



HAL
open science

Du pilotage à la gouvernance, prendre en compte la qualité d'objets complexes ? Pour une méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé

Marie-Ange Grondin

► To cite this version:

Marie-Ange Grondin. Du pilotage à la gouvernance, prendre en compte la qualité d'objets complexes ? Pour une méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé. Autre [q-bio.OT]. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand I, 2009. Français. NNT: . tel-00528344

HAL Id: tel-00528344

<https://theses.hal.science/tel-00528344>

Submitted on 21 Oct 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CLERMONT-FERRAND 1 – UNIVERSITE D’AUVERGNE
ECOLE DOCTORALE DES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE
Faculté de Médecine

Doctorat ès Sciences
Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention – 4601

GRONDIN Marie-Ange

Du pilotage à la gouvernance, prendre en compte la qualité d’objets complexes ?
Pour une Méthodologie d’évaluation des actions d’éducation à la santé

Thèse dirigée par le Pr Laurent GERBAUD

Et le Pr Emmanuel RUSCH

Soutenue le 14 Décembre 2009

Jury : Président : Pr Franck CHAUVIN
Membres : Pr Emmanuel RUSCH
Pr Thierry MAILLEFAUD
M. Dominique BERGER

Rapporteurs : Pr Alain DECCACHE
Pr Pierre LOMBRAIL

Laboratoire PAEDI EA4281 – Université Blaise Pascal

Du pilotage à la gouvernance, prendre en compte la qualité d'objets complexes ?

Pour une Méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé

Résumé : L'éducation à la santé est un champ récent, dont les actions, qualifiées d'objets complexes, nécessitent des évaluations. L'évaluation doit être orientée en fonction des objectifs politiques fixés, schématisés par les démarches de pilotage, de régulation ou de gouvernance, car ces démarches correspondent en réalité à des paradigmes et épistémologies différents qu'il faut expliciter. Des travaux de méthodologie d'évaluation existent dans d'autres champs plus anciens (éducation, santé, etc.) dont la revue de la littérature actualisée permet de proposer des transpositions, d'autant que l'évaluation se veut transversale et n'est propre à aucun champ. Au regard de la littérature, on dégage un concept correspondant au fait que l'évaluation consiste à mettre en évidence la qualité ou la non qualité des objets étudiés. De ce fait, il existe de premières pistes pour dégager comment évaluer les actions d'éducation à la santé, en fonction de ce que l'on définit par qualité desdites actions. Les définitions de la qualité varient en fonction des paradigmes et épistémologies sous-jacents aux objectifs politiques prédéfinis. Si l'on précise ce que l'on entend également par complexe, on peut retenir les trois principes d'Edgar Morin : dialogique, de récursion organisationnelle et hologrammatique. Ces principes permettent de sortir des logiques d'opposition binaire et linéaires généralement proposées, qui s'adaptent mal aux objets complexes en général. Par l'explicitation de concepts scientifiques, on permet ainsi de dégager une méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé, confortée par des exemples concrets.

Mots-clé : linéaire – dialogique – récursion - hologrammatique

From running to governance, considering quality in complex objects?

For a Methodology of health education actions evaluation

Summary: Health education is a recent field, its actions defined as complex objects need to be evaluated. The evaluation has to be guided by precise political goals, simplified by “running”, “regulation”, and “governance” approaches, since these approaches mean different paradigms and epistemologies that need to be clarified. Works about evaluation methodology already exist in other fields (education, health, etc.): their updated review allow transpositions, knowing that evaluation crosses all fields, and doesn’t belong to any of them. Considering the literature review, a first concept appears: evaluation is the fact of assessing quality or non quality of the studied objects. Then, it gives first clues to design evaluation of health education actions, guided by what is considered as quality for these actions. Quality definitions vary with paradigms and epistemologies underlined by predefined political goals. If complexity is clearly précised, we can apply the three principles of Edgar Morin: dialogic, recursive, and hologrammatic. These principles allow to exit from the linear logic or of binary opposition, not convenient for complex objects.

By clarifying scientific concepts, a methodology of health education evaluation may be brought out, strengthened by concrete examples.

Key-words: linear – dialogic – recursive – hologrammatic

Laboratoire d'Accueil PAEDI Processus d'Actions des Enseignants, Déterminants, Impacts

Laboratoire PAEDI EA 4281 – Université Blaise Pascal

IUFM d'Auvergne

36 Av Jean Jaurès

CS 20001

63407 CHAMALIERES Cedex

Remerciements :

Au Pr Laurent Gerbaud, pour avoir porté au-delà de ses limites la notion d'autonomie de l'impétrant.

Au Pr Emmanuel Rusch, la tête entre Tryphon et Albert mais les deux pieds bien sur terre, pour savoir piloter (au sens de Perrenoud) les atterrissages de thèse.

Au Pr Alain Deccache, dont les articles étaient précurseurs sur les liens entre qualité, évaluation et éducation à la santé.

Au Pr Pierre Lombrail, pour sa quête des meilleurs indicateurs : il reste beaucoup à faire et à transmettre.

Au Pr Franck Chauvin, pour avoir franchi le Forez malgré la neige.

Au Pr Thierry Maillefaud, que les délais et les grèves SNCF n'ont pas dissuadé de participer.

A Dominique Berger, pour son indéfectible humanité. Il a beaucoup orienté cette thèse. « Tu devrais lire Edgar Morin... Tu devrais chercher sur internet ce qu'ils disent sur le pilotage, la gouvernance et la performance. J'y ai vu un diaporama hallucinant. »

A Christine Mias, pour que l'approche multiréférentielle et transdisciplinaire ne reste pas un vain mot, pour que les sciences humaines puissent apporter de la douceur aux sciences « dures ».

A l'ensemble de l'équipe PAEDI et plus particulièrement à

Roland Goigoux, qui a su voir où il manquait une pièce au puzzle. C'est un don qu'il a de toujours détecter les pièces manquantes ou défectueuses, même quand il ne connaît pas le modèle (le dessin – dessein) d'origine.

Corinne Mérini, pour son approche constructive et constructiviste de la vie et de la science.

Frank Pizon, à qui j'évoquais l'impression d'être la traductrice entre plusieurs univers (sciences de l'éducation et santé publique, entre autres) et qui me mettait en garde de ne pas sombrer dans un langage compréhensible de moi seule : « J'y prends garde Frank, j'espère que j'y arrive ».

Pascal Courty, qui m'a écrit un jour : « Ne me demande pas à quoi sert une thèse, je ne sais toujours pas. » Pascal, ma thèse a fini par rejoindre un aboutissement personnel, travaillé en parallèle. En ce sens, je rejoins Edgar Morin, qui incite les chercheurs à comprendre leurs propres motivations et à s'auto-analyser. En tout cas, pour moi ce fut salutaire.

A l'ensemble du service de Santé Publique, qui pour l'instant plie et ne rompt pas. Le meilleur est peut-être à venir ? Ceci s'adresse à Sandrine, Gaëlle, Candy, Bénédicte, Alexandra, et aux

« autonomistes » de l'UCQ, Sylvaine, Chantal, Corinne, Laurence et à l'ensemble des internes et stagiaires.

Au service de biostatistiques, mon premier bureau d'accueil hospitalo-universitaire, pour son accueil en général. Le sens de l'hospitalité n'y est pas un vain mot. Ceci inclut Sylvie, Lemlih, Jean-Yves, Sophie, Aline et tous les internes et stagiaires que j'y ai croisés.

A Patricia Dio, pour être le symbole vivant qu'on peut continuer à embellir son âme et son esprit en dépit de la maladie, de la souffrance, de la dépendance et de la manipulation.

A tous ceux qui se sont inquiétés avec bienveillance de la progression de cette thèse : ma famille (mes parents), ma Marraine, Anne-Marie et tant d'autres que j'oublie...Pardonnez-moi.

Et un remerciement spécial à Sanofi-aventis représenté par Martine Tissier, sans qui beaucoup d'actions d'éducation à la santé ne pourraient ni naître ni se pérenniser.

Epigraphe

Ce que m'aura apporté cette thèse initiée plus par sentiment de dépendance affective que par nécessité scientifique ?

En médecine générale, j'avais appris à laisser mourir les patients quand le temps était venu (à la Réunion, ils venaient en dernier recours à l'hôpital, trop tard), chose qu'on n'apprend nulle part pendant nos études.

L'étude de la psychologie et de la psychiatrie, la pratique, m'ont appris qu'il est vain de vouloir soigner quelqu'un qui ne le souhaite pas.

L'étude de la qualité m'a convaincue de la nécessité d'amélioration continue de la qualité dans tous les domaines, en cohérence avec l'accomplissement personnel.

La « mise en tension » de la Santé Publique avec les Sciences de l'Education pour l'éducation à la santé m'a appris qu'il est nécessaire de développer chez les individus l'estime de soi, mais qu'elle n'est rien sans le respect de l'autre. Sinon, le développement d'actions les mieux policées, les plus cultivées sous les meilleurs arguments collectifs de la sociologie, de la politique, de l'économie, de la religion et de la philosophie, dans la négation de l'individu, n'aboutit qu'à la manipulation, à l'autoritarisme et à la dictature.

Cette thèse est donc un aboutissement tant personnel que professionnel, car je suis convaincue désormais du principe incompressible hologrammatique entre vie personnelle et sociale, la cohérence... (même sous un joli masque scientifique).

Glossaire

ACQ : Amélioration Continue de la Qualité

AFNOR : Association Française de NORmalisation

AMVE : Apprendre A Mieux Vivre Ensemble

AMVEE : Apprendre à Mieux Vivre Ensemble à l'Ecole

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

DMOS : Loi Diverses Mesures d'Ordre Social

DRASS : Directions Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ESI : External Standards Inspection

FNES : Fédération Nationale des Comités d'Education pour la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISO : International Standard Organization (Organisation internationale de normalisation)

IUFM : Institut Universitaire de formation des Maîtres

LDH : Ligue des Droits de l'Homme

LOLF : Loi d'Orientation des Lois de Finances

OEDT : Office Européen des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAEDI : Equipe d'Accueil « Processus d'Actions des Enseignants, Déterminants, Impacts »

QECP : Questionnaire d'Evaluation du Comportement en Primaire

Méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé

Dr Marie-Ange GRONDIN

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	13
Qu'est-ce qu'évaluer les actions d'éducation à la santé ?	14
A. Définition du champ de recherche	14
1. Les définitions	14
1.1 Education à la Santé	14
1.2 Actions d'éducation à la santé.....	18
1.3 Evaluation	19
1.4 Méthodologie	23
1.5. Pilotage	24
1.6. Régulation	24
1.7. Gouvernance	25
2. Prise en compte de la qualité	26
2.1 La qualité : l'industrie et l'artisanat.....	26
2.2 Approche de la qualité	27
B. Contexte	28
1. Contexte de l'équipe de recherche et de la recherche scientifique en général	28
2. Contexte de l'évaluation en France	35
2.1 Historique de l'évaluation dans les différentes disciplines	35
2.1.1 Introduction.....	35
2.1.2 Histoire de l'évaluation en éducation	35
2.1.3 Histoire de l'évaluation en santé (qualité des soins)	37
2.1.4 Histoire de l'évaluation en éducation à la santé.....	38
2.1.5. Le parallèle avec la qualité	39
2.1.6 Conclusion.....	41
2.2 La légitimité de l'évaluation	41
2.2.1. Les freins à l'évaluation	41
2.2.2. Les raisons pour lesquelles l'évaluation est opportune	43
2.2.3 Les raisons pour lesquelles l'évaluation est nécessaire	43
2.2.4. Les conséquences de ne pas évaluer	44
2.2.5. Les circonstances où il vaut mieux ne pas évaluer.....	44
3. Contexte international	45
C. Justification du sujet	47
D. Problématique	50
SECTION 1 APPROCHE THEORIQUE	51
CHAPITRE 1 Hypothèse 1a	51
La linéarité des démarches conduit à déterminer deux approches	51
1. Introduction	51
2. Description des différentes catégories d'évaluation de logique binaire, opposante	51
2.1 En fonction de la finalité (pourquoi on évalue ?).....	51
2.2 En fonction du mode opératoire (qui évalue ?).....	53
2.3 En fonction des méthodes utilisées (comment on évalue ?).....	54
2.4 En fonction du schéma d'intervention.....	57
2.5 En fonction de ce que l'on considère comme qualité	58
2.6. L'opposition des méthodes d'évaluation	58
3. La logique linéaire en qualité	59
3.1 L'évaluation en fonction du moment où on la fait.....	59
3.2 L'évaluation selon la qualité en logique linéaire.....	60
4. Conclusion	68
CHAPITRE 2 Hypothèse 1b : Réintroduire la dimension de la complexité revient à proposer une démarche dialogique, réflexive participative - réintroduisant la temporalité et le changement dans le processus évaluatif – et hologrammatique. Réintroduire les notions d'amélioration continue de la qualité et de complexité permet de trouver des démarches d'évaluation mieux adaptées aux 3 objectifs possibles d'intervention et d'évaluation : pilotage, régulation, gouvernance.	70

1. Introduction	70
2. Proposer une démarche dialogique	70
2.1 <i>L'opposition évaluation formative/sommative</i>	70
2.2 <i>L'opposition évaluation externe/interne</i>	72
2.3 <i>L'opposition évaluation quantitative/qualitative</i>	72
3. Proposer une démarche réursive (réflexive participative) et hologrammatique	74
3.1 Révision du modèle linéaire.....	74
3.2 Prise en compte de l'impact et des différents types de résultats.....	77
3.3 Modèles généraux ou cadres conceptuels de conception et d'évaluation d'action.....	79
3.3.1 <i>Le cadre conceptuel pour l'évaluation de Champagne et al</i>	79
3.3.2. <i>Le modèle CIPP</i>	83
3.3.3 <i>Le modèle Precede Proceed de Green</i>	85
3.3.4 <i>Le modèle de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse</i>	87
3.3.5 <i>Autres modèles</i>	88
4. Conclusion	89
SECTION 2 APPLICATIONS	91
Introduction	91
1. Libertabac	92
1.1 <i>Introduction</i>	92
1.2 <i>Méthodes</i>	92
1.3 <i>Résultats</i>	95
1.4 <i>Discussion</i>	96
1.5 <i>Apport de l'approche pragmatique aux hypothèses de recherche</i>	100
2. Apprendre à Mieux Vivre Ensemble	102
2.1 <i>Introduction</i>	102
2.2 <i>Méthodes</i>	105
2.2 <i>Méthodes</i>	106
2.3 <i>Résultats</i>	109
2.4 <i>Discussion</i>	115
2.5 <i>Apport de l'approche pragmatique aux hypothèses de recherche</i>	119
3 Etre & Savoir, l'école de la santé	120
3.1 <i>Introduction</i> (M. A. Grondin et al., 2009).....	120
3.2 <i>Méthodes</i>	121
3.3 <i>Résultats</i>	122
3.4 <i>Discussion</i>	126
3.5 <i>Apport de l'approche pragmatique aux hypothèses de recherche</i>	129
Conclusion	130
SECTION 3 SYNTHÈSE DISCUSSION	131
1. Introduction	131
2. Synthèse	131
2.1. Ce qu'apporte l'approche théorique	131
2.2 Ce qu'apporte l'approche pragmatique	132
2.3 Hypothèses 1a et 1b	133
3. Les limites de l'approche par l'objectif politique	136
3.1 Réflexions sur la légitimité de chaque objectif, sa sémantique	136
3.1.1 <i>Le pilotage</i>	136
3.1.2 <i>La régulation</i>	138
3.1.3 <i>La gouvernance</i>	139
3.2 Passer du pilotage à un autre objectif ?	140
4. Limites d'une approche minimale	140
4.1 Limites du pilotage d'après les résultats uniquement.....	140
4.2 Les limites de l'évaluation du processus	144
4.3 Limites d'une approche centrée sur l'évaluation d'impact	145
4.4 Conclusion	145
5. L'évaluation de la qualité et son impact sur l'objectif politique	145
6. Peut-on élargir ces conclusions à d'autres évaluations ?	147
6.1 Les spécificités de l'évaluation des actions d'éducation a la santé	147
6.1.1 <i>Introduction</i>	147
6.1.2 <i>La participation, le travail pluridisciplinaire</i>	147
6.1.3 <i>L'éthique</i>	148

6.1.4 Les valeurs	149
6.1.5 Les systèmes complexes.....	150
6.1.6. La nature des résultats attendus.....	151
6.1.7 Conclusion	154
Les cas particuliers.....	154
6.2.1 L'éducation à la santé des jeunes.....	154
6.2.2 L'éducation à la santé des malades chroniques.....	154
6.2.3 L'approche ethnocentrée.....	155
CONCLUSION	157
Annexe 1 : Définitions du glossaire européen de la BDSP	159
Annexe 2 : Références de documents de culture d'évaluation d'éducation à la santé, accessibles au grand public	166
Annexe 3 : Outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse	167
Annexe 4 : Analyse quantitative de Libertabac	168
Annexe 5 : Présentation de l'évaluation qualité d'AMVE au congrès de la SFSP de Lyon en 2004	176
Annexe 6 : Méthodes d'évaluation des dynamiques collectives de travail pour AMVE	178
Annexe 7 : Analyse quantitative d'AMVE	181
Annexe 8 : Réponse des promoteurs d'AMVE à la Ligue des Droits de l'Homme	191
Annexe 9 : Poster présenté aux Journées des Ecoles Doctorales, Clermont-Ferrand, 2008	196
Annexe 10: Incitations et désincitations : les effets pervers des indicateurs	197
1. Le rôle des indicateurs	197
2. Des indicateurs de performance au sein du service public ?	199
Annexe 11 : Des indicateurs pour les Ministres au risque de l'illusion du contrôle	203
Annexe 12 : Charte de la Société Française d'Evaluation	206
Annexe 13 : Principales catégories de théories et modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie.....	208
BIBLIOGRAPHIE	212

Méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé

Dr Marie-Ange GRONDIN

INTRODUCTION

Ces dernières années, de nombreux discours politiques français portant sur l'évaluation sont marqués par les termes de pilotage, gouvernance et performance, notamment en éducation (cf. Discours de M. Xavier Darcos du 6 novembre 2008 « Gouvernance et performance des établissements scolaires en Europe » <http://www.education.gouv.fr/cid22891/gouvernance-performance-des-etablissements-scolaires-europe.html> (06/07/2009)) et en santé (cf. Titre du congrès de la Société Française de Santé Publique de 2009, à Nantes « La nouvelle gouvernance en santé »ⁱ). Ils illustrent une tendance correspondant à la Loi d'Orientation des Lois de Finances (LOLF) de 2001 où les politiques publiques doivent justifier de leurs financements par l'atteinte d'objectifs quantifiés. L'atteinte de ces objectifs étant révélée par des résultats ou indicateurs quantifiés. L'éducation à la santé n'échappe pas à ces questions, sachant que le problème de base reste de savoir évaluer tout court un programme d'éducation à la santé. Le sujet de cette thèse est « Méthodologie d'évaluation des actions de santé ». Concevoir une méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé repose ici sur trois notions :

- Comment choisir une évaluation en fonction des objectifs que l'on s'est fixés pour la mise en place d'actions d'éducation à la santé : évaluation dans un but de pilotage, de régulation ou de gouvernance ?
- Les actions d'éducation à la santé peuvent être considérées comme des objets complexes, d'où la nécessité d'utiliser une grille d'analyse prenant en compte les principes de la complexité : les principes dialogique, de récursion organisationnelle et hologrammatique.

ⁱ « ... Sous la pression combinée du développement des connaissances et de l'efficacité de la médecine, de l'augmentation des besoins et des attentes de la population et d'un contrôle plus strict des ressources, la gouvernance a pour objectif de réguler, d'améliorer de façon continue la performance du système de santé et des organisations qui le composent, et de pouvoir rendre des comptes sur ses résultats. Ceci se concrétise par l'idée d'une plus grande participation des citoyens aux décisions relatives à la santé, d'une territorialisation, d'une coordination et d'une pluri-disciplinarité accrue entre organisations et professionnels de soins. Sa mise en œuvre implique un développement de la démarche factuelle (basée sur les preuves), une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services, par une meilleure interaction entre l'expertise des professionnels et le contexte organisationnel. La gouvernance porte ainsi un discours de changement qui s'adresse à tous les acteurs du système de santé, aux attentes multiples et parfois contradictoires... » Bourdillon F, Lombrail P, Alla, F. Présentation du congrès pluri-thématique de la Société Française de Santé Publique du 1^{er} au 3 octobre 2009, « La nouvelle gouvernance en santé ».

- Evaluer, en définitive revient à mesurer, rechercher la qualité de... (ici, les actions d'éducation à la santé). Que l'on pourrait simplifier par « Est-ce que c'est bien fait ? », sans préjuger que le « bien fait » s'estime par le résultat ou le processus. D'où la nécessité de comprendre ce que l'on entend par qualité, que ce soit dans la façon de la mettre en œuvre ou dans ses dimensions.

En conséquence, la conception de méthodologie d'évaluation des actions d'éducation à la santé revient à répondre à la question suivante (problématique) : « Du pilotage à la gouvernance, comment prendre en compte la qualité d'objets complexes ? »

Qu'est-ce qu'évaluer les actions d'éducation à la santé ?

A. Définition du champ de recherche

La définition du champ de recherche passe par la définition des différents termes utilisés et l'éclaircissement du concept de qualité.

1. Les définitions

La définition du champ de recherche passe d'abord par les définitions de chacun des termes du titre de la thèse :

- Education à la santé
- Evaluation
- Méthodologie

Il faut ensuite définir les termes : pilotage, régulation, gouvernance et complexité.

1.1 Education à la Santé

Elle est utilisée ici selon la même signification qu'Education pour la Santé. L'expertise collective de l'INSERM distingue en effet l'éducation pour la santé, avec une conception où la santé est perçue comme le bon fonctionnement de l'organisme humain dans tous ses aspects, biologique, mental et social (aspect biomédical donc) (Inserm, 2001) (p 16). « Cette position est celle des sciences de la santé, qui ne trouveraient leur légitimité dans l'éducation que par rapport à la santé ainsi définie ». L'éducation pour la santé y est centrée sur l'apprentissage de compétences et comportements favorables à cette santé. L'INSERM distingue une deuxième conception d'Education à la santé, celles des sciences de l'Education, « considérée comme un aspect de l'éducation générale, l'éducation à la vie ». L'INSERM reconnaît que ces deux visions sont complémentaires. Cependant cette distinction n'existe qu'en français, car en anglais, il n'existe que l'expression « health education ».

Les termes Education à la Santé ont été choisis en référence aux Sciences de l'Education, au sein de l'équipe de recherche PAEDI EA 4281, dont le thème est l'éducation à la santé en milieu scolaire pour l'équipe « santé ». En effet, en milieu scolaire, on fait de l'éducation à... l'environnement, la citoyenneté, au développement durable et donc à la santé. « *Ces objets d'enseignement récents, ..., se différencient des disciplines par l'absence de référent académique et donc de curriculum clairement établi.* »(Lange & Victor, 2006) Joël Lebeaumeⁱⁱ (Ecole Normale Supérieure de Cachan) distingue les « éducations à... » des « enseignements de... » par sept points :

- ouverture : elles ne concernent pas spécifiquement des savoirs au sens strict, c'est-à-dire des savoirs discursifs, mais des conduites, des habitus, des valeurs...
- référence : elles font appel davantage à des pratiques de référence qu'à des savoirs de référence
- enjeux : elles visent la transformation des pratiques sociales plus que la scolarisation des pratiques sociales existantes
- empan : elles concernent les trois éléments de la trilogie de l'éducation intégrale (la main, le cœur et l'esprit) tout en valorisant la responsabilité
- temporalité : elles correspondent à une projection dans l'avenir avec les incertitudes de cet horizon et en faisant appel à la notion de capital (santé, environnemental...) tout en supposant une intervention sur soi et sur le monde
- pédagogie : elles se manifestent sous forme d'actions éducatives
- échelle : elles mettent en avant des questions individuelles (sans occulter les rapports par exemple entre santé individuelle et santé publique) avec leurs enjeux personnels et sociétaux.

N.B. : les propos cités ci-dessus sont ceux de Joël Lebeaume, en éducation. En santé, la distinction entre pratiques de référence et savoirs de référence n'est pas aussi nette : les pratiques de référence peuvent être considérées comme des savoirs de référence.

Ces caractéristiques sont en cohérence avec la définition du glossaire multilingue de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), Annexe 1.

ⁱⁱ <http://www.versailles.iufm.fr/colloques/sante/pdf/lebeaume.pdf>, vérifié le 07/08/2008

Définition du glossaire multilingue de la BDSP de l'éducation à la santé :

L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé.

L'éducation pour la santé informe sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous jacentes affectant la santé, aussi bien que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. Ainsi, l'éducation pour la santé peut impliquer à la fois la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Dans le passé, l'expression éducation pour la santé a été employée pour rassembler un large éventail d'actions comprenant la mobilisation sociale et le plaidoyer. Ces méthodes sont maintenant incluses dans la promotion de la santé, et une définition plus étroite de l'éducation pour la santé est proposée ici pour souligner la distinction.

D'autres préfèrent définir l'éducation pour la santé plus largement comme " la construction d'actions sociales planifiées et d'expériences d'apprentissage conçues pour permettre à des personnes d'obtenir le contrôle des déterminants de la santé et des comportements de santé, et les conditions qui affectent leur état de santé et l'état de santé des autres ".

On considère que l'éducation à la santé fait partie de la promotion de la santé, la promotion de la santé visant également les politiques de santé, l'action communautaire, l'environnement favorable à la santé et les services de santé.

N. B. : La notion de promotion de la santé était apparue en 1986 avec la Charte d'Ottawa, dans l'optique de favoriser et de consolider le potentiel de bonne santé plutôt que de combattre une maladie déterminée ou tout autre problème de santé. La conférence d'Alma Ata en 1978 avec la stratégie de « la santé pour tous en l'an 2000 » en avait été les prémisses. La conférence de Jakarta en juillet 1997 avait ajouté comme condition préalable à l'instauration de la santé l'éducation (entre autres).

On inclura dans cette notion d'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique du patient (cf. Définition en Annexe 1). L'éducation à la santé peut également être incluse dans le champ de

la prévention (cf. Définition en Annexe 1). Selon Dozon, la prévention en santé publique relève de quatre modèles différents : le magico-religieux, celui de la contrainte profane, le pastorien et le contractuel. L'éducation à la santé se réfère davantage au modèle contractuel où des politiques publiques visent tout à la fois à produire et à faire intérioriser des normes, c'est-à-dire, en quelque sorte, à acculturer les populations, les gouvernés, pour qu'ils veillent en permanence sur leur santé (Dozon, 2009). *« On pourrait ... schématiser ce contrat, en posant, d'un côté, un droit à la santé qu'incarnent assez bien des pouvoirs publics soucieux de soutenir la recherche bio-médicale, de soutenir des systèmes de sécurité sociale ou des caisses d'assurance et d'améliorer ainsi de mieux en mieux la santé des gouvernés qu'ils ont à leur charge (des multinationales ou de grandes entreprises peuvent avoir ce même objectif pour leurs employés); et, de l'autre, un devoir de santé qui concerne, cette fois-ci, les gouvernés eux-mêmes. Un devoir qui est réputé les façonner en autant de sujets rationnels et responsables, c'est-à-dire en autant de sujets intériorisant dans leur propre intérêt, comme des techniques de soi aurait dit Michel Foucault, les messages de prévention et les normes comportementales qui leur sont transmis. »*

Généralement, on définit la prévention en fonction du stade de la maladie (la prévention devient alors primaire, secondaire ou tertiaire). Cette définition se fait donc en négatif par rapport à la maladie. On pourrait imaginer une définition en positif, sachant que l'objectif est un optimum d'état de santé. Le Pr San Marco (Flajolet, 2008) préfère définir la prévention selon une logique populationnelle :

- globale, universelle, avec une grande place accordée à l'éducation à la santé,
- sélective, tenant compte de l'existence de facteurs de risque (donc orientée vers une population exposée),
- ciblée, ne se limitant pas à l'existence de facteurs de risque, destinée aux malades.

Elle correspond alors à l'éducation thérapeutique.

Dans tous ces cas, ces définitions reposent sur l'affirmation de la recherche de « *la participation de chacun à la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau* ». Le point commun à ces trois formes est l'appropriation (Toussaint, 2006) (p193-4).

L'appropriation répond bien à la notion d'empowerment définie par le glossaire multilingue (Annexe 1) :

Définition du glossaire multilingue de la BDSP de l'Empowerment (*Renforcement*)

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

Un des paradoxes apparents de l'éducation à la santé est qu'elle positionne clairement son objectif comme étant la santé, alors qu'épidémiologiquement, l'éducation est un déterminant de la santé, c'est-à-dire que toute augmentation du niveau d'éducation augmente le niveau de santé (Furnee, Groot, & van den Brink, 2008). Les études cherchant une relation entre éducation et santé ne mentionnent généralement pas le contenu de l'éducation dispensée (peut-être en raison du décalage temporel important entre l'éducation et les résultats de santé), on peut donc envisager que l'éducation au sens large inclut de l'éducation à la santé ou de la prévention, y-compris d'un point de vue hygiéniste. Par ailleurs, l'épidémiologie porte sur une population. Une population peut aller bien dans l'ensemble sans que ce soit vrai pour chaque individu. Enfin, l'éducation à la santé, actuellement, est largement guidée par cette notion d'empowerment, d'appropriation qui, en plus d'être un moyen peut être un autre objectif dans un contexte de gouvernance.

1.2 Actions d'éducation à la santé

Elles rejoignent ce que l'on entend par « intervention » (Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, & MC, 2000), c'est-à-dire « tout système organisé d'action (une structure, des acteurs et leurs pratiques, des processus d'action, une ou des finalités et un environnement) visant dans un environnement donné, durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique ». Cette définition ne prend toutefois pas en compte le fait qu'une action d'éducation à la santé peut être menée dans une optique préventive, c'est-à-dire pour un problème non pas déjà là, mais à venir. Brücker et Fassin décrivent trois catégories d'éducation pour la santé : primaire, secondaire et tertiaire (sur le modèle de la catégorisation de la prévention) (Brücker & Fassin, 1989). L'éducation primaire est toute action éducative visant à renforcer l'état de santé. L'éducation secondaire consiste en des mesures éducatives visant à éviter l'accident de santé ou, dans le cas où il est intervenu, à restaurer le plus rapidement possible un nouvel état de santé. L'éducation tertiaire étant toute intervention éducative visant à faire vivre au mieux les séquelles de l'accident. L'éducation à la santé intervient donc en amont et en aval de la maladie ou de l'accident de santé. Les actions en milieu scolaire correspondraient au niveau

primaire, voire secondaire ; l'éducation thérapeutique du patient se situe essentiellement au niveau tertiaire.

Cette définition ne prend pas non plus en compte le fait qu'une action peut être menée dans un but de recherche (tout en gardant des principes éthiques). On élargira donc cette définition : « pour corriger une situation problématique présente ou à venir ou dans un but de recherche. » C'est une définition par le négatif : la situation problématique : on pourrait également l'envisager sous l'angle positif : la situation désirée. La situation désirée ne préjuge pas d'être susceptible d'évoluer avec les époques et les lieux. Ainsi, on peut passer d'une politique totalement répressive pour la conduite automobile (modèle de contrainte profane de prévention selon (Dozon, 2009)) à une « analyse compréhensive des représentations du risque à l'ingénierie de formation à la conduite et à la sécurité routière » (Violet & Reiss, 2008), surtout quand l'approche répressive, malgré toute son efficacité, finit par montrer ses limites. Cela permet au passage de déterminer que la situation désirée est moins la diminution de la mortalité routière que le respect de la règle selon les décideurs et la maîtrise de la règle à contextualiser selon les chercheurs.

1.3 Evaluation

Il existe de très nombreuses définitions de l'évaluation.

D'après Contandriopoulos « *évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés [...] soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions.* » (Contandriopoulos AP et al., 2000)

Cela correspond bien aux quatre composantes sensées constituer l'évaluation en théorie (Shadish, Cook, & Leviton, 1991) : l'utilité, le programme, les valeurs, la construction de connaissance ; permettant de répondre aux questions suivantes (Ottoson & Green, 2005) :

- A quelles fins seront utilisés les résultats de l'évaluation ?
- Qu'est-ce qu'on évalue ?
- Sur quelles valeurs se base-t-on pour juger d'un succès ou d'un échec ? Qui juge ce succès ou cet échec ?
- Quelles méthodologies sont utilisées pour faire la preuve de la valeur de ce qu'on évalue ?

Cette définition est opérationnelle dans le sens où elle définit comment on évalue, mais ne dit pas ce que l'évaluation cherche à évaluer précisément. Elle est intéressante, car elle mêle des arguments d'épistémologie différentes, voire opposées : positiviste (porter un jugement de valeur, informations scientifiquement valides) et constructivistes (socialement légitimes, mesure de prendre position sur l'intervention, construire un jugement, se traduire en action). Ce serait une approche socio-constructiviste (*cf. infra*).

D'après le glossaire multilingue, L'évaluation est un « *processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs définis. La performance doit être comparée à des standards ou des attentes.* »

Cette définition est très proche de ce que l'on entend par le contrôle.

Contrôle : L'ancienne norme ISO 8402 en donnait la définition suivante :

« *Contrôle : activités telles que mesurer examiner, essayer ou passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune des caractéristiques.* »
(ISO8402:1994, § 2.15.).

C'est aussi la définition du dictionnaire de la qualité de l'AFNOR ou Association Française de NORmalisation (Froman & Gourdon, 2003). Cette définition paraît néanmoins assouplie dans les nouvelles normes ISO 9000 de 2005 « *évaluation de la conformité par observation et jugement accompagné, si nécessaire, de mesurages, d'essais ou de calibrage* ».

N.B. : Dans le domaine de la qualité, le contrôle n'est qu'une partie de la roue de Deming PDCA « Plan, do, check (le contrôle), act » (soit prévoir/planifier, réaliser, vérifier/contrôler, consolider, améliorer) et doit s'inclure dans une démarche d'amélioration continue de la qualité (Deming, 1986) (p88-9).

Cette définition, réductrice, ne correspond qu'à une évaluation tactique selon Pineault et Daveluy, c'est-à-dire à une évaluation de l'écart entre programme réalisé et conçu, selon la structure, le processus et les résultats (Pineault & Daveluy, 1986). Elle ne peut correspondre aux aspects préalables et consécutifs au programme que sont respectivement l'évaluation stratégique ou de pertinence (y a-t-il adéquation entre le programme et les problèmes à résoudre ?) et l'évaluation d'impact. De plus pour Stufflebeam et Shinkfield, s'en tenir aux objectifs initiaux ne préjuge pas du fait que ces objectifs puissent être inadaptes (voire corrompus) et aboutissent à une négligence des effets secondaires des programmes évalués (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) p8. Enfin, si on reprend les deux fonctions de l'évaluation proposées par des auteurs comme Ardoino, Berger ou Lecointe et décrits dans leur dualité

par Corinne Mérini (Merini, Jourdan, Gerbaud, & Grondin, 2007), cette définition exclut la fonction interprétation de l'évaluation (Arduino, 1993 ; Arduino & Berger, 1989 ; Lecointe, 1997) (Tableau 1).

Tableau 1 Comparaison des deux fonctions critiques de l'évaluation (Merini et al., 2007)

Évaluation/contrôle	Évaluation/interprétation
Système de normes homogènes	Système de références hétérogènes
Atteste de la conformité	Produit des significations contradictoires
Analytique - Indicateurs	Systémique - Analyseurs
Processus réversible et conclusif	Processus irréversible et inachevé
Appliqué à la conservation de l'institué	Appliqué à l'examen de l'instituant

On préférera la définition du Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) : « *evaluation is the systematic assessment of the worth or merit of an object* », enrichie par Stufflebeam et al.. Systématique correspond au fait qu'une évaluation ne doit pas être improvisée, qu'elle fait partie intégrante du système. « Merit » correspond aux qualités intrinsèques et « worth » aux valeurs extrinsèques. Ce que recherche à définir l'évaluation serait donc le mérite et la valeur. Le Tableau 2 approfondit ce que l'on entend par mérite et valeur, que l'on pourrait résumer à la Qualité.

Tableau 2 Descriptions des différences entre mérite et valeur

Mérite	Valeur
Peut être mis en évidence quel que soit l'objet d'intérêt	Mis en évidence seulement pour des objets qui ont démontré un niveau acceptable de qualité
Met en évidence la valeur intrinsèque de l'objet	Met en évidence la valeur extrinsèque de l'objet
Met en évidence la qualité, c'est-à-dire un niveau d'excellence de l'objet	Met en évidence la qualité d'un objet et sa valeur ou son importance dans un contexte donné
Pose la question : « L'objet fait-il bien ce qu'il est censé faire ? »	Pose la question : « L'objet est-il de grande qualité et aussi quelque chose dont le groupe cible a besoin ? »
Il existe des références validées pour les indicateurs qualité de l'objet évalué	Il existe des références validées pour les indicateurs qualité et des données de l'évaluation de besoins pertinente
Les conclusions cotent l'objet d'après des standards de qualité et contre des objets compétitifs du même type	Les conclusions notent le niveau acceptable de qualité et cotent son importance et sa valeur pour un groupe particulier de consommateurs
Les mises en évidence du mérite peuvent être les comparaisons d'un objet à des standards ou à des objets équivalents	Les mises en évidence de valeurs peuvent être comparatives ou non

D'après (Stufflebeam & Shinkfield, 2007), (p 10).

En définitive, l'évaluation évalue la qualité, la qualité dépassant la notion de discipline. Si on retient la définition de la qualité selon la norme ISO 8402, « *Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites. Le terme qualité n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif* », on retrouve les notions de « merit » et « worth ». On parle de métaphysique de la qualité dont le représentant est Robert M. (Pirsig, 1974). Selon la norme ISO 9000 en 2005, la qualité se réduit d'ailleurs à l' « *aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire les exigences* ». « Intrinsèque » est compris par opposition à « attribué » et signifie présent dans quelque chose, notamment en tant que caractéristique permanente. Cependant, l'objectif des normes ISO est de mettre en confiance les partenaires grâce à la qualité, par convention, dans une logique commerciale d'échange ; Pirsig, lui, est réellement dans une perspective où la qualité est présente en toute chose, en-dehors de tout objectif commercial.

Il faut préciser que dans le domaine de la qualité, les normes ISO s'accordent sur des principes de management de la qualité (en cohérence avec l'assurance qualité) plus proches du système d'interprétation que du contrôle (*cf.* Tableau 1). Ces principes au nombre de huit sont les suivants :

- Orientation client
- Approche processus
- Leadership de la direction
- Implication du personnel
- Approche système
- Analyse factuelle
- Amélioration continue
- Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs.

A la définition concise du Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, Stufflebeam et Shinkfield, rappelant qu'évaluation prend son origine dans « valeurs », rajoutent les valeurs qui leur semblent nécessaires à toute évaluation, à savoir l'honnêteté, la faisabilité, la sécurité, la portée, l'équité. De même, ils rendent cette définition opérationnelle en y ajoutant les besoins de définir, d'obtenir, de rapporter et de tirer les conséquences des informations descriptives et analytiques.

On obtient alors la définition complète suivante :

« Evaluation is the systematic process of delineating, obtaining, reporting, and applying descriptive and judgmental information about some object's merit, worth, probity, feasibility, safety, significance, and/or equity. »

1.4 Méthodologie

Selon le dictionnaire Hachette (Hachette Multimédia/Hachette Livre 1999) : Etude des méthodes propres aux diverses sciences.

Selon le dictionnaire Larousse (Garnier & Vincigerra, 2007) :

- 1) Etude systématique, par observation, de la pratique scientifique, des principes qui la fondent et des méthodes de recherche qu'elle utilise.
- 2) Ensemble des méthodes et des techniques d'un domaine particulier.
- 3) En français courant : manière de faire, de procéder, méthode.

Selon le dictionnaire des sciences humaines de Jean-François Dortier, on ne retrouve que le terme méthode, que l'on peut rapprocher de méthodologie, avec le sens suivant « démarche générale de la pensée dans le domaine scientifique » (Dortier, 2008) (Encadré 1).

Encadré 1 : Extraits de la définition du mot Méthode (Dortier, 2008)

« c'est dans ce sens qu'Emile Durkheim l'emploie dans *Les règles de la méthode sociologique* (1895), mais en gardant en tête que pour « René Descartes dans son *Discours de la méthode* (1637), ... cette méthode s'appuie sur une démarche rationnelle et analytique de décomposition des idées complexes en idées simples », alors que « à l'inverse, Edgar Morin a, dans *La Méthode* (6 tomes, 1977-2003), le projet d'une réforme de la pensée afin de pouvoir appréhender la complexité des phénomènes humains. » Ce type d'opposition se retrouve dans « ce que l'on a appelé le conflit des méthodes ('*Methodenstreit*'), qui a agité l'université allemande durant toute la fin du XIX^{ème} siècle. » « La question de fond est celle-ci : existe-t-il une méthode propre aux sciences sociales ? » « En 1883, Wilhelm Dilthey publie son ouvrage *Introduction aux sciences de l'esprit*. Le philosophe allemand y oppose deux méthodes scientifiques :

- l' « explication » (*erklären*) qui est propre aux sciences de la nature. Cette méthode consiste à rechercher les causes d'un phénomène. Elle procède de façon objective en établissant des liaisons causales entre phénomènes. Elle vise à dégager des lois ;

- la compréhension (*verstehen*) est une méthode propre aux sciences de l'esprit. L'homme étant à la fois le sujet et l'objet de la recherche, la démarche consiste à reconstituer, par empathie, les motifs conscients et le vécu des sujets agissants.

Alors que l'explication procède par analyse (décomposition des causes en facteurs), la démarche compréhensive adopte une démarche synthétique... »

N.B : Si on se place selon le point de vue d'Edgar Morin, la notion d'opposition avec Descartes (dont les théories sont bien antérieures) n'est pas forcément juste (cf. infra le principe dialogique).

Il est intéressant de constater que dans le dictionnaire des sciences humaines de Sylvie Mesure et Patrick Savidan, les termes associés « Mathématiques, méthodes quantitatives et sciences humaines » sont dissociés des « Méthodes qualitatives » (Mesure & Savidan, 2006).

Pour la méthodologie d'évaluation, les différents champs intervenant en évaluation de l'éducation à la santé seront donc observés ; on analysera leurs pratiques scientifiques, leurs principes et leurs méthodes. On travaillera donc forcément sur leur épistémologie.

Concevoir une méthodologie passe aussi par faire un choix d'évaluation en fonctions des objectifs initiaux d'intervention. Ce peut être un objectif de pilotage, de régulation ou de gouvernance.

1.5. Pilotage

Le pilotage est un terme à la mode dont la définition correspondant au propos de la thèse est :

- « être aux commandes de, diriger (Garnier & Vincigerra, 2007) », il n'a été inclus dans le Larousse selon cette définition que dans le millésime 1993ⁱⁱⁱ ;

- « diriger, prendre le commandement de (une opération, une entreprise) »(Robert, 2009).

Le pilotage concerne donc surtout les décideurs, les politiques.

1.6. Régulation

La régulation est un terme choisi arbitrairement ici pour exprimer l'initiative, l'évaluation et les actions correctrices d'une action d'éducation à la santé. Cela correspond bien à une des définitions du Petit Robert « le fait de maintenir en équilibre, d'assurer le fonctionnement

ⁱⁱⁱ Information recueillie directement auprès de l'Édition Larousse.

correct (d'un système complexe). » (Robert, 2009) Elle concerne essentiellement les promoteurs ou les chercheurs d'une action.

1.7. Gouvernance

La gouvernance (Mesure & Savidan, 2006), Encadré 2 :

Encadré 2 : Extrait de la définition de Gouvernance (Jean-Louis Quermonne)

« ... Sans faire référence au vieux français, dont il pourrait tirer ses origines de même que le terme « management », le concept de Gouvernance semble devoir se caractériser par trois traits :

1/ La reconnaissance d'une pluralité d'acteurs à la fois publics, semi-publics et privés, incluant des autorités politiques, des administrations mais aussi des agences de régulation indépendantes, des entreprises multinationales, des groupes d'intérêt et des organisations non gouvernementales, dont certaines instances fonctionnant en réseau ;

2/ la flexibilité des instruments d'intervention qui, par rapport au pouvoir discrétionnaire, incluent la consultation, la concertation, la recommandation, la programmation, le partenariat et l'évaluation, sans oublier la sous-traitance ;

3/ enfin, la quête de la performance, qui confère une place de choix à l'expertise en vue de maximiser le résultat escompté, ce qui n'exclut pas le risque de technocratie, mais vise à promouvoir la recherche de la qualité, ce que le vocabulaire anglo-américain désigne sous le nom de « good governance ».

... D'où l'interrogation que ne manque pas de soulever la Gouvernance au regard de la démocratie en général. Plus proche de la démocratie participative que de la démocratie représentative qui implique le vote majoritaire, sa pratique semble marquer la distance par rapport à la capacité du peuple et de ses représentants à trancher. Or si, comme le formulait Pierre Mendès-France, « gouverner c'est choisir », il semble a priori que l'exercice de la gouvernance vise davantage à promouvoir le consensus qu'à imposer à la minorité, ou aux minorités, le choix de la majorité. L'importance accordée à la participation au processus de décision de la société civile, tend à reléguer au stade de la ratification le vote parlementaire au profit de la concertation menée en amont par le pouvoir exécutif avec les groupes d'intérêt, les syndicats et les mouvements associatifs, dont l'adhésion semble déterminante. Ainsi, dans un contexte caractérisé par le déclin de l'Etat-providence, observe-t-on un mouvement de dégénérescence du pouvoir régalien. Ce qui, en liaison avec la régression de la souveraineté des Etats à l'échelle internationale, conduit certains auteurs à invoquer l'avènement de l'« Etat-creux », traduction française du « hollow-State » anglo-américain(Leca, 1994) ... »

L'utilisation (abusives) du terme gouvernance doit faire prendre conscience des données suivantes (Dortier, 2008). *« Du champ des sciences sociales, la notion s'est diffusée auprès des managers, des politiques comme des organisations internationales, sans oublier les médias, non sans quelques distorsions de sens ou présupposés idéologiques. Dès le milieu des années 1990, la Banque mondiale prône « une bonne gouvernance », soit une nouvelle gestion publique fondée sur une logique entrepreneuriale. Elle préconise l'amaigrissement de l'Etat-providence, le ciblage des bénéficiaires des politiques sociales, la privatisation des services publics. Dans le monde de l'entreprise, la notion de « gouvernance » est associée à une nouvelle forme de management plus subordonnée aux intérêts des actionnaires (« corporate governance »). A travers ces différents emplois, deux conceptions se dessinent distinctement : l'une libérale, mettant l'accent sur les processus de dérégulation, l'autre davantage pensée en référence aux exigences de démocratie participative. »*

Eu égard aux actions d'éducation à la santé et à la notion d'empowerment, le terme de gouvernance ne sera retenu dans cette thèse que selon la conception pensée en référence aux exigences de démocratie participative.

