

SESSION N° 5 :

Recommandations et évaluations :

les construire et les utiliser

Évaluations

Présentation du dossier documentaire sur l'évaluation des actions d'éducation pour la santé initié dans le cadre d'un projet plus vaste de développement de l'évaluation au sein de l'INPES

A. Sizaret - C. Fournier

L'évaluation reste au coeur de bien des préoccupations. Historiquement elle s'est constituée au confluent de trois courants disciplinaires indépendants au cours du XIXe siècle, jusqu'aux années 70 :

- les sciences sociales et de l'éducation : psychologie, sociologie, médecine sociale ;
- l'économie ;
- la recherche clinique et épidémiologique.

Dans les années 70, il est devenu nécessaire pour l'État d'évaluer de manière plus structurée les programmes d'actions publiques. Une professionnalisation de l'évaluation est apparue avec une perspective interdisciplinaire et une rencontre de ces trois courants disciplinaires.

Dans le domaine particulier de la santé, on assiste à un développement des technologies et à un vieillissement de la population, dont les attentes se font grandissantes.

En même temps, les finances publiques traversent une crise, incitant les gouvernements à faire appel à l'évaluation pour essayer de contrôler la progression des dépenses de santé tout en garantissant à la population un accès équitable à des services de qualité.

L'évaluation intéresse **plusieurs publics**, aussi bien les décideurs, les professionnels, que les usagers du système de santé :

- les décideurs attendent qu'elle réponde aux questions : "Que faut-il financer ?", "Quelles sont les actions rentables ?" ;
- les professionnels cherchent à mieux comprendre ce qui se passe lors de la mise en place d'une action de prévention, et à connaître le meilleur mode d'action pour atteindre un objectif donné, comment suivre leurs projets, comment observer les effets. Ils doivent rendre des comptes aux décideurs et aux populations ;
- quant aux usagers, ils peuvent se demander quelle sera la méthode la plus adaptée à leurs

besoins et comment y avoir accès, si certaines interventions les aideraient à mieux vivre avec une maladie chronique et à en prévenir les complications.

Ces questions sont très différentes, et peuvent parfois être conflictuelles

- dans une recherche dite "évaluative", on cherche à comprendre comment se déroule une action, et quelles sont les relations entre ses différentes composantes ;
- la recherche dite "normative" essaie de porter un jugement sur une intervention, en comparant les ressources mobilisées, l'organisation et la mise en oeuvre, les services produits, et les effets, en les comparant à des normes.

Lorsque l'on parle d'un objectif d'amélioration de la qualité, il peut s'agir de la qualité des personnes mais aussi de celle de l'observance à une norme de comportements, la qualité d'un budget, ou d'un rapport coût/bénéfices. Ces objectifs différents peuvent parfois entrer en conflit.

Le CFES et l'INPES mènent des évaluations depuis longtemps, telles que celles :

- des apports du baromètre santé,
- des campagnes de communication par des post-tests,
- du suivi des appels à projets de l'INPES,
- de certaines actions des programmes pilotés par l'INPES comme le coffret d'intervention dans les collèges.

Ces dernières années, un groupe s'est mis en place qui avait pour objectifs :

- d'améliorer l'évaluation des actions d'éducation pour la santé pilotées par l'INPES ;
- de se forger une culture et des outils communs d'évaluation ;
- d'arriver à établir des protocoles d'évaluation pour les programmes et les actions de l'INPES.

Une analyse des besoins d'évaluation a été menée en interne, auprès des coordonnateurs de programmes. A partir de là, on a mené une recherche documentaire pour répondre à leurs besoins thématiques et d'évaluation. Leurs besoins se répartissaient en deux groupes :

- des besoins d'évaluation d'actions ;
- des besoins d'évaluation de stratégies.

Huit types d'actions ont été identifiés, avec chacune un protocole différent. Au total, 65 articles ont été repérés et mis en ligne dans un espace réseau partagé. La plupart des articles étaient rédigés en anglais. Ils ont été confiés à des chargés de mission volontaires, qui avaient pour tâche de caractériser l'évaluation menée, et de dire si celle-ci leur paraissait transposable et utilisable dans les années à venir.

A l'issue de cela, une grille d'analyse a été élaborée.

Plusieurs obstacles ont été rencontrés, notamment la difficulté à mobiliser les chargés de mission en interne, puisqu'ils étaient très pris par les actions et programmes à mener à court terme.

S'agissant des objectifs de départ :

- l'objectif de culture commune a été partiellement atteint. Sur les 65 articles mis à disposition, une quinzaine de fiches d'évaluation ont été remplies, les autres articles ont été utilisés d'une autre manière ;
- l'objectif d'élaboration de protocoles d'évaluation a été complètement suspendu ;
- l'objectif d'amélioration des évaluations nécessite d'aller plus loin, voire même d'être réorienté.

