisons énoncées ci-avant. Toutefois le changement comportemental est plus significatif dans les programmes qui ont développé une approche globale. Peters et Paulussen, qui ont fait le compte rendu de douze études d'évaluation de la santé à l'école dans le cadre du projet de synthèse sur l'efficacité de l'éducation et de la promotion de la santé de l'UIEPS, montrent que la plupart des programmes présentaient quelques résultats positifs. L'amélioration des connaissances à court terme



est retrouvée dans toutes les études qui avaient considéré ce paramètre comme critère de jugement. Mais cette amélioration n'a pas conduit nécessairement à des changements de comportement. Les attitudes et croyances furent plus difficiles à influencer. Huit études sur dix mesurant le changement de comportement ont trouvé quelques effets à court terme. Mais celles qui ont entrepris des évaluations à long terme ont eu tendance à montrer une diminution de l'effet avec le temps. Un changement de comportement à long terme fut maintenu dans un seul programme, qui était intégré dans une approche communautaire plus large.

L'évaluation : une aide à la décision

L'éducation pour la santé est reconnue efficace dans les domaines où le système curatif est impuissant. Son efficacité est manifeste contre les accidents domestiques d'enfants, en matière d'incitation à la vaccination et pour la prévention de maladies sexuellement transmissibles comme le sida. En revanche dans d'autres domaines son efficacité est remise en cause.

L'évaluation en ce domaine sert donc bien souvent à alimenter cette exigence extrême d'efficacité, qui prévaut depuis plusieurs années pour l'éducation pour la santé. Cette attitude est significative du déni de la prévention en France. L'évaluation devrait prioritairement être un moyen d'aide à la décision pour poursuivre ou modifier une action et servir, par là-même, l'efficacité des actions.

Il est effectivement possible d'optimiser l'efficacité des actions au regard de l'expérience acquise en s'attachant à une formulation réaliste des objectifs de l'action, et de son évaluation.

Ainsi il est vain de s'attaquer à des comportements ou des habitudes sans remonter à l'environnement qui les conditionne largement (environnement physique et social). Il est vain de prétendre changer les comportements par la diffusion de campagnes médiatiques. Celles-ci, sont certes la partie visible de l'iceberg, mais n'ont pour vocation « que » l'évolution des représentations collectives. L'étape suivante est dévolue aux actions de proximité, moins spectaculaires, qui requièrent du temps pour que des effets puissent être dégagés, mais qui interviennent avant tout en capitalisant sur les évolutions suscitées par les premières.



Prévenir les toxicomanies l'expérience de Rennes

Une expérience a été effectuée au Collège des Ormeaux à Rennes dans le cadre des projets pilotes d'éducation pour la santé visant à prévenir les toxicomanies*. Il s'agissait de tester la faisabilité d'une démarche de prévention primaire des toxicomanies. Le test proposé par ce projet est le suivant : est-il possible par une éducation pour la santé globale de renforcer l'aptitude des jeunes à choisir une manière de vivre et de modifier dans un sens favorable leurs rapports à ces produits ? Le programme mis en œuvre sur trois ans a permis de dégager des modifications de comportements significatives pour les élèves l'ayant suivi. Il est effectivement observé une évolution des représentations des jeunes (diminution de la difficulté de prise de parole, la baisse du désir d'être autre physiquement, moindre besoin de jouer un rôle) et une nette progression de la confiance accordée aux adultes. Ces changements, ayant favorisé des attitudes nouvelles, ont été induits par la démarche entreprise pour mener le programme d'éducation pour la santé, notamment par la prise en compte des préoccupations des adolescents et la réalisation d'activités facilitant les relations (voyage d'étude par exemple). Ce programme s'est avéré efficace dans la mesure où il avait pour objectif de réduire les facteurs de risque des toxicomanies parmi lesquelles on trouve : les difficultés relationnelles**.

* Éducation pour la santé visant à prévenir les toxicomanies, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1984.

** La prévention primaire des toxicomanies en milieu scolaire, un projet européen à Rennes, A. Jourdain, A. M. Palicot.

De même il est vain de chercher à mesurer des changements de comportements à court terme, de chercher à évaluer quantitativement des maladies évitées par les programmes d'éducation pour la santé, et d'apprécier les effets produits uniquement d'un point de vue sanitaire pour rendre compte de l'efficacité d'un programme.

La question aujourd'hui n'est donc plus de savoir si l'éducation pour la santé est efficace pour investir en prévention primaire, mais bien plutôt de se demander si on se donne les moyens pour qu'elle le soit.

Laurence Tondeur