Concrètement, la gouvernance traitée dans cette thèse comporte la participation d'au moins deux publics distincts sur les trois suivants : les décideurs, les promoteurs/chercheurs, la population à laquelle est destinée l'action, en incluant obligatoirement les promoteurs/chercheurs, car dans la mesure où ce sont eux qui mettent en place l'action, on voit mal comment les exclure de l'évaluation participative.

2. Prise en compte de la qualité

Parler de qualité nécessite des modèles d'éclaircissement autour de ce concept.

2.1 La qualité : l'industrie et l'artisanat

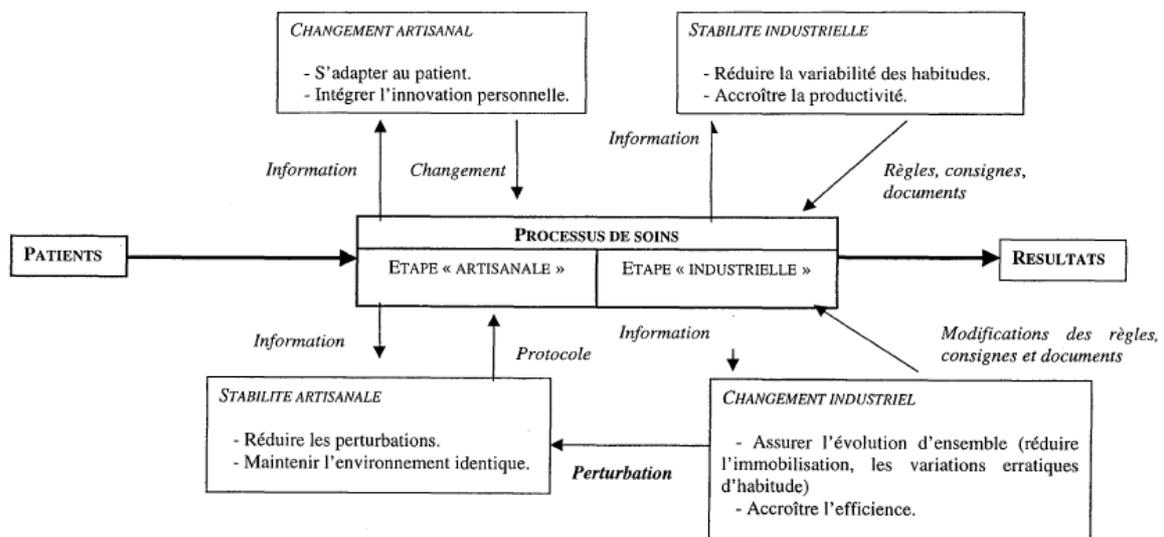
Si on revient à la qualité, transcendant toutes disciplines, on peut considérer, à l'instar de Laurent Gerbaud pour l'hôpital, que l'éducation à la santé est une « unité de production de qualité (ou de non qualité) » (Gerbaud, 1999). Les termes « unité de production » peuvent paraître choquants en sciences humaines, car ils évoquent la notion d'économie et d'industrie. Cependant, il faut exclure que la qualité soit réservée à une production industrielle. L'artisanat est également producteur de qualité (l'Art aussi^{iv}). A terme, ce qui importe, c'est que cette

^{iv} Pirsig (Pirsig, 1974) distingue un monde classique (technique) et un monde romantique (humaniste), qui se réfèrent tous deux à la Qualité. « Mais les romantiques la prennent telle qu'elle est, tandis que les classiques tentent d'en faire le ciment de leur édifice intellectuel. »

qualité soit évaluée. Or, selon que l'on se place selon une perspective industrielle (normative) ou artisanale (fortement influencée par le contexte), les méthodes d'évaluation peuvent différer.

On peut considérer que la qualité résulte des processus de type artisanal et industriel, de changement et de stabilité, représentés dans la Figure 1.

Figure 1 : Boucle des processus artisanaux et industriels dans le processus de soins (Gerbaud, 1999)



Il faut comprendre dans ce schéma que les aspects industriels et artisanaux, non contents de coexister fonctionnent ensemble.

Dans le domaine de l'éducation, on peut dire que les passages d'examens tels que le baccalauréat correspondent à un processus industriel, répondant à une standardisation. Pourtant, chaque enseignant doit s'adapter à chacun de ses élèves, ce qui relève d'un processus artisanal.

2.2 Approche de la qualité

Définir la « Qualité » commune et intrinsèque à toute action d'éducation à la santé n'est pas envisageable. Si on se réfère à Donabédian, on peut avoir trois définitions de la qualité des soins : une définition qualifiée d'« absolutiste », en référence aux valeurs médicales, une définition individualiste, qui privilégie le point de vue de l'individu bénéficiaire des soins et une définition sociale, qui privilégie le point de vue de la société (Donabedian, 1980). Dans ces trois cas, ce qui change sont les valeurs privilégiées par les différents points de vue. Le point commun réside dans la balance bénéfice/risque entre les aspects techniques, les aspects

relationnels et les coûts pour atteindre l'optimum de l'état de santé possible. Ces définitions paraissent tout à fait applicables à l'éducation à la santé. Plus concrètement, l'évaluation de la qualité pourra être faite par l'évaluation des « proxys » comme l'opportunité (premier élément de la qualité), la structure, les procédures (ou processus) et les résultats (voir infra), correspondants aux composants de l'organisation (ici l'action d'éducation à la santé). Par l'évaluation de proxy, on signifie l'utilisation de caractéristiques intermédiaires de la qualité pour évaluer la qualité elle-même. En informatique, un proxy est un serveur relais qui permet à un fournisseur d'accès à Internet de stocker temporairement les pages les plus demandées par ses abonnés dans le but de les fournir plus rapidement. (Robert, 2009)

L'idée à retenir est également que la Qualité n'est pas qu'un résultat, mais un processus. D'un point de vue métaphysique « *La Qualité n'est pas un objet. Elle est un évènement... C'est l'évènement par lequel le sujet prend conscience de l'objet.* » (Pirsig, 1974)

B. Contexte

1. Contexte de l'équipe de recherche et de la recherche scientifique en général

Ce travail de thèse se situe dans le contexte du laboratoire de recherche PAEDI (Processus d'action des Enseignants, Déterminants et Impacts), qui associe des chercheurs d'horizons tels que les sciences de l'éducation et la santé publique, de professions de santé (médecins, psychologues) ou d'éducation (enseignants, didacticiens), de formations différentes (médecine, sociologie, biologie, etc.). De ce fait, il existe depuis la création de l'équipe un réel travail sur les différentes épistémologies et modèles en éducation à la santé. Cette thèse aborde l'évaluation dans cet esprit d'équipe.

Elle se veut plus que pluridisciplinaire, *transdisciplinaire* (Encadré 3), recherchant aussi les avancées faites dans d'autres secteurs que ceux de l'éducation à la santé. Elle peut aussi se voir multiréférentielle (Encadré 4) au sens où (Ardoino, 1993) l'entend.

Encadré 3 : La transdisciplinarité

La transdisciplinarité concerne, comme le préfixe "trans" l'indique, ce qui *est* à la fois *entre* les disciplines, *à travers* les différentes disciplines et *au delà* de toute discipline. Sa finalité est *la compréhension du monde présent*, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance...*la transdisciplinarité s'intéresse à la dynamique engendrée par l'action de plusieurs niveaux de Réalité à la fois.* (Nicolescu, 1996)

Encadré 4 : La multiréférentialité

La multiréférentialité postule une hétérogénéité foncière (et probablement irréductible) des perspectives mises à contribution (autres et non seulement différentes), devant, par conséquent, être ré-articulées pour pouvoir permettre une certaine intelligibilité de leurs objets. La multi-dimensionnalité, toujours seulement « ex-plicative », reste ordonnée à l'espace ou à l'étendue, sur lesquels elle se fonde, alors que la multiréférentialité résolument « compréhensive », reconnaît l'implication, l'altération et la temporalité qui la constituent.

Les difficultés rencontrées au sein de l'équipe PAEDI santé dans les débuts de son fonctionnement sont les mêmes que celles rencontrées en évaluation de l'éducation à la santé. Ces difficultés sont d'ordre épistémologique, mais aussi méthodologique, amenant à faire coexister deux systèmes de références l'un issu de l'univers de la Santé l'autre celui de l'Education (Merini et al., 2007). On peut caractériser ces deux univers à partir de trois critères, l'influence épistémologique dominante, leur structure règlementaire, la représentation symbolique du sujet ciblé (Tableau 3).

Tableau 3 : Critères illustrant la santé et l'éducation (Merini et al., 2007)

	Santé	Education
Influence épistémologique prédominante	Positiviste	Constructiviste (cf. développement des apprentissages et des constructions didactiques)
Structure règlementaire	Focalisation sur les résultats tout en étant soumis à une obligation de moyens	
Représentation collective du sujet ciblé	Malade potentiel	Futur citoyen

Il faut alors éclaircir ce que l'on entend par positiviste et constructiviste.

On attribue généralement aux sciences fondamentales (auxquelles la santé est assimilée dans le tableau précédent) une épistémologie positiviste. Par positiviste, on entend « tout système philosophique qui, récusant les a priori métaphysiques, voit dans l'observation des faits positifs, dans l'expérience l'unique fondement de la connaissance » (Garnier & Vincigerra, 2007). Du positivisme d'Auguste Comte, on a surtout gardé la notion d'expérimentation et de la preuve par l'expérimentation, plus que la notion de récuser les a priori métaphysiques (cf. Encadré 5).

Encadré 5 : Extraits de la définition du positivisme du dictionnaire de Sciences humaines (Mesure & Savidan, 2006) (Sylvie Mesure)

« ... Le positivisme désigne ici toute doctrine considérant que seule la connaissance scientifique des faits (de la positivité factuelle) peut prétendre à la vérité : le modèle de la certitude sera celui des sciences expérimentales, de préférence susceptibles d'opérer une

mathématisation de l'expérience, comme c'est le cas avant tout de la physique. En ce sens, le positivisme est un physicalisme.

Par voie de conséquence, lors de la naissance des sciences sociales, on appellera couramment « positiviste », dans la tradition intellectuelle française, l'option qui fera dépendre l'accès d'une discipline à la scientificité de sa capacité de calquer ses méthodes sur le modèle physico-mathématique. « Positiviste » sera donc la conviction 1/ que seules les disciplines qui peuvent transformer leurs objets en faits expérimentables et mathématisables peuvent prétendre légitimement à la connaissance objective, mais aussi 2/ qu'en droit rien n'interdit qu'une telle démarche soit universalisable, c'est-à-dire qu'elle puisse être étendue à l'ensemble des questions que soulève l'esprit humain, y compris quand les connaissances des faits seront suffisamment développées, les questions portant sur les valeurs. Ainsi la « philosophie politique nouvelle » que Comte revendique lui apparut-elle pouvoir être résorbée au fond dans la sociologie. En contemplant l'ordre social, en acquérant une connaissance positive de sa statique et de sa dynamique, la raison devrait parvenir à le « perfectionner convenablement », c'est-à-dire à déterminer quelles institutions politiques s'intégreraient le mieux dans l' « ordre naturel et involontaire vers lequel tendent nécessairement sans cesse, sous un rapport quelconque, les diverses sociétés humaines »...

C'est cette notion d'expérimentation que l'on retrouve en santé et en recherche médicale, avec la médecine fondée sur les preuves ou « evidence based medicine ». L'expérimentation elle-même consiste à apporter une modification à un groupe et à vérifier les conséquences de cette modification, au mieux avec un groupe contrôle ou témoin. La validité et l'idéal de la causalité entre l'apport de la modification et les conséquences étant apportées par des expériences de type essai clinique randomisé, prospectif. Cette approche implique une distance entre l'observateur et le sujet d'expérience.

En sciences humaines, notamment en éducation, cette distance entre observateur et sujet d'expérience pose toutefois problème. D'une part, le sujet étant conscient d'être observé adopte une position réflexive, qui modifie les conditions d'expérimentation. D'autre part, en éducation et en éducation à la santé, la tendance actuelle est de considérer une approche participative où le sujet participe avec les promoteurs à la construction de projets, à leur mise en œuvre et à leur évaluation. « Dans ce cas, la relation entre chercheur et sujet observé doit être centrale dans le processus de recherche et non exclue de celui-ci » (Rootman et al., 2001) (p90). Le chercheur nommé ici, correspond à l'évaluateur. Cette approche rejoint la théorie constructiviste (cf. Encadrés 6a et 6b).

Encadré 6a : Extraits de la définition du constructivisme dans le dictionnaire des sciences humaines (Dortier, 2008)

Le terme « constructivisme » a des acceptions différentes selon qu'il est employé en philosophie, en psychologie ou en sociologie.

En philosophie des sciences, ... le constructivisme est une théorie de la connaissance selon laquelle nos perceptions du réel ne sont pas des reflets de la réalité, mais des représentations, c'est-à-dire des « constructions » de pensée.

En psychologie, le constructivisme a d'abord été assimilé à la théorie de Jean Piaget, qui conçoit le développement de l'intelligence comme une construction progressive associant une maturation biologique (schèmes d'action ou de pensée innés) et l'expérience (acquis)... Dans un autre sens, ... la réalité sociale est une « invention » ou une « construction mentale », au sens où nous ne cessons de projeter sur le monde nos propres représentations (P. Watzlawick, *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme, 1981*).

En sociologie, le constructivisme se rapporte aux approches contemporaines qui envisagent la réalité sociale comme une « construction sociale » permanente... Les phénomènes sociaux – de la délinquance à la religion, de l'organisation du travail aux lois – résultent d'une longue élaboration où interviennent des représentations, des apprentissages, des règles sociales et des jeux d'acteurs...

Le but de ces analyses est de rompre avec un réalisme naïf et la naturalisation des faits sociaux, invitant à prendre en compte le poids des représentations dans le regard que l'on porte sur le monde.

Le dictionnaire des sciences humaines de Sylvie Mesure et al. décrit davantage les limites du constructivisme (Mesure & Savidan, 2006) (Encadré 6b).

Encadré 6b : Extrait de la définition du constructivisme (Michel Dubois)

« ... M. Lynch dans sa généalogie constructiviste du constructivisme (2001) n'hésite pas, une fois reconnu l'usage terminologique commun, à affirmer qu'il est tout simplement impossible de définir ce que les tenants des différentes approches constructivistes ont en commun. Et Lynch de s'en tenir à la caractérisation d'un simple « air de famille » entre ces différents auteurs. D'autres, plus optimistes, à défaut d'apporter une définition précise, tentent d'en recenser les variantes les plus courantes. S. Sismondo (1993) par exemple ne se contente pas de décrire la manière dont les acteurs mêmes du constructivisme contemporain divergent dans la caractérisation de leur propre point de vue, il identifie quatre usages dominants : (a) la construction comme élaboration, à travers l'interaction des acteurs, d'objets et de formes institutionnelles ; (b) la construction comme production de théories scientifiques à partir de

données et observations empiriques ; (c) la construction comme fabrication en laboratoire d'artefacts à partir de ressources et d'intervention matérielles ; (d) la construction comme formation idéale, au sens néo-kantien, d'objets de pensée et de représentations.

Sismondo souligne que ses usages se développent chez certains auteurs tout à la fois comme « programme ontologique » - l'origine des objets sociaux, des artefacts de laboratoire ou du monde naturel – et/ou « programme épistémologique » - les conditions de validation des énoncés scientifiques à propos des objets sociaux et/ou naturels. A quoi il est possible d'ajouter qu'il existe également à côté de ces programmes ontologique et épistémologique, un « programme méthodologique » du constructivisme, lorsque certains auteurs s'efforcent de suspendre, pour des raisons de méthode et de façon temporaire, toute présomption quant à l'existence d'un contraste ontologique et/ou épistémologique stable entre les objets particuliers qu'ils analysent.

La seconde difficulté, outre cette diversité première, pour identifier la nature du constructivisme tient à la manière dont certains de ses partisans associent plus ou moins explicitement une posture cognitive à un engagement normatif. Ce mélange des genres a été décrit récemment par I. Hacking ([1999] 2001). Sa reconstruction idéaltypique de l'argumentation constructiviste se développe en quatre temps majeurs. Dire de quelque chose, X, qu'il est construit ou socialement construit, c'est le plus souvent (1) partir du constat qu'en l'état actuel des choses, X est collectivement considéré comme acquis, inévitable, pour mieux affirmer non seulement (2) que X, loin d'être déterminé par la nature des choses, et malgré les apparences, est la conséquence de facteurs contingents, historiques, sociaux et culturels ; mais également (3) que X est plutôt mauvais comme il est actuellement voire (4) que collectivement nous serions beaucoup mieux si nous nous débarrassions de X, ou tout du moins si nous le transformions radicalement... »

L'intérêt de la prise en compte d'une vision constructiviste est surtout la prise en compte dynamique des processus scientifiques (ce que ne semblait pas forcément contester Auguste Comte dans le positivisme, si on s'en tient aux extraits du Dictionnaire des Sciences humaines) et celle du contexte dans lequel évoluent les acteurs. Ce contexte peut être microsociologique (la « vie matérielle » de chaque laboratoire de recherche en sciences) : *« Ainsi apparaît le grand paradoxe : sujet et objet sont indissociables, mais notre mode de pensée exclut l'un par l'autre, nous laissant seulement libres de choisir, selon les moments de la journée, entre le sujet métaphysique et l'objet positiviste. Et quand le savant chasse de son esprit les soucis de sa carrière, les jalousies et les rivalités professionnelles, sa femme et sa*

maîtresse, pour se pencher sur ses cobayes, le sujet s'annule soudain, par un phénomène aussi inouï que serait dans un récit de science-fiction le passage d'un univers à un autre par un hyper-espace. Il devient « bruit » tout en étant le siège de la connaissance objective, puisqu'il est l'observateur, le savant lui-même... Cet observateur, ce savant qui précisément travaille sur l'objet, a disparu. Le grand mystère, à savoir que l'objectivité scientifique doit nécessairement apparaître dans l'esprit humain est complètement évité, écarté ou stupidement réduit au thème de la conscience reflet. » (Morin, 2005) (p57). Il peut également s'agir du contexte social plus large. Cette notion de construction sociale élargie est le plus souvent associée au socio-constructivisme (Eymard, 2004).

L'évolution de la définition de la santé au fil des ans, rejoint cette notion constructiviste, passant de la notion d'état à celle de processus, passant de l'absence de maladie par un « état complet de bien-être physique, mental et social » (Définition de l'OMS de 1945) à la « Mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à lui. La santé est un processus adaptatif et constitue une ressource pour la vie quotidienne et non but pour la vie. » (Charte d'Ottawa de 1986).

L'approche duelle opposant éducation et santé, positivisme et constructivisme peut être plus complexe encore si l'on reprend la classification de Chantal Eymard, qui aboutit à un tableau à 9 cases (Tableau 4). Selon cette vision, elle propose 3 modèles pour l'éducation :

- le modèle de l'instruction,
- le modèle de développement du sujet (constructiviste),
- le modèle de l'interaction sociale (socio-constructiviste).

De même, elle décrit 3 modèles pour la santé :

- le modèle organiciste de la santé négative par absence de maladie,
- le modèle global de la santé positive par adaptation individuelle et ajustement social,
- le modèle de la santé conçue comme l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde (Eymard, 2004).

Le croisement de ces différents modèles aboutit à plusieurs variantes d'éducation à la santé.

Tableau 4 : Articulation entre les modèles de la santé et les modèles de l'éducation (Eymard, 2004)

	Santé	Organiciste et négative	Globale et positive. Adaptation individuelle ou ajustement social	Existence Autonomie d'un sujet ouvert sur le monde
Education				
Instruction		Utiliser les résultats de la science pour : Informers des éléments de savoirs nécessaires à la prévention des maladies au niveau individuel et collectif pour transformer l'autre. Maîtriser de la non maladie. Ex : « Fumer provoque le cancer »	Se servir des résultats de la science pour : Enseigner les savoirs visant l'adaptation, voire l'ajustage physique, psychologique et culturel du sujet et des groupes dans un environnement social en perpétuelle évolution. Maîtriser la santé totale et globale, préserver la vie à tout prix	Confronter les résultats de la science pour : Transmettre les savoirs nécessaires aux sujets et aux groupes afin qu'ils puissent décider de leur santé dans un environnement social en évolution. Promouvoir l'existence : le sujet conjugue son savoir expérientiel aux savoirs savants pour organiser son mode de vie.
Développement du sujet		Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître. Le diriger pour la connaissance de son fonctionnement organique, de son potentiel énergétique pour lutter contre les maladies	Entrer en relation pédagogique avec le sujet ou le groupe afin de développer la connaissance qu'il a de lui-même et de la société dans laquelle il évolue. Piloter, guider le sujet et/ou les groupes dans la connaissance de l'interaction de l'individuel physique, psychologique et culturel au collectif, pour qu'il modifie son comportement par ajustement aux normes sociétales.	Entrer en relation éducative avec le sujet ou le groupe afin de lui permettre de se connaître et de connaître le monde dans lequel il évolue. L'accompagner dans la prise de décision individuelle et collective concernant la santé, dans une connaissance du soi sujet et groupal évoluant dans un environnement social.
Interaction sociale		Diriger des projets individuels et collectifs en : Développant la conscience individuelle et collective des problèmes de lutte contre les maladies. Construire un projet social de lutte contre les maladies. Amener le sujet à s'interroger par lui-même et par le collectif dans une perspective de maîtrise de la non maladie, pour le bien de soi et celui des autres	Manager des projets individuels et collectifs en : Développant la conscience individuelle de l'adaptation du sujet à un environnement en perpétuelle évolution. Amener le sujet à uniformiser ses attitudes aux normes en vigueur et aux priorités collectives.	Construire des projets individuels et collectifs avec les sujets ou les groupes en : développant l'autonomie du sujet et des groupes sociaux pour favoriser les prises de décision individuelles et collectives, quant à la santé de l'homme, de la société et du monde. Amener le sujet et le groupe à faire des choix individuels et collectifs, en tenant compte de son équilibre interne et d'une approche écologique des problèmes de santé.

Le but de l'identification de ces différentes épistémologies possibles n'est probablement pas de définir dans quelle case entre telle ou telle action d'éducation à la santé : l'important est de garder en tête qu'au sein des équipes menant des actions d'éducation à la santé et des évaluations, les épistémologies ou systèmes de références ne sont pas forcément réductibles les unes aux autres. Dans la coopération des systèmes de références, il y a parfois affrontement des valeurs, sachant que chaque système de références a son éthique et ses codes. Ce peut être une limite à l'approche pluriréférentielle ou transdisciplinaire. Connaître et expliciter ces épistémologies peut néanmoins éviter des quiproquos entre les différents acteurs. Pineault et Daveluy pensent que plus qu'aux épistémologies, il faut s'attacher aux paradigmes (Pineault & Daveluy, 1986). « ... l'on peut également démontrer qu'il existe toutes sortes de postulats implicites sous-jacents à n'importe quelle démarche évaluative. Ces divers éléments constituent de véritables paradigmes qui ont une influence déterminante sur les choix épidémiologiques (Lecomte, 1982). »

2. Contexte de l'évaluation en France

2.1 Historique de l'évaluation dans les différentes disciplines

2.1.1 Introduction

« Le domaine de l'évaluation se trouve au confluent de trois grandes traditions disciplinaires qui, tout au cours du XIX^e siècle et jusqu'au milieu des années 1970, sont restées relativement indépendantes les unes des autres : les sciences sociales, l'économie, la recherche clinique et épidémiologique. La tradition des sciences sociales s'est développée principalement dans les domaines de l'éducation (Cronbach, 1983; Lindquist, 1953)... » (Contandriopoulos AP et al., 2000)

2.1.2 Histoire de l'évaluation en éducation

L'évaluation du point de vue de l'**éducation**, en France, peut remonter à l'Antiquité ou à l'Ancien Régime, où il n'y a dans un premier temps ni notation ni examen. Cependant sont évalués les candidats souhaitant accéder à certains corps professionnels valorisés : médecins, enseignants, compagnons... L'évaluation sert alors à qualifier, certifier, à reconnaître sans qu'il y ait besoin d'avoir recours à la notation. Les examens et diplômes se multiplient au 19^{ème} siècle car il devient nécessaire de répondre aux exigences économiques de formation adaptées (le cas de figure est le même aux Etats-Unis). Ces examens servent, en même temps, à stratifier le marché du travail et à renforcer les différences sociales : le certificat d'études sanctionne la formation des ouvriers tandis que le baccalauréat qualifie les

futurs cadres. Les examens permettent également de protéger les professions et favorisent un certain corporatisme.

La première étude d'évaluation d'une politique publique en France a été une recherche portant sur l'efficacité des systèmes éducatifs (Alfred binet, 1904 : étude sur le niveau des enfants). Après la seconde guerre mondiale, l'évaluation intervient non seulement en fin de formation, mais avant même la formation pour orienter notamment dans le milieu technique ; l'évaluation pronostique apparaît. Les actions de formation font l'objet elles-mêmes d'une rationalisation dans les années 50, aux Etats-Unis, dans le milieu industriel. Cette rationalisation ne touche alors que les cadres : il s'agit de mieux analyser les besoins (évaluation diagnostique), de mieux planifier et de mieux réguler les actions de remédiations (évaluation formative). Au niveau de l'Education Nationale, le terme d'évaluation apparaît dans les années 1970, au lendemain du bouleversement de 1968. La rupture a donc lieu en 1968, date à laquelle la notion de contrôle, très fortement liée à celles de pouvoir et d'autorité est rejetée en bloc. L'autorité du maître et son objectivité à juger et à noter sont remises en question socialement. L'efficacité de l'école elle-même (voire son utilité) est sujette à interrogation : la nécessité apparaît alors non seulement d'évaluer les élèves, mais aussi les enseignants et, plus largement, le système éducatif dans son ensemble. L'effort de rationalisation, amorcé dans les entreprises, va se développer dans le système éducatif, concernant aussi bien l'institution, que les acteurs et toucher tous les moments de la formation.

« La statistique française de l'éducation..., dans sa forme historique, répondait à une logique de contrôle des dépenses et de dénombrement de la population scolaire, avant qu'elle ne s'étende à une mesure de l'inégalité des chances puis à une mesure de l'inégalité des résultats. Ces déplacements ne sont pas neutres et témoignent des transformations durables des conventions régissant l'évaluation de l'action publique en éducation. C'est aujourd'hui l'Etat qui est interpellé dans une de ses fonctions traditionnelles, face à l'émergence de l'« accountability » anglo-saxonne dont le « benchmarking » et les « bonnes pratiques » transforment durablement les conceptions de l'administration de l'éducation de plus en plus tentée par le management et la gouvernance. La culture de la performance, de plus en plus référée à une extension du capital économique et à une conception de l'éducation considérée comme un investissement en capital humain, relativise progressivement les conceptions de l'intérêt général auxquelles se référait la statistique publique. A cela, viennent s'adjoindre le développement des comparaisons internationales de résultats, la construction de standards et d'indicateurs de qualité dans l'enseignement supérieur ou la formation professionnelle,

l'émergence de statistiques et de tableaux de bord au niveau local, qui complexifient la nature et le format des informations collectées. » (Normand, 2007)

L'évolution de l'évaluation entre le 19^{ème} siècle et aujourd'hui est à rapprocher de la disparition du Taylorisme au profit de formes de management du travail qui introduisent la complexité et accentuent les interdépendances acteurs/système/marché et appellent de nouvelles formes d'évaluation capables de prendre en compte ces interdépendances.

2.1.3 Histoire de l'évaluation en santé (qualité des soins)

Si on se penche sur l'histoire de l'évaluation de la **qualité des soins** (Colin & Gerbaud, 2000), on trouve d'abord des exigences déontologiques et juridiques (serment de Toth, d'Hippocrate, de Maïmonides, code de déontologie). En 1936, l'arrêt Mercier^v stipule qu' « Il s'établit entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant pour le praticien, l'engagement (...) de soins, non pas quelconques, mais attentifs, consciencieux (...) et conformes aux données acquises de la science ». Les médecins sont alors juridiquement tenus à une obligation de moyens. En France, le concept d'évaluation de la qualité des soins est né dans les années 70 où il a fait suite au courant de rationalisation des choix budgétaires menés au nom de seuls critères financiers. La loi DMOS (Diverse Mesures d'Ordre Social) de 1984, a rendu obligatoire l'élaboration d'un rapport interne à l'hôpital sur l'évaluation de la qualité des soins. En 1987, a été créé le Comité national pour l'évaluation médicale, ayant pour mission de suivre les initiatives et les résultats des évaluations dans le domaine médical. En 1989, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) a été créée, dont les objectifs étaient centrés sur l'élaboration et la diffusion de recommandations des pratiques cliniques l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation des milieux médicaux en évaluation. Les ordonnances d'avril 1996 ont instauré la notion d'accréditation obligatoire des établissements de santé et fait obligation à ces derniers de mesurer la satisfaction des patients. L'ANDEM est devenue Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1997, avec pour missions principales l'accréditation des établissements de santé et l'évaluation médicale. La Haute Autorité de Santé (HAS), créée par la loi du 13 août 2004 a remplacé l'ANAES. Cette nouvelle institution se donne trois ambitions (HAS, 2008) :

^v Ce que l'on appelle « arrêt Mercier » est un arrêt de la Cour de Cassation, à propos du cas de Madame Mercier. Cette dernière, ayant bénéficié d'un traitement par radiothérapie en gardait des séquelles. Quelques années plus tard, Monsieur et Madame Mercier ont porté plainte, mais la prescription délictuelle était dépassée. Puisque le cadre juridique délictuel de l'époque ne permettait pas l'indemnisation, le juge place l'affaire sur le

- faire de la qualité un élément clé de la régulation du système de santé ;
- améliorer avec les professionnels la qualité et la sécurité des soins ;
- impliquer les patients dans la qualité en santé.

Que ce soit pour l'éducation ou la santé, on trouve donc des contraintes touchant à la formation. Dans les deux cas, la notion de contrôle est forte (même si implicite) et très mal perçue par les professionnels. Elle ne serait conçue que comme une contrainte budgétaire.

2.1.4 Histoire de l'évaluation en éducation à la santé

L'éducation à la santé se situe elle-même au confluent de l'éducation et de la santé. L'histoire de l'éducation à la santé est, elle, d'abord marquée par l'approche hygiéniste consistant en une information sanitaire centrée sur le risque (lutte contre la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme associé à la consommation d'eau de vie ou d'alcools forts, la promotion de l'hygiène). Elle est également fortement marquée par le milieu associatif, où là encore, la notion de contrôle qualité est très mal perçue. Un fort milieu associatif s'était créé dès le début du 20^{ème} siècle pour lutter contre les fléaux sociaux (alcool, hygiène mentale). Les conséquences de mai 1968 ont cristallisé un repositionnement de l'enseignant-éducateur en fonction des théories de l'apprentissage et de l'éducation (théories initiées bien avant 1968^{vi}). Les méthodes pédagogiques sont alors devenues plus participatives et actives. Le mouvement associatif s'est fortement renouvelé dans les années 80 avec l'apparition du SIDA, avec une demande de politique de prévention plus efficace et mieux intégrée dans le cadre général des politiques de santé (San Marco & Lamoureux, 2004). Les nouveaux messages insistent sur des comportements sociaux (*cf.* le modèle contractuel de prévention de (Dozon, 2009)) vis-à-vis de facteurs de risque comme l'alcool, le tabac ou la conduite automobile.

Dans le milieu des addictions, Jean-Michel Delile reconnaît que la forte « idéologisation » du secteur a nui à son aptitude à être évalué : *« On peut évaluer des actions mais beaucoup plus difficilement des convictions, des croyances, des idéologies. Cette dimension militante a perdu de sa prégnance de nos jours. Le secteur spécialisé a maintenant atteint la maturité (30 ans) ce qui l'autorise à mieux supporter l'évaluation et même la critique. Enfin, les institutions spécialisées ont toujours été caractérisées par une certaine précarité budgétaire et cette fragilité les a volontiers rendues méfiantes à l'égard de leurs*

plan civil, définissant la nature contractuelle de la relation médecin patient. La caractériser ainsi lui permet d'indemniser la plaignante.

^{vi} Pour une vision historique de la pédagogie, on peut se référer au site de Philippe Meirieu <http://www.meirieu.com/PATRIMOINE/lespedagogues.htm> (consulté le 04/09/2009)

Tutelles avec la crainte d'un contrôle normatif derrière le vocable d'évaluation (ou même la crainte d'une fermeture dont les vraies raisons (budgétaires) seraient recouvertes du noble manteau de l'évaluation). » (Delile, 2001)

On reconnaît le passage d'une prévention d'origine associative à une prévention intégrée dans la politique de santé publique, avec la création de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner). Les missions de l'INPES ont été élargies par la loi relative à la santé publique du 9 août 2004, à la formation à l'éducation pour la santé. Cependant, les Comités Départementaux et Régionaux d'Education pour la Santé, associations loi 1901, ont fondé en parallèle la FNES (Fédération Nationale des comités d'Education pour la Santé) de façon à garder leur identité associative.

En éducation à la santé, « *dans un premier temps (Deccache, 1997), l'évaluation s'est cantonnée à l'efficacité des actions et programmes, et donc aux résultats ou rapport entre effets et objectifs. En 1996, la 3^{ème} conférence européenne sur l'Efficacité de la Promotion de la Santé et de l'Education pour la Santé a été entièrement consacrée à l'évaluation de la qualité. Le concept de qualité vient de l'industrie, dans le but d'améliorer l'efficience de la production.* »

2.1.5. Le parallèle avec la qualité

Parallèlement, l'évaluation dans le domaine de la qualité a évolué vers la notion d'« amélioration continue de la qualité » (ACQ), où la qualité est perçue comme un processus continu et une fonction de production. Selon la roue de Deming (ou cycle), l'évaluation de la qualité se fait en quatre étapes « Plan, do, check, act » et doit se renouveler.

Bradbury (Bradbury, Wang, Haskins, & Mehl, 1993) définit l'ACQ comme « *une approche multidisciplinaire visant à recenser, analyser et évaluer les éléments conduisant au changement autant que nécessaire. L'ACQ ne focalise pas sur le blâme (individuel) mais préfère se concentrer sur les causes d'un problème et développer une stratégie de prévention de la réitération. Le présupposé est que la performance des individus au sein d'une organisation dépendra de la qualité qui est injectée dans l'organisation. La question est « qu'est ce qui n'a pas été bien » et non « qui s'est trompé ? », l'approche est centrée sur le patient. C'est une approche globale des problèmes ; visant à changer le comportement de chacun et non changer uniquement le comportement d'une personne. Il faut se demander avec obstination pourquoi un évènement est survenu, trouver sa cause profonde, ne pas se contenter de demander ce qui est arrivé.* »

Les 14 points suivants décrivent la philosophie de Deming (Gitlow, Gitlow, Oppenheim, & Oppenheim, 1989) au sujet de l'ACQ.

1. Créez un objectif constant d'amélioration du produit et du service avec un plan pour devenir compétitif, rester sur le marché et fournir des emplois.
2. Adoptez une nouvelle philosophie. Nous sommes dans une nouvelle ère économique. Nous ne pouvons plus vivre avec les niveaux habituellement acceptés de retard, d'erreurs, de matériel défectueux et d'équipes incompetentes.
3. Arrêtez la dépendance de l'inspection de masse (exhaustive). Exigez à la place la preuve statistique que la qualité est conçue pour éliminer le besoin d'inspection sur un principe d'exhaustivité.
4. Arrêter la pratique d'attribuer aux affaires une étiquette de prix. Dépendez plutôt de mesures de qualité réfléchies, en cohérence avec leur prix. Orientez-vous vers un seul fournisseur pour chaque chose, basé sur une relation à long terme de loyauté et de confiance.
5. Améliorez constamment et pour toujours le système de production et de service, pour améliorer la qualité et la productivité et ainsi diminuer constamment les coûts.
6. Instituez des méthodes modernes de formation.
7. Instituez des méthodes modernes de supervision.
8. Supprimez la peur, pour que chacun travaille effectivement pour l'entreprise.
9. Cassez les barrières organisationnelles, chacun doit travailler en équipe pour prévoir et résoudre les problèmes.
10. Eliminez les objectifs quantifiés arbitraires, les effets d'affiches et les slogans pour les travailleurs qui cherchent des niveaux de productivité sans donner les méthodes permettant de les atteindre.
11. Eliminez les standards de travail et les quotas numériques.
12. Retirez les barrières qui volent leur dignité de travailleurs aux employés.
13. Instituez un programme fort d'éducation et d'apprentissage.
14. Créez une structure qui met en avant les 13 points précédents.

Ces 14 points peuvent être très éloignés de la qualité proposée par le pilotage sur indicateurs...

Il ne faut pas opposer le contrôle qualité et l'ACQ, qui se complètent et n'ont pas les mêmes finalités. Différentes méthodes en découlent, complémentaires (Kritchevsky & Simmons, 1995), qui seront décrites ultérieurement.

John Ovretveit a recensé les caractéristiques qui sont communes à la promotion de la santé et au mouvement qualité :

- le centrage sur les besoins des clients correspondant au besoin d'élaborer et fournir des services de promotion de la santé cohérents avec les désirs et les besoins des populations ;
- l'importance d'évaluer l'implantation et l'amélioration des services ;
- le résultat du service est dû à de nombreuses activités interdépendantes et pas seulement le résultat des compétences d'individus en particulier fournissant le service (penser le système) (Ovretveit, 1996).

De ce fait, les approches qualité sont justifiées en promotion de la santé. On peut alors utiliser les deux principales méthodes que sont l'évaluation sur critères externes (external standard inspection ou ESI) basée sur les standards, les écarts et la correction des écarts (ce qui ressemble fortement à l'idée de contrôle qualité) mais surtout l'ACQ (Deccache, 1997; Ovretveit, 1996).

2.1.6 Conclusion

Dans les 3 domaines étudiés, l'évaluation a d'abord été (reste parfois encore) une contrainte institutionnelle, essentiellement pour des raisons budgétaires. Néanmoins, l'évaluation de la qualité se développe maintenant en santé et en éducation à la santé, pouvant même correspondre, selon une balance incitation/désincitation, au contrepoids à la baisse de qualité résultante du contrôle. Une incompréhension semble entretenue, notamment en éducation, où la qualité n'est assimilée qu'au contrôle et à la performance.

2.2 La légitimité de l'évaluation

Il existe des freins à l'évaluation, qui doivent faire évoquer la légitimité de l'évaluation, des évaluateurs et de qui la commande. Il peut y avoir confusion sur la légitimité du « comment évaluer » tout comme de l'objectif politique sous-jacent. Il devient important de définir les raisons pour lesquelles il faut évaluer, les conséquences du fait de ne pas évaluer, les circonstances où l'évaluation est particulièrement opportune, voire nécessaire, les circonstances pour lesquelles il vaut mieux ne pas évaluer.

2.2.1. Les freins à l'évaluation

« Bien que l'évaluation soit reconnue comme un outil d'amélioration de la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé, sa perception est encore souvent négative, comme

celle d'une mission impossible ou d'une opération de « contrôle »... Ceci est lié d'une part au caractère conflictuel des enjeux qui la sous-tendent, d'autre part aux difficultés concrètes rencontrées dans sa mise en œuvre : difficultés pour obtenir un consensus sur les questions auxquelles elle doit apporter des réponses, sur la méthodologie à choisir, sur les indicateurs ; problèmes liés au temps à y consacrer et au suivi généralement de long terme ; coût de l'évaluation parfois supérieur à celui de l'action, etc. Ces différents éléments représentent un frein certain à son développement, et rendent difficile la mise en œuvre d'évaluations adaptées et pertinentes, étant entendu que tout ne peut ni ne doit être évalué. »(Sizaret & Fournier, 2005)

Ce constat fait pour l'évaluation des actions d'éducation pour la santé est valable pour tous les domaines. On peut tenter de catégoriser les différents freins rencontrés, sachant que « faire » ne suffit pas, il s'agit de « bien faire ».

Les trois champs (éducation, santé, éducation à la santé) ont des freins communs à l'évaluation :

- les résistances psychologiques, avec la remise en question des habitudes et de la pratique quotidienne ;
- les résistances scientifiques, par insuffisance d'information, par nécessité d'un apprentissage spécifique, par les difficultés méthodologiques. Par exemple, il peut être difficile à des personnes de formation littéraire d'envisager une évaluation quantitative biostatistique, de même que des personnes issues des sciences fondamentales peuvent mal comprendre les critères de validité des méthodes qualitatives.

Pour le milieu de la santé comme pour celui de l'éducation, on retrouve comme frein, les résistances sociologiques, en raison de la remise en cause du pouvoir institutionnel descendant (médical, du maître), de l'autonomie du praticien.

Les résistances culturelles concernent notamment le milieu de la santé, par une atteinte au fait culturel du soin, au caractère magique du soin. Les résistances culturelles communes concernent la rencontre des cultures praticiennes et d'évaluation. En éducation, c'est le problème du rapport au savoir de l'élève et de sa famille.

Ces difficultés à l'évaluation sont surtout liées au contrôle ou évaluation normative.

La qualité est le plus souvent assimilée par les trois milieux précédents au contrôle uniquement, selon une vision technocratique, menée par des consultants au langage abscons.

Chantal Vandoorne^{vii} adapte par exemple le schéma de Forget (Vandoorne, 2003) (sur « Quel objet évaluer ? ») en distinguant l'évaluation de la qualité, l'évaluation du fonctionnement et l'évaluation de la mise en œuvre. Mais cette évaluation de la qualité semble uniquement normative.

2.2.2. Les raisons pour lesquelles l'évaluation est opportune

L'évaluation est d'autant plus utile (Andem, 1995) que :

- le thème est innovant dans le contexte local,
- le programme est ambitieux,
- l'« acceptabilité » n'est pas spontanée,
- les résultats ou effets potentiels de l'action sur la population sont importants.

2.2.3 Les raisons pour lesquelles l'évaluation est nécessaire

Les actions en santé doivent être évaluées :

- pour des raisons économiques (moyens restreints, limités), car elles sont généralement financées par les fonds publics (directement ou indirectement pour les associations) ; on peut penser à la mise en place de la Loi d'Orientation des Lois de Finances de 2001, qui impose le suivi des financements par atteinte d'objectifs quantifiés pour tout financement public, avec un résultat jugé défavorable pour les milieux de l'éducation et de la santé ... On peut également citer les orientations indicatives sur les méthodes d'évaluation de la Commission Européenne (CEE, 2007).
- Pour des raisons scientifiques, dans un contexte d'Evidence Based Medecine ou Médecine fondée par les preuves (efficacité +/- qualité), transposée en evidence based evaluation (McQueen, 2006)^{viii}. Il faut néanmoins préciser que la définition de médecine fondée sur les preuves a changé au fil du temps, passant d'une approche uniquement axée sur les preuves de la recherche clinique à une intégration de l'expertise du praticien et des préférences du patient. On est ainsi passé de « *Utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* » (D. L. Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996) à « *L'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient* » (D. Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000).

^{vii} CD-Rom "Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique". CRES Provence-alpes-cote d'Azur (cf. Annexe 2).

^{viii} « A challenge for the new century, for health promotion, is to foster and develop high quality, widely recognized and acceptable standards for evidence-based evaluation. »

- Pour des raisons éthiques : pour l'INSERM, l'éducation à la santé est une « *activité à « risque social » où « les dangers d'une dérive économique, politique ou d'une manière générale peu philanthropiques existent. Une évaluation des avantages de l'action doit être établie afin de les confronter aux inconvénients.* » (Inserm, 2001)

Stufflebeam et al. voient quatre principales utilisations de l'évaluation ; l'amélioration, la justification des actions (rendre des comptes), la dissémination (c'est-à-dire la possibilité de diffuser les acquis de l'évaluation d'une action à d'autres actions) et l'apport pour la recherche (Stufflebeam & Shinkfield, 2007).

2.2.4. Les conséquences de ne pas évaluer

Lorsqu'il s'agit d'évaluer des actions de santé publique, l'absence d'évaluation pose cinq types de problèmes (Dab, 1993) :

- Une action de santé publique peut se révéler néfaste, parce que reposant sur une appréciation parcellaire ou biaisée du problème.
- Il peut exister plusieurs façons d'atteindre un objectif de santé publique, sans que les résultats en soient tout à fait comparables. (Exemple : faut-il vacciner toute une population ou seulement une partie d'entre elle ?).
- Toute intervention de santé publique est coûteuse. Même s'il est facile de montrer qu'intervenir coûte souvent moins cher que d'attendre la survenue d'un problème, il est nécessaire de s'assurer de l'efficacité et de la justesse de la dépense collective qui est ainsi engagée. *Ceci est tout aussi vrai en éducation.*
- Le plus souvent, l'action vise à modifier le comportement de personnes qui ne se sentent pas malades (dans un modèle éducatif), ou à limiter leur liberté d'action (dans un modèle répressif). Le problème de l'acceptabilité individuelle et de la tolérance sociale est alors entièrement posé et la preuve de l'utilité de l'intervention doit être bien établie dans le monde réel.
- La multiplication des actions risque de créer un effet de saturation et rendre l'ensemble inefficace par défaut de coordination. Il faut toujours savoir garder une échelle de priorité, basée sur l'efficacité des actions.