Fin 2004, dans le cadre de l'appel à projets Cancer, l'INPES avait organisé une journée d'échanges sur le thème de l'évaluation, réunissant les porteurs de projet sélectionnés. Celle-ci fut l'occasion de constater que l'INPES était attendu au tournant de l'évaluation et que les besoins de ressources communes n'étaient pas seulement internes mais aussi externes.

Ces journées de la prévention étaient l'occasion de redynamiser la réflexion sur l'évaluation. Le projet évaluation étant réorienté dans des aspects plus pragmatiques. Un dossier documentaire a été réalisé. C'est une base pour répondre aux objectifs relatifs à l'amélioration de l'évaluation des actions de l'éducation pour la santé au sein de l'INPES et à l'extérieur, sur l'idée de se forger une culture et des outils communs, et d'établir des protocoles d'évaluation.

Le dossier a été structuré autour de trois questions :

- la définition de l'évaluation,
- les raisons de l'évaluation,
- les modes d'évaluation.

L'accent a été mis sur l'accessibilité des informations

- d'une part, pour en favoriser une meilleure appropriation, et
- d'autre part, pour donner l'envie ou le réflexe d'évaluer des actions.

Le français a été retenu. Des outils d'évaluation, une description de démarche d'évaluation, et un panel d'articles ont été mis à disposition. L'accessibilité a été déclinée en termes de disponibilité de l'information avec l'optimisation des ressources en ligne. Différentes ressources documentaires ont été exploitées et des bases de données bibliographiques nationales et internationales interrogées. Des sites Internet institutionnels et des bibliographies ont été consultés.

31 articles intervenants francophones ont été répartis en quatre rubriques :

- les définitions ;
- les objectifs de l'évaluation ;
- les méthodes et grilles d'évaluation ;
- les démarches d'évaluation et leur déroulement.

L'approche théorique concernant l'évaluation est très bien documentée ; elle foisonne d'articles mentionnant des résultats d'évaluation, les articles francophones décrivant une démarche d'évaluation restant rares.

Deux pistes de discussion sont apparues :

- l'amélioration de la transmission d'expériences en évaluation, avec d'autres canaux de transmission que celui de la littérature grise ;
- la mise en place d'une base de connaissances allant au-delà de l'INPES, avec une centralisation des références de documents, d'articles, de cahiers des charges, de rapports d'activité.

Un outil processus d'évaluation a été mis en place.

Questions dans la salle

Au départ le projet était assez ambitieux. Les 65 articles repérés étaient essentiellement des articles anglais et correspondaient à des besoins d'évaluation d'actions faites au sein de l'INPES.

Le projet a été réorienté et on s'est montré plus pragmatique dans les réalisations, poursuivant des objectifs différents ; seuls les documents en langue française ont été retenus.

Ce choix de la langue est compréhensible. En choisissant cette approche, cela n'a-t-il pas une conséquence éventuelle sur la qualité des produits sélectionnés. A-t-il été envisagé pour tel ou tel document suffisamment important, de le traduire en français, et ainsi de le conserver ?

Cela dépend du type d'articles en question. S'agissant des articles théoriques, les bons théoriciens francophones existent, et leurs articles sont fondés sur la littérature internationale. S'agissant des descriptions d'actions, peut-être y aurait-il effectivement besoin de traductions d'articles étrangers.

Cependant, actuellement l'INPES traduit un outil d'évaluation l'"outil *PREFI". C'est une grille d'analyse des interventions en éducation et promotion de la santé. Cela paraît nécessaire pour ce document.

L'ouvrage de l'INSERM sur l'éducation pour la santé propose un chapitre conceptuel particulièrement intéressant qui pose la vraie question de l'écart entre une évaluation

épidémiologique et une évaluation participative. Il y a là un vrai débat technique sur l'écart entre

- les commandes d'évaluation auxquelles on est confronté et
- la réalité de ce que l'on peut faire.

C'est un vrai sujet de préoccupation.

Le dossier documentaire constitue une base de réflexion. Il n'est pas figé et est appelé à évoluer.

Des opérateurs de plus en plus nombreux, départementaux ou régionaux, proposent des stages assez courts, pour faire le pont entre les concepts, et enseigner la façon de monter concrètement un projet.

Une des voies pouvant être proposées par l'INPES serait d'accompagner l'évaluation. La base de connaissances revient à partager les outils et références utilisés ; mais on pourrait également procéder à des échanges de pratiques. Cela constitue une réflexion pour les années à venir.

Ce genre de débat, entre les différents types d'évaluations possibles, est abordé dans plusieurs des articles proposés. Tout cela est passé en revue.

(Inaudible.)

Non, pas spécifiquement. Différentes méthodes sont exposées. Parfois ce sont des méthodes globales, et leurs objectifs balayent les différents types d'évaluations. Cet outil peut toujours être enrichi.

L'ensemble des références peut être répertorié sur un site Internet. Mettre les documents en ligne n'est pas possible ; en revanche, il est toujours possible de créer des liens.