2.2.5. Les circonstances où il vaut mieux ne pas évaluer

Les points précédents répondaient à la question « pourquoi évaluer ? ».

Il existe néanmoins des situations où il ne vaut mieux pas évaluer, citées par (Pineault & Daveluy, 1986), d'après (Churgin, 1981) :

- Lorsqu'une activité est extrêmement populaire et, que d'autre part, elle serait impossible à évaluer étant donné les problèmes techniques qui y sont associés ;
- Quand il a été démontré qu'une activité a un effet négligeable, mais que le public désire à tout prix qu'elle soit maintenue ;
- Lorsque certaines modifications apportées à un programme, suite à une évaluation, risquent d'être fort coûteuses et même de comporter des dangers comparativement aux bénéfices résultant des changements indiqués ;
- Lorsque l'évaluation coûte aussi cher que la continuation d'un programme qui « semble » bien aller.

Dans le premier et le dernier cas, c'est bien la légitimité de l'évaluation qui est mise en cause. Ces situations illustrent la nécessité des valeurs citées dans la définition de l'évaluation de Stufflebeam et al. que sont l'honnêteté, la faisabilité, la sécurité, la portée et l'équité (Stufflebeam & Shinkfield, 2007).

3. Contexte international

L'OMS a déjà précisé que les approches appropriées d'évaluation en promotion de la santé (Rootman et al., 2001) doivent partager quatre caractéristiques (p5) s'appuyant sur les principes devant guider eux-mêmes les actions de promotion de la santé :

- être participative
- faire appel à un travail pluridisciplinaire
- construire la capacité des publics à aborder des préoccupations de la promotion de la santé
- être appropriée, c'est-à-dire conçue pour s'adapter à la nature complexe des interventions en éducation à la santé et à leur impact à long terme.

L'OMS décrit ensuite six principes (p 28) souhaitables en évaluation de la promotion de la santé :

1. Etre applicable à tout type d'approche évaluative, en s'assurant que l'on utilise la méthode la mieux appropriée pour le programme ou la politique qui est évalué.
2. Etre cohérent avec les principes de promotion de la santé, en particulier l'empowerment (*cf.* définition en Annexe 1) des individus et des communautés en insistant sur leur participation.
3. Cibler de rendre compte aussi bien à l'institution qu'à l'individu, c'est-à-dire être construite pour s'appliquer aussi bien au niveau institutionnel qu'individuel couplés synergiquement ou séparément.

4. Etre souple dans son application, capable de répondre aux changements de circonstances, aux occasions, aux défis et aux priorités.
5. Couvrir toutes les étapes du processus d'évaluation, depuis l'établissement du calendrier jusqu'à l'utilisation des résultats.
6. S'appliquer à tous les niveaux de l'évaluation, c'est-à-dire, être une aide quel que soit le niveau auquel l'évaluation prend place.

Le préalable est de débiter l'évaluation le plus tôt possible, avant même la mise en place de l'action, car le recueil de données spécifiques nécessaires à l'évaluation devra être pensé et mis en place avec l'action.

L'OMS décrit 8 étapes incontournables de l'évaluation :

- Etape descriptive du programme (à l'aide de diagrammes notamment)
- Etape d'identification des résultats et des questions
- Etape de construction du processus de recueil des données
- Etape de recueil des données
- Etape d'analyse et d'interprétation des données
- Etapes de recommandations
- Etape de diffusion
- Etape d'action consécutive à l'évaluation.

Ces 8 étapes se superposent bien à l'approche qualité « Plan, Do Check, Act » de Deming.

Si l'OMS permet de poser une première pierre dans la construction de l'évaluation en éducation à la santé, les limites possibles à cette construction sont qu'elles sont uniquement issues du domaine de la santé (tous les participants du groupe de travail de l'OMS sont issus de la santé). Néanmoins, hormis les valeurs posées comme la participation, la pluridisciplinarité ou l'empowerment (reconnues par les acteurs en éducation à la santé, quelle que soit leur formation), les différents principes et recommandations sont génériques à toute évaluation.

C. Justification du sujet

- Les résultats des évaluations en éducation à la santé ne sont pas toujours probants, surtout lorsqu'il s'agit de prendre en compte un environnement favorable à la santé (Dooris, 2006) : beaucoup de méta-analyses ne peuvent conclure à quelque effet que ce soit. Parmi celles (Durlak & Wells, 1997; Stewart-Brown, 2006) ayant conclu à un effet positif (attendu) de l'éducation à la santé, le travail du Health Evidence Network de l'OMS (Stewart-Brown, 2006) a permis de dégager des principes généraux d'efficacité des actions d'éducation à la santé :

- les programmes de promotion de la santé mentale à l'école sont parmi les plus efficaces. Au sein de ceux-ci, les plus efficaces sont ceux agissant sur une longue période et avec une grande intensité et impliquant toute l'école (*en cohérence donc*);

- concernant les interventions promouvant une alimentation saine et l'activité physique, les interventions les plus efficaces sont celles qui sont multifactorielles, en particulier lorsqu'elles impliquent des changements dans l'environnement scolaire ;

- les programmes centrés sur la prévention des addictions sont relativement inefficaces.

- les programmes de prévention du suicide réduisent les tentatives de suicide, la dépression, le stress et la colère, mais pourraient avoir des effets potentiellement dangereux chez les jeunes garçons ;

- bien que les programmes de promotion de la santé délivrée par les pairs soient hautement appréciés par les jeunes, leur efficacité varie ;

- une évaluation holiste des programmes (*à interpréter chacun dans leur globalité*) dans leur contexte local est nécessaire.

« En résumé, l'ensemble de ces analyses conclut que les interventions en communauté ont eu des résultats mitigés. Les effets sur les comportements individuels varient habituellement de modestes à décevants, alors que ceux plus larges sur les systèmes et les communautés sont en général plus significatifs. Les interventions réalisées à partir de politiques publiques semblent les plus prometteuses... » (Hills, Carroll, & O'Neill, 2004)

Avant de conclure que ce sont forcément les actions d'éducation à la santé qui ne sont pas probantes, il faut envisager que l'évaluation telle qu'elle se pratique à l'heure actuelle n'est pas satisfaisante elle-même. Hills et al. soulignent notamment l'inconvénient des méta-analyses de ne pas prendre en compte les éléments du contexte, alors qu'ils sont cruciaux dans la compréhension de l'efficacité des actions de promotion de la santé (Hills et al., 2004). Les méta-analyses ne prennent pas en compte non plus le contenu réel des actions menées (contexte interne et processus).

- Il y a nécessité voire obligation d'évaluer, du point de vue des promoteurs ou des financeurs (pour justifier les actions), mais les points de vue des professionnels de terrain (pour améliorer les pratiques) peuvent être divergents, surtout quand il y a désaccord (plus ou moins implicite) sur ce que l'on entend par qualité, valeurs sous-jacentes et performances, méthodes d'évaluation et épistémologies sous-jacentes. Par ailleurs, la forme de l'évaluation et son objet privilégié sont liés à la nature de l'acteur disposant véritablement du pouvoir d'évaluer. On ne peut dissocier la question « Qui » de questions déontologiques (Qui a le droit ?) et « politiques » (Qui a le pouvoir ?) (Hadji, 1993) p50.

- L'évaluation de l'éducation à la santé est à l'intersection de différents champs disciplinaires théoriques, qui nécessite un éclaircissement sur la sémantique et les concepts utilisés par chacun.

- Mon travail en évaluation de l'éducation à la santé m'amène à mettre en relation ces différents champs disciplinaires et leurs méthodes et outils.

- Le revue de la littérature ne peut pas se cantonner à la médecine ou à l'éducation, car l'évaluation en Education à la santé correspond à l'évaluation de systèmes complexes (Campbell et al., 2007) que l'on peut retrouver également en économie, par exemple.

Ces cinq points justifient ce travail de thèse et légitiment une approche des concepts, disciplinaire, avec une vision élargie par le concept de complexité.

... the complexity of multidisciplinary, compound interventions makes simple, universal rules of evidence untenable... thus, the emerging theoretical perspective on health promotion, which embraces participation, context and dynamism, is being brought into the thinking on evaluation design (McQueen & Anderson) In (Rootman et al., 2001) pp77-8.

Pour caractériser la complexité, on retient les trois principes proposés par Edgar Morin :

1 – La dialogique : « ... Ce que j'ai dit, de l'ordre et du désordre, peut être conçu en termes dialogiques. L'ordre et le désordre sont deux ennemis : l'un supprime l'autre, mais en même temps, dans certains cas, ils collaborent et produisent de l'organisation et de la complexité. Le principe dialogique nous permet de maintenir la dualité au sein de l'unité. Il associe deux termes à la fois complémentaires et antagonistes. » (Morin, 2005) (p98-101)

Définition (Morin, 2008) (p1472) : Unité complexe entre deux logiques, entités ou instances complémentaires, concurrentes et antagonistes qui se nourrissent l'une de l'autre, se complètent, mais aussi s'opposent et se combattent. A distinguer de la dialectique hégélienne. Chez Hegel, les contradictions trouvent leur solution, se dépassent et se suppriment dans une

unité supérieure. Dans la dialogique, les antagonismes demeurent et sont constitutifs des entités ou phénomènes complexes.

2 – La récursion organisationnelle : « ... La société est produite par les interactions entre individus, mais la société, une fois produite, rétroagit sur les individus et les produits. S'il n'y avait pas la société et sa culture, un langage, un savoir acquis, nous ne serions pas des individus humains. Autrement dit, les individus produisent la société qui produit les individus. Nous sommes à la fois produits et producteurs. L'idée récursive est donc en rupture avec l'idée linéaire de cause/effet, de produit/producteur, de structure/superstructure, puisque tout ce qui est produit revient sur ce qui le produit dans un cycle lui-même auto-constitutif, auto-organisateur et auto-producteur. »

Définition de récursion (Morin, 2008) (p 1480) : est récursif tout processus en boucle dont les produits et/ou les effets sont nécessaires à sa propre production ou sa propre causation.

Définition d'organisation (Morin, 2008) (p 1476) : Agencement de relations entre éléments, composants, actions ou individus possédant des qualités et propriétés nouvelles par rapport aux éléments entrant en composition (qualités et propriétés dites émergentes).

3 – L'hologrammatique : « ... Dans un hologramme physique, le moindre point de l'image de l'hologramme contient la quasi-totalité de l'information de l'objet représenté. Non seulement la partie est dans le tout, mais le tout est dans la partie. Le principe hologrammatique est présent dans le monde biologique et dans le monde sociologique. Dans le monde biologique, chaque cellule de notre organisme contient la totalité de l'information génétique de cet organisme. L'idée de l'hologramme dépasse, et le réductionnisme qui ne voit que les parties et le holisme qui ne voit que le tout... Cette idée apparemment paradoxale immobilise l'esprit linéaire. Mais dans la logique récursive, on sait très bien que ce qu'on acquiert comme connaissance des parties revient sur le tout. Ce qu'on apprend sur les qualités émergentes du tout, tout qui n'existe pas sans organisation, revient sur les parties. Alors on peut enrichir la connaissance des parties par le tout et le tout par les parties, dans un même mouvement producteur de connaissances. »

Complément (Morin, 2008) (p 1474) : ... la société en tant que tout, via sa culture, est présente en l'esprit de chaque individu.

« Donc l'idée hologrammatique est elle-même liée à l'idée récursive, qui elle-même est liée à l'idée dialogique en partie. »

Ces notions seront approfondies dans la section théorique.

D. Problématique

Le pilotage, la régulation et la gouvernance ont des logiques différentes. Chacune ayant une légitimité à un moment donné, ensemble ou séparément ou de façon superposée. Les relations de pouvoir constituent un obstacle mais aussi une finalité pour le changement. C'est une étape essentielle à la transformation du système puisque des relations concrètes de pouvoir dépend la liberté des acteurs d'agir sur la structure collective (Crozier & Friedberg, 1981). Dans un premier temps, il faut donc d'abord comprendre comment chacune peut impliquer un type d'évaluation. Il a été vu précédemment qu'évaluer revient à mettre en évidence la qualité de ce que l'on évalue, la définition de cette qualité étant d'ailleurs relative à l'objectif qui la sous-tend, passant d'une approche contrôle à l'amélioration continue de la qualité selon l'objectif. Enfin, l'éducation à la santé est considérée comme un objet complexe. Prendre en compte les trois principes de la complexité doit pouvoir être une solution pour définir une orientation d'évaluation en fonction de l'objectif politique recherché. On en vient donc à la question suivante :

« Du pilotage à la gouvernance, comment prendre en compte la qualité d'objets complexes ? »

Cette question correspond à une hypothèse qui se découpe en deux parties :

- *Hypothèse 1a : Les démarches actuelles en évaluation conduisent à déterminer deux approches*

- *une approche d'opposition binaire regroupant plusieurs méthodologies superposables,*

- *une approche linéaire : la démarche qualité,*

qui ne permettent pas de définir de façon adéquate quelle évaluation choisir selon les catégories de pilotage, régulation et gouvernance. Elles se focalisent sur des oppositions, des indicateurs, des segmentations, ne permettant pas de s'adapter à une démarche de gouvernance.

- *Hypothèse 1b : Réintroduire la dimension de la complexité revient à proposer une démarche dialogique, récursive (réflexive participative, réintroduisant la temporalité et le changement dans le processus évaluatif) et hologrammatique. Réintroduire les notions d'amélioration continue de la qualité et de complexité permet de trouver des démarches d'évaluation mieux adaptées aux 3 objectifs possibles d'intervention et d'évaluation : pilotage, régulation, gouvernance.*

SECTION 1 APPROCHE THEORIQUE

CHAPITRE 1 *Hypothèse 1a*

La linéarité des démarches conduit à déterminer deux approches

- une approche d'opposition binaire regroupant plusieurs méthodologies superposables,

- une approche linéaire : la démarche qualité,

qui ne permettent pas de rendre compte de la complexité des processus en œuvre. Elles se focalisent sur des indicateurs, des segmentations, dans un processus ne permettant pas de s'adapter à une démarche de gouvernance.

1. Introduction

La méthodologie, comme on l'a vu précédemment dans la définition, implique de décrire les différents principes rencontrés et les méthodes utilisées. On procèdera dans un premier temps à une description des différentes catégories d'évaluation de logique binaire, opposante : en fonction de ses buts, en fonction de qui la mène, en fonction du type de méthodes utilisées. Puis on décrira l'évaluation de type qualité, assimilable à une évaluation en fonction du moment où elle s'applique. On vérifiera que l'hypothèse sus-mentionnée est vérifiée.

2. Description des différentes catégories d'évaluation de logique binaire, opposante

2.1 En fonction de la finalité (pourquoi on évalue ?)

On peut définir deux catégories d'évaluation, fonction du but qu'on leur assigne, formative ou sommative (**Tableau 5**) (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) (p25).

Tableau 5 : Caractéristiques des évaluations formatives et sommatives (Stufflebeam & Shinkfield, 2007)

Caractéristiques	Evaluation formative	Evaluation sommative
Buts	Assurance qualité, amélioration	Fournir un jugement global de ce qui est évalué
Utilisation	Guide pour la prise de décision	Rendre compte des succès et des échecs, promouvoir la compréhension du phénomène évalué
Fonctions	Fournir un retour pour l'amélioration	Informers les consommateurs de la valeur de ce qui est évalué, par exemple la qualité, le coût, l'utilité et la sécurité
Orientations	Prospective et proactive	Rétrospective et rétroactive
Moment de l'évaluation	Pendant la mise en œuvre ou le déroulement des opérations	A la fin du déroulement
Services particuliers rendus	Aide à la définition de buts, d'objectifs, de planification et de direction	Aide les consommateurs à faire des choix avisés
Points d'action	Objectifs, déroulements d'action alternatifs, planification, mise en œuvre des plans, résultats intermédiaires	Projets arrivés à échéance, programmes établis ou produits finis, résultats finaux
Variables	Tous les aspects d'un programme évolutif, en cours de développement	Diverses dimensions en relation avec le mérite, la valeur, l'honnêteté, la sécurité, l'équité et l'apport
Public	Décideurs, personne, en lien étroit avec l'interne	Financeurs, consommateurs, et autres parties prenantes, en direction de l'extérieur
Plan d'évaluation	Flexible, renouvelé, réflexif, interactif	Relativement fixé, ni renouvelé ni évolutif
Méthodes types	Etudes de cas, observation, entretiens, études non contrôlées	Large variété de méthodes incluant les études de cas, les essais contrôlés et les recensions
Rapports	Périodique, souvent informels, réflexifs aux demandes du client et du personnel	Enregistrement cumulatif et évaluation de ce qui a été fait et accompli ; comparaisons de l'évalué aux études concurrentielles, analyses coût-efficacité
Relation entre évaluation formative et sommative	Fonde souvent la base des évaluations sommatives	S'ajoute et complète l'information fournie par l'évaluation formative initiale

L'évaluation sommative correspond bien au pilotage par les résultats tel qu'il est proposé dans le cadre de la LOLF. Le public concerné est d'ailleurs bien identifié parmi les financeurs. Les consommateurs y sont joints. L'évaluation formative correspond au public « des personnes en lien étroit avec l'interne ». On en voit donc bien l'intérêt pour les promoteurs d'actions d'un point de vue régulation. Ces deux types d'évaluation sont complémentaires puisque différant par leurs caractéristiques mêmes. Choisir entre l'une ou l'autre dans un contexte de gouvernance paraît difficile, si on admet que la gouvernance inclut

au moins deux des trois publics : décideurs, promoteurs, public destinataire des actions d'éducation à la santé.

2.2 En fonction du mode opératoire (qui évalue ?)

L'évaluation peut être interne, menée par les acteurs du projet ou externe, menés par des consultants. Francis Nock a très bien résumé les avantages et les inconvénients de l'une comme de l'autre (Tableau 6) (Nock, 2000).

Tableau 6 : Avantages et inconvénients des évaluations interne et externe (Nock, 2000)

Evaluation	Avantages	Inconvénient
Externe	Indépendance des intérêts personnels et professionnels des acteurs du programme	Dépendants des commanditaires et des choix institutionnels
	Plus grande objectivité, meilleure crédibilité vis-à-vis de l'extérieur	L'objectivité scientifique n'empêche pas forcément d'avoir des idées reçues sur le problème de santé considéré ou sur certaines populations
	Des connaissances et des compétences techniques garantes d'une rigueur scientifique	L'intérêt de l'aspect « recherche » et des publications peut passer avant le programme en tant que tel
	Possibilité de médiation en cas de conflits	Nécessite des budgets relativement importants
Interne	L'évaluation est au plus près des préoccupations et évolue en même temps que les questions	Les acteurs peuvent hésiter à s'exposer, à remettre en cause leurs pratiques professionnelles
	Meilleure connaissance du programme et du problème de santé traité	Difficultés à prendre des distances par rapport au travail
	L'action peut se faire en continu, pour une évaluation permanente	Manque de temps à consacrer à l'évaluation
	Le temps sur l'évaluation est aussi un temps de formation et de régulation	Peu de connaissances théoriques et techniques a priori

L'évaluation externe apporte une plus grande crédibilité auprès de l'extérieur. Elle convient donc mieux aux financeurs et au public destinataire des actions. L'évaluation interne est elle, préférable pour les promoteurs ou chercheurs en raison de l'expertise sur le sujet et dans un objectif de régulation. Là aussi, on constate qu'aucune méthode n'est supérieure à l'autre, mais qu'elles diffèrent par leurs avantages et inconvénients. Choisir entre l'une ou l'autre dans un objectif de gouvernance va à l'encontre même du concept de gouvernance.

2.3 En fonction des méthodes utilisées (comment on évalue ?)

Il est d'usage de distinguer les méthodes quantitatives et qualitatives. Ces méthodes proviennent de différentes disciplines (Andem, 1995) :

- l'épidémiologie : méthodes quantitatives,
- les sciences sociales : méthodes qualitatives essentiellement,
- les sciences économiques : les méthodes quantitatives (analyses médico-économiques (Grenier, 1996; Wall, 2002), économétrie) sont les plus connues, mais les méthodes qualitatives se développent en macroéconomie.

A ces disciplines, on pourrait ajouter la qualité, qui a développé plusieurs méthodes d'évaluation qualitatives (ANAES, 2000) qui pourraient très bien être appliquées en éducation à la santé.

L'ensemble de ces méthodes, quantitatives ou qualitatives, quelle que soit l'origine disciplinaire, obéit à des règles scientifiques où la question initiale que l'on se pose est cruciale.

Les étapes générales d'une recherche selon le dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (Mucchielli, 2004) sont les suivantes :

1^{ère} étape : analyse du problème en général ;

2^e étape : définition des objectifs généraux de l'étude ou de la problématique* globale (ensemble des questions que l'on peut se poser) ;

3^e étape : études préparatoires à l'enquête (incluent la documentation préliminaire, l'interview des experts, l'exploitation des interviews d'experts, la pré-enquête, la mise au point de la méthodologie) ;

4^e étape : reformulation de la problématique (qui évoluera tout au long de l'étude) ;

5^e étape : choix de la méthode : ensemble programmé des techniques d'enquête (penser à la triangulation*) ;

6^e étape : échantillonnage a priori (penser à la saturation*) et préparation des enquêtes ;

7^e étape : enquêtes proprement dite ou recueil d'informations ;

8^e étape : tenue du journal de bord ;

9^e étapes : analyses qualitatives* et quantitatives appropriées ;

10^e étape : retour sur le terrain pour certification (validation interne*) ;

11^e étape : rédaction des synthèses, rapports et des recommandations ;

12^e étape : présentation orale des résultats (confirmation externe*).

Les étapes sont quasiment identiques pour les méthodes quantitatives.

Les méthodes quantitatives seraient axées sur la généralisation, alors que les méthodes qualitatives aideraient à comprendre le comportement des gens dans des contextes naturels et le sens qu'ils attribuent à leurs expériences, attitudes et comportements, d'après (Wall, 2002). Ce n'est pas tout à fait exact, car si l'anthropologie étudie les comportements et les décrit minutieusement d'un point de vue individuel, la sociologie, elle, analyse les phénomènes collectifs (le fait social) en y cherchant des règles, des constructions.

Une question parfois posée au sujet des méthodes qualitatives concerne leur validité. Pour juger de la validité des résultats obtenus avec des méthodes qualitatives, (Koelen, Vaandrager, & Colomé, 2001) préconise les recommandations suivantes :

- Regarder les informations provenant de différentes perspectives, méthodes et ressources (utilisation de la triangulation).
- Vérifier l'information en continu avec les participants au niveau local (dans différents secteurs), ce qui inclut une collaboration et un débat continu, un contrôle des participants, la recherche d'une convergence dans les différentes interprétations.
- Vérifier les informations à un niveau national, voire international, ce qui permet une validation externe.

Ces méthodes ne diffèrent pas des critères de causalité habituellement proposés dans les études épidémiologiques.

L'opposition entre méthodes quantitatives et qualitatives relève plus de leur paradigme respectif (Tableau 7) (M. Patton, 1978).

Tableau 7 : Les deux paradigmes de l'évaluation selon certaines dimensions de la démarche d'après Patton (M. Patton, 1978)

Paradigme empirique	Paradigme normatif
Données quantitatives	Données qualitatives
Objectivité	Subjectivité
Distance par rapport aux observations (extrospections)	Proximité la plus grande des milieux d'observation
Approche fragmentaire	Approche holistique
Système fixe	Système dynamique
Importance accordée à la fiabilité des données	Importance attribuée à la validité des données
Démarche déductive	Démarche inductive
Tend vers l'uniformité	Tend vers la diversité

Où l'on retrouve des notions fort proches des oppositions contrôle/évaluation, alors que ce qui est appelé normatif dans le tableau correspond ici au système dynamique. Cela tient du fait que la norme peut aussi bien correspondre à un barème (« l'échelle numérique dérivée de la

distribution des scores obtenus par un groupe de référence » (de Landscheere, 1979)) qu'à une cible, « le cadre de référence étant constitué par une performance cible (critère de contenu) » (Hadji, 1993). Cela rend aussi compte du fait que les normes ISO par exemple, s'appliquent au processus et non aux produits ou résultats. Or ce processus, par essence, est qualitatif.

On rattache aux méthodes qualitatives une pratique interprétative, se référant entre autres à la phénoménologie et à l'interactionnisme symbolique. Les trois tendances centrales de cette pratique interprétative seraient la recherche de sens, la référence à une psychologie transculturelle et à la rationalité des acteurs (Demeulenaere P, *In* (Mesure & Savidan, 2006)). Où on voit que l'opposition au positivisme (paradigme empirique et méthodes quantitatives) ne concerne pas que le constructivisme.

Dans le domaine de la qualité, Gitlow et al. reprennent d'autres arguments d'opposition entre méthodes quantitatives (assimilées aux statistiques descriptives) et qualitatives (méthodes analytiques) (Gitlow et al., 1989), *cf.* Tableau 8. Là aussi, on constate que les termes ne signifient pas la même chose selon les domaines, puisque pour d'autres (*cf.* dictionnaire des sciences humaines (Dortier, 2008) pour la méthodologie) le versant analytique est réservé à la méthodologie « erklären », qui décompose les facteurs et non « verstehen », synthétique.

Tableau 8 : Aspects importants des études quantitatives et qualitatives (Gitlow et al., 1989)

But	Descriptif (études quantitatives)	Analytique (études qualitatives)
Focus	Description des matériels dans un cadre	Prévision de résultats d'un processus
Méthodes	Cadre (scientifique, statistique)	Modèles de processus tels que flowcharts, diagrammes cause-effet (pas de cadre)
Principales sources d'incertitude	Erreur d'échantillonnage	Extrapolation au futur (dans quelle mesure peut-on prédire ?)
La source principale d'incertitude est-elle quantifiable ?	Oui	Non
Environnement de l'étude	Statique	dynamique
Type d'échantillon	Randomisé	Jugement

Les méthodes quantitatives sont privilégiées dans un objectif de pilotage, probablement en raison de l'objectivité qui leur est attribuée. Mais il est plus difficile que dans les cas précédents de positionner l'évaluation quantitative ou qualitative en fonction des objectifs de régulation et de gouvernance. En raison de l'aspect holistique et dynamique du paradigme « normatif » de Patton, on peut envisager que l'évaluation qualitative convienne mieux à un objectif de régulation. Encore une fois, la gouvernance incluant au moins deux des trois publics potentiels (dont les promoteurs obligatoirement), le choix d'une méthode contre l'autre risque de ne pas être satisfaisante.

2.4 En fonction du schéma d'intervention

En épidémiologie, la méthode ayant le plus haut niveau de preuve est aussi la plus critiquée en sciences sociales, il s'agit des essais contrôlés randomisés. Ces essais s'appliquent mal dans les contextes habituels de santé publique pour plusieurs raisons : la randomisation est quasi-impossible (en tout cas au niveau individuel) voire non-éthique, on assiste fréquemment à un biais de contamination (les non-exposés ayant accès aux informations des exposés par différents médias). Cette méthode ne permet pas de prendre en compte les changements intermédiaires dans un but d'amélioration continue de l'action et ne permettent pas de connaître l'efficacité réelle (effectiveness) de l'action (Koelen et al., 2001). Les recommandations de l'OMS déconseillent cette méthode (Rootman et al., 2001). Berwick explique quant à lui, que les essais contrôlés randomisés sont une mauvaise solution, car ils correspondent à une vision positiviste de la science, alors qu'on se trouve dans un modèle systémique en éducation à la santé, non linéaire (Berwick, 2008). Les essais contrôlés randomisés, les études cas-témoins, les interventions avec des cohortes exposés/non exposés correspondent à des méthodes que Berwick qualifie d'OXO, en les distinguant des méthodes CMO (Berwick, 2008; Pawson & Tilley, 1997).

Les méthodes OXO pour Observation d'un système (O), Introduction d'une perturbation (X) à certains individus participants mais pas à d'autres, puis à nouveau Observation (O). Ces méthodes expérimentales, ne se prêtent pas aux modèles systémiques tels que les interventions en éducation à la santé. Un autre type de modèle proposé est le modèle CMO, pour contexte + mécanisme = outcome (résultat) : un programme ne marche que s'il introduit les idées appropriées et les occasions (les mécanismes) à des groupes dans des conditions sociales et culturelles adéquates. Le modèle OXO, en supprimant de nombreux détails locaux, ne permet plus de comprendre pourquoi un programme marche ou dans quel contexte. Il n'informe donc pas sur les mécanismes ou facteurs qui affectent la généralisation.

On remarquera que si la question posée est « est-ce que ça marche ? », plutôt que « pourquoi ou comment ça marche ? » (Deccache, 1997), les modèles OXO peuvent garder une légitimité. Or c'est bien cette première question qui est essentiellement posée par les financeurs dans un objectif de pilotage. La question de compréhension des mécanismes concerne davantage les promoteurs et chercheurs des interventions. D'un point de vue gouvernance, la recherche de réponses aux deux types de questions est possible.

2.5 En fonction de ce que l'on considère comme qualité

La première approche la plus connue (contrôle qualité) est appelée External standards inspection (ESI) ou assurance qualité aux Etats-Unis. Selon cette approche, on établit des normes ou standards, des guides de bonnes pratiques (« guidelines ») et on prend des mesures correctives quand il y a écart entre les normes (les résultats attendus) et ce que l'on évalue (les résultats observés). Cette approche facilement compréhensible est adoptée par les politiques de Santé Publique (cf. Loi de Santé Publique de 2004 et ses 100 objectifs à atteindre). L'autre approche est l'amélioration continue de la qualité ou ACQ, où la qualité est perçue comme un processus continu et une fonction de production.

En simplifiant, on a donc une évaluation basée sur les résultats : l'ESI et l'autre basée sur le processus : l'ACQ. Il ne faut pas pour autant opposer le contrôle qualité et l'ACQ, qui se complètent et n'ont pas les mêmes finalités. L'ESI répond à la question « est-ce que ça marche ? » et correspond davantage aux attentes des financeurs dans un objectif de pilotage, quand l'ACQ répond à la question « comment ça marche ? » ou « comment cela pourrait-il mieux marcher ? » et correspond davantage aux attentes des promoteurs d'actions d'éducation à la santé dans un objectif de régulation. Encore une fois, la gouvernance se situera à l'interface de ces deux possibilités.

N.B. : L'ACQ porte par ailleurs en elle une logique récursive.

2.6. L'opposition des méthodes d'évaluation

De façon caricaturale, on peut opérer une dichotomie de toutes ces méthodes d'évaluation (Tableau 9).

Tableau 9 : L'opposition des méthodes d'évaluation

Paradigme	Empirique	Normatif
Epistémologie	Positiviste	Constructiviste
Finalité	Sommative	Formative
Mode opératoire	Externe	Interne
Méthodes	Quantitatives	Qualitatives
Schéma d'intervention	OXO	CMO
Qualité	ESI	ACQ
Composante	Résultats	Processus

La colonne positiviste peut permettre de répondre à la question « est-ce que ça marche » dans un objectif de pilotage. La colonne constructiviste peut permettre de répondre à la question « pourquoi ou comment ça marche » dans un objectif de régulation. Il paraît difficile de faire un choix entre les deux dans un objectif de gouvernance.

3. La logique linéaire en qualité

3.1 L'évaluation en fonction du moment où on la fait

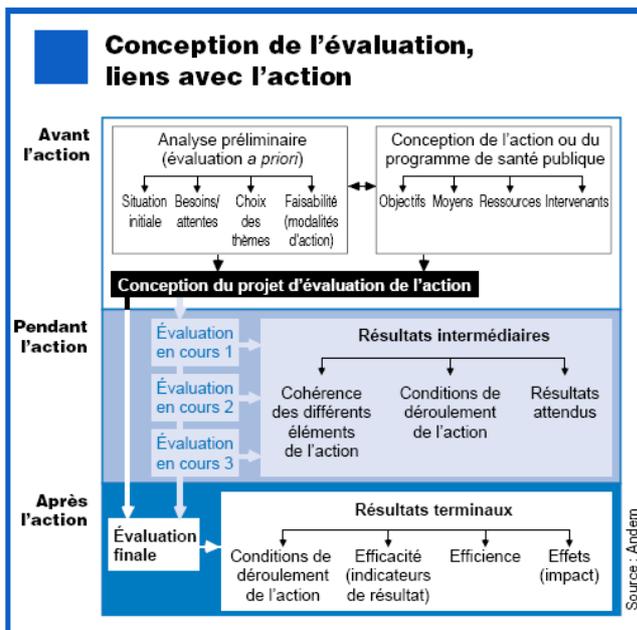
L'évaluation, quel que soit le domaine d'application, ne portait initialement que sur les résultats, donc sur l'après de l'intervention. L'apport des sciences économiques, de la qualité (venant de l'industrie), des sciences de l'éducation, permet de structurer **chronologiquement** les étapes sur lesquelles l'évaluation peut porter. Si Toussaint parle dans son rapport d'évaluation a priori et d'évaluation a posteriori, il est possible de donner plus de détails (Toussaint, 2006).

De façon simple, l'ANDEM distingue l'évaluation avant, pendant et après, soit :

- l'évaluation a priori ou analyse préliminaire (la situation initiale, les besoins ou attentes, le choix des thèmes, la faisabilité (modalité d'actions)) et la conception de l'intervention (les objectifs, les moyens, les ressources, les intervenants) ;
- la (les) évaluation(s) intermédiaire(s), pour les résultats intermédiaires, la cohérence des composantes, les conditions de déroulement, les résultats attendus ;
- l'évaluation finale, pour les résultats terminaux, avec les conditions de déroulement, les effets (ou impact), l'efficacité, l'efficience (Andem, 1995).

Ce découpage, avant, pendant et après l'action, a été repris pour l'évaluation en santé publique (Figure 2) (Blum-Boisgard, Gaillot-Mangin, Chabaud, & Matillon, 1996).

Figure 2 : Conception de l'évaluation, liens avec l'action (Blum-Boisgard et al., 1996)



Cette division en trois phases peut être reprise selon les dénominations suivantes, essentiellement en économie de santé : ex ante, in itinere, ex post.

Pour l'Office Européen des Drogues et Toxicomanies (Kröger, Winter, & Shaw, 1998) (OEDT), cette évaluation chronologique se divise en :

- une phase d'évaluation de la planification du programme, incluant le phénomène, le cadre conceptuel, la nécessité d'une action de prévention, le groupe cible, les objectifs, les méthodes, mais aussi les **ressources** et la préparation des évaluations des procédures et de résultats ;
- une phase d'évaluation des procédures ;
- une phase d'évaluation des résultats.

3.2 L'évaluation selon la qualité en logique linéaire

Selon Donabédian, la qualité en santé peut être évaluée par des « proxy », elle peut donc être approchée par l'évaluation de la structure, des procédures et des résultats (Donabedian, 1980). Cela part du principe que si l'on a mis les moyens nécessaires dans un programme (la structure), on contribue à la qualité dudit programme. De même, si l'action est bien menée (les procédures ou processus), cela contribue à la qualité. Enfin, c'est souvent au vu des résultats que l'on juge de la qualité d'une action. Structure, procédures et résultats sont les composantes d'un programme ou d'une action. Leur évaluation est appelée « évaluation tactique » par (Pineault & Daveluy, 1986). Selon la même logique, si un programme ou une action a été bien conçu(e), cela contribue à la qualité dudit programme. L'évaluation de cette pertinence est appelée «évaluation stratégique » par (Pineault & Daveluy, 1986). Cette pertinence s'écrit « opportunity » en anglais. C'est le terme opportunité qui sera utilisé dans la suite de la thèse.

Le tryptique STRUCTURE/PROCEDURES/RESULTATS

(On s'en tiendra ici aux résultats intermédiaires ou résultats à court terme.)

Synthétisé par Donabédian, c'est le cœur de l'évaluation de la qualité des soins, où l'on peut inclure l'éducation à la santé (Donabedian, 1980).

a) L'évaluation des structures

L'évaluation des **structures** (ce qui est mis en place) est aussi appelée celle des ressources, on parle aussi d' « input », d'entrées ou d'intrants. « L'évaluation de la structure s'intéresse à l'adéquation des ressources (« adequacy »), la quantité, la qualité et l'agencement des ressources humaines, physiques et financières du programme » (Pineault & Daveluy, 1986).

Elle est peu utilisée en pratique en éducation à la santé. (Les indicateurs de performance hospitalière travaillés par le projet COMPAQH - Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière - l'ignorent également). Les indicateurs de structure sont surtout des indicateurs demandés par les institutions dans un objectif de financement (Exemple : La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé).

On peut prendre comme exemple d'évaluation de structure les critères d'Evans (Evans, Head, & Speller, 1994) suivants :

- une collaboration intersectorielle réelle,
- une direction et une supervision stratégique du projet,
- des objectifs réalistes,
- une participation et une implication active du public,
- une équipe compétente et motivée.

b) Evaluation des procédures

On parle de procédure ou de processus, d'output, de sorties, d'extrants, voire d'activité ou de services (Fontaine, Beyragued, & Miachon, 2004). Attention au fait que le terme output est parfois utilisé aussi pour les résultats intermédiaires. Dror distingue « nominal output » dans le processus et « real output » dans les résultats (Donabedian, 1980) (p86 et 88).

Le processus est parfois perçu comme étant ce qui se passe entre l'input et l'output (Deccache, 1997). Il s'agit de ce que l'on fait.

Tout **processus** (ANAES, 2002) [...] peut être décrit comme un ensemble d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité. Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs.

Les indicateurs de processus renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées lors de ces différentes étapes et tâches ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés. L'évaluation des procédures est l'occasion d'évaluer la démarche de projet, son appropriation, sa cohérence, sa continuité.

c) Evaluation des résultats

La notion de **résultats** recouvre des réalités différentes. « Par résultats, on entend généralement des changements directement liés à la raison d'être du programme, c'est-à-dire des changements liés aux problèmes visés par le programme et pour lesquels celui-ci a été

élaboré. » (Champagne, Contandriopoulos, & Pineault, 1985) Cela inclut les connaissances et attitudes des sujets en matière de santé, la mobilisation sociale (collaboration intersectorielle, travail en réseau, « empowerment », *changement de la communauté*), les changements environnementaux, des politiques publiques et des pratiques organisationnelles (positionnements politiques, législations et régulations, institutionnalisation des programmes de promotion de la santé) comme présupposés nécessaires aux changements individuels (Nutbeam, 1998). Le tableau de Don Nutbeam et Elizabeth Harris traduit par Christine Ferron (Nutbeam & Harris, 1998; Lavielle & Lemonnier, 2005) récapitule les différents lieux de changements et les principaux modèles correspondants (Tableau 10).

Tableau 10 : Résumé des différents lieux de changement consécutifs aux actions d'éducation à la santé et modèles sous-jacents (Nutbeam & Harris, 1998 ; Lavielle & Lemonnier, 2005).

Lieu du changement	Théories ou modèles
Théories expliquant les comportements de santé et les changements de comportements en se focalisant sur les individus	<ul style="list-style-type: none"> • Modèles des croyances relatives à la santé • Théorie de l'action raisonnée • Modèle transthéorique du changement • Théorie de l'apprentissage social
Théories expliquant les changements dans les communautés et dans les actions communautaires	Mobilisation communautaire <ul style="list-style-type: none"> - planification sociale - action sociale - développement communautaire
Théories précisant l'usage des stratégies de communication en vue de changements favorables à la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Communication visant des changements de comportements • Marketing social
Modèles expliquant les changements dans les organisations et la mise en place de pratiques promotrices de santé par les organisations	<ul style="list-style-type: none"> • Théories du changement dans les organisations • Modèles d'actions intersectorielles
Modèles expliquant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre écologique pour l'élaboration de ces politiques • Déterminants des décisions politiques • Indicateurs des politiques de promotion de la santé

Les indicateurs de résultats intermédiaires mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes des processus.

L'OPPORTUNITE

Souvent traduit en français par pertinence, le terme opportunité est utilisé en référence aux sciences économiques où on parle de coûts d'opportunité, c'est-à-dire qu'une action financée l'est au détriment d'autres actions.

En santé, « une procédure est jugée opportune (« appropriate ») pour un patient donné à un moment donné, si les bénéfices de la procédure dépassent suffisamment les risques pour qu'il soit indiqué de la pratiquer et qu'il n'existe pas de procédure concurrente plus opportune. » (Brook, Chassin, & Fink, 1986) On voit là que la notion d'éthique est importante, reprenant le principe de non nuisance.

Pour un acte médical, il convient en plus de déterminer s'il est nécessaire ou non. Par nécessaire (Brook et al., 1986; Chassin, Kosecoff, Solomon, & Brook, 1987; Kahan & Gerbaud, 1996), on entend :

- la procédure est jugée opportune,
- il serait éthiquement incorrect de ne pas le faire
- il y a une probabilité suffisante que la procédure apporte un bénéfice au patient,
- le bénéfice pour le patient n'est pas mineur.

Si on prend l'exemple de l'éducation à la sexualité, cette éducation est généralement opportune (il faut bien sûr qu'elle soit adaptée au contexte). En Grande-Bretagne, le nombre élevé de grossesses chez des mineures a fait légiférer pour développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, la jugeant nécessaire. Cette décision collective apporte également un bénéfice aux mineures.

En éducation à la santé (en excluant le cas particulier de l'éducation thérapeutique du patient), la nécessité est parfois difficile à prouver et l'opportunité est déjà trop peu évaluée. Nécessité et opportunité sont très dépendantes du point de vue adopté, il faut donc impérativement le préciser en début d'évaluation.

Les critères suivants d'Evans correspondent bien à cette notion d'opportunité :

- des décisions fondées sur des analyses de besoin,
- une approche planifiée (Evans et al., 1994),

On peut inclure dans cette étape d'évaluation d'opportunité, l'évaluation du cadre conceptuel (Kröger et al., 1998), correspondant à d'autres critères de bonnes pratiques d'(Evans et al., 1994) :

- une définition claire de la santé,
- une philosophie de projet explicite et partagée.

La philosophie (de projet) est reprise par le NHS (NHS, 2003) dans l'évaluation de l'éducation thérapeutique. Deccache parle de critères relatifs aux choix valoriels et théoriques, aux paradigmes sous-jacents (acceptabilité, équité, accessibilité, aspects éthiques, adéquation

des méthodes et techniques utilisées aux choix philosophiques et conceptuels effectués) (Deccache, 1997).

L'OEDT reprend la « théorie (Campbell et al., 2007) sous-jacente ».

Ne pas utiliser la pertinence d'une action d'éducation à la santé revient pour Tones à l'erreur de 3^{ème} espèce (en référence aux risques de 1^{ère} et 2^{ème} espèce en statistiques (Tones & Green, 2004), mais en prenant garde que le risque de 3^{ème} espèce existe déjà en statistiques (Huguier & Flahault, 2003) comme le fait de conclure à tort qu'un produit est supérieur à un autre, alors que c'est l'inverse).

Promotion Santé Suisse^{ix} a identifié la composante d'opportunité comme un domaine relevant de la qualité d'indication (assessment), en précisant : « Un assessment (analyse des besoins, du contexte et de la situation de départ) est essentiel pour légitimer un projet ainsi que pour le planifier et le mettre en œuvre avec succès. La qualité d'indication concerne les aspects suivants :

- Pertinence du thème traité
- Besoin d'intervention
- Contexte culturel, social et légal
- Ancrage de l'intervention dans une politique de santé
- Besoins ressentis des groupes cibles
- Expérience d'autres projets

L'opportunité ou pertinence est parfois associée aux ressources ou structures, dans ce que l'on nomme planification (Kröger et al., 1998).

Cette partie d'évaluation se fait généralement plus ou moins sous la contrainte des bailleurs de fonds ou des promoteurs, qui souhaitent justifier les études proposées au financement.

De l'opportunité aux résultats, on peut donc faire une évaluation avec les critères d'Evans précédemment cités, mais aussi avec d'autres outils tel que Preffi 2.0 ou le Quint-essenz, (cf description en encadré) basé sur 23 critères de qualité regroupés en six domaines (concepts de promotion de la santé, justification du projet, organisation du projet, suivi du projet, résultats). Les concepteurs du Quint-essenz (Ackermann & Studer, 2006) estiment que leur outil *est plus proche de l'idée du Total Quality Management, comme c'est le cas par exemple dans le modèle de l'European Foundation for Quality Management que du système ISO-9000 qui est plus fortement orienté vers la réalisation de normes fixées préalablement* (cf. Encadré 7).

^{ix} Les critères de qualité cités étaient sur le site de Promotion santé suisse dans la version 1.1 du 04/01/2004, Quint-essenz : Domaine de qualité <http://www.quint-essenz.ch/fr/introduction/1111.html>, http://www.quint-essenz.ch/fr/files/Criteres_de_qualite_50.pdf, mais ont été retirés depuis.

Encadré 7 : Extraits du dictionnaire de la qualité (Froman & Gourdon, 2003)

Management de la qualité : Ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, et les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité dans le cadre du système qualité.

Qualité totale : Ensemble de méthodes et de principes organisés en stratégie globale visant à mobiliser toute l'entreprise dans le but de satisfaire le client au moindre coût.

Management total de la Qualité : Mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ces membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client, et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société.

On peut donc envisager de mener une évaluation globale avec ce type d'outils (*cf.* Encadré 8), *a priori* réalisable par tous les publics, même si la demande de fonds est la principale motivation de l'utilisation de ce genre d'outils, correspondant donc plus facilement à un objectif de pilotage.

Encadré 8 : Description d'outils d'évaluation de type qualité

L'évaluation des actions d'éducation à la santé peut être menée à partir de guides ou outils existants, dont la caractéristique commune est de poser des questions illustrant les différentes phases des actions à évaluer. L'ensemble des réponses peut parfois constituer un score permettant de trancher si l'action est de qualité ou non. Le plus important dans ces guides est de savoir mettre en évidence les étapes qui auraient pu être ignorées sinon et donc de structurer l'évaluation.

Les critères de bonne pratique d'Evans(Evans et al., 1994)

Evans décrit 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 besoin
- une approche planifiée
- une collaboration intersectorielle réelle
- une direction et une supervision stratégique du dossier
- des objectifs réalistes
- des méthodes et moyens adéquats et efficaces
- une participation et une implication active du public
- une diffusion large des résultats
- une réflexion et une autoévaluation sur le processus
- une équipe compétente et motivée

Il ne s'agit pas d'un outil à proprement parler, mais le questionnement d'une intervention sur ces critères permet de mener une auto évaluation dans une phase descriptive. Cette auto évaluation paraît surtout intéressante pour la composante d'opportunité ou d'implantation. Dans la mesure où il s'agit de critères de bonne pratique, on peut se placer dans une évaluation de processus, mais pas dans une évaluation de résultats. Elle ne donne pas d'indicateur précis à fournir et est large, elle nécessite donc une réflexion de la part des promoteurs pour trouver comment exprimer les réponses aux questions. Elle peut être utile aux décideurs comme aux promoteurs, davantage dans une perspective formative, sans exclure une approche quantitative sommative.

PREFFI 2.0

Preffi 2.0 est un outil néerlandais également appelé « outil de gestion des effets de la promotion de la santé »(Molleman, Ploeg, Hosman, & Peters, 2006). Bien qu'ayant été créé sur la base de diverses méthodes d'évaluation formative, Preffi se positionne en tant qu'outil de contrôle de qualité où les critères de Preffi doivent permettre aux utilisateurs de comparer leurs propres projets à des normes établies. Preffi nécessite le remplissage d'indicateurs, avec une valence quantitative. Ces indicateurs correspondent à une liste de critères de qualité contenue dans le formulaire de pointage. Trois

documents complètent ce formulaire de pointage : un document 'opérationnalisation des normes', un 'manuel de l'utilisateur' et un guide explicatif qui se veut exhaustif. Le processus d'évaluation par Preffi se veut cyclique et réflexif, pour pouvoir suivre l'évolution de l'intervention.

Les critères de qualité de projet de Promotion Santé Suisse, quint-essenz (Quint-essenz version 2.0 Disponible sur <http://www.quint-essenz.fr>).

Le point de vue est celui des concepteurs ou promoteurs de projets. Il s'agit d'un ensemble de questions portant sur différents domaines de qualité (même s'ils ne sont pas explicitement présentés comme tels). Les auteurs proposent de ne choisir que les domaines paraissant les plus pertinents à ceux qui remplissent le questionnaire.

Le coût d'une telle évaluation est minime : temps de remplissage et discussion des résultats. Les questions sont faciles à comprendre. Le but est formatif, avec possibilité de réitérer le questionnaire ultérieurement pour observer ce qui a pu changer. En ce sens, ce peut être un outil réflexif.

L'évaluation d'opportunité (très détaillée) est envisagée au travers

- des concepts de promotion de la santé (donc des valeurs de porteurs de projet) : égalité des chances, empowerment, setting, participation ;
- au travers des critères de justification du projet : besoin du projet d'un point de vue scientifique ou expérientiel, besoins ressentis du public, insertion dans une stratégie et prise en compte du contexte ;
- au travers de la définition des objectifs et de la méthodologie.

L'évaluation des structures est prévue : évaluation de ressources, structure du projet, qualification et exigences du personnel, mise en réseau des objectifs.

L'évaluation de processus est envisagée (mais de façon assez légère), par les étapes du projet, l'évaluation formative, la communication, la motivation des acteurs du projet.

Les résultats intermédiaires sont un peu envisagés par la satisfaction des acteurs.

Les impacts sont évalués au travers de l'atteinte des objectifs, de la durabilité du changement, de la documentation, de la valorisation.

L'intérêt de cet outil est la proposition de questions sur des domaines que les promoteurs n'auraient pas forcément envisagés. L'ensemble des questions n'est cependant pas forcément exhaustif, mais comme il n'est pas trop directif, on peut imaginer un travail des promoteurs pour ajuster les questions à leur problématique. Il s'agit surtout d'un outil descriptif, permettant de répondre en partie aux demandes de justification des bailleurs de fond, mais aussi des promoteurs. Le public cible n'est pas concerné.

Cet outil ne donne aucune orientation sur les méthodes ou outils à choisir pour l'évaluation.

Ces outils, s'ils sont répétés dans le temps pour avoir un aspect réflexif, n'ont pas à proprement parler de dimension réursive. Leur faiblesse commune est l'absence d'abord réel ou de compréhension du processus.

On peut également se limiter à l'évaluation d'une ou plusieurs composantes.

Pour déterminer quelles composantes évaluer, Champagne et al proposent de distinguer trois buts différant par leur temps :

- l'aide à la planification et à l'élaboration de programme,
- la fourniture d'information pour l'amélioration, la modification ou en général la gestion du programme (but formatif),
- la détermination des effets du programme (but sommatif) (Champagne et al., 1985).

Cela ne correspond pas tout à fait à la démarche de cette thèse où les buts sont distingués par leur objectif politique, éventuellement simplifiés par les publics destinataires. Cependant, le but formatif présenté ci-dessus peut correspondre à la régulation. Dans ce cas, les composantes que Champagne et al. proposent d'étudier sont la structure partant de la question « les ressources sont-elles adéquates pour atteindre les résultats escomptés ? », correspondant à l'analyse des ressources par rapport à des normes en fonction des résultats escomptés. Ils proposent également d'évaluer le processus, partant de la question « les services sont-ils adéquats pour atteindre les résultats escomptés ? », correspondant à l'analyse des services (ou processus) par rapport aux normes en fonction des résultats escomptés. Il est important de noter qu'à chaque fois, ces évaluations sont proposées en fonction des résultats escomptés.

Le but de planification et d'élaboration du programme peut correspondre au pilotage comme à la régulation et probablement à la gouvernance. La composante à étudier est alors l'opportunité (qualifiée d'évaluation stratégique), répondant à la question « le programme définit-il correctement la situation-problème ? » et correspondant à l'analyse des objectifs par rapport à la situation-problème. Il faut probablement rajouter à cette notion d'évaluation stratégique, la notion de choix valoriels qui paraissent indispensables à la régulation.

Le choix de déterminer l'effet du programme est rapporté à un but sommatif, intéressant davantage le pilotage, cela correspond à l'évaluation des résultats.

Dans un objectif de gouvernance, on peut imaginer d'évaluer toutes ces composantes sans préjuger de les évaluer ensemble ou une à une.

On retrouve les mêmes conclusions en évaluation de l'éducation. *Lorsque les acteurs privilégiés de l'évaluation sont les responsables de l'action (pilotage), l'évaluation se centre sur les résultats, pour « mesurer » objectivement l'atteinte d'objectifs préétablis. Lorsque les acteurs principaux sont les participants (groupe des formés) (régulation), elle se centre sur le fonctionnement. Lorsque le pouvoir est distribué entre les différentes parties prenantes (gouvernance), l'évaluation s'efforce de prendre en compte « un maximum de dimensions dans un maximum de directions. (Barbier, 1985; Hadji, 1993) p 50*

Tableau 11 : Récapitulatif des composantes évaluables en fonction de l'objectif politique et en s'appuyant sur les critères de Champagne et al. (Champagne et al., 1985)

	Pilotage	Régulation	Gouvernance
Aide à la planification	Opportunité	Opportunité + choix valoriels	Opportunité
But formatif		Structure, processus	Structure, Processus
But sommatif	Résultats		Résultats

Il faut être attentif au fait que la définition linéaire du processus par un ensemble de tâches ou d'étapes n'est pas suffisante pour aboutir à un résultat de qualité. Chaque étape peut être parfaite, mais l'ensemble des étapes sans coordination ou cohérence (voir *infra* sur les interrelations) peut aboutir à de très mauvais résultats. Par exemple, dans le suivi d'une grossesse, le morcellement de la prise en charge échographique entraîne une situation défavorable au dépistage de malformation congénitale (Perthus, 2005), malgré un nombre a priori satisfaisant de consultations.

Dans le champ de la qualité, le processus est avant tout une transformation des inputs (ressources humaines, services, équipements, matériels, biens et environnement) en outputs (ressources humaines, services, équipements, matériels, biens et méthodes) (Gitlow et al., 1989) p38. Cette transformation inclut l'ajout ou la création d'une valeur dans au moins un des trois aspects : temps, lieu et format, quelque chose est disponible quand, où ou sous la forme dont on en a besoin (cf. opportunité). Toujours d'après ces auteurs (Gitlow et al., 1989), le point important du processus est la boucle de rétrocontrôle (feedback loop) qui relie l'information obtenue sur les outputs au stade de l'input de façon à ce qu'une analyse du processus de transformation puisse être faite. Et là, il ne s'agit plus du tout de logique linéaire, mais récursive.

La vision linéaire est une caractéristique du pilotage par les résultats. Elle néglige le processus qui aboutit à un tel résultat. Elle néglige aussi les résultats à long terme ou inattendus (l'impact), qui peuvent être à l'opposé de ce qui était réellement attendu (mais implicite). Par exemple, on peut faire peur en invoquant les liens entre psychose et cannabis, ce qui entraîne effectivement une diminution de consommation de cannabis, mais peut entraîner une augmentation de consommation d'autres toxiques (tel que l'alcool).

Enfin, la vision linéaire ignore toutes les conséquences des biais entraînés par le retour des résultats auprès des producteurs d'indicateurs.

4. Conclusion

L'approche binaire permet de trouver des orientations d'évaluation pour le pilotage et la régulation, pas pour la gouvernance. On peut ainsi déterminer un tableau indiquant pour les objectifs de pilotage et de régulation quelles épistémologies, quels paradigmes, quels types d'évaluation paraissent les mieux adaptés. Au sein des types d'évaluation en opposition, existe déjà la notion de récursion organisationnelle, comme dans l'ACQ ou l'évaluation de processus. Sommative ou formative, interne ou externe, quantitative ou qualitative,

l'évaluation peut emprunter aux unes comme aux autres, le tout étant de ne pas aboutir à des conclusions fausses par l'utilisation de concepts incohérents avec l'action que l'on a menée.

L'approche linéaire ne peut convenir qu'au pilotage. L'approche qualité permet de déterminer quelles composantes à évaluer paraissent les mieux adaptées aux différents objectifs de conception d'action et d'évaluation. L'évaluation d'opportunité devrait être un préalable à toute mise en place d'action d'éducation à la santé.

Ce sont souvent les financeurs par le biais des appels d'offres qui permettent que cette évaluation soit menée. En ce sens, presque tous les promoteurs d'action font de l'évaluation d'opportunité sans le savoir lorsqu'ils répondent à des appels d'offre. Toutefois, pour que cette évaluation soit profitable aux promoteurs eux-mêmes, il conviendrait qu'ils décident et choisissent cette évaluation, en tenant compte notamment des aspects de valeurs et de philosophie, qui ne sont pas demandés par les financeurs.

Dans le cadre de la Gouvernance, sachant que l'on peut choisir quelles composantes étudier, il convient de garder en tête ce que l'on recherche : « Est-ce que ça marche » et « Pourquoi ou comment ça marche ». (Deccache, 1997) Puisque quelle que soit la discipline, à l'heure actuelle, ce qui semble faire consensus, est la distinction de l'évaluation des procédures et de celle des résultats (Broussouloux & Houzellz-Marchal, 2006) (p 80-3). On peut choisir l'une ou l'autre pour des raisons pratiques : les données à disposition ne sont valables que pour l'une d'elle. Donabédian le propose lui-même, citant Brook et proposant la seule possibilité restante de l'analyse de structure en cas d'absence de données pour les deux. Toute la difficulté consistera à faire le lien entre des indicateurs de structure et les résultats (Donabedian, 1980).

Il paraît néanmoins nécessaire d'aller plus loin.

CHAPITRE 2 Hypothèse 1b : Réintroduire la dimension de la complexité revient à proposer une démarche dialogique, réflexive participative - réintroduisant la temporalité et le changement dans le processus évaluatif – et hologrammatique. Réintroduire les notions d'amélioration continue de la qualité et de complexité permet de trouver des démarches d'évaluation mieux adaptées aux 3 objectifs possibles d'intervention et d'évaluation : pilotage, régulation, gouvernance.

1. Introduction

Si on reprend les oppositions entre les différents types d'évaluation décrits dans le chapitre 1, on constate qu'au mieux, on peut trouver une évaluation adaptée pour les objectifs de pilotage et de régulation, mais pas pour l'objectif de gouvernance. La logique d'opposition ne permet pas de trouver de solution satisfaisante. Par ailleurs, les actions d'éducation à la santé font partie de systèmes complexes. Un des principes de la complexité est le principe dialogique, qui permet soit d'envisager une troisième solution, soit de conjuguer les deux en présence, au lieu de les opposer.

La logique linéaire, si elle semble convenir au pilotage, ne peut pas convenir à la régulation, qui a besoin d'adapter ses actions en fonction des résultats et de comprendre le « pourquoi » et le « comment ça marche ». La description simple des étapes d'un processus est insuffisante à sa compréhension. L'introduction du principe de récursion organisationnelle, en prenant en compte la réflexivité et le temps permet d'y remédier.

2. Proposer une démarche dialogique

2.1 L'opposition évaluation formative/sommative

Si on reprend l'opposition évaluation formative/sommative, Patton (décrit par Pineault et Daveluy) propose un troisième modèle organisationnel, relié à sa méthode, l'évaluation centrée sur l'utilisation (utilization-focused evaluation) (Pineault & Daveluy, 1986). « *Ce modèle correspond à une perspective bien connue en théorie des organisations que l'on appelle le système ouvert (« open-system »). Cette conception situe l'organisation par rapport à un environnement où règnent l'incertitude et une certaine turbulence. Il devient donc important pour une organisation de s'adapter à cet environnement et les décisions sont alors prises sur la base de critères de satisfaction suffisante (« satisficing »), c'est-à-dire de réduction de l'incertitude et de la turbulence, plutôt que de maximisation ou d'optimisation, comme dans les deux modèles précédents.* »

Dans le domaine de la qualité, cette notion de réduction de l'incertitude et de turbulence est centrale, puisque selon Gitlow et al., le but du management dans l'ACQ est la continuelle réduction de variation du processus et du produit (Gitlow et al., 1989) p 533. *(Gitlow et al., 1989) (pp 534-41) utilisent l'analogie de la production de qualité à l'expérience d'une bille lancée à plusieurs reprises dans un entonnoir pour atteindre une feuille de papier. L'hypercontrôle aboutit à une augmentation de la variation du processus et du produit par confusion entre les variations habituelles dues au hasard et les variations extraordinaires (inacceptables). On se trouve dans des conditions d'hyper contrôle lorsqu'on veut ajuster le processus :*

- *en fonction uniquement du précédent résultat (en confondant toujours cette variation ordinaire à une variation anormale) ;*
- *sans mémoire du précédent résultat (on ne tient pas compte de l'expérience) ;*
- *sans mémoire ni de l'objectif initial ni du précédent résultats (Exemple : des bénévoles de l'action ont appris de précédents bénévoles qui l'on eux-mêmes appris de précédents bénévoles, etc. ou principe du téléphone arabe, et personne ne sait plus quels étaient les principes de base ou valeurs à respecter des messages diffusés).*

Concrètement, « l'évaluation centrée sur l'utilisation » consiste essentiellement à adapter continuellement les méthodes choisies par l'évaluateur aux situations particulières. L'élément essentiel de (la) méthode est la participation continue tout au long du processus d'évaluation des preneurs de décision et des autres partenaires à qui l'information est destinée (M. Patton, 1978; Pineault & Daveluy, 1986).

Une autre façon d'envisager les méthodes adéquates en fonction de l'objectif politique est de considérer les types d'évaluations proposées par Hadji pour les apprenants dans le champ de l'éducation, (cf. Tableau 12) où les fonctions principales de certifier, réguler et orienter se superposent remarquablement aux objectifs politiques respectifs de pilotage, régulation et gouvernance (Hadji, 1993) p 61.

Tableau 12 : Tableau général des fonctions de l'évaluation des apprenants (Hadji, 1993)

Objet	Usage social	Fonction principale	Type d'évaluation	Fonctions annexes
Inventaire	Vérifier (probation)	Certifier	Sommative	Classer Situer Informer
Diagnostic	Situer un niveau et comprendre des difficultés	Réguler	Formative	Inventorier Harmoniser Sécuriser Assister Guider Renforcer Corriger Créer un dialogue
Pronostic	Prédire	Orienter	Diagnostic Pronostique Prédictive	Explorer ou identifier Guider Comprendre (un mode de fonctionnement) Adapter (des profils)

2.2 L'opposition évaluation externe/interne

Concernant l'opposition évaluation externe/interne, en réalité, ce qui motive le choix du type d'évaluation relève le plus souvent des budgets disponibles. On recommande généralement de prévoir 10 % du budget de l'intervention pour l'évaluation (5 % pour une évaluation interne). Stufflebeam recommande de toute façon de prévoir une évaluation des évaluateurs internes, à terme (Stufflebeam & Shinkfield, 2007). On parle alors de méta-évaluation.

Le débat qui se pose à l'heure actuelle est l'évaluation **participative**, puisque même externe, l'évaluation doit alors tenir compte des attentes multiples et différentes des différents participants. Cela correspond très exactement à l'objectif de gouvernance.

2.3 L'opposition évaluation quantitative/qualitative

Concernant l'opposition évaluation quantitative/qualitative, Les méthodes quantitatives et qualitatives sont en réalité complémentaires. Il est plus facile d'utiliser des méthodes quantitatives pour l'évaluation de résultats et des méthodes qualitatives pour l'évaluation de processus. L'évaluation de résultats correspondant davantage à l'évaluation sommative et l'évaluation de processus à l'évaluation formative. Une indication des méthodes a été proposée par (Kritchevsky & Simmons, 1995) et al. (Tableau 13)

Tableau 13 : Indication des méthodes d'évaluation en fonction du contexte (Kritchevsky & Simmons, 1995)

Méthodes épidémiologiques	Méthodes d'analyse qualité	Combinaison
Problème d'ampleur inconnue ou d'allure épidémique brutal	Un processus bien défini ne permet pas d'atteindre les résultats attendus	De nombreux processus aboutissent à des résultats comparables et l'on ne sait pas lequel est le meilleur
Les facteurs expliquant la situation ne sont pas connus ou maîtrisés	La solution d'un problème est connue mais difficile à appliquer concrètement	Quand il faut changer l'ensemble d'une prise en charge

Par ailleurs, on peut combiner recherche qualitative et quantitative d'au moins trois manières (Wall, 2002) :

- Les techniques qualitatives peuvent servir à préciser l'intervention et les canaux de causalité.
- Les méthodes qualitatives peuvent compléter le travail quantitatif dans le cadre du processus de validation, comme la triangulation, où les résultats de trois méthodes ou plus (par exemple, un sondage à grande échelle, des groupes de discussion et une période d'observation) sont comparés à des fins de convergence.
- Les méthodes qualitatives peuvent permettre l'analyse de phénomènes ou de secteurs complexes qui ne peuvent encore faire l'objet d'une recherche quantitative, comme des aspects de comportements, d'attitudes et d'interactions complexes. De l'information de ce genre peut servir à engendrer des hypothèses et élaborer des indicateurs pour les études quantitatives.

Les méthodes à choisir doivent être déterminées au mieux, par l'objectif de l'étude, le contexte et le schéma d'étude, les perspectives théoriques (incluant les théories « locales »), la possibilité d'appliquer des outils de mesure et les apports de la communauté participante (Isreal, Shulz, Parker, & Becker, 1998). Il conviendra néanmoins de ne pas se focaliser sur les théories sous-jacentes, en cherchant à tout prix à les justifier, ce qui peut constituer une perte de temps et d'énergie considérables, surtout si leur validité n'est pas prouvée. L'approche mêlant les deux types de méthodes est séduisante et proposée à la fois par Patton (Pineault & Daveluy, 1986) et (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) pour leur complémentarité : les informations en provenance de méthodes quantitatives tendent à être standardisées, efficaces et amènent à des tests standardisés de fiabilité, facilement résumables et analysables et acceptées comme données brutes. Les informations provenant de méthodes qualitatives ajoutent de la profondeur, peuvent être données lors de présentations intéressantes sous forme narrative et fournissent un moyen d'explorer et de comprendre les données quantitatives les plus superficielles. Utiliser les deux méthodes permet de croiser les données.

Les limites à une telle approche résident, d'une part dans le risque de manque de rigueur, sous le prétexte qu'on utilise les deux méthodes. D'autre part, ces méthodes reposent sur des paradigmes différents qu'il est risqué de mélanger au moment de l'interprétation des résultats. Ceci renvoie à la pertinence de l'évaluation elle-même et à l'évaluation d'opportunité qui a pu être menée.

L'évaluation centrée sur l'utilisation, de Patton, n'est pas seulement une alternative à l'opposition formative/constructive, puisqu'il s'agit de choisir des méthodes d'évaluation (de quel que type qu'elle soit) en fonction du public participatif, de façon à ce que les résultats de l'évaluation soient pris en compte dans les prises de décision ultérieures. Ce mode de fonctionnement nécessite un consensus sur les valeurs et jugements des différents participants. Stufflebeam et al. ont pointé les limites de cette approche : le risque de renouvellement des participants en cours d'évaluation, le manque de représentativité éventuel, le risque de choix d'une évaluation non conforme aux standards de l'évaluation par les participants. Dans tous les cas, ce mode de fonctionnement nécessite un évaluateur particulièrement expérimenté et diplomate pour à la fois guider et écouter les participants à l'évaluation (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) p443-4.

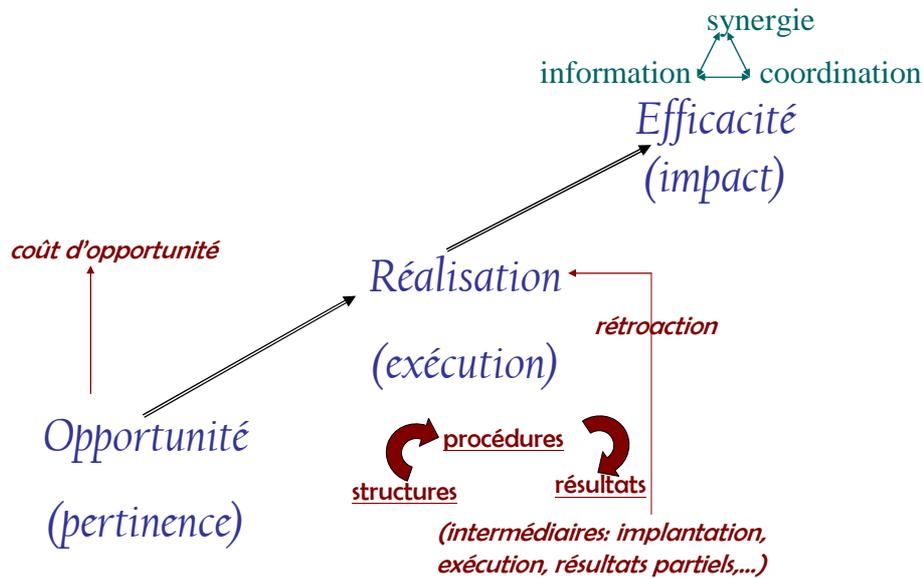
3. Proposer une démarche récursive (réflexive participative) et hologrammatique

3.1 Révision du modèle linéaire

La vision de l'éducation à la santé comme une « unité de production de qualité (ou de non qualité) » (Gerbaud, 1999) est plus complexe que la simple démarche linéaire structure/procésure/résultats. On peut évaluer cette qualité en reprenant le modèle de (Donabedian, 1980), additionné d'éléments complémentaires. L'évaluation selon ce plan quasi-chronologique a été schématisée par Laurent Gerbaud (Figure 3)

Ce schéma avait été réalisé dans un contexte d'analyse des incitations, partant du principe que toute analyse, tout indicateur, est une incitation. Il récapitule les différentes composantes d'après un précédent article (Kahan & Gerbaud, 1995) : Opportunité, Structures, Procédures, Résultats, Impact. Le plus souvent, surtout pour les méthodes quantitatives, on utilisera des indicateurs pour chacune de ces composantes.

Figure 3 : Composantes d'une action d'éducation à la santé susceptibles d'être évaluées



Outre un aspect chronologique, ces composantes incluent des différences de points de vue, car ce ne sont pas les mêmes personnes qui sont forcément concernées par les mêmes composantes. Il devient alors nécessaire de préciser à chaque fois quel est le point de vue adopté.

L'évaluation du processus peut être faite en logique linéaire (donc utilisable dans un objectif de pilotage), comme vu précédemment, mais l'apport des principes de complexité doit permettre une meilleure adéquation avec les objectifs de régulation ou gouvernance.

La distinction des différents types de résultats en résultats et impacts permet de casser la vision linéaire, tout en étant utile à un objectif de pilotage. L'utilisation de cadres conceptuels (de conception d'action comme d'évaluation) permet par ailleurs d'introduire des notions récursives et hologrammatiques. Les différents cadres conceptuels présentés ne répondent pas exactement à une présentation chronologique ni exhaustive. Ils coexistent et doivent pouvoir continuer à coexister.

3.2 Le processus en logique complexe

En logique linéaire, le processus (notamment en économie) est souvent présenté comme une boîte noire. Au mieux, il est fait une description des étapes constituant le processus, mais comme on l'a vu précédemment, cela ne suffit pas pour comprendre la teneur d'un processus, la transformation et le changement qu'il apporte, dans une perspective dynamique. Une action

peut être envisagée comme une organisation ou un système (Crozier & Friedberg, 1981). *Tout changement proposé pour l'épanouissement des individus, le développement de leurs activités ou l'amélioration du climat ou des performances de l'ensemble qu'ils constituent, passe par la transformation de ces systèmes (Crozier & Friedberg, 1981) p202.* Crozier et Friedberg (ibid.) proposent non seulement de faire une analyse stratégique de chacun des acteurs du système, mais aussi une analyse systémique, chaque acteur ayant sa *stratégie égoïste* au sein d'un système avec une *cohérence finalisée*. Bien que de logiques opposées, les deux raisonnements doivent cependant demeurer complémentaires : « *Sans raisonnement systémique, l'analyse stratégique ne dépasse pas l'interprétation phénoménologique. Sans vérification stratégique, l'analyse systémique reste spéculative et, sans la stimulation du raisonnement stratégique, elle devient déterministe.* » (Crozier & Friedberg, 1981) p 203, car séparées on constate qu'on aboutit à des résultats « extrêmement divergents ». L'analyse se fait donc en termes de « jeu » (ou stratégies), c'est-à-dire de *mécanisme concret grâce auquel les hommes structurent leurs relations de pouvoir et les régularisent tout en leur laissant – en se laissant – leur liberté*, de façon à profiter des écarts pour créer de nouvelles opportunités et réaliser des transformations de l'ensemble du jeu. Il s'agit bien là de l'application du principe dialogique.

Cette façon de procéder permet de prendre en compte le contexte comme système sous-jacent à l'organisation, cet « ensemble de facteurs limitants mais n'éliminant jamais complètement la capacité de choix des acteurs organisationnels » (Crozier & Friedberg, 1981). En évaluation, « *il s'agira de découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et, partant, conditionnent leur stratégies, et de remonter ensuite aux modes de régulation par lesquels ces jeux s'articulent les uns aux autres et sont maintenus en opération dans un système d'action.* » (Crozier & Friedberg, 1981) p 392.

L'aspect hologrammatique repose sur les constats suivants. Si le système se maintient grâce aux mécanismes de régulation, c'est-à-dire par l'action de jeux structurés qui définissent à l'avance les possibilités de stratégies rationnelles pour chaque acteur, ce dernier peut aussi transformer le jeu.

Le premier intérêt de ce mode d'évaluation, prenant en compte les principes de la complexité, est qu'il convient à l'évaluation d'une action selon un objectif de régulation, pour comprendre le « comment ou pourquoi ça marche ». L'autre intérêt est qu'avec un objectif de gouvernance, il faut aussi souvent comprendre les jeux et enjeux des acteurs de l'approche participative, qui constituent une organisation en soi.

Cette évaluation par la sociologie des organisations nécessite des experts dans ce domaine.

L'approche systémique peut aussi être visualisée par des diagrammes de boucles causales (causal loop diagrams), ce qui permet de mettre en évidence les chaînes de réciprocité, les relations causales. Le diagramme inclut les variables figurant les éléments importants du système et sont reliées par des flèches indiquant la nature de leur relation (positive ou négative) (Fredericks, Deegan, & Carman, 2008).

Il existe également des méthodes quantitatives d'évaluation de processus, on distingue les « systems models » et les « agent-based models » (Auchincloss & Diez Roux, 2008), tous prenant en compte la notion de système complexe. Ces modèles sont mieux adaptés que les modèles de régression traditionnels, car ils permettent de travailler sur des variables dépendantes, lorsque les régressions nécessitent des variables indépendantes. « *Trop souvent, l'utilisation exclusive des approches par régression contraint non seulement les réponses que nous obtenons, mais aussi les types de questions que nous posons et les hypothèses et même les explications théoriques que nous développons.* » (Auchincloss & Diez Roux, 2008) Il est par contre évident que ces modèles qui nécessitent des logiciels dédiés, ne peuvent être utilisés par des acteurs de terrain, tant il s'agit d'un domaine spécialisé. Ces modèles ne sont utilisés que depuis les années 1990, on en est donc encore au stade de la recherche. Le programme d'appels d'offre de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) française inclut d'ailleurs ce type de recherche en 2009.

3.2 Prise en compte de l'impact et des différents types de résultats

Les résultats finaux, la distinction RESULTATS/IMPACTS

Donabedian ne distinguait pas les différents types de résultats dans son triptyque, il les nommait outcomes. (Pineault & Daveluy, 1986) parlent, eux, d'effets, en distinguant les résultats et l'impact. Les résultats sont spécifiques, obtenus par le programme en regard des objectifs pré-établis. L'impact correspond aux conséquences élargies du programme. L'impact inclut donc (ANAES, 2002) un grand nombre de changements directs et indirects, voulus ou non voulus, liés ou non aux objectifs explicites du programme, tant sur la population visée, que sur la population entière. Ainsi, une action peut avoir un résultat positif à court terme, mais négatif par la suite ; une action efficace en regard de son objectif, par exemple sur une catégorie de personnes, peut avoir un impact négatif sur d'autres catégories de personnes. L'impact peut aussi signifier que l'effet attribuable d'une action est dilué par l'existence d'effets collatéraux. Pour toutes ces raisons, on n'est plus dans une logique linéaire. Par ailleurs, ce qui a été appelé évaluation stratégique (ce qui a été appelé opportunité

dans la thèse) correspond également à une évaluation des impacts pour concevoir ou améliorer une action de façon récursive (Pineault & Daveluy, 1986).

D'un point de vue temporel, l'impact se situerait plutôt à long terme, alors que les résultats se situeraient à court ou moyen terme. Les résultats finaux peuvent avoir trait à la mortalité, la morbidité, l'incapacité, l'inconfort (gêne, handicap) et l'insatisfaction (les 5 D de Lohr (Lohr, 1988) en anglais : death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction), selon une vision négative.

Green distingue lui aussi impacts et résultats, mais en leur attribuant des sens opposés à ceux de Pineault et Daveluy d'un point de vue temporel (LW. Green, 1986). Pour lui, l'impact regroupe les effets directs ou indirects « intermédiaires », immédiats, visés ou non. Par exemple, en éducation à la santé, cela peut correspondre aux changements de savoirs pratiques et théoriques, aux représentations sociales, aux perceptions et attitudes. Par contre, toujours pour Green, les résultats sont les effets « finaux » souvent à moyen ou long terme, tels les changements en termes de morbidité, de mortalité, ou encore d'accès aux services ou de coût des soins et de la santé (Deccache, 1997).

De ces auteurs, on en déduit, au-delà du vocabulaire, qu'il faut distinguer résultats à court terme (ou intermédiaires) et à long terme, effets attendus et non attendus.

Nutbeam a élaboré un modèle de résultats concernant la promotion de la santé (Tableau 14), qui permet de penser les résultats autrement (Nutbeam, 1999).

Tableau 14 : Modèle de résultats concernant la promotion de la santé

Résultats sur le plan de la santé et le plan social	Résultats sociaux Qualité de vie, autonomie fonctionnelle, équité	Résultats au niveau de la santé Diminution de la morbidité, des invalidités, de la mortalité évitable	
Résultats intermédiaires pour la santé (déterminants modifiables de la santé)	Styles de vie sains Tabagisme, choix alimentaires, activités physiques	Services de santé efficaces Prestations de services de prévention, accès, pertinence des services de santé	Environnements sains Environnement physique sain, conditions économiques et sociales favorables, bon approvisionnement en vivres
Résultats relatifs à la promotion de la santé (mesure de l'incidence des interventions)	Littératie dans le domaine de la santé Connaissances en matière de santé, attitudes, intentions comportementales	Action et influence sociale Participation communautaire, habilitation, normes sociales, opinion publique	Politiques publiques sur la santé et pratique organisationnelle Exposés de principes, lois, règlements, affectation de ressources
Actions visant à promouvoir la santé	Education Education des patients et enseignement scolaire, communication des médias	Mobilisation sociale Développement communautaire, conseils techniques	Défense des droits Lobbyisme, organisation politique et activisme

C'est un modèle matriciel où l'on peut envisager des liens aussi bien en ligne qu'en colonne. A priori, il faudrait partir des actions (dernière ligne) pour aboutir aux résultats (première ligne). Mais on voit bien, selon une logique récursive (et une évaluation stratégique ou d'opportunité) que l'on peut s'appuyer sur les résultats pour modifier les actions initiales ou en concevoir de nouvelles. On est bien là dans une logique récursive, voire hologrammatique, chaque élément pouvant retentir sur l'ensemble et vice-versa.

Si on considère que le pilotage se fait en général sur les résultats, tous ces types de résultats peuvent être évalués dans un objectif de pilotage, de même pour les impacts. Pourtant on sort là, stricto sensu de la logique linéaire. Ces résultats et impacts intéressent bien sûr aussi l'aspect de gouvernance.

3.3 Modèles généraux ou cadres conceptuels de conception et d'évaluation d'action

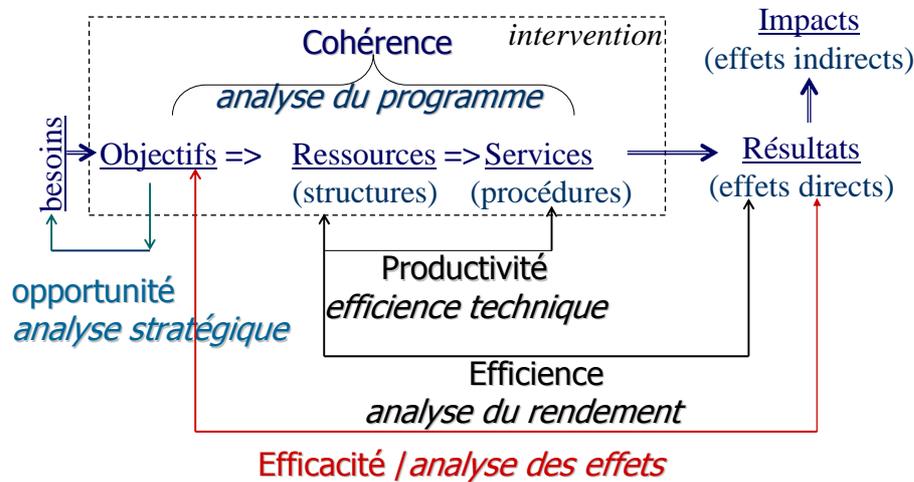
3.3.1 Le cadre conceptuel pour l'évaluation de Champagne et al

Champagne et al. ont décrit un « cadre conceptuel pour l'évaluation », qui va plus loin que la séquence opportunité, structure/procédures/résultats, impact (Champagne et al., 1985). Ils parlent d'évaluation des composantes du programme pour la distinction structure/procédure/résultats, ils distinguent ensuite l'Évaluation des interrelations. Pour ces auteurs, les interrelations sont :

- l'analyse du programme : relation objectifs à atteindre/structures.
- L'évaluation de l'écart, qui est une forme d'analyse du programme (planifié/réel).
- L'analyse de productivité ou efficience : relation services produits/structures (recherche de l'optimisation des services, assimilés au processus)
- L'analyse des effets du programme (utilité et efficacité) : résultats/services ou impact/services.
- L'analyse du rendement : relation structure/effets du programme.

Cela nous ramène au graphique suivant du Centre de Recherche d'Etude et de Développement en Economie de Santé (Bourgueil et al., 2001) (Figure 4)

Figure 4 : Les différents niveaux d'évaluation d'une intervention de santé



Les interrelations peuvent être vues d'un point de vue linéaire, partant du principe que telle opportunité entraîne telle structure, tel processus, etc. D'ailleurs, leur évaluation se fait de façon courante en économie de santé. Pour (Champagne et al., 1985), déterminer les effets du programme (but sommatif) inclut l'analyse du **rendement**, c'est-à-dire les interrelations Résultats/ressources correspondant à des études :

- coût-utilité opérationnelle (quel est le rapport résultats/ressources chez les utilisateurs),
- coût-efficacité opérationnelle et
- coût-avantages opérationnels (quel est le rapport résultats/ressources dans l'ensemble de la population cible).

Ils y ajoutent les interrelations prenant en compte impacts et ressources :

- coût-utilité du programme (quel est le rapport impact/ressources chez les utilisateurs)
- coût-efficacité du programme et
- coût-avantages du programme (quel est le rapport impact/ressources dans l'ensemble de la population cible).

L'évaluation du rendement correspond clairement à un objectif de pilotage. Le plus souvent son évaluation est faite par des économistes de la santé externes à l'action.

Champagne et al. classent aussi en but sommatif l'évaluation de l'utilité et l'efficacité (Champagne et al., 1985). Cependant, comme ces interrelations concernent les résultats ou

impacts avec les services (processus), elles devraient également intéresser les promoteurs dans un objectif de régulation.

L'analyse du programme (correspondance objectifs/ressources) fait partie des contraintes du pilotage.

L'évaluation de l'écart entre programme « idéal » et programme réalisé devrait intéresser au premier plan les promoteurs.

Les évaluations de productivité et d'efficience qui mettent en relation services produits (processus) et ressources s'adaptent également mieux à un objectif de régulation.

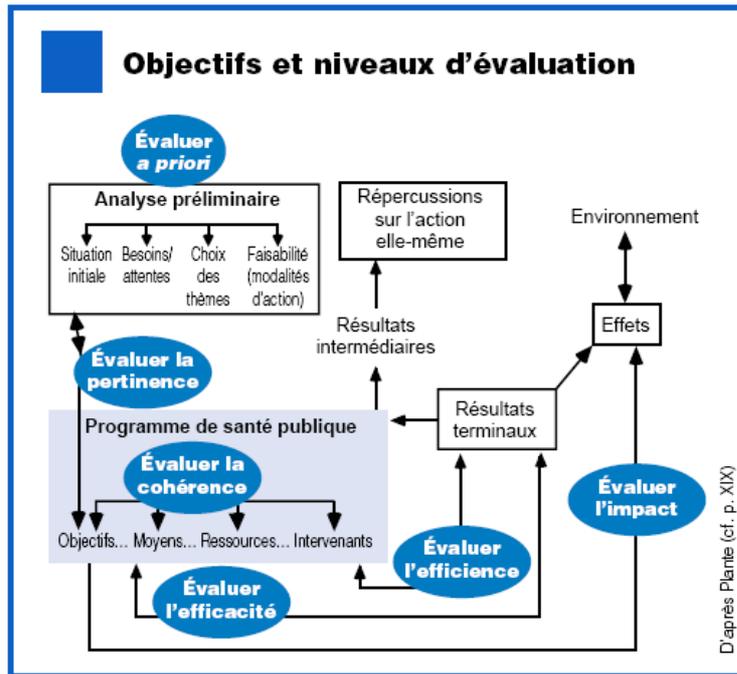
On conçoit cependant que les limites ne sont pas aussi claires que lors des évaluations précédentes, surtout si on admet que les mêmes interrelations peuvent être menées selon une perspective récursive, voire hologrammatique.

Ainsi, les interrelations proposées par Plante incluent la cohérence. Parmi les interrelations, Plante (Figure 5 : Objectifs et niveaux d'évaluation selon Plante) propose de faire un choix entre évaluer :

- la pertinence (lien entre les besoins identifiés et les objectifs poursuivis),
- la cohérence (lien entre les différentes composantes du programme mis en œuvre),
- l'efficacité (relation entre les objectifs poursuivis et les résultats obtenus),
- l'efficience (relation entre les ressources attribuées et les résultats obtenus),
- l'impact (les effets autres que ceux observés sur la population cible : ceux observés sur les acteurs ou sur l'environnement) (Plante, 1991).

L'idée de cohérence est probablement ce qui se rapproche le mieux du principe hologrammatique pour lequel la partie est dans le tout, mais le tout est dans la partie. Cela permet de comprendre que la transformation advenue par l'action peut être comprise au regard des autres composantes, sans nier l'aspect récursif (et non linéaire).

Figure 5 : Objectifs et niveaux d'évaluation selon Plante (Plante, 1991)



Que ce soit devant l'analyse de composantes ou l'analyse des interrelations, on se retrouve face à des modèles encore relativement statiques. On pourrait comparer cela à une vision en deux dimensions, quand l'espace en compte trois. Une analogie peut également être faite avec l'évaluation en statistiques, qui comporte une première étape purement descriptive que l'on pourrait comparer à l'évaluation des composantes, puis une partie de recherche de liens entre différentes variables (analyse univariée ou bivariée selon les écoles) que l'on pourrait comparer à l'évaluation des interrelations et enfin une analyse multivariée, qui permet de saisir plus globalement une réalité en ajustant sur plusieurs facteurs. Pour cette dernière analyse, il manque un morceau au puzzle de Champagne et al. Il manque donc une dimension réursive (cf. Tableau 15).

Cette troisième dimension permettrait de prendre en compte la réflexivité en cours d'analyse, dans un paradigme constructiviste, donc dans un modèle systémique. En effet, la mesure d'un résultat peut lui-même engendrer d'autres résultats (feed-back) sur les ressources ou procédures. Pour reprendre une analogie avec le monde de la physique, « on peut associer à un système quantique de nombreuses caractéristiques, mais en général, on ne peut pas déterminer l'ensemble de tous ces paramètres avec une absolue certitude (on retrouve l'idée que l'électron est "un peu partout à la fois"). Toute tentative pour mesurer une caractéristique de l'objet quantique va altérer irrémédiablement la valeur d'autres paramètres... » (CNRS). C'est le « principe » de Heisenberg.

Tableau 15 : Parallèle entre les différentes phases possibles d'évaluation et d'analyse biostatistique

	1 ^{ère} dimension ou phase	2 ^{ème} dimension ou phase	3 ^{ème} dimension ou phase
Evaluation	Analyse des composantes	Analyse des interrelations	Prise en compte des aspects récurrents et hologrammatique ?
Biostatistiques (vocabulaire sociologique)	Analyse descriptive Tri à plat	Analyse univariée Tri croisé	Analyse multivariée ?

La communication des résultats peut elle-même engendrer une réflexivité (Kröger et al., 1998).

3.3.2. Le modèle CIPP

Le modèle CIPP pour Context Input Process and Product evaluations (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) p 325-65 a de nombreux points communs avec le modèle précédent. C'est un modèle développé et utilisé en éducation. Bien qu'il ressemble à la séquence opportunité/structure/procédures/résultats/impact, il part d'emblée du postulat qu'il fonctionne selon une logique d'amélioration continue de la qualité : « *le but de l'évaluation n'est pas de prouver, mais d'améliorer* » (*A fundamental tenet of the CIPP model is that the most important purpose of evaluation is not to prove but to improve*). De ce fait, le principe de récursion organisationnelle est d'emblée pris en compte (Figure 6). Il place en son cœur les valeurs, reprenant, entre autres, les notions précédentes de devoir prendre en compte les valeurs dans l'évaluation d'opportunité lorsque l'objectif politique correspond à un objectif de régulation ou de gouvernance (Figure 7).

Figure 6 : Diagramme du positionnement de l'évaluation CIPP dans la promotion et la définition de l'amélioration de système

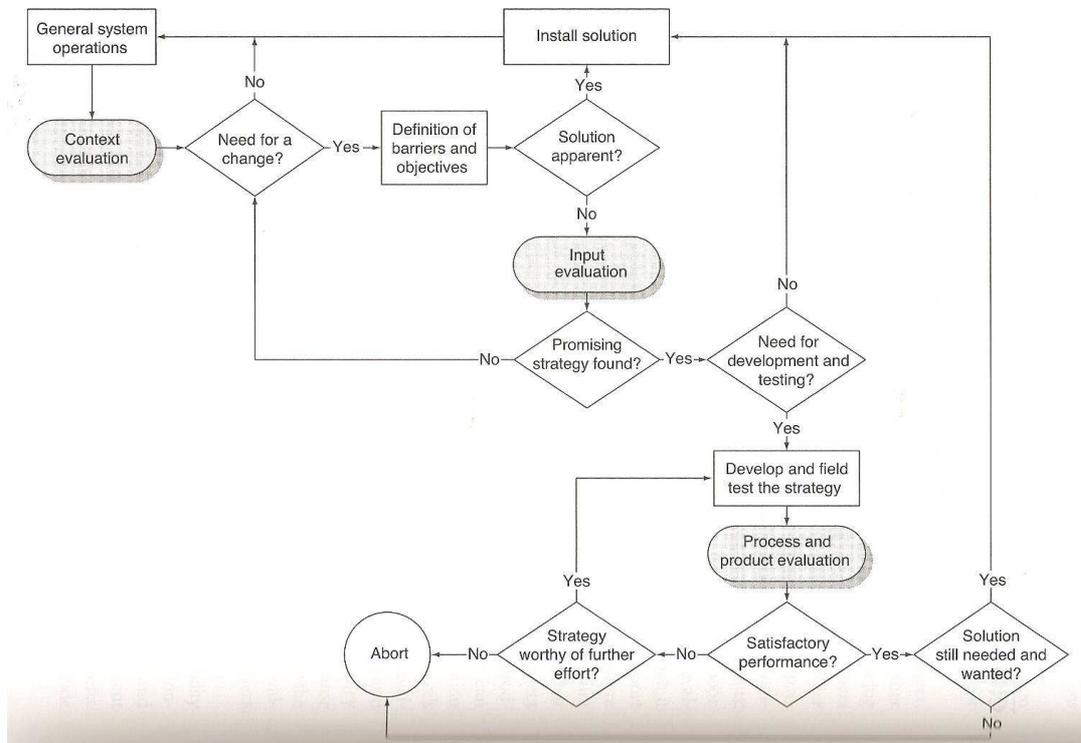
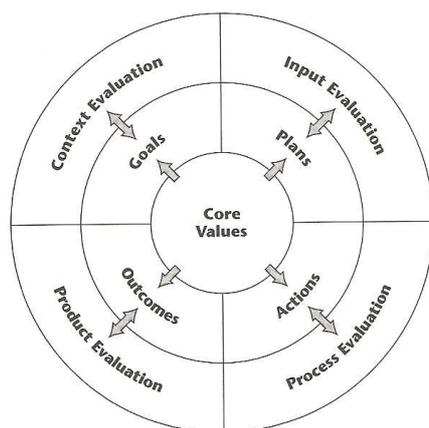


Figure 7 : Composantes clés du modèle d'évaluation CIPP et des relations associées aux programmes



Stufflebeam distingue les quatre modalités d'évaluation CIPP selon que l'on souhaite être formatif ou sommatif (Tableau 16).