Évaluation d'interventions médicales psycho-sociales auprès de familles en grande difficulté

A.C. Dumaret

L'unité 502 de l'INSERM a fait de l'évaluation avant la promulgation des lois. Longtemps absente de la culture française (à la différence des pays anglo-saxons) l'évaluation se voit aujourd'hui explicitement requise par les textes : les lois de 2002 et de 2004. Les pratiques de santé publique ne peuvent plus échapper à cette exigence.

Tout professionnel qui s'est intéressé au développement d'un enfant ne peut ne pas s'interroger sur l'évolution ultérieure de l'enfant en question. En-dehors de la question individuelle existe la question de la pertinence des prises en charge et des actions menées, pour en améliorer les pratiques.

En 1997, sur la demande de trois institutions, on a mené une démarche exploratoire dans trois lieux spécifiques. Celle-ci s'intéressait à la pathologie du lien parents-enfants (maltraitements, troubles de la parentalité, maladie parentale, carences graves) induisant des effets sur le développement de la personne, et

- des ruptures d'avec le milieu de vie, soit totales (adoption), soit partielles (placements à long terme),
- la mise en place de soins thérapeutiques dispensés aux familles.

Un critère semble important pour l'évaluation : ces **trois lieux** fonctionnent tous depuis plus de 15 à 20 ans :

- dans le premier lieu, il s'agissait de constater quel avait été l'effet des soins précoces dispensés aux parents et aux enfants sur le devenir des familles ;
- dans le deuxième, il s'agissait d'étudier un groupe de parole auquel venaient des familles confrontées aux méfaits de l'alcoolisme et à la grave maltraitance ;

- dans le troisième lieu, il s'agissait également de maltraitance et de pathologies du lien entre parents et enfants.

L'évaluation de la littérature internationale sur les interventions précoces auprès des enfants de 0 à 2 ans, dans les milieux défavorisés, dans le cadre de la prématurité ou des familles à risques a permis de se rendre compte que les programmes les plus efficaces étaient ceux qui avaient commencé en période prénatale, incluant des visites à domicile, de durée assez longue, portant à la fois sur le bien-être des enfants et sur le besoin des familles.

Les effets sont variables à moyen et à très long terme. Il n'existe pas de travaux en France, ou pratiquement pas, sur l'évaluation à long terme de soins précoces et d'aide aux familles. Les résultats sont très inégaux qui sont fonction à la fois de l'adhésion des familles et du cumul des facteurs de risques.

Le protocole de recherche requiert un accord du côté des chercheurs et des cliniciens, ou de l'aide sociale, afin d'éviter les écarts dans les évaluations. Il faut trouver une problématique commune satisfaisant à la fois le chercheur et les personnes occupant le terrain. Il est important de travailler ensemble, d'autant plus que les résultats de la recherche ne correspondent pas nécessairement à l'objectif de la commande.

Un travail évaluatif nécessite que l'on connaisse bien les populations suivies, notamment si l'on travaille sur des lieux spécifiques. Le type de prise en charge et les références théoriques des équipes doivent également être étudiés.

Globalement :

- dans le premier lieu, il s'agit de soins psychiques autour du bébé, avec des thérapies individuelles, des consultations familiales, des accompagnements à domicile ;
- dans le second lieu, c'est l'échange de compétences entre des parents exclus et des professionnels, avec un travail simultané de rééducation des enfants ;
- dans le troisième lieu, il existe des consultations téléphoniques, des consultations parents-enfants, et des médiations.

La méthodologie retenue est la méthodologie catamnétique. Chacun connaît les failles de la méthodologie rétrospective ; et si l'on veut faire du longitudinal, cela prend un certain temps. La méthodologie retenue démarre dans le passé, reprend une cohorte soumise à un carence ou à un problème, et étudie ce qu'elle devient actuellement. Une bonne évaluation demande à la fois de prendre

- une photo avant,
- une photo si possible à la sortie des institutions, et
- une photo après.

Si l'on ne veut pas travailler des aspects hétérogènes, un autre point important la sélection de la population qui présente l'intérêt de repérer toutes les archives d'activités. L'évaluation pose des problèmes déontologiques tels que :

- la reprise de contacts avec ces parents,
- la présentation de cette évaluation,
- l'utilisation de leur témoignage.

Quand on se situe dans un passé longitudinal, il faut pouvoir reconstituer l'itinéraire à la fois des soins et des supports. Les données institutionnelles sont extrêmement importantes : elles permettent

- de décrire la symptomatologie des enfants,
- de poser des diagnostics,
- de connaître la régularité des soins.

L'évaluation qualitative et quantitative reste une question importante, avec des outils tels que :

- des entretiens semi directifs avec les parents,
- des grilles de comportements des enfants ou sur le fonctionnement cognitif des enfants et des parents et
- l'importance de la diversification de la source des données.

La question des groupes de contrôle est également d'une extrême importance : chaque institution s'estime unique et spécifique dans son genre et les populations sont parfois hétérogènes.