Tableau 16 Correspondance des quatre types d'évaluation (du modèle CIPP) avec les évaluations sommatives et formatives (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) p329

Rôles de l'évaluation	Contexte	Input	Processus	Produit
Evaluation formative : application prospective d'information CIPP dans un objectif d'aide à la prise de décision et d'assurance qualité	Guide pour identifier les interventions nécessaires et hiérarchiser les buts (basés sur les besoins, les problèmes, les atouts et les opportunités)	Guide pour choisir un programme ou une autre stratégie (basé sur des stratégies alternatives et des plans d'allocation de ressources), pour vérifier également le plan de travail	Guide pour mettre en œuvre le plan opérationnel (basé sur le suivi et l'évaluation des activités développées dans le programme)	Guide pour pérenniser, modifier, adopter ou finir un effort (basé sur la détermination des résultats et des effets secondaires)
Evaluation sommative : Utilisation rétrospective de l'information CIPP pour déterminer le mérite, la valeur, la probité et la signification du programme	Comparaisons des buts et priorités des besoins définis, des atouts et opportunités	Comparaison des stratégies, des schémas et des budgets de différents programmes en compétition aux besoins ciblés des bénéficiaires	Description exhaustive du processus actuel et de ses coûts, et comparaison des coûts entre les processus attendu et réalisé	Comparaison des résultats et des effets secondaires aux besoins ciblés et, dans la mesure du possible, aux résultats d'autres programmes en compétition ; interprétation des résultats au regard du contexte, de l'input et du processus de l'effort déterminé

3.3.3 Le modèle *Precede Proceed de Green*

Dans le modèle Precede-proceed (J. Green & Kreuter, 1991) (Figure 8), les dimensions éducatives occupent une place de choix ; elles sont organisées en facteurs prédisposants (valeurs, connaissances, croyances, habitudes, etc.) renforçants et facilitants (disponibilité des services et/ou produits, etc.) ; elles doivent faire l'objet d'un diagnostic avant le programme (on retrouve donc bien la notion d'opportunité) et sont représentées comme une étape incontournable d'un changement de comportement ou de modes de vie dans la réalisation d'un objectif de santé, aux côtés des modifications de la législation ou des dispositifs d'aménagement de l'environnement matériel ou social. Ce modèle s'apparente au paradigme rationnel et au paradigme humaniste d'organisation sociale selon Fortin (voir Encadré 9). Il présente l'intérêt de situer l'action éducative parmi d'autres déterminants et de fournir un cadre logique qui lie les modifications de ces déterminants à diverses temporalités de l'évaluation. (Vandoorne, 2007)

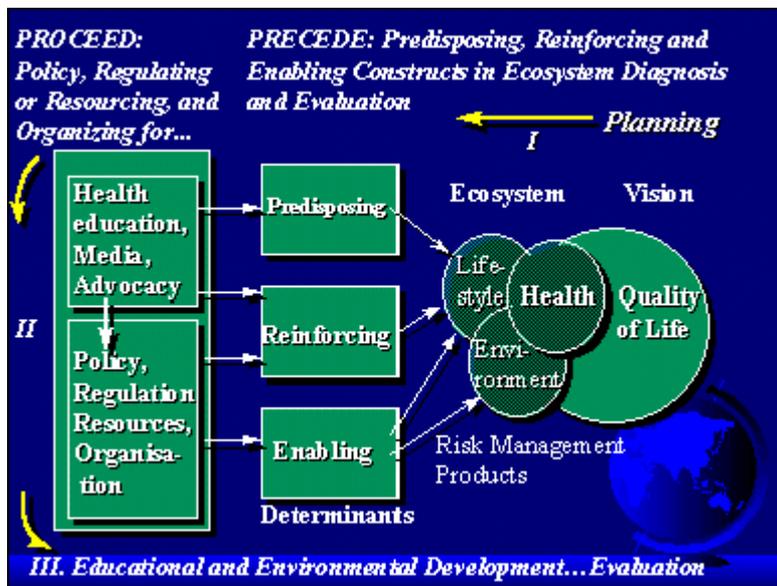
Encadré 9 : Les paradigmes d'organisation sociale selon (Fortin, 2005)

Jacques Fortin distingue quatre paradigmes d'organisation sociale qui permettent de questionner la dimension éducationnelle :

- choix rationnel (le rapport de soi aux normes bio-psychomédicales)
- réalisation de soi (le rapport à soi)
- dialectique sociale (le rapport aux autres)
- approche écologique (le rapport au contexte)

Plusieurs auteurs ont réalisé une adaptation des rubriques de l'axe évaluation, qui montre comment les dimensions éducatives peuvent être considérées comme processus ou résultat intermédiaire à court terme, prédicteurs d'une dynamique de changement. (Renaud & Gomez Zamudio, 1999; Vandoorne, 2007)

Figure 8 : Modèle Precede Proceed



<http://www.lgreen.net/precede.htm> (le 10/08/2009)

L'évaluation commence au niveau de la qualité de vie (sur le schéma ci-dessus) pour suivre les flèches I, II et III, en boucle autour du dispositif et comprend les étapes suivantes :

- Stade I diagnostic social, diagnostic épidémiologique, diagnostics comportemental et environnemental, diagnostics éducationnel et organisationnel, diagnostics administratif et politique,
- Stade II mise en œuvre
- Stade III évaluation du processus, évaluation des résultats à court terme et du processus de changement, évaluation des résultats à moyen terme, évaluation des résultats à long terme.

Ce modèle a déjà été très utilisé dans la littérature, notamment pour la régulation (Ottoson & Green, 2005). Il est également utilisable pour des objectifs de pilotage comme de gouvernance. Ce modèle inclut une forme de récursion organisationnelle et laisse deviner une dimension hologrammatique.

3.3.4 Le modèle de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse

Le modèle de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse (Ackermann, Broesskamp-Stone, Ruckstuhl, Cloetta, & Spencer, 2005; Spencer et al., 2007) repose sur le « outcome model » de (Nutbeam, 1999) (cf. Tableau 14).

Selon ce modèle, la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des étapes intermédiaires. Promotion Santé Suisse ne considère comme résultats que ce qui est attendu ou réalisé, distinguant ainsi résultats d'activités. La colonne D de leur modèle de catégorisation des résultats (cf. Annexe 3) peut alors être assimilée aux résultats à long terme ou impacts (selon Pineault et Daveluy).

Selon les concepteurs, le modèle permet d'analyser une situation, planifier une intervention (ce qui peut correspondre à la phase d'évaluation d'opportunité), évaluer l'impact de projets ou de programmes, de stratégies et de politiques.

L'outil se focalise sur les résultats positifs de la promotion de la santé et de la prévention, mais il peut servir aussi à détecter des « effets secondaires » indésirables, soit des expressions négatives de certains indicateurs des catégories respectives, et à analyser des corrélations d'un projet (Ackermann et al., 2005).

Promotion Santé Suisse (cf. Annexe 3) permet une classification matricielle des résultats plus précise, croisant les niveaux de résultats (activités de la promotion de la santé, résultats directs de la promotion de la santé, effets sur les déterminants de santé, bénéfique pour la santé de la population) et les effets sur différents publics. Cette catégorisation a le mérite de mettre en lumière l'aspect réflexif des résultats. Cette dimension récursive est confirmée par le fait que le modèle peut également être utilisé pour des évaluations et bilans intermédiaires et non seulement finaux. Les résultats intermédiaires pouvant alors être réinvestis dans le pilotage du projet. Les liens trouvés entre les différentes catégories permettent aussi un accès à la dimension hologrammatique.

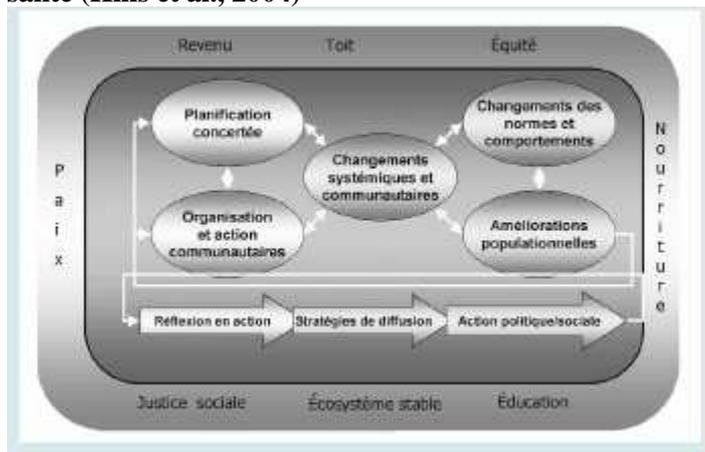
Sachant que l'on évalue principalement avec ce modèle les résultats et impacts, le modèle convient aux objectifs de pilotage et de gouvernance. Dans la mesure où il permet aussi une

évaluation d'opportunité, il convient aussi à un objectif de régulation. Cependant, *le modèle n'est pas conçu pour évaluer les mesures/processus et n'est donc guère utile pour établir quels processus et activités ont contribué de quelle manière à la réalisation ou à la non réalisation des objectifs.* (Ackermann et al., 2005)

3.3.5 Autres modèles

On peut citer celui des canadiens « modèle d'analyse de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé » (Figure 9) (Hills et al., 2004). Ce modèle a la particularité d'avoir été élaboré par les Canadiens au cours du projet ECIP (*Effectiveness of community initiatives project*), en lien avec une centralisation d'expériences d'interventions en promotion de la santé pour concevoir et valider le modèle (démarche empirique).

Figure 9 : modèle d'analyse de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé (Hills et al., 2004)



Les cinq composantes du diagramme contenues dans les formes ovales, représentent soit des processus parallèles si on adopte une approche plus postmoderne de la manière dont les changements se déroulent ; soit des résultats se produisant de manière proximale (ovale du centre) ou de manière plus distale (ovales de droite) suite aux actions déployées au départ (ovales de gauche), si on adopte une perspective cartésienne plus séquentielle. Les trois flèches du bas et l'ensemble des petites flèches reliant les divers éléments du modèle, traduisent quant à elles la dimension interactive et itérative des étapes de réflexion, planification et action telles qu'elles se déroulent dans les projets communautaires qui ont du succès. (Hills et al., 2004) Pour chacun des cinq ovales, des mécanismes nécessaires et suffisants devront être identifiés et validés.

On se retrouve donc dans le même cas de figure que précédemment. *A priori*, on tient compte des trois principes de complexité, en permettant d'utiliser les méthodes d'évaluation de son

choix et en situant l'action dans son contexte avec les relations qui la lient à d'autres éléments. Il est possible qu'il existe d'autres modèles du même genre. L'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la Santé (UIPES) a également une démarche empirique en cours, visant à centraliser et synthétiser les interventions communautaires visant les conditions de vie favorables à la santé.

4. Conclusion

L'apport des trois principes de complexité est effectivement un gain pour la stratégie de gouvernance, mais pas seulement. Le principe de récursion organisationnelle est également utile dans un objectif de régulation. On voit que la prise en compte de l'évaluation d'impact, bien que n'obéissant pas à une logique linéaire apporte aussi beaucoup à un objectif de pilotage.

On peut donc compléter le tableau des schémas d'évaluation envisageables selon le type d'objectif politique (Tableau 17).

Tableau 17 : Récapitulatif des composantes et interrelations évaluables en fonction de l'objectif politique

	Pilotage	Régulation	Gouvernance
Autre composante	Impact		Impact
Interrelations	Analyse du programme Rendement	Productivité, utilité, efficacité, efficience, écart	Choix d'une des interrelations du pilotage ou de la régulation Cohérence

Il faut aussi comprendre que selon le principe dialogique, cette catégorisation n'est pas figée, que les barrières entre chaque type d'évaluation ne sont pas étanches, ce qu'illustre bien la « méthode » d'évaluation centrée sur l'utilisation, malgré toutes les limites pointées par les auteurs précédemment cités (Stufflebeam & Shinkfield, 2007).

Différents modèles généraux ont été conçus pour évaluer la promotion de la santé et donc l'éducation à la santé. Ces modèles sont des outils qui ont été théorisés avant leur conception. Ils peuvent faire accéder à des notions d'évaluation, complexes, à tous types de publics. Cependant, la limite décrite pour l'outil de Promotion Santé Suisse est valable pour tous les modèles : *si l'outil de catégorisation permet de systématiser le traitement de systèmes sociaux complexes, il ne permet pas d'en saisir toute la réalité ni de la reproduire. Comme tout autre modèle, il doit par la force des choses réduire la complexité d'un problème pour appréhender celui-ci et le rendre compréhensible. Le défi de l'application du modèle réside donc dans la détection d'éléments clés et de leur analyse, afin de récolter de nouveaux indices*

pour optimiser les mesures de promotion de la santé (Ackermann et al., 2005). Le principal mérite de ces outils est de faire appliquer des principes complexes à tous les objectifs politiques et de montrer que l'on peut évaluer sans logique linéaire. Ce sont des guides ou des plans, qui permettent de situer à quel niveau est l'action ou l'évaluation pour l'amener là où on le souhaite. A aucun moment (à l'exception très partielle du modèle CIPP), ces guides ne donnent de consignes sur les méthodes à utiliser pour répondre aux questions qu'ils entraînent ni sur les directions à prendre. Ces guides ont le mérite de mettre en évidence le contexte et les relations qui s'établissent entre différents éléments. L'usage de tels outils revient à utiliser l' « évaluation comme instrumentation », correspondant à l'ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale » (Lascoumes & Le Galès, 2004) ; ils restent des outils...

Une conséquence de l'utilisation de ces outils globaux est qu'on étudie la promotion de la santé et pas forcément l'éducation à la santé isolée.

Ce qui n'a pu être démontré, c'est que la dimension hologrammatique pourrait correspondre à une cohérence entre objectif politique, action et évaluation. L'analyse théorique ne permet pas d'affirmer qu'une incohérence entre objectif politique d'action et objectif politique d'évaluation puisse aboutir à une impasse.

SECTION 2 APPLICATIONS

Introduction

Cette section propose dans une première partie de décrire plusieurs interventions réalisées en Auvergne en éducation à la santé, d'examiner comment leurs évaluations ont été conçues, appliquées et d'analyser en quoi elles vérifient les hypothèses de la thèse. Trois études sont ainsi décrites : « Libertabac », « Apprendre à Mieux vivre ensemble » et « Etre & Savoir, l'école de la santé ». Bien que j'aie pu participer à la conception des études ou des évaluations décrites, c'est en tant que chercheur que je me positionne pour la vérification des hypothèses (la méta-évaluation).

Le plan est identique pour chacune des études :

- description de l'étude ou action d'éducation à la santé dans l'introduction
- description de l'évaluation dans les méthodes
- description des principaux résultats dans les résultats
- méta-évaluation dans la discussion avec un tableau résumé synthétique des caractéristiques de l'évaluation incluant :
 - objectif politique de l'action (pilotage, régulation ou gouvernance)
 - épistémologie sous-jacente (positivisme, constructivisme, complexité)
 - paradigme sous-jacent (empirique, autre)
 - finalité (formative, sommative, centrée sur l'utilisation)
 - mode opératoire (interne, externe, participatif)
 - méthodes utilisées (quantitatives, qualitatives)
 - schéma d'intervention (OXO, CMO)
 - méthode qualité (ESI, ACQ)
 - composantes qualité étudiées
 - interrelations étudiées
 - principes de complexité inclus

Pour déterminer qu'une action relève du pilotage, on considère qu'il existe un texte officiel légal (circulaire, loi, etc.) impliquant sa mise en place et son évaluation.

Pour déterminer qu'une action relève de la régulation, on se fonde sur les protocoles de recherche déposés au sein des équipes. On fait de même pour déterminer qu'une action relève de la gouvernance, partant du principe que relevant de la gouvernance, elle inclut des groupes de pilotage, de travail ou d'évaluation incluant au moins deux des trois publics potentiels (cf. supra) dont l'existence est mentionnée et les compte-rendus existants.

1. Libertabac

1.1 Introduction

Le programme Libertabac et sa stratégie d'action (Pizon, Jourdan, Grondin, Simar, & Gerbaud, 2007)

En 2005-2006, trente-deux établissements de l'Académie de Clermont-Ferrand faisaient partie d'un programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire, appelé Libertabac. Son but étant d'augmenter le nombre de lycées non-fumeurs de la région Auvergne (Allier, Cantal, Haute-Loire et Puy-de-Dôme), l'objectif prioritaire de ce programme était donc de mobiliser la communauté éducative des adultes dans la prévention du tabagisme et des addictions.

Ce projet académique Libertabac s'inscrivait dans le cadre d'un partenariat avec les services de la santé de la Ligue Contre le Cancer, le Centre Hospitalier Universitaire et le Rectorat de Clermont-Ferrand en réponse à un appel à projet INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) « Cancer & Tabac » pour une durée de trois ans.

N.B. : l'interdiction de fumer dans les lieux publics, notamment dans les établissements scolaires, a pris effet le 1^{er} janvier 2007.

Le programme s'articulait autour des objectifs opérationnels suivants : créer une dynamique d'éducation à la santé et de prévention des addictions au sein des établissements volontaires, apporter une aide méthodologique et stratégique destinée à la communauté éducative et enfin, évaluer les retombées de la démarche sur les populations d'élèves et d'adultes de ces établissements scolaires.

Les disciplines présentes lors de la conception du projet et de son évaluation étaient essentiellement les sciences de l'éducation et la psychologie sociale.

1.2 Méthodes

L'objectif initial de cette étude était de caractériser les représentations des personnels des lycées sur la question des addictions et plus particulièrement celle du tabagisme en milieu scolaire, les rapports des professionnels des établissements scolaires à un dispositif de prévention des addictions et de mettre en évidence les facteurs qui conditionnent l'implication de ces professionnels. Un des objectifs était d'aboutir à des préconisations pour aider les lycées à devenir non-fumeurs.

Le commanditaire de l'évaluation était l'Inpes (le financeur). L'évaluation s'est posée dans la dualité qualitatif/quantitatif, avec un souci de validation des données par triangulation.

L'évaluateur était interne, mais pouvait être assimilé par son statut comme faisant partie de la hiérarchie académique.

Concrètement, une première phase a été effectuée en 2006, comprenant :

- un questionnaire (approche quantitative) aux personnels ;
- un questionnaire aux élèves ;
- des entretiens semi-directifs auprès des personnels ;
- des entretiens semi-directifs auprès des chefs d'établissement.

Une deuxième phase a été réalisée en 2008, comprenant :

- un questionnaire aux personnels ;
- des entretiens semi-directifs auprès des personnels.

L'approche qualitative faisait référence à la psychologie ergonomique au développement (Béguin 1994, Rabardel 1995, Goigoux 2005) comme modèle d'analyse de l'activité du professionnel en milieu éducatif, qui se définit en dépendance avec la situation de travail, les élèves et le professionnel lui-même. Il s'agissait de mieux cerner les logiques d'action et d'analyser les stratégies en jeu. Les entretiens semi-directifs qui ont été réalisés, visaient à définir le périmètre des représentations des personnels à la fois sur le plan des addictions, de leur rapport au tabac, de leur motivation à s'engager dans le programme mais également de façon indirecte, de leur perception du climat d'établissement (Fotinos, 2006) et de leur champ collaboratif et participatif dans leur univers de travail quotidien.

Deux grilles d'entretien ont été utilisées. La première a été passée au milieu de l'année scolaire auprès de toutes les catégories de personnels à l'exception des directeurs d'établissement (proviseurs). Elle comportait les items suivants : le tabac dans notre société, la place de l'interdiction et de la prévention, le positionnement professionnel par rapport au programme, les aspects qui semblent « irrecevables » pour devenir lycée non-fumeur, les aspects « acceptables », les tensions et les problèmes attendus et enfin les propositions au service du projet dans le lycée. A l'intention des proviseurs, une seconde grille a été utilisée en fin d'année scolaire avec les items suivants : l'évolution constatée dans le regard que les personnels du lycée portent au projet « lycée non-fumeur », le changement de position en tant que chef d'établissement par rapport à devenir « lycée non-fumeur » (« a-t-il changé depuis que le programme a commencé ? »), les facteurs « facilitant » ou « freinant » dans l'interface programme / lycée, les décisions majeures qui ont été prises, les facteurs pressentis de mobilisation des personnels pour la poursuite du programme. Il est à noter que les grilles d'entretien ne mentionnaient pas d'autre addiction que le tabac et n'évoquaient pas directement l'éducation à la santé ou la promotion de la santé.

Dans l'approche quantitative, les établissements ont été choisis pour être représentatifs de l'ensemble des établissements auvergnats. Ce travail avait également une fonction d'audit auprès des chefs d'établissement dans le déroulement du programme afin de leur fournir des éléments d'aides à la prise de décisions dans leur lycée.

Le questionnaire « adultes » a donc été construit avec des items proches de ceux des entretiens pour voir si l'on retrouvait les mêmes résultats et dans quelles proportions. Les différents champs du questionnaire « adultes » ont fait l'objet d'une catégorisation des réponses possibles au regard d'indicateurs d'investigation. Ce questionnaire comportait cinq parties. La première partie était consacrée aux représentations sur les dépendances et la prévention, la deuxième s'intéressait à la prévalence tabagique de la personne enquêtée (test de Fagerström), la troisième portait sur le projet « lycée non-fumeur » avec le souhait de participer ou non ainsi que sur l'avis personnel sur ce projet, la quatrième partie était quant à elle consacrée à la perception de la vie au lycée (climat d'établissement, satisfaction, participation, collaboration). Les questions relatives au sexe, à l'âge, à la fonction dans le lycée et à l'ancienneté ont été placées dans une cinquième partie en fin de questionnaire pour ne pas influencer sur les réponses précédentes.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs ont ensuite servi à élaborer une typologie des personnels.

Par la suite, les données quantitatives ont été à nouveau analysées en tenant compte du cadre conceptuel mobilisé, en classant les items selon les déterminants d'implication Institution/Personnel/Public. En 2008, le même questionnaire a été repris, avec des modifications mineures par la reformulation de certaines questions en raison du changement de contexte : application du décret tabac à partir du 1^{er} février 2007 (Pizon, 2008).

Sur le plan qualitatif, un nouveau plan d'analyse, identique pour 2006 et 2008, a été repris suivant 4 phases :

- une 1^{ère} phase d'analyse par bloc de sens et constitution de catégories ou rubriques significatives
- une 2^{ème} phase de regroupement des catégories selon les déterminants institution, personnel et public
- une 3^{ème} phase de quantification des arguments du discours développés dans chaque catégorie (par fréquence d'apparition)
- une 4^{ème} phase d'identification des dynamiques individuelles de redéfinition de la tâche (ou profils d'acteurs).

Les regroupements ont été faits en suivant les déterminants du cadre conceptuel mobilisé de la psychologie ergonomique : Institution, personnel et public. Chaque déterminant faisant référence d'une part à un ensemble de **caractéristiques** liées à l'Institution (C₁) à la personne (C₂) et au public (C₃), et d'autre part à un ensemble d'**orientations**, donc de finalités pressenties au travers de la redéfinition de la tâche. Ces finalités recouvraient également le champ institutionnel (O₁), personnel (O₂) et public (O₃). L'ensemble des catégories se répartissait ainsi en 6 grands ensembles C₁, C₂, C₃, O₁, O₂, O₃.

1.3 Résultats

La première analyse quantitative (*cf.* Annexe 4) mettait en évidence un facteur essentiel au positionnement comme le tabagisme des personnes interrogées. La division en fonction du tabagisme se retrouvait dans des avis différents sur les thèmes d'efficacité de la prévention, de la responsabilisation des élèves à leur santé et de l'opposition de la prévention à l'interdiction. La mission éducative était par contre commune à tous les interrogés, avec un accord sur le but d'informer les élèves sur les produits et les risques qu'ils encourent. On en déduisait que le succès d'un programme de lycée sans tabac pouvait s'appuyer sur 3 éléments :

- la présence de non-fumeurs,
- l'existence d'une peur de l'exposition des jeunes aux drogues,
- le sentiment de responsabilité des adultes à l'éducation à l'autonomie des lycéens.

Remarque : Le questionnaire élèves avait également été distribué et exploité, mais n'a pas eu de suite, par manque de moyen.

L'analyse qualitative a également identifié le déterminant personnel qu'est le tabagisme des personnes interrogées. En entretien, les personnes interrogées ont mis en avant leurs représentations sur les addictions au travers de la place du tabac dans la société, de la place de la prévention. Deux autres déterminants ont été identifiés :

- le déterminant institutionnel : l'Etat était cité au travers des taxes sur le tabac et les prescriptions officielles en matière d'addictions. Les rapports entretenus avec la hiérarchie, la référence aux programmes scolaires étaient mis en avant. La prescription secondaire liée au dispositif de prévention dans le lycée était très présente.
- Le déterminant « public », regroupant la consommation tabagique des élèves, la spécificité de l'établissement (au plan socio-économique, le climat scolaire, l'antériorité d'actions de prévention).

A partir des résultats quantitatifs et qualitatifs une typologie des personnels a été élaborée en 5 groupes, selon une adhésion croissante au dispositif « lycée non-fumeur », en fonction de la consommation de tabac (des fumeurs aux non-fumeurs), du tabac dans la société (d'une responsabilité de la société dans la vente libre du tabac à une responsabilisation individuelle nécessaire), du souhait d'interdiction (de négatif à positif), du souhait de prévention (tous les personnels étant en faveur de prévention, mais allant d'une prévention par la peur à une approche globale). Certains leviers étaient également proposés, pour les groupes non opposés au dispositif : l'apport d'information, l'accompagnement et la formation, le soutien institutionnel et le travail en équipe.

En 2008, la deuxième enquête a montré une diminution de l'engagement des enseignants quant à leur participation à la prévention du tabagisme et un engagement plus fort des personnels de direction, de vie scolaire et des personnels administratifs. Cela a mis en évidence les limites de l'interdiction de fumer du point de vue des enseignants contre une forte implication dans la mise en œuvre du décret pour les autres personnels.

La deuxième analyse qualitative a permis de dégager trois types de profils, selon que les caractéristiques et les orientations dominantes se référaient aux mêmes composantes (institutionnelle, personnelle, public) :

- profil harmonique, dont les orientations étaient en accord avec les caractéristiques qui les motivaient. Exemple : Caractéristique institutionnelle débouchant sur une orientation institutionnelle.
- profil dysharmonique, où il y avait décalage entre les orientations et la caractéristique dominante. Exemple : Caractéristique personnelle pour une orientation institutionnelle.
- profil mixte, où une caractéristique débouchait sur des orientations de même déterminant et de déterminant différent. Exemple : caractéristique personnelle et orientations personnelle et institutionnelle.

1.4 Discussion

Objectif politique

L'objectif politique affiché pour l'action comme l'évaluation était un objectif de gouvernance. Mais cet objectif s'est trouvé en concurrence avec l'objectif national de pilotage qu'était la mise en place de l'interdiction de fumer dans les lieux publics par décret (intervention ou action).

Paradigme et épistémologie

Il n'est pas possible de dégager à quels paradigme ou épistémologie on se réfère, même si l'idée de développer la démarche d'éducation à la santé était *a priori* constructiviste, puisque basée sur les résultats de l'étude. L'utilisation d'un cadre théorique de recherche, relativement rigide, d'analyse de l'activité du professionnel en milieu éducatif, même s'il a été adapté à l'intervention ne permet pas forcément cette approche constructiviste.

Finalité

Elle se voulait formative.

Mode opératoire

Le travail de mise en place du projet a été pluridisciplinaire, ainsi que l'évaluation, mais l'évaluation était avant tout interne.

Les chefs d'établissements ont été destinataires des résultats, mais n'ont pas participé à la construction de l'évaluation, encore moins les autres personnels. L'évaluation n'a donc pas été participative. Ces données devaient être transmises aux Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté.

Méthodes

L'évaluation a été à la fois qualitative et quantitative, aboutissant à une synthèse qui prenait en compte les deux approches. Cela n'a pas été simple, car dans un premier temps, le seul vrai point commun concernait le tabagisme des personnels, déterminant personnel. L'intérêt des méthodes quantitatives était entre autres, de hiérarchiser les données entre elles et d'obliger les personnels à se positionner sur des questions non incluses dans les entretiens semi-directifs. La synthèse a gardé les différentes dimensions rencontrées par les deux approches.

Schéma d'intervention

Il se situe entre les modalités OXO et CMO. Les établissements ont été choisis comme représentatifs, mais étaient volontaires. Plus exactement, les chefs d'établissement étaient volontaires et on ne peut savoir si c'était également le cas des personnels. Il ne pouvait y avoir de maîtrise du contexte lié à l'application de la Loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. L'objectif était par ailleurs de créer une dynamique d'éducation à la santé et de prévention des addictions au sein des établissements volontaires, apporter une aide méthodologique et stratégique destinée à la communauté éducative et enfin, évaluer les

retombées de la démarche sur les populations d'élèves et d'adultes de ces établissements scolaires. Cet objectif opérationnel devait forcément prendre en compte le contexte.

Qualité

La conception du projet était de type amélioration continue de la qualité, mais les chefs d'établissement ne se sont servis que de la norme.

Composantes étudiées

Si on reprend les objectifs, objectifs opérationnels de l'étude et les objectifs de l'évaluation sous l'angle qualité, on peut faire les constatations suivantes :

L'évaluation s'est construite au fil de l'intervention, mais sans analyse vraie d'opportunité : c'est la réponse à l'appel d'offre Inpes qui a fait office d'analyse d'opportunité, mais selon un point de vue national et pas forcément local. L'appel à des écoles volontaires pouvait également biaiser l'étude.

Le but initial d'augmenter le nombre de lycées non fumeurs de la région Auvergne correspond à un indicateur quantifié de résultats, objectif de Santé Publique, correspondant à du pilotage.

L'objectif prioritaire qui lui est lié « Mobiliser la communauté éducative des adultes dans la prévention du tabagisme et des addictions » correspond à un processus, qui est sensé mener au résultat souhaité, c'est un objectif d'éducation à la santé et de gouvernance. Cependant, on voit bien, ne serait-ce que par la mise en œuvre de la loi anti-tabac, que le résultat ne découle pas forcément du processus envisagé. En revanche, dans une logique d'éducation à la santé, le processus envisagé, s'il aboutit, permet d'aller plus loin que la lutte ponctuelle contre un produit. Par ailleurs, dans l'évaluation, il semble y avoir eu un glissement d'objet : initialement, c'était le programme Libertabac qui devait être évalué et c'est finalement la mise en œuvre du décret d'application de la loi qui l'a été.

Les objectifs opérationnels portent sur :

- un processus « Créer une dynamique d'éducation à la santé... »,
- une structure « apporter une aide méthodologique et stratégique »,
- et un impact « évaluer les retombées de la démarche sur les populations d'élèves et adultes de ces établissements scolaires.

L'évaluation présentée en congrès (Pizon et al., 2007) (première modalité d'analyse de 2006) ne représente qu'une réponse à l'objectif opérationnel de structure. Les études qui ont été menées ensuite se sont efforcées de répondre à la question d'impact. Il n'y a pas eu semble-t-

il d'analyse de processus. En ce sens, la phase descriptive initiale est incomplète. Ce manque ne permet pas de savoir, par exemple, si la prévention de toutes les addictions a été intégrée dans le mode de fonctionnement des établissements ou s'ils se sont limités au tabac (un produit).

Interrelations étudiées

Selon le cadre conceptuel de Champagne et al. (Champagne et al., 1985), il y a eu une évaluation de composantes descriptive, sans recherche d'interrelation.

Principes de complexité pris en compte

L'étude a été réitérée, après la mise en place de la loi interdisant le tabac dans les lieux publics (Décret 1386-2006), permettant d'avoir une approche réflexive. Cependant, on ne peut parler d'approche récursive, du fait du manque d'implication des personnels sensés être une cible de l'action. L'absence de cohérence entre les objectifs politiques d'action et d'évaluation correspond à l'absence de prise en compte du principe hologrammatique. Les différentes modalités d'évaluation utilisées ne sont pas non plus cohérentes avec l'objectif politique de gouvernance, si on se réfère à la méthodologie proposée dans la section théorique.

Tableau 18 : Tableau de synthèse de la méta-évaluation de Libertabac

Objectif politique	gouvernance, mais en parallèle objectif de pilotage avec la loi.
Paradigme	?
Epistémologie	?
Finalité	initialement formative
Mode opératoire	interne
Méthodes	quantitatives et qualitatives
Schéma d'intervention	entre OXO et CMO
Qualité	initialement ACQ, mais utilisation exclusive de la norme par les établissements
Composantes étudiées	résultats
Interrrelations étudiées	pas d'étude des interrelations
Principes de complexité pris en compte	dialogique uniquement

1.5 Apport de l'approche pragmatique aux hypothèses de recherche

- *Selon l'hypothèse 1a : Les démarches actuelles en évaluation conduisent à déterminer deux approches*

- *une approche d'opposition binaire regroupant plusieurs méthodologies superposables,*

- *une approche linéaire : la démarche qualité,*

qui ne permettent pas de définir de façon adéquate quelle évaluation choisir selon les catégories de pilotage, régulation et gouvernance. Elles se focalisent sur des oppositions, des indicateurs, des segmentations, ne permettant pas de s'adapter à une démarche de gouvernance.

Le fait d'avoir utilisé les deux approches qualitatives et quantitatives a permis de pallier ces limites, en associant les dimensions trouvées dans chacune des approches. Bien que l'objectif initial soit celui de Gouvernance, incluant forcément la régulation, il manque une étude de processus et l'évaluation n'est pas participative.

- *Hypothèse 1b : Réintroduire la dimension de la complexité revient à proposer une démarche dialogique, récursive (réflexive participative, réintroduisant la temporalité et le changement dans le processus évaluatif) et hologrammatique. Réintroduire les notions d'amélioration continue de la qualité et de complexité permet de trouver des démarches d'évaluation mieux adaptées aux 3 objectifs possibles d'intervention et d'évaluation : pilotage, régulation, gouvernance.*

Bien que cela n'ait pas été prévu initialement, l'étude a été reprise pour justement prendre en compte cette temporalité. La prise en compte du contexte est ici majeure, avec la mise en place du décret d'application de la loi anti-tabac. Cela permet éventuellement de comprendre *a posteriori* quel processus est à l'origine du changement. En revanche, dans la mesure où il n'y a pas de participation réelle des personnels cibles de l'intervention, l'aspect réflexif récursif est incomplet. Il n'y a pas eu prise en compte du principe de récursion organisationnelle ni du principe hologrammatique. Si on reprend les éléments permettant de s'orienter en fonction de l'objectif initial, on trouve des contradictions :

L'évaluation interne ne peut pas correspondre au pilotage. L'évaluateur se retrouve de fait à cautionner la loi, même si ce n'était pas son objectif initial (qui était lui un objectif de Gouvernance).

On constate que l'absence de récursion organisationnelle ici ne permet absolument pas de répondre à l'objectif de Gouvernance et que l'absence de prise en compte du principe

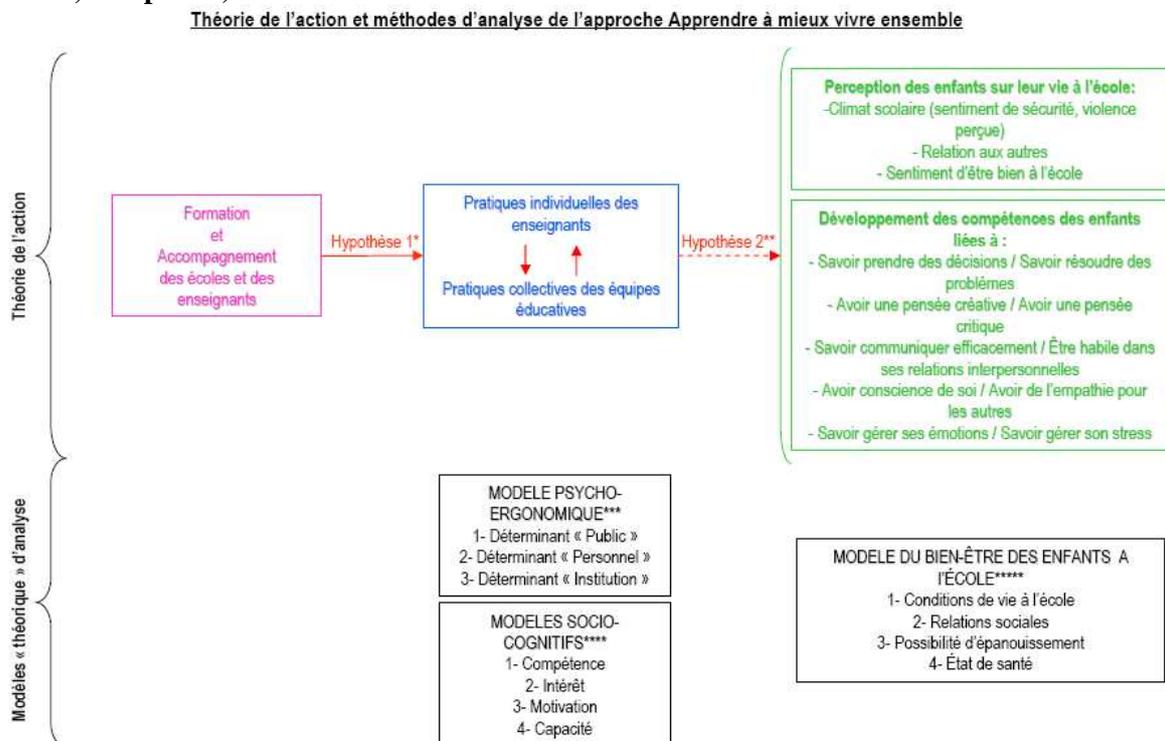
hologrammatique (incohérence entre les objectifs d'action et d'évaluation, incohérence de moyens utilisés par rapport à l'objectif de gouvernance affiché) a mené l'évaluation à une impasse. En effet, on constate au terme de l'étude un désengagement des personnels enseignants de la politique de prévention du tabagisme, voire des autres substances (?) et donc une non appropriation par ces personnels des résultats de l'évaluation.

2. Apprendre à Mieux Vivre Ensemble

2.1 Introduction

L'étude « Apprendre à mieux vivre ensemble » est une étude de cohorte « exposés/non exposés » qui a débuté en 2003-2004. Il s'agit d'une intervention d'éducation à la santé, visant à développer les compétences psycho-sociales de l'enfant, en milieu scolaire, prévue sur 4 années consécutives. Elle constitue un cadre pédagogique et une aide méthodologique pour aborder certaines notions telles que la connaissance et la maîtrise des émotions ou les compétences nécessaires à la gestion pacifique des conflits, mais aussi la question de la relation école-famille. L'étude est à l'initiative de chercheurs de l'équipe PAEDI santé (Didier Jourdan), fondée sur la bibliographie des écoles promotrices de santé entre autres (Stewart-Brown, 2006), avant toute réponse à un appel d'offres. L'étude est basée sur les hypothèses que la formation et l'accompagnement des écoles et des enseignants retiennent sur les pratiques des enseignants et que ces pratiques retiennent elles-mêmes sur les perceptions des enfants ; et part de la notion que les compétences psycho-sociales sont consubstantielles à la santé (cf. Figure 10) (Inserm, 2001).

Figure 10 : Théorie de l'action et méthodes d'analyse de l'approche AMVE (Guevel, Pommier, Jourdan, non publié)



Légende :

* Hypothèse 1: la formation et d'accompagnement des écoles et des enseignants a un impact sur les pratiques individuelles et collectives des enseignants et des équipes éducatives (réf. à l'étude).

** Hypothèse 2 : les pratiques individuelles et collectives des enseignants et des équipes éducatives ont un impact, d'une part, sur la perception qu'ont les enfants de leur vie à l'école, et d'autre part, sur le développement des compétences des enfants par l'OMS comme étant les compétences de base pour gérer la vie quotidienne (réf. à l'étude).

*** Nous nous appuyons sur différents modèles d'analyse de l'activité. Le premier est celui de la psychologie ergonomique développé par Goigoux qui définit les déterminants et les finalités de l'activité des enseignants (Goigoux, 2007).

**** Le second type de modèle fait appel aux modèles sociocognitifs de l'auto-efficacité développée par Bandura (1997) et le modèle trans-théorique de DiClemente et Prochaska (1984).

***** Concernant l'impact auprès des enfants, nous appuyons sur le modèle du bien-être à l'école développé par Konu (2002).

(Bandura, 2003; Goigoux, 2007; Konu & Rimpelä, 2002; JO. Prochaska & DiClemente, 1984)^x

Initialement, les perceptions des enfants se rapportaient essentiellement à la violence scolaire (Debarbieux & Blaya, 2001). Par la suite, la notion de « climat scolaire » développée par Fotinos a également été prise en compte (Fotinos, 2006).

Les demandes de financement ont été initiées puis renouvelées tous les ans auprès du Groupement Régional de Santé Publique, avec des justifications sur le contexte, les méthodes, etc, se référant aux neuf axes du Plan Régional de Santé Publique, plus précisément centré sur la priorité de l'action en milieu scolaire et la lutte contre les addictions. En 2005, un apport complémentaire plus centré sur la recherche en éducation à la santé a été fait en réponse à l'appel d'offre de l'Inpes.

L'étude concernait une circonscription intervention et une circonscription « témoin ». Ce qui représentait 11 écoles maternelles, élémentaires ou primaires, volontaires pour chaque circonscription, avec 1 244 enfants sur Cournon et 1 137 sur Riom initialement.

L'étude était encadrée par un comité de pilotage où étaient représentés les éducateurs, les parents, les chercheurs, les politiques et les financeurs.

Exemples de thèmes évoqués : « quelle communication avec les parents ? », « comment travailler avec les municipalités ? », « traitement des problèmes qui se posent dans les écoles ».

L'étude était également dotée d'un comité d'éthique (dont les membres appartenaient à l'Education Nationale). Ce comité a été saisi 2 fois sur « comment rendre l'évaluation aux enseignants ? » et « Action vis-à-vis des parents et éthique ».

L'étude se plaçait dans une logique d'école et non de classe. Le but étant de rendre les éducateurs autonomes. Il n'y avait donc pas de programme de travail standardisé. La formation se développait sous forme d'un stage et d'animations pédagogiques dans le plan de formation continue des enseignants. Elle utilisait tout le répertoire des apprentissages prévus dans les programmes, en s'appuyant sur l'expression orale et écrite, l'éducation physique et sportive, l'éducation musicale ou encore les arts plastiques. Il ne s'agissait en aucun cas d'un programme d'apprentissage de comportements stéréotypés ou de bonnes conduites, mais bien d'une démarche éducative réflexive. On ne peut parler de programme au sens strict du terme, car la démarche laissait une large place à l'autonomie des enseignants, qui réinvestissaient à leur guise la formation et les outils pédagogiques proposés. Il s'agissait tout d'abord de valoriser les pratiques déjà existantes, puis de les renforcer et les optimiser, ou encore de

^x <http://www2.edu.fi/hyvinvointiprofilii/info-eng.html> (consulté le 11/09/2009)

permettre un renouvellement de ces pratiques, de telle sorte qu'elles contribuent davantage au bien-être des élèves et au développement des conduites favorables à la santé.

Les éducateurs de Cournon bénéficiaient d'une formation systématique, d'un accompagnement et d'outils (mallette pédagogique)^{xi}. L'accompagnement existait pour les 2 circonscriptions. Cet accompagnement consistait à répondre aux questions, à analyser les besoins, à conseiller des projets, à réguler l'ensemble du projet. Au terme des 4 ans du programme, il a été prévu que la circonscription non exposée puisse bénéficier de la formation aussi.

Les parents, en tant que membres de la communauté éducative étaient associés au programme (courrier d'information à chaque rentrée scolaire, retour des résultats des évaluations, contribution à certaines actions des écoles...).

La Figure 11 ci-dessous a été distribuée à toutes les écoles participantes, avec les questionnaires, pour expliquer le programme et son évaluation.

^{xi} Fortin J.

Objectif du travail : comprendre l'influence des pratiques habituelles des écoles et d'un programme spécifique sur
LA PROMOTION DU « VIVRE ENSEMBLE » et
LA PREVENTION DES CONDUITES A RISQUE (violence, suicide, toxicomanies ...)



Les travaux disponibles indiquent clairement que ces conduites qui influent sur le « vivre ensemble » sont pour une large part liées à un déficit dans les compétences sociales. Ces dernières se développent très tôt chez l'enfant dans le milieu familial et social.



Le développement de ces compétences dépend aussi des pratiques des éducateurs (et donc de la façon dont ils conçoivent leur mission dans ce domaine) et de la qualité de vie dans l'école (nature des relations, respect mutuel, possibilité d'expression des enfants, sentiment de sécurité ...).



Comprendre l'influence des pratiques habituelles des écoles et d'un programme spécifique nécessite la mesure de :



La maîtrise par les enfants de ces compétences et leur perception de la qualité de vie dans l'école



Les pratiques et les représentations des éducateurs



Les relations dans la communauté éducative et les modalités du travail collectif

Dans le but d'obtenir des informations comparables à celles qui émanent d'autres études, tous les outils d'investigation que nous avons choisis ont été validés dans le cadre d'autres travaux. Ces outils sont adaptés à l'âge des enfants et sont soit remplis par les enfants eux-mêmes, soit remplis par l'investigatrice avec les enfants, soit par les éducateurs. Il s'agit :



- du QCEP (questionnaire d'évaluation des comportements en primaire)
- du questionnaire climat d'établissement
- d'un questionnaire santé



- du questionnaire pratiques et représentations des enseignants
- de la version « adultes » du questionnaire climat d'établissement



- de la grille d'analyse des échanges
- de la grille de formalisation du travail collectif
- de l'outil d'analyse du travail en réseau

D'autres informations concernant l'école sont collectées auprès du directeur et à la circonscription (caractéristiques sociologiques de l'école, résultats scolaires ...) et des services médicaux et infirmiers.

L'ensemble des données collectées est anonymé à la source. Le traitement est assuré par une structure extérieure à l'éducation nationale : l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne. Les données sont restituées aux écoles de façon globale dans le but de permettre aux équipes de tenir compte des perceptions des enfants et ainsi de disposer d'indicateurs pour la conduite de leur action éducative.

2.2 Méthodes

L'évaluation s'est développée parallèlement à l'intervention.

Les disciplines présentes lors de la conception du projet et de son évaluation étaient essentiellement les sciences de l'éducation et la santé publique.

Initialement, l'évaluation se voulait de type qualité (structure/procédures/résultats) (M. Grondin et al., 2004) (cf. Annexe 5). Concrètement, les modalités d'évaluation ont été plurielles quantitatives et qualitatives.

L'évaluation qualitative analysait les dynamiques collectives de travail des écoles concernées. Cette évaluation des dynamiques collectives permettait de faire un travail de formation-action avec les éducateurs et la recherche. Il s'agissait donc d'une évaluation participative. Pour ce volet spécifiquement, le projet s'est appelé Apprendre à Mieux vivre Ensemble à l'École (AMVEE), pour insister sur l'aspect scolaire.

L'action était ouverte aux acteurs de l'IUFM (promoteurs/chercheurs), aux personnels d'encadrement de l'inspection académique (inspecteurs, conseillers pédagogiques), aux équipes des écoles associées au programme et aux personnels de santé et sociaux de l'Education Nationale.

L'objectif à terme était d'aboutir à développer une offre de formation, des outils et des connaissances susceptibles de préparer les enseignants à travailler avec d'autres.

Le projet était axé sur l'analyse de la mise en place du programme « Apprendre à mieux vivre ensemble ». Il s'agissait de tenter de comprendre la façon dont les membres de la communauté éducative mettent en œuvre des relations de partenariat, les facteurs de réussite et les obstacles qu'ils rencontrent.

Le travail se déroulait dans le cadre de séminaire de recherche/formation de 24h inscrit au plan de formation de formateurs de l'IUFM. Cette action prenait la forme de 4 séminaires de 2 jours animés par C. Mérini (IUFM Versailles, membre de l'équipe de recherche PAEDI) (Mérini, 1999). Elle était constituée d'un temps d'apport théorique quant au travail partenarial dans les écoles et d'un temps de travail sur les traces écrites collectées dans le cadre de l'étude "apprendre à vivre ensemble" conduite par PAEDI. Les traces écrites sur le « mieux vivre ensemble » étaient collectées dans les écoles dans une pochette. C'étaient les écoles qui décidaient de ce à quoi pouvait correspondre ces traces (et le « Mieux vivre ensemble »). Bien qu'ayant un cadre fixé à l'origine sur l'analyse des dynamiques collectives de travail, d'après un précédent travail sur le partenariat chez les maîtres surnuméraires, la méthode d'analyse s'est construite au fil des ans, au sein de l'équipe incluant chercheurs et professionnels de terrain. « *L'analyse des dynamiques collectives de travail s'est stabilisée en utilisant une*

ethnographie des pratiques fondée sur la formalisation des pratiques en s'appuyant sur les écrits professionnels des enseignants, une reconstitution chronologique des décisions d'équipe sous la forme de graphes appelés décisigrammes, un examen sociologique et stratégique des prises de décisions par une analyse des points de coordination. » (cf. Annexe 6)

Un système de validité a été construit à partir d'entretiens et de transcriptions de concertations afin d'examiner les prises de décisions et d'observer les points de coordination. Dans un premier temps, il avait été pensé d'utiliser une validation par les résultats de l'enquête quantitative, mais même si ces données ont été prises en compte, la difficulté de les relier au volet qualitatif n'a pas été prépondérante.

L'évaluation quantitative portait sur les différents questionnaires recueillis tout au long de l'année scolaire (cf. schéma ci-dessus) :

- Questionnaires enfants, issus principalement des questionnaires « climat d'école » d'Eric Debarbieux de l'Observatoire européen des violences scolaires. Il existait un questionnaire pour chaque cycle scolaire (1,2 et 3). Cependant, les questionnaires des classes de grande section ont été rattachés au cycle 1, en raison des difficultés de lecture à cet âge (Debarbieux & Blaya, 2001).
- Questionnaires d'Evaluation du Comportement au Préscolaire (QECF), remplis par les enseignants sur le comportement des enfants à l'école, issus du Preschool Behavior Questionnaire, validés par différentes équipes de chercheurs dont celle de R. Tremblay qui l'avait combiné avec des éléments du Prosocial Behaviour questionnaire et adaptés à la France par Jacques Fortin de Lille (Fortin, 2003; Rutter, 1967; Tremblay, Vitaro, Gagnon, Piché, & Royer, 1992; Weir & Duveen, 1981) ;
- Questionnaires sur les pratiques des enseignants, reprenant les questionnaires utilisés précédemment dans la région (Jourdan et al., 2002) ;
- Questionnaires des parents sur leur perception de la violence à l'école et leur connaissance du projet ;
- Fiches santé remplies par les médecins scolaires ;
- Fiches santé remplies par les infirmières scolaires.

A chaque rentrée scolaire, les familles des enfants concernés par l'évaluation recevaient une information écrite concernant le projet. Les familles pouvaient refuser que leur enfant participe à l'enquête. Selon le protocole, les enfants n'étaient pas obligés de répondre aux questions s'ils ne le souhaitaient pas.

L'analyse quantitative de ces questionnaires était complétée d'une analyse qualitative des commentaires des différentes personnes interrogées. La partie purement descriptive a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé. Les analyses plus complexes ont été réalisées dans le cadre de l'équipe de recherche PAEDI. En 2008, le travail d'une étudiante du master « éducation à la santé en milieu scolaire » (Rotat, 2008), par ailleurs détachée depuis le début du projet pour le recueil de données et d'une statisticienne spécifiquement recrutée pour le projet a débouché sur la construction de scores « climat d'école » et « violence ». Le but était de mesurer l'impact du dispositif de formation et d'accompagnement des équipes enseignantes à partir du questionnaire élève de cycle 3 au cours de l'année 3 du dispositif. En s'appuyant sur la construction du score « climat des établissements scolaires » décrit par Debarbieux et sur une analyse des correspondances multiples, un score a été construit, à partir du questionnaire élève, en utilisant 11 échelles d'estimation à cinq niveaux, sur lesquelles s'autopositionnent les élèves : Comment trouves-tu ton école? Comment sont les relations entre les élèves? Comment sont les relations avec ton maître ou ta maîtresse? Comment t'entends-tu avec les autres maîtres de l'école ? Comment t'entends-tu avec les autres adultes de l'école ? Y a-t-il de la violence dans ton école? Comment trouves-tu le quartier ou le village de ton école? D'après toi dans ton école on apprend...(mal, assez mal, moyennement...)? Est-ce qu'on t'a déjà frappé exprès dans cette école? Est-ce que tu t'es bagarré? Est-ce qu'on t'a insulté dans cette école. Par exemple, la question « Comment sont les relations entre les élèves ? » donnait lieu à cinq réponses possibles : nulle, pas terrible, moyenne, bien, géniale. Chaque échelon possédant un point allant de 0 à 4, on obtenait, en les sommant, un score entre 0 (climat exécrable) et 44 (climat excellent). La cohérence interne de l'échelle s'avérait satisfaisante (alpha de Cronbach = 0,71). De la même façon, un « score violence » a été établi à partir des questions essentiellement liées à la violence : « y a-t-il de la violence dans ton école ? », « est-ce qu'on t'a déjà frappé exprès dans cette école? », « est-ce que tu t'es bagarré? », « est-ce qu'on t'a insulté dans cette école? » (alpha de Cronbach =0,62).

Trois indicateurs cités par les auteurs ont été retenus comme témoignant d'une pratique promotrice de santé lorsqu'ils étaient associés, pour construire un score « pratiques favorisant l'éducation à la santé », et observer son impact sur le climat scolaire :

- travailler sur le long terme (lorsque l'enseignant avait répondu positivement à l'une de ces questions : avez-vous travaillé dans le cadre d'une progression ? dans le cadre d'un projet ? dans le cadre d'un projet intégré au projet d'école ?)

- conduire un travail collectif (si la réponse de l'enseignant était positive à l'une au moins des questions suivante : avez-vous travaillé avec vos collègues ? avec les parents ? avec des partenaires ?)
- adopter une approche d'éducation globale à la citoyenneté de l'enfant (si la réponse de l'enseignant était positive à la question : avez-vous travaillé dans un objectif d'éducation globale à la citoyenneté de l'enfant ?)

Un indicateur des pratiques professionnelles a été ajouté, incluant le nombre d'actions relatives au projet, donnée objective, à l'échelle de l'école, issue de l'étude des traces écrites des dynamiques collectives des écoles. Le calcul ne tenait compte que des actions conduites au cours de la seconde et la troisième année, car l'observation des traces de la première année, considérée comme l'année de « mise en route », ne révélait que peu, voire pas d'actions induites par le dispositif et l'étude de ces traces n'avait pas encore été réalisée la dernière année. Des analyses univariées puis multivariées ont été réalisées pour repérer les facteurs ayant un impact sur le climat d'école et sur la violence ressentie par les élèves. L'échantillon présentait une hiérarchie des données (un élève appartient à une seule classe qui appartient elle-même à une seule école). Les classes, et à un niveau supérieur les écoles, constituaient des groupes d'élèves. L'analyse des données devait tenir compte de cette hiérarchie. Des méthodes de modélisation à plusieurs niveaux (ou modélisation hiérarchique) ont donc été utilisées afin d'adapter l'analyse à la structure emboîtée des données et de tenir compte correctement de la dépendance des observations au sein de chaque groupe d'élèves.

2.3 Résultats

Evaluation qualitative : Dynamiques collectives de travail

Le premier résultat a été l'élaboration de nouvelles méthodes d'analyse (*cf.* Annexe 6) par l'équipe de recherche et les professionnels associés.

Le simple fait qu'une pochette de recueil existe (avec libre choix aux écoles d'y mettre ce qui leur semblait correspondre au « Mieux vivre ensemble ») a suscité une réflexion chez les écoles témoins sur ce que pouvait être le « Mieux vivre ensemble », alors qu'elles n'avaient pas eu de formation à ce sujet. De ce fait, on a constaté une évolution dans les traces recueillies, proposées par les écoles elles-mêmes, avec une construction progressive et une appropriation de ce que pouvait être le « Mieux vivre ensemble » (les traces ont ainsi augmenté de 70 à 100 pour la circonscription témoin et de 116 à 124 pour la circonscription intervention au profit d'écrits des écoles elles-mêmes). Les conclusions du groupe de travail

constatent aussi que l'évolution du nombre d'opérations sur les deux premières années de l'étude est vraisemblablement liée à la mise en place des dispositifs de recherche et d'accompagnement. La participation effective des enseignants n'a pas tenu jusqu'au bout, en raison des contraintes de présence au groupe de travail non prises en compte par l'Education Nationale.

Les conclusions du travail sur les dynamiques collectives de travail :

« Ce volet qualitatif a dévoilé pour une part la manière dont les enseignants comprennent et mettent en pratique la thématique AMVEE. Si, dans un premier temps, elle est conçue comme une occasion de travailler des thématiques typiques de l'éducation à la citoyenneté, le rapport à l'autre est travaillé à la fois dans l'élaboration ou le rappel de la règle et dans les liens construits avec la communauté scolaire. En ce qui concerne la dimension éducation à la santé, les démarches sont dans l'ensemble globales et abordent à la fois les questions sanitaires et préventives, et les dimensions affectives et émotionnelles. Avec le temps, les équipes prennent conscience que les rapports à soi et aux autres ont aussi à voir avec le milieu et, dès la deuxième année de l'étude, on peut repérer une augmentation significative des opérations prenant en compte la qualité du milieu de vie. Mais l'évolution la plus intéressante est sans doute la capacité que les équipes ont développée pour tisser des liens entre ces différentes dimensions et la temporalité de l'élève, en mettant en relation soit différentes opérations visant chacune des types de rapports différents, soit en organisant dans une même opération des liens entre les différents objectifs. Au fond, on pourrait avancer que l'expertise des équipes se développe dans leurs capacités à concevoir des cohérences dans la diversité des activités menées et, surtout, à amener les élèves à percevoir ces cohérences en construisant des lignes de sens entre les différents moments de la vie scolaire et extra-scolaire. »

Le groupe de travail conclut également concernant le schéma d'étude (circonscription accompagnée et formée versus circonscription accompagnée uniquement) :

« On doit reconnaître une certaine similitude entre les deux circonscriptions mais avec un décalage temporel qui nous fait dire que la formation permettrait de faire gagner du temps aux équipes mais que l'accompagnement est en soi générateur de changement dans les dynamiques de travail. »

Evaluation quantitative

Les résultats descriptifs des questionnaires (pourcentage de participation et pourcentages de réponses aux questions) ont été rendus tous les ans aux établissements participants, aux

conseillers pédagogiques, inspecteurs et représentants des associations de parents d'élèves. Seul le questionnaire QCEP évaluant les comportements des enfants (questionnaires remplis par les enseignants) n'a pas été rendu, en raison de sa complexité et du besoin de validation en France (ce questionnaire a été validé au Québec par l'équipe de Richard Tremblay (Tremblay et al., 1992)). Cette validation est encore en cours, suivant les paliers habituels de validation de contenu, de validation interne et de validation externe. Les résultats des questionnaires retournés aux écoles ont entraîné des modifications de fonctionnement desdites écoles. Par exemple, les mauvais scores concernant la perception des toilettes comme étant un lieu où les enfants n'aimaient pas aller ont amené des modifications vis à vis de ces toilettes dans l'école concernée.

Les comparaisons entre les deux circonscriptions ont été faites tous les ans d'après les différents questionnaires, l'évaluation des progressions des deux circonscriptions n'est pas terminée (*cf.* Annexe 7).

L'analyse menée en 2008 portant sur les scores « climat d'école » et « violence » a permis d'observer l'impact des variables suivantes sur le climat scolaire et la violence perçus par les élèves, dans le cadre du programme « AMVE » (Tableau I) :

Tableau I. Tableau de synthèse de la répartition des variables explicatives

		n	%
Groupe d'école	test	495	53%
	contrôle	441	47%
Taille de l'école	petite	217	23%
	moyenne	404	43%
	grande	315	34%
Localisation géographique	rural	291	31%
	urbain	645	69%
Catégorie socioprofessionnelle de l'école	défavorisée	175	19%
	moyenne	651	70%
	favorisée	110	12%
Effectif de la classe	≤ 20	94	10%
	entre 21 et 25	600	64%
	> 25	242	26%
Stabilité de l'équipe enseignante	forte	238	25%
	moyenne	580	62%
	faible	118	13%
Formation (moyenne, en heures)		-	11,10 [10,47 ; 11,71]
Pratiques favorisant l'éducation à la santé	non	357	56%
	oui	280	44%
Travail en partenariat	non	294	46%
	oui	343	54%
Travail sur le long terme	non	201	32%
	oui	436	68%
Travail dans un objectif de citoyenneté	non	141	21%
	oui	518	79%
Intérêt pour l'ES (moyenne, /10)		-	7,75 [7,63 ; 7,88]
Sentiment de compétence (moyenne, /10)		-	6,22 [6,12 ; 6,33]
Nombre d'actions menées (moyenne)		-	10,1 [9,76 ; 10,45]
Taux de retour des questionnaires (moyenne, en %)		-	67,79 [66,28 ; 69,30]

Tableau II. Impact du contexte et des pratiques enseignantes sur le climat d'école et sur la violence ressentie par les élèves

		score climat d'école		score violence	
		score	p	score	p
Pratiques favorisant l'éducation à la santé	non	31,12	< 0,0001	25,23	< 0,0001
	oui	33,06		28,30	
Taille de l'école	petite	32,77	0,0005	28,69	< 0,0001
	moyenne	31,87		25,78	
	grande	30,88		24,64	
Intérêt pour l'éducation à la santé		-	0,0011	-	<0,0001
Travail en partenariat	non	31,32	0,0043	25,10	< 0,0001
	oui	32,53		27,85	
Travail dans un objectif de citoyenneté	non	30,85	0,0044	26,16	ns
	oui	32,29		26,78	
Localisation géographique	rural	32,50	0,0050	27,94	< 0,0001
	urbain	31,40		25,22	
Taux de retour des questionnaires		-	0,0054	-	0,0031
Travail sur le long terme	non	31,15	0,0077	25,13	0,0048
	oui	32,35		27,25	
Nombre d'actions menées		-	0,0274	-	<0,0001
Catégorie socioprofessionnelle de l'école	défavorisée	31,79	0,0450	24,92	0,0002
	moyenne	31,53		25,84	
	favorisée	32,95		29,28	
Formation		-	ns	-	0,0046
Sentiment de compétence		-	ns	-	0,0002
Effectif de la classe	≤ 20	31,76	ns	27,73	ns
	entre 21 et 25	31,49		25,82	
	> 25	32,36		26,05	
Groupe d'école	test	31,51	ns	26,08	ns
	contrôle	32,01		26,06	
Stabilité de l'équipe enseignante	forte	32,00	ns	25,65	ns
	moyenne	31,68		25,92	
	faible	31,56		27,66	

En ce qui concerne le score « climat d'école », 92% de la variance était due aux différences entre les élèves et 8% aux différences entre les classes. Pour le score représentant la violence, la variance totale se décomposait de la même manière avec respectivement 85% pour les différences entre élèves et 15% pour les différences entre les classes. Les écoles n'étaient pas significativement différentes les une des autres pour chacun des scores. Ceci montre que l'environnement scolaire et les pratiques des enseignants ne sont à l'origine de 8% du climat qui règne au sein de l'école. Par contre, cette proportion double lorsqu'il s'agit de la violence ressentie par les élèves, ce qui renforçait le choix d'étudier à part cette composante du climat.

Etant donné que les variables explicatives ne concernaient pas directement les élèves mais plutôt leur environnement scolaire (caractéristiques de leur école et pratiques de leur enseignant), seule la variance due aux différences entre les classes, soit respectivement 8% et 15% de la variance totale des scores « climat » et « violence » a été expliquée.

Des scores obtenus à l’item « bien-être à l’école » (note sur 10 fournie par les élèves de cycles 2 et 3, ont permis d’établir un lien avec les variables contextuelles (taille de l’école, milieu rural ou urbain, CSP des parents), liées à l’enseignant (formation AMVEE reçue, pratiques promotrices de santé, intérêt, sentiment de compétence) ou à l’école (nombre d’opérations conduites) (Simar et Jourdan 2008).

AMVE connaît actuellement une « extension » vers d’autres régions (8 académies au total), sous l’appellation AMVE 2, ainsi qu’une extension de suivi des enfants au collège. Dans cette nouvelle étude, le QECF n’est plus utilisé et il ne reste qu’un seul questionnaire.

Concernant l’impact, on a constaté les effets secondaires inattendus suivants :

La première année, le questionnaire a été l’occasion pour certains parents d’envoyer directement leur questionnaire au rectorat pour se plaindre de dysfonctionnements supposés.

Il a fallu mettre en place une procédure médicalisée concernant la prise en compte des questionnaires mentionnant des éléments pouvant faire craindre violence ou maltraitance pour certains enfants.

A la suite d’une présentation à destination d’un collège, dans la continuité d’AMVE, une association (se réclamant d’obédience lacanienne) s’est montée contre le projet « Apprendre à mieux vivre ensemble », à l’initiative d’une enseignante, dans la crainte que les questionnaires sur les comportements des enfants ne soient pris en compte pour un dépistage et un flicage des troubles du comportement comme proposés par l’Inserm. Cette association a parfois confondu les visées de l’étude et les données de « base élèves ». La pérennisation du projet « Apprendre à mieux vivre ensemble » a donc débouché sur une charte éthique pour AMVE 2 permettant l’interdiction du suivi d’éventuels troubles du comportement. Cependant, la Ligue des Droits de l’Homme (LDH) de Clermont-Ferrand a, dans un premier temps, relayé les craintes des parents et assimilé AMVE à « *la prévention de la violence avec de nombreuses ambiguïtés sur le contrôle social et la surveillance* ». Elle estimait qu’AMVE « *utilise des questionnaires où le droit des enfants au respect de leur intimité et de leur liberté* » était directement menacé et exigeait maintenant :

- l'arrêt de l'enregistrement des données d'évaluation des attitudes (*les compétences psychosociales*) des enfants à l'école, *par crainte d'utilisation des données pour du contrôle social* ;
- le retrait du questionnaire « Mon école et moi » qui peut avoir des répercussions sur les enfants et des questionnaires HBSC en collègue ;
- la destruction des centaines de réponses au « questionnaire d'évaluation des comportements à l'école » (*QECP*) qui ont été enregistrés par la première version AMVE ;
- la limitation de l'opération AMVE au développement des connaissances, des « compétences » et des environnements favorables à l'éducation, sans y intégrer la « prévention de la violence » ;
- l'absence de toute identification de la classe ou de l'école dans l'enregistrement des données sur le « climat d'école » ;
- une référence explicite à des actions qui concernent le fonctionnement de la classe et de l'école et à la responsabilité des adultes en ce domaine ;
- un découplage entre les actions AMVE et les interventions médicales et d'éducation à la santé ;
- la déclaration à la CNIL des traitements informatiques des données AMVE ;
- la déclaration des enquêtes statistiques au Conseil National de l'Information Statistique.

Ces exigences sont toujours sur le site de la Ligue des Droits de l'Homme de Toulon malgré la reconnaissance du fait que le projet AMVE est « probablement le seul dans le champ de la recherche en éducation à être doté d'un comité d'éthique et d'un tel dispositif de régulation démocratique » (*cf.* Annexe 8) et que bon nombre des demandes de la LDH sont injustifiées.

2.4 Discussion

Objectif politique

L'objectif politique de l'action comme de l'évaluation est un objectif affiché de gouvernance (mise en place de comités de pilotage, d'éthique, etc.). Cependant la conception de l'étude est à l'initiative unique des chercheurs, pouvant donc relever de la régulation. La partie d'analyse des dynamiques collectives est à part, car posant en objectif la régulation.

Paradigme

Le schéma de cohorte exposée/non exposée correspond à un paradigme empirique.

Epistémologie

Les méthodes d'analyse des dynamiques collectives de travail ont été construites au fur et à mesure de l'étude, avec création d'une méthode utilisant les traces écrites des écoles. Il s'agit bien d'une épistémologie constructiviste. L'introduction progressive de la notion de « climat scolaire » et la nécessité de créer des outils d'analyse statistiques correspondants s'apparente également à une épistémologie constructiviste.

Finalité

Elle était formative pour les dynamiques collectives de travail, centrée sur l'utilisation par ailleurs.

Mode opératoire

Le mode opératoire des évaluations était généralement participatif. Cependant, on peut se poser des questions sur cette participation. Concernant le corps de l'évaluation quantitative, les questionnaires ont été choisis par l'équipe de recherche. En ce sens, la participation du corps enseignant, des politiques et des parents n'était pas effective lors de la mise en place de l'évaluation. Cela permet aussi de poser la question du public destinataire de l'action. Pour les dynamiques collectives de travail, le public destinataire englobe les enseignants et la hiérarchie académique. Le départ en cours d'analyse des personnels enseignants peut alors être une faiblesse du dispositif pour une appropriation ultérieure des résultats d'évaluation. Ce que l'on ne sait pas encore. Concernant le programme complet d'AMVE, le public destinataire est complexe, car si la formation est destinée aux enseignants, ce sont les élèves que l'on souhaite atteindre au final, en y associant au passage les familles et la communauté. D'une part, il est difficile d'obtenir la participation effective des parents. Certes, les représentants des associations de parents venaient aux réunions de présentation des résultats. Mais sont-ils vraiment représentatifs de l'ensemble des parents ? Que dire de la représentation de la communauté, encore plus difficile à identifier ? Peut-être peut-on y voir une explication au résultat inattendu de manifestation contre le questionnaire concernant le comportement ou ceux identifiant la violence. D'autre part, ni les enseignants ni les parents ni « la communauté » ne pouvaient entraîner de modification du questionnaire QECP (où le comportement de l'enfant est apprécié par l'enseignant), puisqu'il s'agissait d'un questionnaire validé (au Québec). Ce questionnaire n'a pas été rendu, dans l'attente d'une certitude de validation française. Cela a pu renforcer des craintes irrationnelles.

Bien que ce ne soit pas le propos de cette thèse, on peut également remarquer que la prise en compte des compétences psycho-sociales à l'école ravive le conflit entre les objectifs d'éducation et d'instruction en accentuant le versant éducatif. Or le versant éducatif est plus susceptible de déclencher un risque de contrôle social et de générer des craintes de la population.

Méthodes

Les méthodes quantitatives comme qualitatives ont été utilisées, avec tentative de triangulation.

Schéma d'intervention

Le schéma de cohorte correspond en principe à un schéma OXO, mais la prise en compte du contexte en fait aussi un schéma CMO.

Qualité

Il s'agit d'ACQ pour les dynamiques collectives de travail. L'évolution d'AMVE en AMVE2, prenant en compte les enseignements d'AMVE concernant l'étude des comportements des enfants relève aussi de l'ACQ.

Composantes étudiées

Il y a eu une analyse de processus s'inspirant de la sociologie des organisations (dynamiques collectives de travail). L'évaluation se veut qualité, de type structure/procédures/résultats, mais la quantité de données à gérer (recueil et analyses), ainsi que la nécessité de rendre chaque année à chaque école les résultats, alourdissent considérablement l'évaluation. De ce fait, l'évaluation qualité n'est pas effective. Il y a eu une volonté de reproduire à l'identique la complexité de l'action en la complexité de l'évaluation, ce qui ne semble pas tenable (non retour des évaluations de structures, non retour de validation du QECP, etc.).

Interrelations étudiées

Il n'y a pas eu d'étude d'interrelation.

Principes de complexité pris en compte

Les méthodes quantitatives comme qualitatives ont été utilisées, avec tentative de triangulation. De plus, la finalité étant plutôt centrée sur l'utilisation, on a respecté le principe dialogique.

Que ce soit par la prise en compte de la temporalité et de la réflexivité (analyses quantitatives en continu transmises aux écoles et associations de parents d'élèves, participation des publics destinataires aux dynamiques collectives de travail), le principe récursif a été respecté.

L'évaluation de la globalité du projet se voulait participative, mais le public destinataire, représenté par les parents et les enseignants, n'a pas participé à la conception de l'évaluation. Cela pourrait expliquer les réactions de rejet des parents à l'encontre de l'évaluation des comportements des enfants. Cette réaction semble coïncider avec les suites du rapport Inserm sur les troubles du comportement en 2005 (Richard Tremblay, à l'origine du QECP, faisait partie du groupe de travail ayant rédigé ce rapport) (Inserm, 2005) et la création du collectif « pas de zéro de conduite » en 2006. A la décharge des promoteurs de l'étude, cet événement national était difficilement prévisible. Pour des raisons internes (« non participation » de la « communauté » à la mise en place de l'évaluation) et externes (contexte national des suites du rapport Inserm sur les troubles du comportement), on considère que le principe hologrammatique n'a pas été respecté.

Tableau 19 : de synthèse de la méta-évaluation d'AMVE

Objectif politique	régulation pour les dynamiques collectives de travail, gouvernance pour la globalité de l'action
Paradigme	empirique
Epistémologie	constructiviste pour les dynamiques collectives de travail
Finalité	formative pour les dynamiques collectives de travail, centrée sur l'utilisation par ailleurs
Mode opératoire	participatifs internes et externes pour les dynamiques collectives de travail, plutôt externe pour la globalité
Méthodes	quantitatives et qualitatives
Schéma d'intervention	à la fois OXO et CMO
Qualité	pas d'ESI, ACQ pour les dynamiques collectives de travail
Composantes étudiées	opportunité, en principe structure/procédure/résultats. Procédure uniquement pour les dynamiques collectives de travail
Interrelations étudiées	pas d'étude des interrelations
Principes de complexité pris en compte	dialogique, récursion organisationnelle

2.5 Apport de l'approche pragmatique aux hypothèses de recherche

- *Selon l'hypothèse 1a : Les démarches actuelles en évaluation conduisent à déterminer deux approches*

- *une approche d'opposition binaire regroupant plusieurs méthodologies superposables,*

- *une approche linéaire : la démarche qualité,*

qui ne permettent pas de définir de façon adéquate quelle évaluation choisir selon les catégories de pilotage, régulation et gouvernance. Elles se focalisent sur des oppositions, des indicateurs, des segmentations, ne permettant pas de s'adapter à une démarche de gouvernance.

L'approche binaire a été palliée dans AMVE en utilisant à la fois des techniques quantitatives et qualitatives et des systèmes de validation par triangulation. Cependant, la mise en relation des techniques quantitatives et qualitatives n'a pas été retenue comme système de validation à lui seul, étant donné les difficultés de mise en relation entre les deux approches. Il n'y a pas eu à proprement parler d'approche linéaire.

- *Hypothèse 1b : Réintroduire la dimension de la complexité revient à proposer une démarche dialogique, récursive (réflexive participative, réintroduisant la temporalité et le changement dans le processus évaluatif) et hologrammatique. Réintroduire les notions d'amélioration continue de la qualité et de complexité permet de trouver des démarches d'évaluation mieux adaptées aux 3 objectifs possibles d'intervention et d'évaluation : pilotage, régulation, gouvernance.*

La notion d'amélioration continue de la qualité s'est faite contrainte par l'environnement (cf. groupe de pression lacanien faisant obstruction au projet, par crainte d'utilisation abusive des fichiers sur les troubles de comportements). Il y a bien eu une application des principes dialogiques et de récursion organisationnelle, dans un objectif de gouvernance. Cependant, on note les difficultés rencontrées dans l'évaluation participative. Le non respect du principe hologrammatique peut être à l'origine des résultats indésirables de manifestations à l'encontre de l'étude.

3 Etre & Savoir, l'école de la santé

3.1 Introduction (M. A. Grondin et al., 2009)

Suite au passage du train de la vie à Clermont-Ferrand^{xiii}, un appel à projet avait été lancé par Sanofi-aventis pour développer des projets d'éducation pour la santé permettant de poursuivre cette dynamique. Le projet « Etre & Savoir, l'école de la santé » a été créé, permettant de répondre à l'appel d'offre. Ce projet est soutenu par une association loi 1901, qui a dû se mettre en place pour permettre tous les développements du projet et la participation d'acteurs publics comme privés, incluant médecins, membres de l'équipe de recherche PAEDI (en lien avec l'IUFM), personnalités. Le projet « Etre & Savoir, l'école de la santé » a été conçu à destination des élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2) des écoles volontaires du pays du Grand Clermont (composé de secteurs urbains, ruraux, publics et privés). Le cycle 3 correspond au programme d'enseignement du corps humain, cohérent avec les connaissances et comportements nécessaires en éducation pour la santé dans le domaine cardiovasculaire et des cancers. Le public indirect était les parents et enseignants des enfants initialement ciblés, ainsi que les professionnels de santé des communes visitées. Sous la direction d'un comité de pilotage, 5 groupes de travail (nutrition, activité physique, cancer, tabac, évaluation) associant tous les partenaires du projet (hospitaliers, universitaires, chercheurs, collectivités locales et territoriales, associations...) ont conçu 3 modules « se bouger », « s'alimenter », « s'informer » (dans les domaines de la prévention solaire et du tabac). Pour chacun de ces 3 modules, des outils ont été conçus selon des valeurs communes. Ces outils prenaient en compte les exigences fondamentales en éducation (l'information associée à des mises en situation et la prise en compte de la durée d'enseignement). De plus, ces outils devaient s'intégrer aux cours sur le corps humain développés en cycle 3 et à la politique de santé académique, évoquer la santé et non la maladie, en incitant à changer les perceptions et comportements en santé, ne pas culpabiliser ni stigmatiser, en impliquant le plus possible l'enfant de façon active. Ces outils se déclinaient chronologiquement en trois phases : remise d'une mallette pédagogique lors de la formation des enseignants, passage du bus dans l'année scolaire, Olympiades de la santé en fin de programme. Une agence gère les aspects logistiques depuis le début du projet. Les animations sont essentiellement bénévoles, incluant des étudiants (en médecine, pharmacie, BTS diététique, élèves aides-soignants et infirmiers,

^{xiii} Le train de la vie était une exposition itinérante organisée par Sanofi-aventis, qui a circulé du 10 mars au 15 avril 2005. 178 conférences ont été organisées dans 25 villes. Quatre leviers de prévention étaient proposés « mieux respirer », « s'alimenter », « stimuler ses neurones », « bouger », incluant des tests, des explications, des témoignages et des conseils pratiques... afin d'encourager à changer ses comportements pour mieux préserver sa santé.

bénévoles d'associations de santé locales, retraités, etc.). Un encadrement est fourni par l'Education Nationale (mise à disposition d'un enseignant), parfois le service de Santé Publique, voire le Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES) ou la Mutualité. Cet encadrement permet d'établir des relations continues avec les différents partenaires du projet et d'assurer une continuité dans les valeurs et messages promus lors du déroulement du programme. Chaque année, l'organisation du programme a été repensée en tenant compte des évaluations précédentes et du contexte local (différent chaque fois). En 2008/2009, l'Inspection Académique de l'Allier a rendu obligatoire le programme dans les circonscriptions cibles et l'a intégré au projet académique. Les équipes de l'Education Nationale ont participé à l'adaptation du programme aux circonscriptions et ont intégré de nouvelles modalités lors des Olympiades de la santé (sans modifier ni l'état d'esprit initial ni les modalités fixes d'évaluation): apport de plus d'activités physiques et courses d'orientation, prise en compte du respect de l'environnement en supprimant les lâchers de ballons, respect de la citoyenneté par la mise en circulation d'une charte sur le comportement à avoir lors des Olympiades.

3.2 Méthodes

L'évaluation a été effectuée sous la direction du service de Santé Publique, qui avait également participé à la conception du projet. L'évaluation a dû être rendue aux financeurs chaque année, ainsi qu'au comité de pilotage. Elle a été conçue selon les critères qualité, dès la conception du projet, se voulant évolutive :

- les ressources ou structures : l'analyse de contenu et de fonctionnalité des outils développés pour le projet (à partir du cahier de bord tenu quotidiennement à bord du bus, des fiches de suivi des moniteurs et des entretiens), la qualité de l'encadrement des activités.
- les procédures : le nombre d'écoles volontaires et le nombre d'élèves ayant eu une visite effective du bus et ayant participé aux olympiades.
- et les résultats immédiats : la mesure des acquis à court terme en comparant les connaissances et les attitudes des élèves, par classe, en début d'année scolaire, en septembre (assimilé à « avant la venue du bus ») et au moment des olympiades (assimilé à « après le passage du bus ») avec des questionnaires conçus spécifiquement pour le programme inspirés des Tests de concordance de scripts (Charlin, Gagnon, Sibert, & Van der Kleuten, 2002; Fournier et al., 2006) , *cf.* Annexe 9).

La première année, une école ne pouvant participer a servi de témoin (pas de passage du bus ni mallette pédagogique, mais participation aux Olympiades). Les enfants qui participaient aux Olympiades devaient amener un pique-nique. Une évaluation de l'équilibre alimentaire (compréhension des catégories d'aliments représentées et catégories d'aliments représentées) a donc été ajoutée. La deuxième année, en raison de la participation d'enfants de cycle 2 (alors que le programme est surtout destiné aux cycles 3), une évaluation par photo-langage a été rajoutée lors des Olympiades. La troisième année, la satisfaction des enseignants ainsi que leurs représentations ont été évaluées, à la fois quantitativement et qualitativement. La quatrième année, deux études médico-économiques de type coût-avantage et coût-efficacité ont également été menées (articles soumis). Une présentation lors d'une formation du Groupement Régional de Santé Publique à l'évaluation a aussi été l'occasion d'évaluer l'action avec l'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse (cf. Figure 12). Chaque année, les données quantitatives ont été incluses dans une base commune, permettant une analyse multivariée par régression logistique, de façon à déterminer l'effet des différents facteurs analysables ajustés les uns par rapport aux autres, sur la progression des connaissances des enfants (M. Grondin, Auclair, & Gerbaud, 2009).

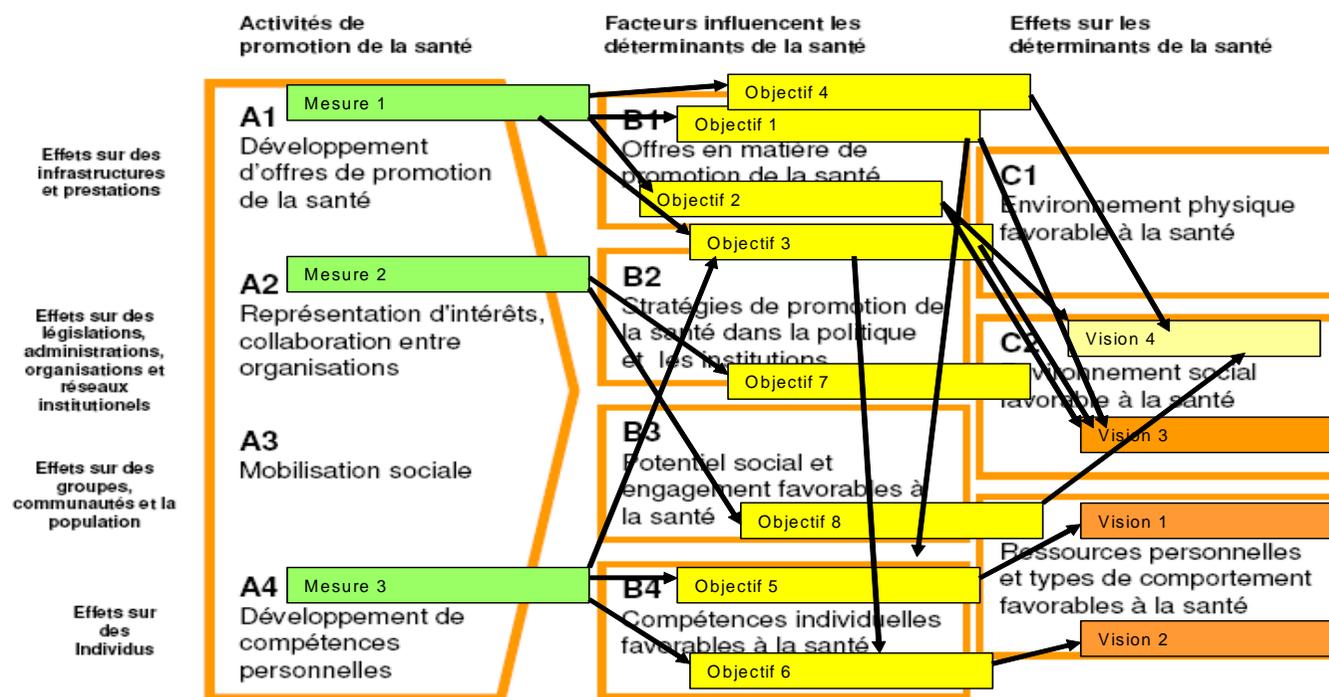
Un des objectifs prioritaires était la pérennisation du projet (M. A. Grondin et al., 2009).

3.3 Résultats

Les évaluations répétées et leur diffusion ont permis de justifier les demandes de nouveaux financements, d'améliorer la qualité de l'action en l'adaptant aux réalités de terrain et de fournir des arguments de recherche au service de Santé Publique et à ses stagiaires. Elles ont aussi permis la participation accrue de l'Education Nationale (qui a également participé aux dernières évaluations) et d'associations d'éducation à la santé. En 2008/2009, l'Inspection Académique de l'Allier a amené sa contribution à l'évaluation en établissant un cahier des charges et en proposant une refonte des fiches pédagogiques, mieux adaptées au programme scolaire de cycle 3.

Les principaux résultats sont les suivants, basés sur l'utilisation de l'outil de catégorisation des résultats, présenté devant le Groupement Régional de Santé Publique, en 2008 (cf. Figure 12).

Figure 12 : Outil de catégorisation des résultats utilisé pour évaluer « Etre & Savoir, l'école de la santé »
Le modèle d'impact du projet



Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broeskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahmi, Adrian
 © Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

Mesure	Objectif	Vision
1 : Développer une action d'Education à la santé accessible à l'ensemble des écoles primaires auvergnates, cohérente avec l'enseignement de cycle 3 (CE2 à CM2), objectif de prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers	1 : Satisfaction des enseignants 2 : Pérennisation du projet 3 : Inciter les enseignants à faire de l'éducation à la santé 4 : Adaptation du projet	1 : Augmenter le nombre d'élèves ayant un IMC normal et une activité physique régulière; diminuer le nombre de jeunes fumeurs, diminuer le nombre de coups de soleil
2 : Faire participer toutes les institutions et associations régionales concernées par la santé (Rectorat, IA, Conseils généraux, Mairies, communautés de commune, Universités et Instituts de formation, CHU, associations dans le domaine des maladies cardiovasculaires et des cancers, ...)	5 : Améliorer les connaissances des élèves dans les 4 domaines de l'action (nutrition, activité physique, tabac, soleil). 6 : Améliorer les attitudes des enfants en santé 7 : Stabilisation des partenariats 8 : Collaboration de nouveaux acteurs	2 : Augmenter le nombre d'élèves mangeant de façon équilibrée, ayant une activité physique, sachant dire non à la 1ère cigarette, sachant se protéger du soleil 3 (+++) : Intégration de l'éducation à la santé dans l'enseignement par les enseignants à l'école primaire 4 (résultat inattendu) : Participation d'un opérateur privé (communauté)
3 : Développer des connaissances, attitudes et comportements favorables à la santé dans les domaines de la nutrition, de l'activité physique, de la prévention solaire et du tabac chez les enfants de cycle 3, les enseignants et les parents participant à l'action Etre & Savoir, l'école de la santé		

Les effectifs concernés par le programme ont été les suivants :

Pays du Grand Clermont en 2006, 28 écoles 90 classes 2137 élèves de cycle 3 (+ 1 école témoin avec 3 classes, 72 élèves) ;

Pays d'Ambert en 2007, 22 écoles, 54 classes, 1153 élèves de cycles 2 et 3 ;

Issoire-Combrailles en 2008, 36 écoles, 83 classes, 1790 élèves de cycles 2 et 3 ;

Vichy-Val d'Allier et Saint-Pourcinois en 2008 - 2009 : 47 écoles (3200 élèves).

On décomptait 8 objectifs à atteindre, avec les résultats correspondants et la case à remplir correspondante dans l'outil de catégorisation des résultats, répartis comme suit.

Objectif 1 : Satisfaire les enseignants. En 2006, 86,9 % jugeaient la mallette pédagogique adaptée, 95,1 % voulaient la garder, 73,8 % voulaient la réutiliser. En 2008, leur satisfaction était à 8,3/10; 89,7 % avaient réutilisé au moins un outil d'Etre & Savoir.

Ceci correspond à la case B1-3 Utilisation de l'offre et satisfaction des utilisateurs.

Objectif 2 : Pérenniser le projet. En 2006, le programme s'est déroulé dans le Pays du Grand Clermont, en 2007 dans le pays d'Ambert, en 2007 dans les pays Issoire/Combrailles, en 2008 dans le sud Allier, en 2009 dans le nord Allier (circonscriptions de Moulins). La base est assurée et stable sur le plan organisationnel grâce à l'Association loi 1901 Etre & Savoir prévention santé, en lien avec le prestataire Guest Incentive. Il y a eu mise en réseau avec des médiateurs potentiels et autres prestataires : ABES/CODES 03, CODES 15. Les promoteurs souhaiteraient une reprise institutionnelle (INPES, Agence Régionale de Santé, ...) pour passer de l'expérimental au « routinier ».

Ceci correspond à la case B1-4 Pérennisation de l'offre.

Objectif 3 : Inciter les enseignants à faire de l'éducation à la santé. Les enseignants ont considéré à 90 % que l'action n'était pas une sous-traitance, mais les avait aidés. Il y a eu compréhension de ce qu'est l'éducation à la santé avec une motivation initiale forte, donc une absence de changement des représentations (Ceci correspond à l'analyse des écoles volontaires).

Cet objectif correspond à la case B1-5 Amélioration des compétences professionnelles pour promouvoir la santé.