L'évaluation a montré :

- la baisse de 15 points du QI des enfants du quart-monde en cas d'alcoolisation foetale ;
- la fin des maltraitances graves ;
- l'éradication des carences graves ;
- l'importance de la prise en charge très précoce pour éviter les mises en institution et les retards scolaires graves ;
- l'importance de la proximité des lieux de soins et de la continuité.

En conclusion,

l'évaluation reste possible ; il existe des moyens pour cela. Si cela a bien fonctionné dans ces lieux, c'est grâce à la présence d'un personnel soignant depuis très longtemps. Il faut une réflexion pluridisciplinaire. Rien ne sert de reprendre des grilles américaines ; il faut les construire avec les institutions, mais en lisant la théorie existante.

Description du projet Pégase

E. Bruckert

Il s'agit d'un essai randomisé d'éducation du patient dans le champ de la prévention des maladies cardiovasculaires.

Ce domaine des maladies cardiovasculaires est un domaine assez particulier car, sur un plan sociologique, ces maladies sont très fortement associées à des notions de fatalité et de faible accessibilité à la prévention.

Or, la littérature internationale, les études très récentes, montrent que 90 % des infarctus du myocarde sont explicables par 9 grands facteurs de risque relativement simples et éminemment accessibles à la prévention et à la prise en charge. Ils comprennent entre autres des facteurs : comme le cholestérol, le diabète, mais aussi l'activité physique, la consommation de fruits et légumes.

Le but était de tester un projet d'éducation thérapeutique chez des patients présentant un problème d'hypercholestérolémie. Ce projet vient de s'achever après avoir duré 5 ans ; il se décomposait en *quatre étapes* :

1. L'identification des attentes des patients et des professionnels de santé, par le biais d'enquêtes. Cela a permis une approche sociologique de ces maladies, de ces facteurs de risques, et du cholestérol ;
2. L'élaboration du programme et la formation des outils, avec l'aide de l'INPES ;
3. La réalisation du protocole d'études ;
4. La phase d'exploitation avec la diffusion du programme et des résultats.

Ce projet est relativement simple dans son concept et son design. 600 patients, atteints ou non de maladies cardiovasculaires, ont été recrutés ; la caractéristique commune était de présenter un taux de cholestérol en excès, associé ou non à d'autres facteurs de risques.

Deux groupes ont été constitués et tirés au sort parmi les médecins :

- un groupe faisant l'objet d'une prise en charge habituelle (sans intervention) ;
- un groupe faisant l'objet d'une prise en charge interventionnelle (projet d'éducation thérapeutique).

L'effet de ce programme d'éducation a été évalué

- d'abord au départ, et
- ensuite au bout de 6 mois.

L'objectif était assez ambitieux, puisque le critère d'efficacité retenu était le score global de risque. Une des façons les plus reconnues pour évaluer le risque cardiovasculaire de patients est de noter leur taux de cholestérol, leur âge, leur sexe, et d'évaluer ainsi en pourcentage le risque de subir un accident cardiovasculaire dans les 5 à 10 ans.

Ce score était intéressant car le programme réalisé n'était pas spécifique au cholestérol. Il a été question de nutrition, d'activité physique, de médicaments, et de santé. On voulait pouvoir intégrer une modification sur un ensemble de facteurs de risques, et pas sur un seul avec pour but ultime de faire baisser le taux de risques d'accidents.

Parmi les autres critères d'efficacité figuraient des indicateurs de changements de comportements, l'observance diététique et médicamenteuse, la pratique d'une activité physique, la baisse de consommation de tabac, l'évolution des connaissances et le degré de satisfaction du projet d'éducation thérapeutique.

Le projet d'éducation thérapeutique regroupait quatre séances communes dans des centres d'éducation thérapeutique. On abordait :

- à la première séance : exploration du rapport à la santé et à la maladie, identification des facteurs de risques, information sur les maladies cardiovasculaires ;
- à la deuxième séance : identification des moyens de se traiter ;
- à la troisième séance : identification des moyens de suivi du projet thérapeutique ;
- à la quatrième séance : évaluation de l'acquisition des compétences par le patient.

Ces séances réunissaient 6 à 8 patients, plus 1 infirmière ou 1 diététicienne. Entre chaque séance avait lieu une séance individuelle.

Les caractéristiques des patients sont les suivantes :

- 60 % d'hommes ;
- âge moyen : 57 ans ;
- deux tiers de population urbaine pour un tiers de population rurale ;
- une majorité de patients en prévention primaire ;
- facteurs de risques associés à l'hypercholestérolémie : hypertension, obésité, diabète.

Dans le groupe des patients éduqués, on constate une amélioration significative du score d'évaluation de risques. Dans le groupe non éduqué existe une tendance à la stabilité, voire à l'augmentation du risque.

S'agissant des autres indicateurs :

- score de la qualité de vie : amélioration ;
- score des aspects psychologiques : inchangés ;
- score d'alimentation cardioprotectrice : amélioration extrêmement significative dans le groupe éduqué ;
- score d'activité physique : inchangé ;
- score d'observance médicamenteuse : amélioration dans le groupe éduqué.