Objectif 4 : Adapter le projet. Du point de vue de l'accessibilité temporelle : les horaires scolaires et soirées sont adaptés au passage du bus, idéal pour les enseignants et les enfants, mais posant problème pour les parents en zone rurale, variable pour les professionnels de santé. L'accessibilité géographique est idéale (passage du bus). Concernant l'attrait : l'image et les représentations sont adaptées aux groupes-cibles et repensées à chaque action en fonction des évaluations. Concernant le coût financier : les études médico-économique

reflètent un coût bas si on considère les retombées potentielles en baisse de l'obésité et de ses conséquences. Cependant, les fonds à disposition ne permettront pas forcément de poursuivre les Olympiades de la santé, en raison du coût engendré par les déplacements des enfants en bus jusqu'au site des Olympiades. Il y a correspondance entre les groupes-cibles atteints et les groupes cibles prévus pour les enfants et les enseignants (surtout quand les écoles sont volontaires), c'est moins vrai pour les visites de parents avec une médiane de 10/j et une visite ou implication très variable pour les professionnels de santé.

Cet objectif correspond à la case B1-2 accessibilité de l'offre et atteinte des groupes cibles.

Objectif 5 : Améliorer les connaissances des élèves dans les 4 domaines de l'action (nutrition, activité physique, tabac, soleil). Dans le Pays du Grand Clermont, il y a eu progression de 94 % des classes sur au moins 1 thème (nutrition > sport > soleil > tabac), 100 % pour 2007. Après évaluation des fiches pique-nique, 62,6% de pique-niques étaient corrects, avec 28% de chips ou apparentés (identifiés comme corps gras à 74,8%), seuls 1,2% n'avaient ni fruit ni légume, la boisson majoritaire était l'eau (97,1%).

Cela correspondait à la case B4-1 Connaissances concrètes concernant les processus et/ou les thèmes relatifs à la santé.

Objectif 6 : Améliorer les attitudes des enfants en santé. En considérant que les tests utilisés prennent en compte les attitudes, c'est bien le cas.

Ceci correspond à la case B4-2 Attitudes et intentions positives par rapport aux thèmes importants pour la santé.

Objectif 7 : Stabiliser les partenariats. Cet objectif amène plus de questions que de réponses. Concernant la case B2-1 « Engagement ferme de décideurs et/ou de personnalités clés » Le problème qui se pose est la pluriannualité. En effet, les réponses aux appels d'offre doivent être réitérés tous les ans, sans garantie d'obtention des fonds nécessaires.

Concernant la case B2-2 Il existe bien des bases écrites contraignantes pour des actions significatives telles que les fiches pédagogiques, les procédures (cf. cahier des charges), les modalités de questionnaires de type Tests de Concordance de Scripts, et la possible reproductibilité.

Concernant la case B2-3 on constate aussi des modifications organisationnelles fonctionnelles (telles que la réorganisation par l'Inspection Académique dans l'Allier). On a bien aussi des échanges et coopérations efficaces (case B2-4).

L'objectif 8 peut correspondre à la case B3-2 « Collaboration de nouveaux acteurs » ABES/CODES (03,15,...).

Le remplissage de l'outil de catégorisation des résultats a permis de mettre en évidence des lacunes concernant l'environnement physique favorable à la santé. Ce qui a été confirmé par certaines écoles demandeuses lors du passage du bus avec la demande de conseils pour les cantines scolaires et les plaintes de parents regrettant de ne pas avoir de lieu pour pratiquer une activité physique.

Par ailleurs, l'association promotrice du projet développe maintenant d'autres actions sur les mêmes thématiques (« Les gestes qui sauvent » pour l'apprentissage du massage cardiaque et l'utilisation du défibrillateur en cas d'arrêt cardiaque, « le kiosque » devenu « Place à votre santé » pour la déclinaison des thèmes « se bouger », « s'alimenter », « s'informer » en centre ville à Clermont-Ferrand). Cela a permis d'avoir un impact (résultat inattendu) grâce à la participation d'un opérateur privé, animateur pour enfants, maintenant demandeur de partenariat pour créer des activités (privées) mettant en avant l'équilibre nutritionnel chez les enfants. (Cela correspond à la vision 4 sur le schéma).

Deux impacts ne rentraient pas dans l'outil de catégorisation des résultats, relevant du processus participatif public/privé :

Il est arrivé que des enseignants refusent la distribution de sacs à dos aux enfants, au motif qu'ils portaient le logo « Agir ensemble pour la prévention » (de Sanofi-aventis).

L'article qui devait faire la synthèse des résultats concernant la satisfaction et l'implication des enseignants a été refusé par l'INPES en raison du possible conflit d'intérêt avec le laboratoire Sanofi-aventis.

Ces manifestations proviennent de personnes qui n'ont pas été directement impliquées dans les différents groupes de travail ou le comité de pilotage.

3.4 Discussion

Objectif politique

L'objectif initial est un objectif de régulation (*cf.* volonté de pérennisation du projet et d'amélioration continue).

Paradigme

Le paradigme peut être considéré comme empirique, eu égard à la présence d'une école témoin la première année et à l'évaluation quantitative avant/après le passage du bus.

Epistémologie

Peut-être pourrait-on rattacher l'évaluation à une épistémologie complexe, mais ce n'est jamais explicite.

Finalité

La finalité est centrée sur l'utilisation, car l'évaluation se voulant évolutive a utilisé aussi bien des finalités formatives que sommatives, des méthodes qualitatives comme quantitatives. Cette évaluation s'est aussi adaptée aux évolutions du programme et à la venue des différents types de stagiaires dans le service. Enfin, elle a fait participer dans la mesure du possible le public destinataire représenté par l'Education Nationale.

Mode opératoire

Le mode opératoire est surtout interne : c'est le service de Santé Publique qui dirige les évaluations, les réalise et les diffuse. Cependant, l'apport de l'Inspection Académique en 2008/2009 peut la faire considérer comme participative.

Méthodes

Elles sont surtout quantitatives, mais les techniques qualitatives ont aussi été utilisées en fonction des besoins (entretiens semi-directifs des enseignants pour évaluer leur satisfaction), utilisation des photo-langages, ...).

Schéma d'intervention

La participation d'une école témoin l'apparente à un schéma OXO.

Qualité

L'évaluation se place dans une logique d'ACQ en faisant évoluer les outils et le fonctionnement de l'étude en fonction des résultats étudiés.

Composantes étudiées

L'évaluation se concentre sur le tryptique structure/procédure/résultats. La réponse à l'appel d'offre Sanofi-aventis a permis une évaluation d'opportunité renforcée par la définition des valeurs à promouvoir par les promoteurs. L'utilisation de l'outil de catégorisation des résultats a permis une analyse d'impact.

Interrelations étudiées

Plusieurs études médico-économiques ont été menées : coûts-efficacité et coûts-avantages.

Principes de complexité pris en compte

L'évaluation centrée sur l'utilisation avec des méthodes aussi bien quantitatives que qualitatives permet le respect du principe dialogique. La participation du public destinataire (Education Nationale) à la conception et au suivi de l'étude comme de l'évaluation, la prise en compte de la temporalité, permettent la prise en compte du principe de récursion organisationnelle. Il faut modérer cet aspect par le fait que le public destinataire n'est pas si homogène qu'il y paraît. C'est l'institution Education Nationale (Rectorat, Inspection Académiques) qui est représentée dans les participants. Il est plus difficile d'y inclure des enseignants représentatifs. Les enseignants ayant participé à la mise en place de l'action étaient désignés comme étant des enseignants très volontaires.

Depuis sa conception jusqu'à son évaluation, c'est une logique de régulation qui a prévalu. Le projet s'est construit en réponse à l'appel d'offre de Sanofi-aventis, qui correspondait lui-même à une démarche nationale et régionale de prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers par l'éducation à la santé en milieu scolaire. Le principe hologrammatique a donc été respecté.

Tableau 20 : Tableau de synthèse de la méta-évaluation d' « Etre & Savoir, l'école de la santé »

Objectif politique	régulation
Paradigme	+/- empirique
Epistémologie	?
Finalité	centrée sur l'utilisation
Mode opératoire	interne, +/- participatif
Méthodes	surtout quantitatives, mais aussi qualitatives
Schéma d'intervention	OXO
Qualité	amélioration continue de la qualité
Composantes étudiées	opportunité + choix valoriels, structure/procédure/résultat, +/- impact
Interrelations étudiées	coûts-efficacité, coûts-avantages
Principes de complexité pris en compte	dialogique, récursion organisationnelle (+/-), hologrammatique

3.5 Apport de l'approche pragmatique aux hypothèses de recherche

- *Selon l'hypothèse 1a : Les démarches actuelles en évaluation conduisent à déterminer deux approches*

- *une approche d'opposition binaire regroupant plusieurs méthodologies superposables,*

- *une approche linéaire : la démarche qualité,*

qui ne permettent pas de définir de façon adéquate quelle évaluation choisir selon les catégories de pilotage, régulation et gouvernance. Elles se focalisent sur des oppositions, des indicateurs, des segmentations, ne permettant pas de s'adapter à une démarche de gouvernance.

L'approche binaire est ici palliée par une finalité centrée sur l'utilisation, l'emploi de méthodes quantitatives et qualitatives, un mode opératoire de participativité.

L'analyse qualité est davantage conçue de type amélioration continue de la qualité, non linéaire.

- *Hypothèse 1b : Réintroduire la dimension de la complexité revient à proposer une démarche dialogique, récursive (réflexive participative, réintroduisant la temporalité et le changement dans le processus évaluatif) et hologrammatique. Réintroduire les notions d'amélioration continue de la qualité et de complexité permet de trouver des démarches d'évaluation mieux adaptées aux 3 objectifs possibles d'intervention et d'évaluation : pilotage, régulation, gouvernance.*

La temporalité est prise en compte dans l'évaluation, ainsi que la participation de tous les acteurs. Il y a prise en compte du principe de récursion organisationnelle. Il semble y avoir cohérence entre les objectifs de conception d'action et d'évaluation essentiellement centrés sur la régulation. L'inscription du programme d' « Etre & Savoir, l'école de la santé » dans les contraintes du programme scolaire de cycle 3 semble éviter les désagréments constatés dans l'étude AMVE et peut faire envisager que le principe hologrammatique a été respecté.

Conclusion

L'étude des trois actions confirme les conclusions de la section théorique et apporte un élément complémentaire concernant l'importance de la prise en compte du principe hologrammatique. Dans les études Libertabac et AMVE, ce principe n'est pas respecté (non cohérence entre l'objectif politique de l'action et l'objectif politique de l'évaluation pour Libertabac, non cohérence de la participation du public destinataire entre la mise en place de l'action et son évaluation pour AMVE). Dans les deux cas, l'objectif politique annoncé était la gouvernance. Le non respect du principe hologrammatique entraîne une non utilisation des résultats d'évaluation pour Libertabac, voire un désaveu de l'éducation à la santé à l'école. Le non respect du principe hologrammatique par AMVE semble aboutir à des effets secondaires (mise en place d'une association opposée à l'étude des comportements chez leurs enfants), qui mettent en difficulté les promoteurs.

Le principe hologrammatique amène à s'interroger également sur l'évaluation d'opportunité, qui n'est pas réellement menée dans Libertabac. L'analyse d'opportunité d'AMVE a bien été menée, incluant même la recherche des valeurs à promouvoir. Cependant, pour répondre à l'appel d'offres régional, il a fallu adapter cette opportunité à une demande qui n'était pas forcément superposable à celle des chercheurs. Dans les deux cas, il s'agit de recherches sur l'action (excepté pour le versant des dynamiques collectives de travail d'AMVE). Les deux projets reposent sur des hypothèses de recherche et mettent en œuvre des modèles théoriques, que les promoteurs ont du mal à justifier ou à expliquer auprès des publics destinataires. La dimension de la recherche peut alors avoir obéré les impacts.

L'action et l'évaluation d'Etre & Savoir sont en cohérence avec un objectif politique de régulation, répondant à une demande publique et privée ciblée.

On peut donc penser que le respect du principe hologrammatique est nécessaire à des objectifs politiques de régulation et de gouvernance.

SECTION 3 SYNTHÈSE DISCUSSION

1. Introduction

En évaluation, il est de coutume d'avoir une phase de validation, que ce soit pour des méthodes quantitatives comme qualitatives. Si on suit les critères de validité d'évaluation proposés par Champagne et al., on retrouve la validité des instruments et de la stratégie de mesure (validité de contenu, validité de critère et validité de construction), la validité interne, la validité externe et la validité de la conclusion statistique (Champagne et al., 1985). Ces critères sont des critères classiques en analyse quantitative, métrologie, notamment dans l'élaboration de questionnaires (Falissard, 2001). Pour les méthodes qualitatives (Koelen et al., 2001), on retrouve les phases de triangulation, de validations interne et externe. La discussion empruntera un plan de validation similaire, la synthèse correspondant à une phase de triangulation. Suivra la phase de validation interne, puis de validation externe. Enfin, les perspectives de transposition de cette méthodologie à d'autres domaines seront évoquées.

2. Synthèse

2.1. Ce qu'apporte l'approche théorique

Il existe une logique d'opposition binaire entre de nombreuses méthodes d'évaluation, qui correspondent à des paradigmes et épistémologies également opposés. On peut identifier une série de méthodes de paradigme empirique, qui convient bien à un objectif de pilotage. De la même façon, on peut identifier une série opposée à la précédente, qui convient bien à un objectif de régulation. Patton comme Stufflebeam ont évoqué une troisième possibilité de paradigme « centré sur l'utilisation », qui ne s'appuie plus sur l'opposition entre les deux précédentes lignes. On respecte alors bien un principe dialogique. Ce principe permet de penser une évaluation selon un objectif de gouvernance.

L'objectif de pilotage s'appuie généralement sur des objectifs et des indicateurs quantifiés, selon une logique linéaire. En régulation, le travail sur le processus nécessite de prendre en compte le principe de récursion organisationnelle, mais aussi les principes dialogique et hologrammatique. L'apport de la sociologie des organisations permet de justifier ces principes et de proposer une méthode d'évaluation. La gouvernance nécessite aussi cette prise en compte des principes de complexité, d'autant plus que les actions comme les évaluations se doivent d'être participatives.

Plusieurs cadres conceptuels de conception d'action ou d'évaluation existent déjà, qui permettent de penser la complexité des actions d'éducation à la santé et de situer leurs relations avec d'autres éléments de l'environnement, surtout dans une perspective de résultats

ou d'impact. Cela peut permettre une entrée par les outils, mais il s'agit plus d'outils à penser que de guides méthodologiques à proprement parler.

Le travail théorique confirme donc bien les hypothèses : l'opposition systématique de méthodes ne permet pas de définir des méthodes adaptées à l'objectif politique de gouvernance. La logique linéaire ne permet pas de définir de méthode d'évaluation adaptée à la régulation ou la gouvernance. L'apport des principes de complexité permet de penser des méthodes d'évaluation non seulement pour la régulation et la gouvernance, mais aussi pour le pilotage. En effet, l'évaluation d'impact (non linéaire) et l'utilisation de cadres conceptuels d'évaluation tels celui de Champagne et al. (avec un besoin d'extension du cadre vers une analyse récursive) ou les modèles Precede Proceed et de catégorisation des résultats permettent de penser les actions dans leur contexte, avec les relations et dépendances des différents éléments, selon une perspective complexe. Or ces méthodes d'évaluation se prêtent très bien aussi à un objectif de pilotage.

2.2 Ce qu'apporte l'approche pragmatique

Le principe dialogique est assez facilement intégré dans les évaluations lorsqu'il s'agit de combiner méthodes qualitatives et quantitatives, même s'il s'avère difficile de trouver des conclusions communes.

La prise en compte du principe de récursion organisationnelle se fait relativement naturellement dans les objectifs de régulation et de gouvernance, mais nécessite parfois la création d'outils spécifiques comme dans les dynamiques collectives de travail d'AMVEE. La question de savoir qui, au sein des publics visés, doit participer aux actions et évaluations illustre la difficulté de démarche participative de systèmes hiérarchisés, tels que l'Education Nationale. Le principe de récursion organisationnelle peut en être altéré.

L'absence de cohérence entre objectif politique de conception d'action et objectif politique d'évaluation mène à une impasse où les résultats d'évaluation ne sont pas utilisés par les publics destinataires théoriques. C'est ce que montre l'exemple de l'étude Libertabac. Cet exemple illustre l'importance du principe hologrammatique dans l'évaluation d'objets complexes. On retrouve cette même notion avec l'étude AMVE. On peut par ailleurs se poser la question de savoir comment respecter le principe hologrammatique dans un contexte d'objectif politique de gouvernance pour les promoteurs/chercheurs lorsque ce même objectif n'est pas intégré par les décideurs.

2.3 Hypothèses 1a et 1b

L'apport des principes de complexité au vu des réflexions théoriques et pratiques apporte bien un gain à l'évaluation, notamment dans un objectif de gouvernance ou de régulation où l'application des trois principes est nécessaire. Elle peut même être utile dans un objectif de pilotage. Ce faisant, on a bien pris en compte trois hypothèses permettant de développer un rapport critique à la complexité (Aldaheff-Jones, 2008) :

- Un rapport critique à la complexité suppose la reconnaissance du vécu d'antagonismes polymorphes ;
- Un rapport critique à la complexité suppose un certain rapport aux limites ;
- Le rapport à la complexité varie en fonction de stratégies de maîtrise.

En effet, en reconnaissant la possibilité de coexistence de trois objectifs politiques différents, on est bien dans la reconnaissance du vécu d'antagonismes polymorphes, sans ôter une quelconque légitimité à l'un ou l'autre des trois. Le travail fait dans la section théorique et pragmatique permet de poser des limites entre les trois objectifs politiques. Cependant, la section pragmatique fait envisager, par l'exemple de Libertabac, que ces limites ne sont pas toujours si claires à respecter, rejoignant la proposition d'(Aldaheff-Jones, 2008) (p108). « Un rapport critique à la complexité suppose d'entretenir le vécu d'antagonismes en cherchant à toujours mettre en évidence les limites susceptibles d'être rencontrées. Il suppose à la fois d'interroger leur présence et d'explorer, lorsque c'est possible, **les conditions de leur transgression**. Sur le plan épistémique et théorique, l'adoption d'un tel 'travail aux limites' implique de revisiter en permanence la légitimité des référentiels sur lesquels repose l'équilibre de nos réflexions. »

Enfin, la notion de maîtrise (Aldaheff-Jones, 2008), entendue de façon générique comme la faculté de dominer, d'exercer une forme de contrôle ou de connaissance approfondie, aboutit à définir deux dimensions permettant de rendre compte des stratégies de maîtrise déployées dans le champ scientifique. La première renvoie à la façon dont on régule l'expérience d'un travail aux limites (p. ex. évitement *versus* confrontation) ; la seconde renvoie à la façon dont les antagonismes en présence sont contrôlés (p. ex. sous-contrôle *vs* hyper-contrôle). Dans le travail de thèse, il y a plutôt eu confrontation et non évitement, mais sans déni de la complexité. « *Sur le plan épistémique, les stratégies d'hyper-contrôle renvoient à une conception de la science favorisant la fragmentation et l'isolement des objets et des sujets de recherche (logique de spécialisation, contrôle élevé des conditions d'expérimentation, clivage entre objets de recherche et subjectivité du chercheur, etc.) A l'inverse, les stratégies de sous-contrôle renvoient à des conceptions où les exigences scientifiques sont réduites au*

minimum. » (Aldaheff-Jones, 2008) L'approche de la problématique par segmentation en trois objectifs politiques permet de définir une méthodologie d'évaluation (*cf.* Tableau 21 récapitulatif). Il faut donc maintenant l'étudier d'un point de vue plus complexe.

Tableau 21 : récapitulatif des schémas d'évaluation envisageables en fonction de l'objectif politique

Objectif politique	Pilotage	Régulation	Gouvernance
Epistémologie	Positiviste	Constructiviste	Complexité
Paradigme	Empirique	Normatif	Centré sur l'utilisation
Evaluateurs	Externe	Interne	Interne ou externe, méta-évaluation, évaluation participative
Méthodes	Quantitatives	Qualitatives	Centrées sur l'utilisation
Schéma d'étude	OXO	CMO	OXO ou CMO, plutôt CMO
Qualité	ESI	ACQ	ESI ou ACQ, plutôt ACQ
Composante à étudier	Opportunité (pertinence), Structure, Résultats Impact	Opportunité (choix valoriels), Processus	Opportunité, structure/procédure/résultats, impact
Interrelation à étudier	Analyse du programme Rendement	Productivité, utilité, efficacité, efficacité, écart	Choix d'une des interrelations du pilotage ou de la régulation Cohérence
Logique	Linéaire	Réflexive	Dialogique, récursion organisationnelle et hologrammatique

3. Les limites de l'approche par l'objectif politique

3.1 Réflexions sur la légitimité de chaque objectif, sa sémantique

Dans la thèse, l'objectif politique a souvent été assimilé au public concepteur d'action ou destinataire de l'évaluation. L'objectif politique va en réalité au-delà du public et doit davantage se comprendre comme un mode de fonctionnement (d'organisation), ce qui explique la nécessité d'approches différentes par les paradigmes ou épistémologies.

Sans remettre en cause ces différents modes de fonctionnement, il faut étudier comment sont compris les termes de pilotage, régulation et gouvernance par différents auteurs.

3.1.1 Le pilotage

Les termes de pilotage, régulation et gouvernance ont été inclus dans ce travail en faisant un choix sur leur définition précise. Les choix qui ont été faits pour la thèse ne sont pas forcément ceux retenus par d'autres auteurs. Ainsi pour le pilotage, il existe une autre définition qui reprend la notion d'orientation plus que de direction « *Piloter, c'est orienter les pratiques* » (Perrenoud, 2001b). Pour Perrenoud, le pilotage est fortement connecté à la problématique du changement (Perrenoud, 2001a). Piloter le changement, c'est toujours en même temps, maintenir une identité, une intégrité du système et de ses visées, ce qui permet la continuité aussi bien du fonctionnement que du projet qui sous-tend toute action collective. Piloter revient alors, dans tous les cas de figure, à garder un cap. Le pilotage devrait désigner essentiellement la dimension stratégique des fonctions dirigeantes, l'ensemble des décisions dont dépendent la survie et le développement de l'organisation. C'est donc une forme de leadership, au sens anglo-saxon, d'influence sur le cours des choses, sans préjuger du statut et du nombre de ceux qui pilotent, ni des procédures de décision.

« On postule... que les seuls pilotes sont ceux qui ont un pouvoir institutionnel et que la meilleure façon de piloter est de prendre des décisions. Même si l'on reste dans ce schéma, il est temps de comprendre que nul ne prend de décisions en toute indépendance. Tous ceux qui participent à la construction d'une décision, comme tous ceux qui vont la relayer, la justifier, l'expliquer sur le terrain, limitent l'autonomie de celui qui a le pouvoir formel de décider. »

(Perrenoud, 2001b) On retrouve bien là les notions de Crozier et Friedberg, avec un « management revisité », où l'analyse stratégique relativise le rôle des dirigeants quand toute structure formelle s'y définit comme une « codification provisoire d'un état d'équilibre entre les stratégies de pouvoir et les stratégies de présence » (Crozier & Friedberg, 1981).

Perrenoud explique aussi qu'un des inconvénients de piloter tout seul et qu'on ne pilote rien.

« Un pilotage non partagé ou négocié dans le cercle restreint du pouvoir aboutit à des

décisions qui sont prises sur le papier mais qui n'ont pas d'effets dans la réalité, sauf sur des choses secondaires. ... L'illusion jacobine pourrait inviter à tout négocier au sommet, à fixer le compromis et à l'imposer par voie descendante. Ce modèle ne fonctionne pas, car les acteurs ne se sentent pas liés par des décisions parachutées dans la méconnaissance des contraintes et des problèmes régionaux ou locaux, même si elles ont été négociées entre le ministère et les leaders nationaux. ... Dans l'administration, on ne remet pas en cause les décisions. On les respecte en apparence, ce qui n'empêche pas les accommodements dans leur application de la règle. On se garde de la renégocier, on évite de poser la question de savoir si les règles sont toujours valables et jusqu'où on peut jouer avec. On apprend dans les bureaucraties qu'on peut vider les textes de leurs sens, à condition de ne pas les combattre ouvertement. Or, lorsqu'on ouvre la négociation, surgissent des acteurs plus naïfs ou plus honnêtes, qui ne craignent pas de reposer les problèmes de fond plutôt que de s'arranger. Le pilotage négocié est usant, car il conduit à remettre sans cesse des principes sur le métier, alors que l'art administratif consiste à jouer avec les règles. »

Perrenoud propose un premier remède par la prise en compte de la négociation à tous les niveaux. « La question de l'autonomie des personnes, mais aussi des établissements, intervient à ce stade. Il y a une sorte d'emboîtement de poupées russes, chacune correspondant à un niveau de pilotage. Tout ce que l'on ne pilote pas au centre est piloté ailleurs, au niveau d'une académie, d'un bassin, d'un établissement, d'une équipe pédagogique... Cette espèce d'emboîtement est aussi une façon de concevoir le partage du pilotage. Chacun pourrait s'appliquer à ne pas décider à son niveau ce qui peut l'être de façon plus économique et plus diversifiée au niveau inférieur. On ne parle pas alors de partage, mais plutôt de décentralisation ou de déconcentration. La problématique est la même : construire des décisions qui tiennent. »

Enfin, Perrenoud prône le **pilotage négocié**, qui ressemble en fait à ce qui a été défini comme gouvernance dans cette thèse. « Le pilotage négocié offre une façon de s'approprier la raison d'être des réformes, d'en percevoir les tenants et aboutissants à l'échelle du système, de se décentrer de son intérêt particulier parce qu'on participe à la définition du bien public. C'est une façon de partager le pouvoir de sorte que les gens se sentent acteurs et responsables de la réforme, du projet d'établissement. L'appropriation veut dire que la réforme n'est plus celle du ministre, mais celle de tous ceux qui y croient parce qu'ils l'ont construites à leur niveau, avec d'autres personnes. Dans les pays anglo-saxons, on parle beaucoup d'empowerment. Le mot n'a pas d'équivalent en français, mais l'idée est assez simple : prendre du pouvoir, c'est

aussi prendre des responsabilités, se mobiliser pour faire réussir une entreprise qui tient à cœur. »

En dépit des mots, on remarquera que les trois propositions de Perrenoud sur le pilotage correspondent aux trois objectifs tels que décrits dans la thèse : pilotage, régulation ou gouvernance, qui correspondent à trois conceptions de management différentes, mais pour lesquelles les frontières ne seraient pas forcément étanches.

3.1.2 La régulation

La régulation a été comprise précédemment en incluant promoteurs et chercheurs (évaluateurs). Ce ne sont pas toujours forcément les mêmes publics, les promoteurs peuvent laisser l'évaluation à d'autres équipes (il s'agit donc d'évaluation externe). On se trouve alors confronté au même type de problématique qu'en gouvernance : l'évaluation participative. Selon Smits et Champagne, l'évaluation participative peut être divisée en deux catégories :

- l'évaluation par empowerment (Fetterman, Kaftarian, & Wandersman, 1996), dont le but principal est de générer plus de justice sociale pour des minorités exclues ;
- l'évaluation participative pratique (practical participatory evaluation) (Brisolara, 1998), où le processus participatif sert à accroître l'utilisation des résultats d'évaluation via l'implication des utilisateurs ciblés (Smits & Champagne, 2008).

C'est cette dernière catégorie qui correspond le mieux à la situation de promoteurs travaillant avec une équipe d'évaluation externe. Smits et Champagne ont défini un modèle théorique pouvant sous-tendre ce type d'évaluation (Smits & Champagne, 2008). Ils précisent que les processus d'évaluation participative pratique ne sont pas linéaires et que le modèle théorique qu'ils ont élaboré contient des boucles rétroactives comme éléments essentiels d'une évaluation participative pratique **interactive et dialogique**. On retrouve donc bien les idées explorées dans la thèse d'inclusion de deux principes de la complexité : dialogique et récursion organisationnelle. Par ailleurs, il est intéressant de voir que leur modèle s'inspire des théories de l'apprentissage et d'utilisation des connaissances. Le modèle repose sur trois hypothèses :

- la communication interactive entre évaluateurs et praticiens lors du processus de recueil de données favorise le processus de co-construction des connaissances.
- Le processus de co-construction des connaissances renforce l'utilisation des résultats.
- Le processus de co-construction des connaissances et le contexte local d'action agissent de concert pour générer l'utilisation instrumentale (le processus par lequel la connaissance potentielle est utilisée pour prendre des décisions sur l'action).

3.1.3 La gouvernance

On a déjà vu dans les définitions que la gouvernance pouvait s'entendre au sens libéral. Ce qui explique probablement une certaine confusion dans l'ensemble des discours entendus à ce sujet, mêlant au passage les termes pilotage et performance.

Il faut savoir reconnaître que « *les méthodes nécessaires à la pratique de démarche participative sont encore peu connues et utilisées en France ... certaines démarches, présentées sans doute à tort comme participatives, se limitent à des actions d'information en direction des publics concernés. D'autres, plus proches de la réalité du concept de participation, peuvent aller depuis la seule consultation jusqu'à des processus dits de 'codécision'.* » (Sachs, 2006)

Les questions (Potvin, 2006) à se poser sont les suivantes :

- qui devrait participer ? Ce qui interroge la légitimité de la représentation et ne doit pas occulter les luttes de pouvoir au sein des participants. « *Il est tentant pour les institutions qui se prêtent au jeu de la participation, de croire que leur bonne volonté et les principes altruistes qui les animent devraient trouver automatiquement écho dans un acquiescement presque inconditionnel à leurs propositions de la part de ceux que l'on invite dans des structures de participation. C'est dans cette tentation que l'on devrait chercher l'origine des frustrations des administrateurs désillusionnés qui renoncent à promouvoir des structures participatives parce que celles-ci sont souvent paralysées par des luttes de pouvoir souvent perçues comme n'ayant que très peu de relations avec les « vraies » questions à résoudre et qui, en dernière analyse, semblent freiner l'action.* »
- Que se passe-t-il vraiment dans un espace participatif ? Louise Potvin préconise d'utiliser les théories sociologiques de l'action (Potvin, 2006).
- Quels outils facilitent les processus dans cet espace ?

Ceci pour ne pas attribuer à la gouvernance l'idée de panacée. « *La constitution d'un espace participatif équivaut à la déconstruction et à la mise à plat des hiérarchies qui caractérisent l'univers institutionnel et contribuent à son efficacité.* » (Potvin, 2006)

Par ailleurs, le souci éthique doit prévaloir. « *Si on n'y prenait garde, l'appel à la participation et à la citoyenneté, érigé en principe civique et moral, pourrait n'être, en période de crise grave, qu'une façon de masquer l'impuissance collective à éviter et à traiter les fractures sociales* (Sachs, 2006). »

3.2 Passer du pilotage à un autre objectif ?

Les appels d'offre auxquels les promoteurs doivent répondre sont en réalité souvent dans une logique de pilotage. Violet et Reiss expliquent dans leur article comment travailler selon une épistémologie complexe quand la demande de financement est « imprégnée de fondements cartésiens »... « *Comment préserver la cohérence épistémologique entre le contenu (la recherche) et le contenant (le formulaire) ? Comment faire état de l'originalité sans franchir la frontière de la marginalité ? Comment faire rentrer la complexité dans l'algorithme de l'appel d'offre ?* » (Violet & Reiss, 2008). Concernant la valorisation de leur travail, les auteurs ont choisi de se centrer sur l'ingénierie de formation et pas sur les arguments qui devaient permettre de corroborer le changement envisagé. Ils ont donc fait état du processus envisagé et non des résultats en proposant de s'adapter aux résultats futurs. « *...Dans l'ensemble il ressort que le travail commandité a posé des contradictions qui finalement nous ont obligé à accroître la rigueur des situations complexes.* » Cette adaptation est donc possible, à condition d'être très conscient des attentes des uns et des autres. Si on se réfère à l'exemple de Libertabac, c'est justement cette non prise en compte d'attentes divergentes entre commanditaires, chercheurs et public destinataire qui a posé problème.

A l'heure où il est très à la mode d'évaluer les compétences, on peut tenter de définir les compétences liées au pilotage et à la régulation. Le pilotage nécessite une compétence de prise de décision, prise de responsabilité, quand la régulation nécessite la compétence de l'écoute d'autrui et de communication. L'utilisation des deux compétences associées, même si elle est délicate, selon un objectif de gouvernance, ne paraît pas impossible...

4. Limites d'une approche minimale

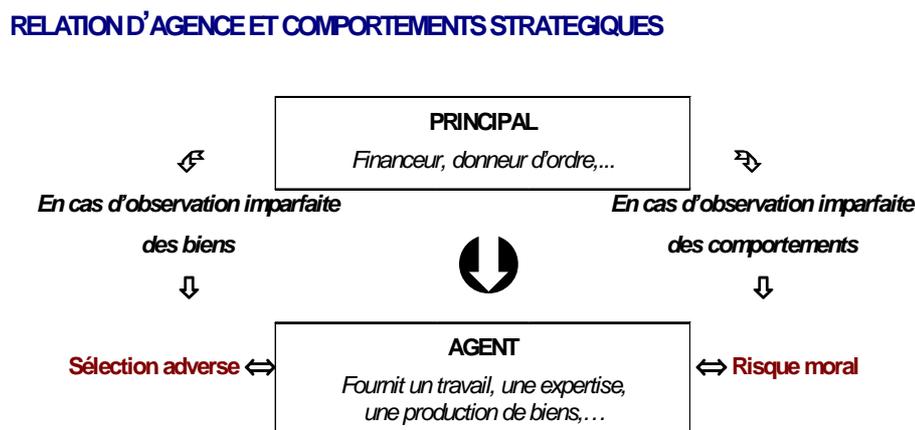
Pour chaque objectif politique ont été décrits des schémas potentiels d'évaluation. Ainsi, pour le pilotage, on peut envisager de ne travailler que sur les résultats (le pilotage sur indicateurs) et en régulation que sur le processus. Il faut cependant tenir compte des limites, biais ou effets pervers qui ont été décrits dans la littérature pour ces approches minimales.

4.1 Limites du pilotage d'après les résultats uniquement

N'évaluer que sur les résultats correspond à un pilotage par indicateurs, dont les effets pervers de sélection adverse et de risque moral sont bien décrits en économie par la théorie de l'agence (Bejean & Gadreau, 1992). Cette théorie part du constat qu'il y a **asymétrie d'information** entre différents participants qualifiés d'agents et de principal en économie (cette notion se retrouve dans le livre de (Crozier & Friedberg, 1981)) et qu'il y a **autonomie**

des acteurs. Les rôles ne sont pas définitifs entre agent et principal, ils peuvent être interchangeables. Le principal est généralement un financeur ou un donneur d'ordre, quand l'agent fournit un travail, une expertise, une production de biens ou de services. L'asymétrie d'information signifie qu'on ne peut jamais savoir quelle est la nature de la demande, de l'offre et de sa réponse à la demande. Transposé à l'éducation à la santé : on ne sait jamais réellement ce que l'on fait comme éducation, les financeurs/décideurs ne savent jamais vraiment ce que l'on a fait. L'action des acteurs n'est connue que partiellement par le centre de décision qui ne peut travailler qu'au prix d'une forte réduction de l'information. L'autonomie des acteurs signifie qu'ils anticipent la nature du contrôle. L'agent doit retraduire en ordre opérationnel la demande qu'il reçoit. De ce fait, il y a dysfonctionnement et des comportements opportunistes qui en découlent, de type sélection adverse ou risque moral, car il n'y a pas de stratégie neutre, il n'y a pas d'acteurs passifs, il y a un décalage entre une mesure et l'évaluation des conséquences de la mesure (Figure 13).

Figure 13 Relation d'agence et comportements stratégiques (Gerbaud, 1999)



Par exemple, lorsqu'on veut augmenter un taux de réussite au baccalauréat, la sélection adverse consistera à ne garder que les élèves dont on est sûr qu'ils réussiront au bac, lorsque les modalités de passation du bac sont fortement contrôlées.

Le risque moral consistera à réduire le niveau d'exigence lors du passage du bac lorsque tous les élèves doivent être pris en charge.

Un autre inconvénient (réducteur) de l'évaluation sur résultats uniquement est la difficulté à mesurer les changements induits par l'action d'éducation à la santé à partir d'indicateurs

indirects : « Ce qui revient à juger une automobile par le poids et la qualité de l'acier et des autres matières qui rentrent dans sa composition et par les principaux éléments de montage ; forge, ateliers de presse, chaîne de montage » (De Pourville, 1990). *Le but de l'évaluation étant de porter un jugement sur une activité, une ressource, un résultat impose le choix de critères. Les critères sont des variables capables de rendre compte de manière pertinente et fiable, soit de l'atteinte des objectifs, en particulier des variations de l'état de santé, des connaissances ou des attitudes, soit des différentes composantes du programme. Les indicateurs sont les données concrètes qui, dans la réalité, rendent compte du critère choisi* (Andem, 1995). Les indicateurs sont souvent considérés comme les données chiffrées qui permettent de s'assurer de l'atteinte des critères. Mais on peut considérer qu'il existe des indicateurs quantitatifs ou qualitatifs. Il faut en général plusieurs critères pour répondre à un objectif, une référence et il faut plusieurs indicateurs pour répondre à un critère. Un indicateur seul est en général insuffisant, d'autant qu'il peut changer de sens suivant le contexte et l'interprétation des différences. Par exemple, l'indicateur absentéisme du personnel peut correspondre à de mauvaises conditions de travail, mais l'absence totale d'absentéisme peut également correspondre à la peur de la perte d'emploi. Dans ce cas, l'absence totale d'absentéisme correspond autant, voire plus, que l'absentéisme à de mauvaises conditions de travail.

Les indicateurs doivent avoir les propriétés suivantes pour être de qualité : être simples et acceptables, validés et pertinents, fiables (c'est-à-dire aptes à une mesure précise et reproductible), sensibles et spécifiques. Mais ces propriétés sont-elles toujours vérifiées avant la mise en place des indicateurs ?

Les indicateurs étant souvent utilisés pour l'évaluation de résultats peuvent avoir des effets secondaires imprévus, négatifs ou paradoxaux. Le risque majeur est de confondre l'indicateur avec le phénomène que l'on évalue, on revient alors à la théorie de l'agence avec les effets de sélection adverse et de risque moral évoqués plus haut.

Sur le site lavedesidees.fr, on trouve également des textes intéressants au sujet du pilotage par indicateurs (cf. Annexes 10 et 11). Ils mettent en exergue la relation indicateur / objectif et donc soulignent cet inconvénient des indicateurs de n'être qu'indirects. « *La difficulté majeure de l'indicateur peut provenir, non pas tant de la productivité jointe, mais de l'écart potentiel entre l'indicateur et l'objectif réel... La difficulté vient de ce qu'en économie des contrats, on appelle le travail « multitâches ». L'objectif n'est pas un mais multiple.*

Privilégier un indicateur plutôt qu'un autre, même simplement attirer l'attention sur un indicateur en particulier, revient à allouer l'effort des juges sur un objectif particulier aux dépens des autres... Les objectifs multiples peuvent être contradictoires. » Le texte de Bacache-Beauvallet (cf. Annexe 10) était avant tout une réaction aux mesures de performances du service public sur indicateurs, mais les mécanismes décrits sont les mêmes pour toute évaluation et les pistes proposées pourraient également s'appliquer à l'éducation à la santé :

- faire participer les usagers plus directement aux résultats des services publics et imaginer des incitations directes en direction des usagers (car dans le service public, l'utilisateur du service n'est pas un simple client mais aussi un producteur de service).
- Construire des indicateurs de performance non pas tant plus précis que plus proches (au sens de colinéaires) des vrais objectifs politiques et faire participer les usagers à l'évaluation du résultat de l'effort des fonctionnaires. (Il s'agit bien d'évaluation participative).

Pezet et Sponem (cf. Annexe 11) vont dans le même sens et insistent sur le simple mimétisme entre milieu entrepreneurial et service public : *« les effets pervers d'une simple stratégie d'affichage, ou pire d'une mauvaise compréhension de ces techniques managériales relevant alors de l'incompétence peuvent être redoutables. Elles n'ont en effet jamais empêché les entreprises d'être mal gérées, voire de disparaître. »* La difficulté majeure selon eux est que, mettre en place des indicateurs pour mesurer la performance nécessite qu'il ait un certain degré de contrôle sur les résultats à obtenir. *La principale condition d'utilisation du pilotage sur indicateurs serait d'« être capable d'avoir des objectifs les moins ambigus possibles et s'assurer que ces objectifs sont bien reliés aux stratégies (ou aux politiques, dans le domaine public). Et encore, ces objectifs ne seront pas utilisables de la même manière selon que l'organisation est capable ou non de décortiquer ses modes opératoires (les processus). Des conditions qu'il est souvent difficile par nature, de réunir dans le domaine politique ou le secteur public dont l'un des objectifs est de créer des externalités (c'est-à-dire d'avoir des retombées sur l'ensemble de la société).*

Si on reprend le langage économique, le pilotage par les résultats correspond à une minimisation des risques, mais pas à une *maximisation des résultats* (d'une logique probabiliste à une logique possibiliste). Cependant, cette minimisation des risques est un leurre. Car elle ne correspond pas à la réduction de l'incertitude et de la turbulence prônée par Patton (Pineault & Daveluy, 1986), c'est-à-dire à la réduction de variabilité du processus attendue en qualité (Gitlow et al., 1989), cf. expériences des billes et de l'entonnoir *supra*.

Même dans le contexte *d'evidence based medicine* abusivement caricaturé comme fondé sur des résultats uniquement, il s'avère que la stratégie d'aboutissement aux résultats recherchés importe plus que l'atteinte des objectifs eux-mêmes, ce que les derniers essais cliniques en diabétologie et prévention cardiovasculaires ont prouvé (Krumholz & Lee, 2008). Cliniquement, le médecin doit de toute façon adapter les normes internationales au patient singulier qui vient le voir (M. A. Grondin, Ouchchane, Ferrieres, & Gerbaud, 2006).

Un autre aspect à prendre en compte est celui de la temporalité. « *Un pilotage efficace est nécessairement systémique et à longue portée... Un pilotage doit être à la fois cohérent et étalé sur de longues périodes, et en même temps il doit englober suffisamment de variables et de paramètres pour avoir du sens. ..Pour avoir du sens, un pilotage négocié devrait, jusqu'à un certain point, échapper aux temporalités courtes du politique.* » (Perrenoud, 2001a) Tout ceci implique d'avoir des objectifs à longs termes et donc forcément de centrer le pilotage non sur les résultats, mais sur les impacts.

En conclusion, le pilotage sur indicateurs se doit de définir des objectifs correspondant réellement aux effets recherchés, éventuellement en y associant les destinataires finaux (le public auquel est destinée l'action), sur du long terme, d'anticiper les biais de type sélection adverse et risque moral et de prendre en compte le contexte dans lequel ils sont recueillis.

4.2 Les limites de l'évaluation du processus

L'évaluation unique du processus a d'autres effets négatifs. Donabédian cite le problème des inéquités qui surviennent lorsque les critères de procédure sont utilisés pour évaluer la qualité des soins reçue par certains groupes populationnels, alors que des critères de résultats sont utilisés pour d'autres (Donabedian, 1980) (p 117). Par ailleurs, il ne faut pas que l'analyse de procédures fasse oublier quels sont les objectifs de résultats. En éducation, une procédure très bien conduite visant à encourager des enfants à faire des recherches personnelles, entre autres par le biais d'internet, défavorise les enfants de milieux socioculturels peu aisés. La procédure est bien menée, mais elle oublie que l'objectif premier est d'aider les enfants dans l'acquisition de connaissances. Or, ce qui est valable pour des milieux socioculturels aisés ne l'est plus pour les plus pauvres. « *En l'absence d'objectifs, si vous ne savez pas où vous allez, vous avez de fortes chances de vous retrouver ailleurs... et de ne pas le savoir.* » Mager 1972, (Grenier, 1996) p15. On retrouve les notions de Crozier et Friedberg sur la nécessité de coupler analyse stratégique et analyse systémique, prenant en compte l'objectif et la cohérence du système (Crozier & Friedberg, 1981) en sus du jeu des acteurs.

4.3 Limites d'une approche centrée sur l'évaluation d'impact

Concernant l'évaluation d'impact, idéalisée par les décideurs (?), les obstacles sont nombreux. Ils sont premièrement financiers, car le suivi à long terme coûte cher. Or les programmes publics ne dépassent généralement pas un calendrier quadriennal.

Le deuxième obstacle est la mise en relation causale des effets observés avec les actions menées, le contexte prenant une importance cruciale. On peut le redire, cette relation n'est de toute façon pas linéaire, faisant partie des systèmes complexes (Shiell, Hawe, & Gold, 2008).

Enfin, lorsqu'on se place plus particulièrement dans le contexte scolaire, un obstacle majeur est l'éthique. Entre quelles mains peuvent finir des données sur le comportement des enfants et leur supposée délinquance ultérieure ? C'est toute la polémique qui a lieu en France sur le dépistage des troubles du comportement (Inserm, 2005) dès 3 ans proposé par l'Inserm et remis en cause par le collectif « pas de zéro de conduite ».

4.4 Conclusion

L'évaluation à choisir peut ne porter que sur une des composantes décrites, idéalement, il conviendrait qu'elle porte au moins sur deux d'entre elles. Ceci permet une description simple de l'action, parfois suffisante et peu coûteuse, partant du principe que la plus simple évaluation contribue à un processus d'incrémentation de la construction des connaissances au sujet de programmes spécifiques sociaux ou sanitaires (Rootman et al., 2001). En effet, il ne faut pas oublier l'aspect éthique de la légitimité de l'évaluation. L'OMS précise « *nous croyons que le juste degré de complexité est celui qui peut être manipulé par l'évaluateur et satisfait le besoin d'information qui a suscité la démarche d'évaluation.* » (Rootman et al., 2001). Il y a une leçon importante à retenir sur ce qu'il faut éviter : ne pas se leurrer par l'assertion qu'une action de type systémique, participative et complexe doit absolument correspondre à une évaluation également participative et complexe. (Walker & Kubish, 2008) Le risque étant de mettre en place une évaluation avec un excès d'informations inutilisables et trop coûteuse.