L'objectif initial de ce programme était d'inclure 600 patients. En réalité un peu moins de 600 patients ont été inclus, la question étant de savoir si le groupe de patients ayant connu un bénéfice important dans la réduction de son calcul de risque cardiovasculaire était au départ différent ou pas. Globalement le contexte médical de ces répondants était plus grave.

Dans ce domaine spécifique de l'hypercholestérolémie existent très peu de projets d'éducation thérapeutique. Pour progresser et évaluer ce qui marche le mieux, il faut continuer à mettre en place ce type de projets. Globalement ce projet a bien démontré l'efficacité de l'éducation thérapeutique, sur une période relativement courte, avec une réelle diminution du risque cardiovasculaire et d'autres paramètres importants comme l'alimentation. Cela offre d'importantes perspectives de mise au point d'outils fonctionnels et utilisables dans la pratique quotidienne.

Questions dans la salle

Dans ce genre de présentation, il est toujours difficile de répondre de façon très spécifique. Cette remarque est extrêmement intéressante, parce qu'elle montre, au sein des familles hypercholestérolémiques sévères, cette interrogation constante de l'utilité de diminuer le taux de cholestérol. C'est un problème général.

A l'échelon épidémiologique, il est évident que l'écrasante majorité des infarctus du myocarde est explicable par des facteurs de risques très simples. L'OMS estime que, dans un pays comme la France, uniquement en modifiant l'alimentation, on diminuerait d'un tiers la fréquence d'infarctus du myocarde. Cette pathologie est vraiment accessible à la prévention.

S'agissant de la randomisation des patients versus la randomisation des médecins, il n'existe pas de méthode idéale. La randomisation des médecins ayant été choisie pour éviter une influence du médecin sur le niveau de connaissances.

S'agissant de la qualité de l'intervention, a priori il est extrêmement difficile de choisir et de recruter des personnes spécifiquement pour ce projet. Le choix était finalement relativement limité. Chaque centre a fonctionné de façon différente, et il n'y a pas d'effet centre. Les 6 centres se sont partagés le recrutement de façon équivalente. Dans certains centres, il s'agissait d'une diététicienne, tandis que dans d'autres, c'était une infirmière. Ces personnes doivent être motivées. La formation de ce personnel était importante, et un effort a été fait pour former ces gens à l'éducation et à ces outils.

S'agissant de la randomisation du patient versus médecin, l'approche choisie est favorisée par les méthodologistes. Puisqu'il est plus facile ensuite d'implémenter l'intervention. Sur le plan méthodologique on sait gérer cela en augmentant les tailles d'échantillons, en traitant un effet grappe. Mais il n'existe jamais de solution parfaite.

Ce projet et les résultats sont à 6 mois. C'est un projet extrêmement lourd, et coûteux (1 M d'euros). Il serait essentiel de voir au bout d'un an, avec ou sans piqure de rappel, si l'on peut continuer d'implémenter un bénéfice. Cette question est essentielle. Evaluer un tel projet selon un score d'évaluation de risques revenait à adopter un objectif très ambitieux et très difficile à atteindre. Le constat d'une évolution est extrêmement encourageant pour l'avenir et pour ce type d'éducation. D'autant plus qu'en dépit du coût, l'organisation était assez accessible.

S'agissant de l'éducation physique, une activité physique adaptée à la santé du patient était préconisée. Dans le temps, cela a influé au bout de 6 mois. Un projet très axé sur l'activité physique est actuellement mis en place, en partenariat avec un spécialiste de médecine du sport, afin d'évaluer l'impact du changement d'activité physique.

S'agissant des 9 grands facteurs de risques expliquant 90 % des infarctus du myocarde, les facteurs socio-psychologiques jouent un rôle. Dans ce projet de groupe, l'axe suivi a été la prévention des grands facteurs de risques et non la prise en charge psychologique individuelle.

Quelles recommandations diététiques ont pu être faites ?

Les grandes règles de la recommandation diététique se fondent sur des évidences scientifiques très fortes comme :

- la consommation du poisson,
- l'augmentation de la consommation des fruits et légumes, et
- la diminution de l'apport en acides gras saturés.

Ce sont des aspects extrêmement classiques et bien démontrés.

En revanche, dans ce projet, aucune recommandation générale n'a été donnée. Un système de jeu avec cartes magnétiques des différents aliments existait, avec l'objectif de savoir ce que les sujets étaient capables de modifier dans leur alimentation. C'est différent des pratiques habituelles.

Est-ce que les outils utilisés ont été publiés ou sont accessibles ?

S'agissant des outils, le papier a été envoyé aux Archives des maladies cardiovasculaires. Cette approche n'intéresse pas du tout les cardiologues. En tout cas elle est acceptée et sera publiée.

S'agissant des données sociologiques de la première partie, elles ont été publiées dans différents articles. Certains points sont donc déjà publiés.

L'éducation en parallèle de la prise en charge est-elle aussi une forme de prescription ? Ou s'inscrit-elle plus dans une démarche d'éducation d'accompagnement, cet accompagnement devant perdurer pour que les effets perdurent ?

Ce type de projet est présenté comme un protocole de recherche. Une feuille de consentement doit être signée. Les personnes sélectionnées sont relativement éduquées et motivées. La situation est donc plus difficile alors, que dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique, les patients sélectionnés seraient les patients pour lesquels le bénéfice serait plus important.

Auto-évaluation accompagnée pour une meilleure santé en entreprise

L. Hincelin - V. Gibbe

En 2000, à l'occasion des travaux menés dans le cadre du programme régional de santé "la Picardie contre le cancer", certains constats ont été établis. Deux ont particulièrement interpellé le service de santé au travail :

- la Picardie affiche de mauvais indicateurs de santé, avec une surmortalité par maladies cardiovasculaires et cancers ;
- peu ou pas d'actions en préventions primaires sont menées dans le cadre de l'entreprise.

Ces deux constats ont amené le service de santé au travail de Saint-Quentin à réfléchir et à essayer d'apporter une réponse adaptée. Cette réflexion a donné naissance au projet "Pour une meilleure santé en entreprise".

L'objectif général de ce projet est d'améliorer la santé des salariés en Picardie par des actions de prévention et d'éducation pour la santé menées au sein des entreprises.

Il s'agit :

- de repérer et de renforcer les initiatives au sein des entreprises, en matière de prévention primaire ;
- de renforcer les compétences des personnels relais de l'entreprise en prévention et éducation pour la santé ;
- de contribuer au repérage des conduites à risques afin d'améliorer la gestion du risque ;
- d'assurer le suivi et la coordination des actions menées en entreprise, et de les évaluer.

Les médecins du travail mènent des actions, et en Picardie jamais aucune action n'avait été évaluée. Lorsque le médecin inspecteur du travail a demandé une évaluation externe, immédiatement a surgi la crainte du jugement.

Les activités réalisées dans le cadre de ce projet ont consisté à :

- organiser une formation en éducation pour la santé auprès des professionnels relais de

l'entreprise. A la suite de cette formation qui a duré 3 jours, un questionnaire a été établi, et a permis de réaliser un diagnostic de santé en entreprise. Rempli par 750 salariés, il comportait 51 items et a permis de définir des priorités d'actions propres à chaque entreprise ;

- favoriser la mise en place et le suivi d'actions de prévention ou d'éducation pour la santé. Ces actions ont été coordonnées, et durant ces 4 ans la motivation a été relancée quotidiennement.

Les entreprises ayant accepté de participer à ce projet sont réparties dans tout le secteur nord de l'Aisne, en quatre bassins d'emplois. Ces secteurs géographiques sont assez distants, où les infirmières d'entreprise ne se connaissaient pas et n'avaient jamais pu profiter de leur expérience réciproque. Les activités et les populations de ces entreprises sont extrêmement variées.

Les salariés ont fortement sollicité la médecine du travail sur des thèmes de santé publique. Jusqu'à ces dernières années, la médecine du travail restait limitée aux problèmes de santé au travail, aux toxiques, aux risques chimiques ou autres. A la suite de cette enquête, la médecine du travail s'est aperçue que le salarié attendait que l'on s'intéresse à sa santé globale. Les projets ont donc été assez variés, tels que :

- les lombalgies ;
- l'alimentation ;
- l'alcool ;
- le tabac ;
- le stress ;
- le bruit ;
- les affections cardiovasculaires.

Cette action a été très innovante avec comme première nouveauté le travail en réseau des différents partenaires. Les médecins du travail ont trouvé cette action extrêmement enrichissante.

Une première préoccupation consistait à partager avec les partenaires ce que l'on entendait par "évaluation" et justement d'aller à l'encontre d'un certain nombre de craintes.

L'auto-évaluation accompagnée partait d'un postulat : il faut bien se comprendre et bien s'entendre. Il s'agissait d'impliquer des gens dans l'action et dans l'évaluation. La première condition de réussite était de s'entendre sur une définition. La littérature propose de nombreuses définitions du terme d'"évaluation". Cette définition devait être simple, et acceptable par tous. Le monde de l'entreprise étant très concret, il fallait donc rester pratique et concret, y compris sur cette question.

La définition retenue est simple, dynamique et donne l'orientation. Il s'agissait de définir et d'obtenir des informations utiles et pertinentes, permettant de produire un état d'objectivité suffisant pour conduire le programme par des décisions justifiées.

Ce triptyque signifie :

- récolter de l'information ;
- mesurer la valeur et le bénéfice de ce programme ;
- aider à la décision.

Le but poursuivi consistait à permettre à l'équipe en charge du projet de conduire elle-même son évaluation, mais aidée en cela par une personne ressource extérieure. L'auto-évaluation accompagnée permettait de garder les avantages d'une évaluation externe et interne. Cette méthode parie sur la participation, l'accompagnement, et un suivi régulier.

Les objectifs sont :

- apprécier l'ensemble des activités conduites ;
- porter un regard "critique" sur la démarche engagée ;
- valoriser le programme et ses résultats, avec un lien essentiel entre l'évaluation et la valorisation.

Puisqu'il s'agit d'accompagnement, il faut :

- être présent aux moments clefs. Ce programme dure depuis 2002. Les publics ne sont pas nécessairement amenés à garder trace de tout ce qui se passe. Le premier point de la méthode est une participation active, qui suppose d'être présent à chaque réunion du comité de pilotage ;
- aller chercher de l'information auprès des relais par le biais de questionnaires ;
- mettre en place un tableau de recueil d'informations par entreprise. Le programme touchait initialement 18 entreprises, un peu moins maintenant ;
- rédiger un rapport d'évaluation intermédiaire. Pour que l'auto-évaluation fonctionne, la simplicité et la forme du rapport ont été privilégiées (avec 9 planches) ;
- organiser deux journées de valorisation : la première en 2003 et la suivante le 19 mai 2005. Il s'agissait de valoriser les actions menées dans chacune des entreprises et donc de mettre en avant les acteurs ;
- publier un référentiel reprenant la méthode et disant si elle est transposable ailleurs et sous quelles conditions.

L'appropriation de la méthode s'est faite par le personnel médical relais de l'entreprise, mais aussi par les acteurs des entreprises elles-mêmes. Les professionnels relais ont pu s'approprier cette méthode parce que les questions pouvaient être mises sur la table, et pointées avec suffisamment d'objectivité pour être discutées.

Dans l'ensemble du programme il y a eu des moments communs de formation autour de la méthodologie de projet, suite au diagnostic établi initialement. De la même manière, s'agissant de la question de l'évaluation, une journée de regroupement a permis à chacun de s'outiller au regard des actions dans les entreprises.

Les outils (questionnaires, document d'évaluation final) ont été validés par le groupe. Le fait que cette action soit transposable représente un atout. Cela a permis une appropriation plus facile. L'évaluation constituait un moyen de mettre en valeur ce qui se passait dans chacune des entreprises.

Les *principaux résultats* sont :

- la mise en évidence des forces (coordinateur, capacité à mobiliser, intégration au sein du PRS Cancer en Picardie) et des faiblesses (communication globale sur les résultats du diagnostic, les entreprises en restructuration, difficulté à évaluer l'impact des actions) du projet ;
- l'écart entre le qualitatif et le quantitatif. Les exigences de l'évaluation sont souvent centrées vers des aspects quantitatifs ;
- L'établissement de 9 conditions de réussite pour un autre développement.

Quant aux atouts de l'auto-évaluation accompagnée, ce sont :

- l'évaluation intégrée à l'action ;
- un accompagnement dans la durée ;
- une méthode apprenante ;
- le lien avec la valorisation.

Les limites de l'auto-évaluation accompagnée étaient :

- un temps conséquent pour s'interroger ;
- un budget important ;
- la crainte d'être critiqué ;
- la quantification de l'amélioration de la santé.

La transférabilité de la méthode est déjà en cours, puisque ce sont maintenant 45 entreprises picardes supplémentaires qui mettent en place cette action. Les conditions de réussite de la transférabilité sont :

- l'intégration de l'évaluation très en amont ;
- une culture commune ;

- une étape intermédiaire ;
- des outils adaptés.

L'évaluation reste une motivation pour faire mieux et durer. Au long de l'évaluation de ce questionnement accompagné, les acteurs et professionnels relais ont trouvé une motivation à se regrouper et à pointer les marges de progrès.

Questions dans la salle

(Inaudible)

Le CODES a joué un rôle essentiel, puisque c'est lui qui a élaboré les diagnostics. Toute la phase d'accompagnement méthodologique initial s'est faite avec leur partenariat.

Le CODES a également exploité tout le diagnostic. Le questionnaire diagnostic concernait 10 % des 7 500 salariés picards. Le CODES était aussi en mesure de répondre à l'accompagnement des actions.

Le CODES a sorti très récemment le référentiel du programme. Celui-ci contient le détail de la méthode d'évaluation et de la dynamique engagée sur le terrain. Il s'agit finalement d'un dispositif d'alliance, une des conditions de réussite consistant à bien repérer où se situent les limites des uns et des autres.

Le processus proposé est une réelle appropriation par les acteurs eux-mêmes ; mais cela n'empêche pas des cercles concentriques de se recouper selon le degré d'implication, le plus important reste le cadre de départ posé sur les différentes attributions de chacun. Un autre expert encore plus extérieur aurait pu être imaginé, pour poser un regard sur un des aspects du projet. Tout cela fonctionne très bien.

A quand l'étape suivante, qui est que les usagers eux-mêmes posent leurs indicateurs ?

Les salariés eux-mêmes n'ont pas participé à la création des indicateurs. En revanche, les indicateurs sont à la fois des remontées de la part des partenaires (financeurs, techniques) et des professionnels relais (médecins et infirmières). Quant les indicateurs ont été élaborés, cela a débouché sur la création des questionnaires d'évaluation.

On peut se demander ce qu'une telle action a changé pour les entreprises. La situation est-elle la même qu'en 2000, c'est-à-dire peu ou pas d'actions, et aucune évaluation. Ou a-t-elle évolué depuis ?

La tendance est à la confirmation de l'évolution. Aussi bien dans le service de santé au travail que dans les entreprises. Actuellement pour toutes les entreprises employant plus de 50 salariés, un contrat est établi entre l'entreprise et la médecine du travail. Ce document a été formalisé sous la forme : objectif général, objectifs spécifiques, conduite du projet en entreprise, et évaluation.

Ce message de méthodologie passe finalement très bien auprès des entreprises car il correspond tout à fait à leur démarche de qualité : elles ont l'habitude de ce genre de démarches. S'agissant des professionnels relais, cette démarche leur faisait peur initialement. Mais les 4 années d'action ont permis de bien intégrer cette démarche.

Les priorités retenues, et issues du diagnostic ont d'abord été propres à chaque entreprise. Les thématiques principales étaient :

- la prévention des affections cardiovasculaires ;
- l'alimentation ;
- le tabac ;
- l'alcool ;
- la prévention des lombalgies ;
- le stress.

S'agissant de l'évaluation, il semblait important de ne pas susciter de confusion dans l'esprit des gens. Cet aspect état des lieux et diagnostic n'a jamais été appelé évaluation, justement pour rester cohérent dans les différentes phases.

Le questionnaire contenait également un volet relatif au stress. Il reprenait en partie les questionnaires habituels sur le stress. Cette partie a suscité de la part des entreprises et des responsables d'atelier une certaine crainte de remise en cause du fonctionnement de l'entreprise, du lien hiérarchique. Certaines entreprises n'ont pas souhaité répondre à ce qui concernait à une mise en cause de leur organisation.

Actuellement il est plus facile de parler du stress en entreprise, et peut-être de remettre en cause son organisation. A l'époque en 2001, le stress n'a pas été retenu comme critère prioritaire par la plupart des entreprises. En revanche, il a été inscrit dans la prévention des affections cardiovasculaires, et a été traité en tant que tel.

Il n'a pas été répondu à la question de savoir si l'entreprise était productrice de santé ou pas, et dans quelle mesure. L'évaluation s'est concentrée sur l'évaluation du processus.

Un exemple d'effets induits par le programme, c'est que l'on se rend compte que les chefs d'entreprise, dont le souci est de produire, se préoccupent de la santé collective de leurs salariés. Les chefs d'entreprises se rendant compte que la réponse ne vient pas exclusivement de la part du médecin ou de l'infirmière du travail, mais d'une réflexion précisément plus large.

Des recommandations à la pratique : Quelles avancées au niveau européen ?

S. Pin

Les différents pays participant au projet *Getting evidence into practice* se posent les mêmes questions que la France :

- Est-il possible d'utiliser et de produire des évaluations scientifiques en promotion de la santé ?
- Quelle est la façon d'utiliser les autres sources et les autres types d'évaluation ?
- Quelle est la façon de traduire ces données probantes en actions concrètes ?

L'idée sous-jacente est d'adopter une position équilibrée et mesurée. Reconnaître l'importance à la fois d'asseoir les interventions sur des données probantes et d'impliquer les partenaires dans la production des données probantes et à leur diffusion sur le terrain.

L'objectif général de ce projet est :

Axe 1 : d'agir sur le cercle d'amélioration de la qualité des actions, en proposant des outils à la fois pour mettre en évidence des données probantes, pour élaborer des recommandations, et identifier des voies possibles de changement ;

Axe 2 : de donner des moyens, des outils aux professionnels pour réaliser ces actions, d'avoir un retour sur les interventions produites et de permettre de produire de nouvelles évaluations et d'actualiser les données probantes.

Ce projet bénéficie d'un financement de la Commission européenne. Il a été mis en place en septembre 2004 pour une durée de 18 mois. Sa première phase doit s'achever en juillet 2005.

Un troisième axe consiste en l'analyse de littératures traitant de thématiques précises (tabac, santé mentale), et l'étude de deux autres thèmes :

- les infrastructures de promotion de la santé,
- les méthodes permettant le transfert des données probantes dans la pratique.

L'ensemble du projet est coordonné par l'Institut néerlandais de prévention et de promotion pour la santé ; les pays du Nord de l'Europe sont plus fortement représentés dans ce projet, mais également de pays de l'Est.

Les *méthodes générales utilisées* visaient trois grands objectifs :

- réaliser un échange et un partage d'informations, par le biais d'un site Internet et de lettres mensuelles d'informations ;
- recueillir les documents existants dans les différents pays partenaires ;
- établir des outils ...