5. L'évaluation de la qualité et son impact sur l'objectif politique

L'évaluation peut avoir une action propre sur l'intervention qu'elle évalue et sur les objectifs politiques initiaux. Dans la mesure où l'évaluation en éducation à la santé ne peut être complètement dissociée de son sujet d'étude, on n'oubliera pas que l'évaluation en plus de mesurer les changements et les innovations facilitent les résultats (Koelen et al., 2001).

Ce qui a été dit pour les actions d'éducation à la santé et leur complexité l'est tout autant pour l'évaluation, qui est un processus complexe. L'évaluation participe à la prise de décision finale politique et peut être source de transformation.

Incontestablement, la qualité constitue un dénominateur commun des politiques d'éducation et de formation au niveau international. Même si sa définition demeure problématique, même si ses instruments sont contestés au regard de leur pertinence épistémologique et méthodologique (le pilotage sur indicateurs ou résultats), le paradigme de la qualité met en scène un pluralisme des conventions et des modes d'évaluation qui relativise le rôle central de l'Etat dans la régulation et le pilotage des systèmes d'éducation et de formation. Certes, la dimension marchande est fortement présente, et la qualité consacre une extension du marché dans des domaines jusqu'ici relativement protégés. Mais il n'est pas possible de réduire ce mouvement à une marchandisation ou à une libéralisation des fonctions de l'Etat par le marché... La qualité constitue une vraie politique, dotée d'instruments d'action qui, tout en déplaçant les anciennes formes d'équivalence caractérisant les Etats-nations, en construisent de nouvelles au niveau international et européen... (Normand, 2006)

Pour appréhender le gouvernement par les normes, il est intéressant d'étudier *la façon dont un certain type d'information s'insère dans des jugements ou dans une formalisation de connaissances pour instituer ensuite des repères conventionnels dans l'action et la décision publique*, ainsi que d'étudier *la manière dont cette normalisation par la qualité s'appuie sur différents lieux d'édition des normes ainsi que sur des arrangements et des rhétoriques politiques qui participent d'une recomposition de la chose publique et de la définition du bien commun* (Normand, 2006).

6. Peut-on élargir ces conclusions à d'autres évaluations ?

Le travail sur l'évaluation de l'éducation à la santé a dû emprunter à tous les champs déjà existants : évaluation, qualité, éducation, santé publique, etc. Au final, les apports à la méthodologie d'évaluation doivent pouvoir aller au-delà de l'éducation à la santé. Il convient alors de chercher si l'évaluation des actions d'éducation à la santé a des spécificités qui empêcheraient sa transposabilité à d'autres champs. L'adaptation à d'autres cultures sera envisagée (limites d'une approche occidentale).

6.1 Les spécificités de l'évaluation des actions d'éducation à la santé

6.1.1 Introduction

Une question à se poser est celle d'une éventuelle spécificité de l'évaluation en éducation à la santé. Si on reprend les caractéristiques des approches appropriées d'évaluation en promotion de la santé selon l'OMS, on note la participation, le travail pluridisciplinaire, la construction de capacité des publics à aborder les préoccupations de la promotion de la santé (empowerment), le fait d'être appropriée. Sur ces 4 caractéristiques, seules les 3 premières peuvent être des spécificités.

D'autres aspects sont fréquemment revendiqués comme spécifiques de l'éducation à la santé : l'éthique, les valeurs, la notion de système complexe, le type de résultats attendus, dont l'attente de changements des comportements en santé (où on retrouve la notion d'empowerment). Enfin, l'éducation à la santé a parfois des publics spécifiques par leur âge (les jeunes), leur état de santé (les malades chroniques) et leur culture, dont l'évaluation doit tenir compte pour être appropriée.

6.1.2 La participation, le travail pluridisciplinaire

L'évaluation participative est celle qui fait participer toutes les parties prenantes d'une action d'éducation à la santé, depuis les décideurs jusqu'au public ciblé, en passant par les professionnels de l'éducation à la santé. Les participants représentent différentes disciplines et cultures, avec des formations, des philosophies, des valeurs et des pratiques différentes (Koelen & Brouwers, 1990). Cette approche répond totalement aux valeurs de l'éducation à la santé, elle complique en revanche l'évaluation. Ces participants seront amenés à choisir les variables (indicateurs) à prendre en compte dans l'évaluation, mais leur participation doit être considérée elle-même comme un élément d'évaluation (Koelen et al., 2001). Le point positif est que le simple fait qu'une action intersectorielle prenne place peut déjà être considérée comme un facteur de succès, ainsi qu'une intention de continuer les collaborations (Koelen et

al., 2001). La participation et le travail pluridisciplinaire interviennent à tous les niveaux des actions d'éducation à la santé, pas seulement à l'évaluation. Cette façon de travailler se développe aussi en santé, notamment en gestion des risques. On parle d'actions collaboratives (Fabry, 2008). On peut donc penser qu'à terme l'évaluation participative puisse également se développer dans ce champ. En éducation, les travaux sur le partenariat ont déjà permis ce type d'évaluation participative et pluridisciplinaire (Mérini, 1999). Des séminaires et des groupes de travail se développent sur le thème de la construction de la capacité d'évaluation (Preskill & Boyle, 2008) (« *evaluation capacity building* ») dans ce cadre d'évaluation pluridisciplinaire, quel que soit le champ sur lequel porte l'évaluation et un modèle théorique a même été conçu. En effet, ce genre d'approche nécessite de prendre en compte les théories sur l'évaluation, l'apprentissage, le changement individuel et le changement des organisations, c'est-à-dire toutes les théories nécessaires en éducation à la santé. Ces théories paraissent indispensables pour toutes les « éducations à... » et l'évaluation participative finalement revient à l'éducation à l'évaluation.

6.1.3 L'éthique

Contrairement à une idée répandue dans le monde de l'éducation à la santé (« Evaluer est une question d'**éthique** pour tout éducateur pour la santé » (Demarteau, 2000)), l'éthique n'est pas une spécificité de l'évaluation en éducation à la santé. Les notions de valeurs et d'éthique sont dans la définition de l'évaluation faite par Stufflebeam (Stufflebeam & Shinkfield, 2007), mais on les retrouve dans le livre de (Donabedian, 1980) (p 116-8). La charte de l'évaluation de la société Française de l'Evaluation insiste quant à elle sur le débat démocratique, de même, le respect des personnes fait partie des principes de la Charte (Annexe 12). Dans les recommandations sur l'évaluation d'une action de santé publique (Andem, 1995), les auteurs insistent sur les principes éthiques suivants :

- Tenir compte des risques liés aux actions pour choisir entre les différentes alternatives possibles ;
- Garantir l'innocuité de l'évaluation : les modalités d'évaluation choisie ne doivent pas présenter de risque de nuisance (c'est le fameux « *primum non nocere* »);
- Garantir la transparence des actions et des évaluations en informant les acteurs et les participants.

Ces principes sont valables pour l'évaluation d'une action d'éducation à la santé.

6.1.4 Les valeurs

Les valeurs ou idéologies sous-jacentes (Tones & Green, 2004) doivent bien sûr être prises en compte dans l'évaluation, car les effets escomptés de l'éducation à la santé notamment ne seront pas les mêmes selon les différentes idéologies (Jourdan & Berger, 2005). Stufflebeam place les valeurs au centre du schéma décrivant le modèle d'évaluation CIPP (*cf.* Figure 7). C'est le parti pris de la Haute Autorité de Santé dans ses recommandations sur l'éducation thérapeutique (HAS-INPES., 2007), où la liste d'objectifs et de questions d'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique inclut les « approches et démarches qui sous-tendent le programme d'éducation thérapeutique du patient » (p56). Dans le même document (p 68), sa liste de questions pour élaborer un programme d'éducation thérapeutique du patient spécifique d'une maladie chronique retient en quinzième position « Quelles valeurs sous-tendent l'éducation thérapeutique du patient ? ». Ces valeurs donnent une spécificité à l'éducation thérapeutique au sens où toute évaluation d'une action devient un acte politique qui aide les décideurs à réattribuer les ressources. La question est de savoir à quelles fins l'évaluation doit servir, ceux qui ont le pouvoir ou ceux qui n'en ont pas, la bureaucratie ou la communauté. (Rootman et al., 2001)

Les valeurs interviennent aussi dans la création des indicateurs. D'un point de vue quantitatif, on est amené à utiliser des indicateurs pour mener l'évaluation. Les indicateurs découlent de critères, qui eux-mêmes découlent des références (en anglais « standards ») choisies par les évaluateurs. Ces références correspondent aux références d'acceptabilité auxquels on compare l'objet d'intérêt (définition de l'évaluation selon (LW. Green & Kreuter, 1999)). Ces références sont parfois implicites. Judd et al. plaident pour leur explicitation, selon une vision salutogénique, participative, en décrivant les huit catégories possibles de références selon qu'il s'agisse des besoins perçus du public, des besoins réels, des ressources de la faisabilité de la politique (Judd, Frankish, & Moulton, 2001).

Parmi les références basées sur les besoins perçus du public, on distingue :

- les références arbitraires,
- les références basées sur l'expérience,
- les références basées sur l'utilité.

Parmi les références basées sur les besoins réels, on distingue :

- les références scientifiques,
- les références normatives,
- les références historiques.

Parmi les références basées sur les ressources, la faisabilité ou la politique (les structures), on distingue :

- les références de propriété
- les références de faisabilité.

Il est essentiel de réfléchir sur quelles références on se base en évaluation : « *if they are unwilling or unable to set standards before data collection in a calm and deliberate manner, there is no reason to believe they can do so afterward* » (MQ. Patton, 1997).

6.1.5 Les systèmes complexes

Tout comme dans l'évaluation des politiques de santé ou de systèmes de santé, on se retrouve dans le champ des **interventions complexes** (Campbell et al., 2007). Hormis le travail d'Edgar (Morin, 2005, 2008), les systèmes complexes sont très étudiés dans la littérature et donnent lieu aux constats qui suivent. On entend par interventions complexes celles qui incluent plusieurs composantes (Exemples : Interventions à destination des comportements des professionnels de santé telles que stratégies de mises en place de recommandations, interventions communautaires telles que programmes communautaires de prévention des maladies cardiovasculaires, ...). La difficulté de leur évaluation réside dans le développement, l'identification, la documentation et la reproduction (reproductibilité ?) de l'intervention. Campbell et al. précisent que l'évaluation des interventions complexes nécessite l'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives (Campbell et al., 2007). Shiell et al. préfèrent distinguer la complexité des interventions et celle des systèmes (Shiell et al., 2008). Un système complexe est défini par le fait qu'il s'adapte aux changements de son environnement local, est composé d'autres systèmes complexes (par exemple le corps humain) et se comporte sur un mode non linéaire (les changements dans les résultats ne sont pas proportionnels aux changements dans les input). Les points communs des systèmes complexes et des interventions complexes sont, entre autres, la non standardisation, la multiplicité, les interactions.

Le modèle systémique (system model) selon lequel l'organisation est un système complexe, dynamique, constamment en évolution, s'oppose en théorie des organisations au modèle rationnel selon lequel l'organisation viserait l'atteinte de buts (goal attainment model) (Pineault & Daveluy, 1986). On retrouve donc les oppositions étudiées précédemment entre le pilotage sur indicateurs avec des objectifs quantifiés et la régulation ou la gouvernance. Le modèle systémique est davantage associé à l'évaluation formative, quand le modèle rationnel correspondrait davantage à une évaluation sommative. Il faut faire attention que des buts et

objectifs existent néanmoins, même s'ils ne sont qu'implicites ou prévus pour une autre temporalité.

Le Moigne définit cinq dimensions de système :

- La première est structurelle, un système est fait de composantes ;
- La seconde est fonctionnelle, un système réalise des opérations qui peuvent être observées à mesure que les transformations se déroulent ;
- La troisième est évolutive, un système évolue au cours des cycles de vie. Bien que le temps passe, le système maintient son identité.
- La quatrième est contextuelle, un système interagit avec d'autres systèmes dans son environnement. Ces interactions contribuent à l'évolution individuelle de l'ensemble.
- La cinquième dimension est téléologique, un système a des buts et des objectifs (Le Moigne, 1994).

L'intérêt d'une telle définition réside dans l'application que l'on peut en faire en évaluation. On peut y retrouver l'évaluation des composantes et interrelations de (Champagne et al., 1985), ainsi que l'évaluation des interrelations de (Plante, 1991). L'évaluation du système évolutif peut faire appel à plusieurs outils différents décrits précédemment. On note également l'idée persistante selon laquelle un système a des buts et objectifs, en contradiction avec l'opposition en théorie des organisations entre modèles systémique et rationnel.

Potvin et al. (Rootman et al., 2001) pour l'OMS ramènent l'évaluation à trois dimensions en distinguant :

- les interactions entre le programme et son environnement, ceci inclut l'aspect participatif ;
- les caractéristiques intrinsèques du programme : ses objectifs, ses composantes structurelles (ressources et services) et le processus de transformation ;
- l'évolution du programme.

Ces trois dimensions n'incluent néanmoins pas l'ensemble des interrelations possibles du programme, y compris entre ses propres composantes.

De toute cette littérature multi-disciplinaire, on retrouve bien les deux principes dialogique et récursif d'Edgar Morin. En revanche, le principe hologrammatique est ignoré. Or, il paraît important à prendre en compte pour l'évaluation d'actions d'éducation à la santé et vraisemblablement pour toute évaluation d'objets complexes.

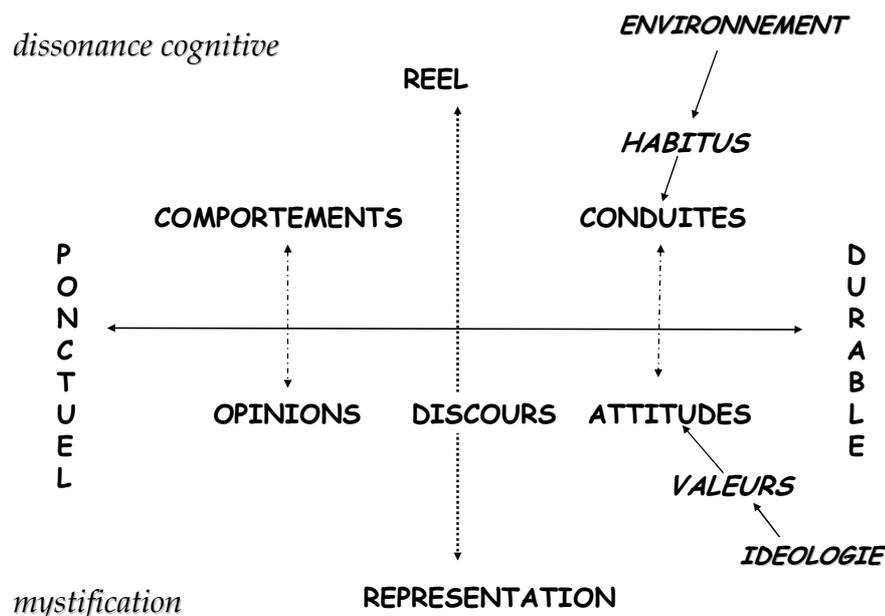
6.1.6. La nature des résultats attendus

« Ce qui distingue l'éducation à la santé d'autres approches est la nature des résultats attendus (ses buts et ses objectifs) et des stratégies (processus et activités) impliquées. La

nature de ces résultats et processus détermine comment on répond à la question de ce qui marche en éducation à la santé et comment l'évaluation doit être au mieux conduite. » (Rootman et al., 2001) Si on s'intéresse aux « résultats » des actions d'éducation à la santé, à long terme, on retrouve naturellement la santé, bien que la dernière définition de l'OMS (selon la charte d'Ottawa) la définisse comme un processus et non une fin en soi. Néanmoins, la santé, même aux yeux de l'OMS (Rootman et al., 2001), reste une valeur intrinsèque qui peut être admise comme résultat. A plus court terme, on retrouve la qualité de vie, la satisfaction, les changements de représentations de la santé ou de la maladie. Ces différents résultats sont évalués dans d'autres secteurs de la santé et reposent sur des définitions et des explorations maintenant relativement standardisées. Par exemple, il existe un questionnaire de qualité de vie tel que le SF 36, qui permet d'objectiver et d'évaluer d'un point de vue populationnel la qualité de vie liée à la santé (M. A. Grondin et al., 2008). Cette qualité de vie est donc liée aussi bien à l'éducation à la santé, à la prévention qu'aux traitements. L'évaluation de la satisfaction (comme dans le programme « Etre & Savoir ») explorée en santé fait aussi le lien inévitable entre éducation à la santé, prévention et curatif (Vendittelli et al., 2009).

On peut se baser sur le schéma de Karsenty (Figure 14) pour explorer différents effets escomptés des actions d'éducation à la santé.

Figure 14 : De la représentation au réel, facteurs influençant les comportements et l'habitus, en fonction du temps (document de cours du Pr Laurent Gerbaud, d'après le Pr Karsenty).



Parmi les spécificités de l'éducation à la santé sur les résultats attendus, on note que les résultats peuvent porter sur les **comportements** et attitudes, pas seulement sur les connaissances. Didier Jourdan et Dominique Berger insistent sur le fait que « la finalité de l'éducation à la santé n'est pas de faire baisser la prévalence d'un comportement mais bien de permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre (c'est un « empowerment ») (Jourdan & Berger, 2005). La référence est le sujet et non le comportement incriminé. » Le risque de n'évaluer que ces changements de comportements serait de ne pas prendre en compte le développement de l'autonomie et de la responsabilité de la personne. Cependant, n'évaluer que le développement de l'autonomie et de la responsabilité de la personne n'implique pas automatiquement que l'on sache évaluer les comportements correspondants. Il peut par exemple y avoir discordance entre une bonne estime de soi et l'adoption d'un comportement positif vis-à-vis de l'enseignement (Toczek, 2005). La compréhension des facteurs qui déterminent un comportement est nécessaire au choix de la méthode d'intervention (qui n'est pas forcément éducative). Il est également important de comprendre en évaluation sur quelles théories du comportement (et sur quels facteurs psycho-sociaux) les interventions ont été basées, car on peut imaginer que le choix de la méthode d'intervention ou le contenu du programme ne sont pas toujours appropriés (Godin, 1991).

Il existe plusieurs théories et modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie (*cf.* Annexe 13). Connaître ces différentes théories permet d'en découler des conséquences pratiques pour la mise en place des interventions. Par exemple, selon le modèle des croyances relatives à la santé, plus approprié pour expliquer la prise de décision concernant les actions préventives (Godin, 1991), il est pertinent de donner de l'information qui permettra à l'individu de savoir si son cas présente des risques, de réaliser que le problème est sérieux, et de savoir qu'il peut agir efficacement pour contrer le problème. L'évaluation qui s'ensuit devra elle aussi tenir compte des objectifs, parfois implicites, liés à ces théories sur le comportement. On utilisera ainsi des questionnaires de locus of control^{xiii} (*cf.* Annexe 1) ou d'estime de soi, en fonction des théories du comportement sous-jacentes. L'évaluation devra être cohérente avec les théories des comportements utilisées sous-jacentes.

^{xiii} **Lieu du contrôle (*Position du contrôle*)** : Concept qui renvoie à la question du contrôle de l'individu vis à vis des comportements qui peut être perçu comme présent chez l'individu ou dans l'environnement. Certaines personnes ont un lieu de contrôle interne ce qui sous entend qu'elles croient que ce qui leur arrive est le résultat de leur action. D'autres ont un lieu de contrôle externe ce qui implique alors que ce qui leur arrive est lié à la chance ou à l'action d'autrui. Les premiers sont en général des intervenants plus actifs et les seconds tendent à avoir une attitude plus passive.

Une difficulté consiste à évaluer les comportements eux-mêmes et leurs changements. Sans rappeler que, seule, l'évaluation des comportements n'a pas forcément de sens, un autre obstacle majeur est l'utilisation d'outils validés pour leur évaluation (quasiment inexistant d'un point de vue collectif, en-dehors du QECP (Tremblay et al., 1992) chez l'enfant).

Un écueil de la recherche de modification des comportements est le lien qui existe entre comportement et socialisation. Comment obtenir un changement de comportement chez des individus désocialisés pour lesquels « la norme sociale » est ignorée ?

6.1.7 Conclusion

Prise une par une, les spécificités de l'évaluation de l'éducation à la santé n'en sont pas. En revanche, c'est la prise en compte de l'ensemble d'entre elles qui peut guider l'évaluation. On peut donc très bien imaginer de transposer cette méthodologie d'évaluation à d'autres champs, au moins dans une culture occidentale.

Les cas particuliers

6.2.1 L'éducation à la santé des jeunes

L'éducation à la santé des jeunes concerne des êtres en devenir, qualifiés de « malléables ». Le rapport de l'INSERM (Inserm, 2001) insiste sur le risque de dérive moralisatrice, voire partisane d'une éducation à la santé qui leur est destinée et sur les précautions à prendre pour ne pas biaiser l'autorité parentale. « Le rôle et la place des parents et de l'entourage familial sont aujourd'hui mis en exergue. Ils doivent être perçus non seulement comme un public potentiel de l'éducation pour la santé, secondaire puisque les enfants constituent le public principal, mais aussi comme co-intervenants, acteurs à part entière et même, dans certains cas, acteurs principaux de l'éducation pour la santé de leurs enfants. Plusieurs expériences ont montré que les problèmes de santé des enfants ont pu être prévenus ou résolus grâce à des actions menées avec les parents seuls. » L'approche du cadre de vie inclut également le milieu scolaire. Concrètement, les conséquences pour l'évaluation de l'éducation à la santé chez les jeunes sont qu'il convient de prendre en compte la part de l'environnement familial et scolaire de l'enfant.

6.2.2 L'éducation à la santé des malades chroniques

Concernant l'éducation thérapeutique du patient, les personnes auxquelles s'adresse l'éducation ont pour particularités d'être malades. Cela a deux conséquences majeures correspondant à des spécificités de ce type d'éducation :

a) Le risque vital, à court terme parfois, de la non observance thérapeutique et de la non adhésion aux changements de comportement en santé, est réel. De ce fait, la prise de conscience des patients peut être plus aiguë que pour une personne non malade à laquelle s'adresserait une intervention d'éducation à la santé : les malades pourraient être plus motivés.

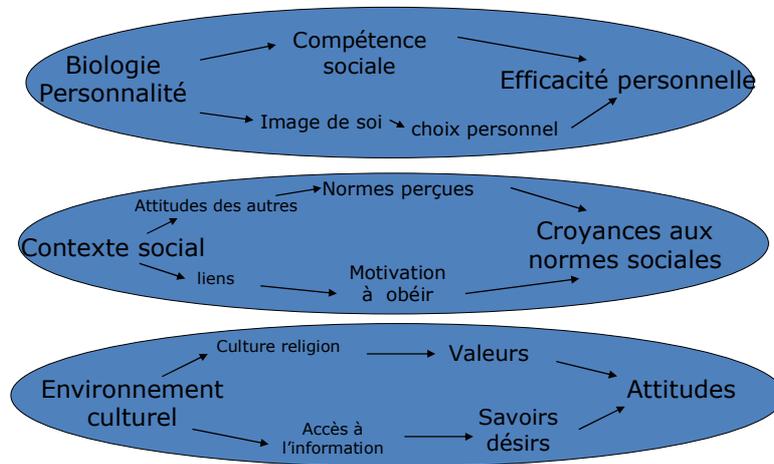
b) Du point de vue de l'évaluation elle-même, la présence d'une pathologie permet une objectivation des résultats et de leur suivi par des analyses biomédicales, radiologiques et autres que l'on ne peut avoir chez une personne non malade. C'est une solution d'évaluation qui paraît facile. Néanmoins elle ne permet que de répondre à la question « est-ce que l'éducation thérapeutique marche ». Elle ne répond pas à la question « pourquoi » ni « comment » cela marche.

Par ailleurs, l'empowerment des patients ne conduit pas automatiquement à ce que les patients acceptent de se soigner ou de se prendre en charge. L'autonomie du patient peut lui faire prendre la décision en toute conscience de refuser les soins. Cette notion, qui existe dans toute éducation à la santé devient plus problématique en éducation thérapeutique du patient où le pronostic vital peut être en jeu. C'est d'autant plus vrai en France où la non assistance à personne en danger est condamnable en justice. Pour les médecins, cela signifie de renoncer à l'observance et pose parfois un vrai dilemme. *Le but de la démarche éducative n'est pas de rendre le patient plus obéissant ! [...] Il s'agit d'écouter pour construire avec le patient une réponse originale, individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit redoute et espère. [...] Mener une démarche éducative, c'est construire à chaque rencontre, à partir de ces éléments, de nouvelles réponses, acceptables à ce moment-là par l'un et par l'autre (Sandrin Berthon, 2000). C'est aussi renoncer à ce que tout soit apprentissage. Le danger pour l'éducateur en santé, c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'apprentissage alors que la mort, la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute (Longneaux, 1994).*

6.2.3 L'approche ethnocentrée

L'éducation à la santé, selon un phénomène complexe, met sans cesse en relation l'individu et la société. L'aspect culturel est également à prendre en compte, tel que le propose Jacques Fortin dans la Figure 15.

Figure 15 : Schéma du Pr Jacques Fortin explicitant ce qui aboutit à un changement de comportement (non publié et avec son aimable autorisation), d'après (Naidoo & Wills, 1984)



Ce schéma (bien que réducteur, comme tous les schémas) permet de prendre en compte d'autres approches qu'une approche « occidentale » (culturellement connotée). La façon de concevoir l'évaluation se fonde souvent sur des modèles économiques occidentaux. On ne peut exclure que d'autres cultures aient une vision fort différente de la nôtre, en supposant que l'évaluation fasse partie de leurs préoccupations.

CONCLUSION

Le premier apport de cette thèse concerne une vision de la qualité recherchée par l'évaluation, plus intrinsèque (voire métaphysique) que la qualité redoutée habituellement. Le deuxième apport concerne l'importance de la prise en compte du principe hologrammatique de complexité dans la conception et l'évaluation d'actions complexes. Ces deux apports semblent applicables à toute évaluation d'objets complexes. En définitive, tenter d'élaborer une méthodologie d'un nouveau champ tel que l'éducation à la santé oblige à repenser l'évaluation autrement, dans sa globalité.

En éducation à la santé, surtout selon l'objectif politique de pilotage, il y a souvent focalisation sur les changements de comportements. Cette thèse ne permet pas de répondre à la question « est-ce que c'est mon programme qui a spécifiquement fait changer les comportements ? ». Cette question implique un fonctionnement linéaire. Comme on le voit dans le tableau des résultats de Nutbeam (Tableau 10), il faut la conjonction de plusieurs facteurs, dont un programme précis, pour arriver à un résultat. L'utilisation de méthodes OXO, inspirées des sciences fondamentales, peut donner l'illusion que l'on arrive à isoler l'effet d'un programme ou d'une action précise, mais sur le court terme uniquement. L'impact (à long terme plus les effets inattendus) est rarement aussi démonstratif. L'éducation à la santé comporte des actions complexes nécessitant une synergie pour arriver à un résultat attendu. L'évaluation doit en tenir compte, notamment en acceptant des méthodes « centrées sur l'utilisation » dans un objectif de gouvernance. Faut-il pour autant regretter l'absence de simplicité : une action précise entraînant un changement de comportement précis ? Il suffit de réfléchir aux conséquences d'un tel postulat. Si une action seule suffisait à modifier les comportements, le danger serait énorme qu'une entreprise non éthique ou une dictature manipule toute une population à son gré. Heureusement, cela n'est pas le cas. Ce qui ne signifie pas qu'il faille renoncer à lutter contre de telles possibilités. Les actions d'éducation à la santé doivent être synergiques avec les politiques de prévention, y compris dans la lutte contre des actions non éthiques.

L'OMS (Rootman et al., 2001) regrettait dans ses recommandations sur l'évaluation de ne pas avoir de certitude sur la possibilité de transposer l'évaluation occidentale au reste du monde. L'approche par la complexité peut être une réponse au moins partielle à une transposition à d'autres parties du monde. L'approche dialogique aurait une parenté avec le yin et le yang de la Chine antique ? Cependant, c'est plus les différentes catégories d'objectifs politiques qui sont difficilement transposables : on voit mal comment proposer des objectifs politiques de gouvernance dans des régimes non démocratiques par exemple. Il paraît de toute

façon nécessaire de tenir compte d'une approche culturelle adaptée au contexte dans lequel se fait l'évaluation.

Sur le plan économique, on peut regretter que « *les programmes de santé pour lesquels une évaluation est sollicitée sont souvent ceux qui ont le plus de difficultés politiques, qui sont les plus jeunes et les plus novateurs, et donc les plus fragiles. Par ailleurs, d'autres programmes, bien établis, bénéficiant de l'appui de groupes influents, ne font pas l'objet d'une évaluation, bien qu'ils soient fort coûteux. Le professionnel de l'évaluation devra s'adapter à une telle situation. Il devra se positionner par rapport au fait que l'évaluation peut servir l'intérêt des plus forts, et donc du statu quo, alors qu'elle devrait servir à déceler et à dénoncer les effets négatifs des programmes de soins et de santé. C'est là que l'idéologie rejoint la démarche de l'évaluation.* » (Pineault & Daveluy, 1986) On ne peut que souhaiter que ce type de démarche évaluative s'applique aussi au milieu curatif : « *As a matter of economic security and ethics, it is inappropriate to debate the economic value of prevention while excusing the rest of medical care from such scrutiny* » (Woolf, 2009) et à l'éducation.

Annexe 1 : Définitions du glossaire européen de la BDSP

Disponible sur <http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Default.asp>

Assurance qualité

Actions planifiées et systématiques nécessaires pour s'assurer qu'un produit ou un service répondra à des exigences données de qualité. En promotion de la santé et en prévention des maladies, l'assurance qualité est une méthodologie permettant de renforcer la qualité principalement en se concentrant sur la phase de planification des activités et des projets. Il y a plusieurs concepts de qualité liés à l'assurance qualité, qui diffèrent selon l'étape de mise en œuvre considérée. Ces concepts sont : les standards de qualité, la gestion de la qualité, l'évaluation de la qualité et les améliorations de la qualité.

Audit

Processus cyclique formel analysant la qualité d'un service de santé, par des pairs, afin de s'assurer de la conformité (du fonctionnement) avec les politiques établies et les procédures opérationnelles et afin de recommander les changements nécessaires.

L'audit est un processus cyclique, et pour cela doit permettre des améliorations en série dans plusieurs programmes de santé. Le cycle de l'audit souvent décrit ainsi :

observation des pratiques en vigueur;
détermination de standards de soins;
comparaison des pratiques avec les standards;
mise en application du changement.

Auto-efficacité

Croyance personnelle dans sa capacité à réaliser une action et à parvenir à modifier ses comportements en santé. Une telle croyance peut-être profondément, ou non, ancrée chez l'individu.

Certains facteurs psycho-sociaux contribuent à la formation de l'auto-efficacité, comme des expériences personnelles. L'auto-efficacité peut être une croyance générale (capacités perçues dans la vie, en général), ou spécifique (capacité à suivre un régime, à arrêter de fumer, à faire soi-même des injections d'insuline, etc).

L'auto-efficacité joue un grand rôle dans les échecs et succès de programmes qui ont pour but un changement de comportement de santé.

La théorie de l'efficacité est un modèle qui est utilisé dans le cadre de la théorie d'apprentissage social pour expliquer l'apprentissage psychosocial et les processus de changement (Bandura 1977). L'auto-efficacité correspondant est proche de la notion " auto - contrôle " dans la théorie du comportement raisonné.

Attitude

Manières habituelles et plutôt stables par lesquelles les individus perçoivent, éprouvent et jugent pour eux-mêmes ou pour d'autres, des actions, des idées et de leur environnement social et physique. Les attitudes régissent la perception et l'action. Elles ont des composantes affectives, cognitives et comportementales. Les attitudes sont en grande partie socialement déterminées. Changer les attitudes qui sont des barrières à des modes de vie plus sains ou à une politique plus saine est un des objectifs majeurs des interventions en éducation pour la santé et en promotion de la santé.

Comportement en santé

Toute activité entreprise par un individu, sans tenir compte de l'état de santé perçu ou réel, dans le but de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans ce but. On parlera de comportement orienté vers la santé.

La notion de comportement lié à la santé correspond à tout comportement ou toute activité faisant partie de la vie quotidienne mais qui influe sur l'état de santé de la personne. Presque tous les

comportements ou activités peuvent avoir une influence sur la santé et dans ce contexte il peut être utile de considérer les comportements liés à la santé comme partie intégrante des modes de vie d'un individu ou d'un groupe.

Le comportement lié à la santé n'est pas nécessairement consciemment dirigé vers l'amélioration de la santé. Il peut avoir une influence positive ou négative sur l'état de santé de la personne.

Éducation du patient (*Education thérapeutique du patient*)

Un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins et sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation du patient est destinée à aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, à vivre sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

Éducation pour la santé (*Education à la santé ; Education sanitaire*)

L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé.

L'éducation pour la santé informe sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, aussi bien que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. Ainsi, l'éducation pour la santé peut impliquer à la fois la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Dans le passé, l'expression éducation pour la santé a été employée pour rassembler un large éventail d'actions comprenant la mobilisation sociale et le playdoyer. Ces méthodes sont maintenant incluses dans la promotion de la santé, et une définition plus étroite de l'éducation pour la santé est proposée ici pour souligner la distinction.

D'autres préfèrent définir l'éducation pour la santé plus largement comme " la construction d'actions sociales planifiées et d'expériences d'apprentissage conçues pour permettre à des personnes d'obtenir le contrôle des déterminants de la santé et des comportements de santé, et les conditions qui affectent leur état de santé et l'état de santé des autres ".

Empowerment (*Renforcement*)

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

Environnement favorable (à la santé)

Un environnement favorable à la santé protège les personnes des menaces pesant sur leur santé, et leur permet de développer leur capacités et leur autonomie (self-reliance) dans la santé. Ce terme englobe les lieux de vie des personnes, les communautés locales, les habitations, les lieux de travail ou de loisir, et comprend également les facilités d'accès que les personnes ont à des ressources de santé et les opportunités d'empowerment qu'elles rencontrent.

Étapes du changement

Modèle qui distingue différentes séquences dans le processus cyclique de modification du comportement.

Selon ce modèle, une personne va passer par 5 différentes étapes quand elle essaie de modifier un comportement :

1. Connaître le comportement
2. Être intéressé par le comportement
3. Décider
4. Agir : essayer le comportement
5. Adopter le comportement

Ces étapes ne se déroulent pas toujours selon un schéma linéaire mais le modèle décrit les changements de comportement comme un processus dynamique et non pas comme une simple alternative de type " tout ou rien ". La durée de chaque étape diffère de personne à personne et varie de sujet en sujet. La différenciation en étapes favorise la planification de programmes de promotion de la santé et leur orientation vers des groupes cibles. Habituellement une personne échoue à plusieurs reprises et apprend de ces expériences pour le prochain cycle en 5 étapes. Pour les comportements addictifs comme le tabagisme, il y a aussi une 6e en dernière étape, correspondant au fait que la personne n'est plus tentée de recommencer de fumer.

Ce modèle est aussi utile pour décrire le comportement des professionnels, des dirigeants et des politiciens.

Évaluation

Processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs définis. La performance doit être comparée à des standards ou des attentes.

Evaluation de l'impact

Estimation du niveau d'effet qu'un programme ou une intervention produit sur une population cible.

Evaluation des besoins

Processus définissant la gamme des services nécessaires à un individu pour lui assurer un niveau de vie, de santé et de bien-être définis. Au niveau de la population, c'est un processus qui vise à identifier les personnes qui devraient bénéficier d'un traitement ou d'une prévention particulière. Ce processus constitue alors une base pour la prise de décisions au sujet de l'offre en services de santé ou de l'orientation d'un programme d'intervention. Des concepts voisins sont : évaluation communautaire, analyse de communauté et études formatives.

Evaluation des impacts sur la santé

1. Évaluation des effets potentiels de différentes actions sur la santé d'une population, et de la distribution de ces effets parmi la population. Par exemple, on peut mesurer l'impact qu'ont sur la santé de nouvelles mesures gouvernementales sur le logement, de nouvelles mesures concernant la circulation, ou encore la localisation d'un nouvel aéroport.
2. Méthodologie qui permet d'identifier, de prédire et d'évaluer les changements attendus, en termes de risques de santé, induits par un programme ou une action de planification ou de développement. Ces changements peuvent être positifs ou négatifs, individuels ou collectifs, directs ou indirects, immédiats ou différés. L'évaluation se définit donc comme une couverture adéquate des aspects de santé dans le contexte d'une étude d'impact sur l'environnement.

Évaluation technologique en santé

Activité systématique étudiant, d'un point de vue social large, les méthodes de promotion de la santé, de prévention et les méthodes de traitement. C'est un type d'analyse des politiques qui implique entre autres l'efficacité théorique ou potentielle, l'efficacité pratique, l'efficience, l'éthique, l'économie de la

santé et les conséquences organisationnelles. Son but est de fournir des informations pour les prises de décision en matière d'achats, de politiques et de pratiques en santé.

Lieu du contrôle (*Position du contrôle*)

Concept qui renvoie à la question du contrôle de l'individu vis à vis des comportements qui peut être perçu comme présent chez l'individu ou dans l'environnement. Certaines personnes ont un lieu de contrôle interne ce qui sous entend qu'elles croient que ce qui leur arrive est le résultat de leur action. D'autres ont un lieu de contrôle externe ce qui implique alors que ce qui leur arrive est lié à la chance ou à l'action d'autrui.

Les premiers sont en général des intervenants plus actifs et les seconds tendent à avoir une attitude plus passive.

N.B.

Le terme anglais " locus of control " est rarement traduit en Italien, Allemand ou en Hollandais.

Marketing social

Développement et utilisation de concepts de marketing et de stratégies à des fins non commerciales. Les éléments centraux sont les besoins des consommateurs, les attentes, les souhaits, les produits, le prix, la distribution et la communication. Il a pour but d'influencer le " marché des idées " dans un sens particulier (par exemple, les campagnes pour inciter à ne pas fumer), pour des services spécifiques, ou pour les besoins spéciaux d'organisation sans but lucratif (par exemple, des services de conseils ou des collectes de bienfaisance).

Médecine basée sur la preuve (*Médecine basée sur les données scientifiques*)

Utilisation consciencieuse, judicieuse et explicite des meilleures données scientifiques actuelles lors de la prise de décisions pour les soins de chaque patient. La pratique de la médecine basée sur la preuve implique d'intégrer l'expertise clinique individuelle avec les meilleures données cliniques externes disponibles, provenant d'une recherche systématique.

Modèle de croyance de la santé

Le modèle de croyance de la santé a été développé la première fois par un groupe de psychologues pour aider à expliquer pourquoi les gens utilisaient ou n'utilisaient pas les services de santé et de dépistage en particulier. Son utilisation au delà de ce contexte doit être prudente. Elle considère le comportement de santé comme un comportement résultant d'un raisonnement mettant en balance les coûts et les avantages potentiels de ce comportement. Le modèle de croyance de la santé prévoit que le comportement est le résultat d'un ensemble de croyance central qui ont été redéfinis au cours des années, telle que la croyance et la motivation que la santé est importante, la croyance personnelle d'être menacé par la maladie et la croyance qu'un comportement préventif spécifique est efficace dans le cadre d'une analyse coût bénéfice. Le fait d'être menacé, en tant que facteur isolé, n'est plus considéré comme suffisant.

Modèle de P.R.E.C.E.D.E./P.R.O.C.E.E.D.

Le modèle P.R.E.C.E.D.E. / P.R.O.C.E.E.D. est un modèle qui associe causalité et intervention, y compris l'évaluation. Il a été développé dans le champs de l'éducation pour la santé (P.R.E.C.E.D.E.) et plus tard aussi dans celui de la promotion de santé (P.R.O.C.E.E.D.).

P.R.E.C.E.D.E. correspond à l'acronyme de "Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Ecosystem Diagnosis and Evaluation". Les buts de ces modèles de diagnostic, de planification et d'évaluation sont d'expliquer le comportements vis à vis de la santé et de concevoir et évaluer les interventions mises en oeuvre pour influencer à la fois le comportement et les conditions de vies, constituant ainsi un modèle causal.

Deux propositions fondamentales sont soulignées : la santé et les risques sanitaires sont provoqués par des facteurs multiples. Par conséquent les efforts réalisés pour entraîner un changement social comportemental, environnemental doivent être multidimensionnels ou multi-sectoriels.

P.R.O.C.E.E.D. est un acronyme pour "Policy, Regulatory, Organizational Constructs in Educational and Environmental Development". Les étapes de mobilisation des ressources, d'implémentation et d'évaluation suivent les étapes du diagnostic et de la planification du modèle P.R.E.C.E.D.E.. Ce modèle est ainsi un modèle d'intervention.

Modèle de la santé

Un modèle est une représentation conceptuelle ou mentale de quelque chose - dans ce cas-ci santé. Il représente une structure et correspond à une description simplifiée d'un système, d'un processus etc....proposés comme base pour sa compréhension théorique ou empirique.

Jusqu'à la deuxième moitié du 20ème siècle, le modèle biomédical de la santé était prédominant. Il a considéré la personne comme un système fermé et a défini la santé comme l'absence de symptômes physiques (de la maladie). Le modèle psychosomatique ou bio-psycho-social de la santé place une interaction causale entre le corps et l'âme (psyché), pour l'explication et le traitement de la maladie, comme pour la prévention et la promotion de la santé. Le modèle socio-écologique de la santé identifie les liens inextricables entre les personnes et leur environnement et le mode de vie joue un rôle central dans le développement de la santé. Le modèle est concerné par la personne dans sa totalité et est basé sur une signification positive de la santé. D'autres modèles existent : le modèle comportemental, le modèle éducatif, le modèle social et le modèle "d'empowerment" de la santé.

Pertinence

Niveau, quantité et type approprié d'une intervention (traitement/prévention) prodiguée à un patient ou à une population dans des délais acceptables, avec une qualité adéquate et acceptable, et à un coût raisonnable.

Prévention

Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

Prévention des maladies

Correspond à des mesures permettant non seulement d'empêcher l'apparition de la maladie comme la réduction d'un facteur de risque, mais également d'arrêter sa progression et de réduire ses conséquences une fois la maladie établie.

Prévention primaire

Actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas.

Promotion de santé

Processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé. Ce concept inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui détermine la santé. La charte de la promotion de la santé d'Ottawa (1986) identifie trois stratégies de base : plaidoirie, facilitation, médiation. A ces stratégies correspondent cinq domaines d'actions : établir des politiques visant la santé, développer les aptitudes et les ressources individuelles, renforcer l'action communautaire, créer un environnement favorable à la santé, réorienter les services de santé.

Qualité de vie

Correspond à l'expérience individuelle de la vie et à la satisfaction engendrée par différents éléments de celle-ci (famille, maison, revenus, conditions de travail, etc). Ce concept a été adopté comme indicateur dans la mesure des effets des traitements médicaux, utilisant un point de vue subjectif du changement, avant et après traitement. La qualité de vie est un concept très large qui incorpore de façon complexe au niveau de la personne différentes dimensions : bien-être physique, état psychologique, niveau d'indépendance, relations sociales, croyances personnelles et relations aux principaux éléments de l'environnement.

L'unité Q.A.L.Y (année de vie ajustée sur la qualité) est souvent utilisée dans la mesure de l'impact d'un traitement médical sur la qualité de vie (analyse coût - utilité).

Représentation de la santé (*Représentation sociale de la santé*)

Construction psychologique complexe, qui intègre les expériences de l'individu et les valeurs et les connaissances d'une société (Herzlich ; 1973). La représentation sociale regarde comment les croyances partagées se développent et sont transmises dans les groupes sociaux. De telles croyances partagées ont un rôle important en expliquant la réalité et en justifiant l'action sociale. La représentation sociale est la relation de l'individu à la santé, à la maladie et à la société.

N.B.

Ce concept repose sur le concept de représentation sociale développé par Emile Durkheim. Il est principalement utilisé en Français et rarement utilisé en Allemand et en Hollandais.

Résultat (*Produit*) =*outcome en anglais*

Changement, favorable ou défavorable, de l'état de santé d'individus, ou de populations, résultant d'une intervention. Le point final de mesure dépendra de la définition du résultat attendu de l'intervention ; cela pourrait être la mort, la restauration complète des fonctions, la consolidation de fragments osseux, etc. Les changements de l'état de santé peuvent se produire indépendamment de l'intervention et des précautions doivent être prises pour s'assurer que tous les changements sont correctement reliés à leurs causes.

Santé publique

La science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société . Il s'agit d'une paraphrase d'une définition plus complète de l'OMS de 1952. Depuis le champ d'action de la santé publique couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens. Le terme est également employé comme une catégorie organisationnelle : cependant les services inclus dans cette catégorie varient d'un pays à l'autre. L'intégration de la rééducation-réadaptation et des soins dans la santé publique n'est pas acceptée par tous. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique.

L'approche écologique de la santé publique souligne les points communs pouvant exister entre la santé et le développement durable (soutenable). Elle met en avant les déterminants environnementaux et économiques de la santé et met l'accent sur la façon dont l'investissement économique devrait être guidé pour obtenir les meilleurs résultats en santé pour la population, la plus grande équité en santé et l'utilisation soutenable des ressources.

Théorie de l'action raisonnée

Modèle socio-psychologique des comportements ou de leurs modifications. Cette théorie insiste sur le rôle de l'intention vis à vis du comportement. Deux déterminants ont une grande influence sur l'intention : d'une part, l'attitude qui détermine le comportement, d'autre part, les normes subjectives qui affectent le comportement. L'attitude à l'égard du comportement dépend des croyances sur les

conséquences du comportement. Les normes subjectives dépendent de normes de l'environnement social et de l'importance de l'acceptation personnelle vis à vis de ces normes sociales.

Théorie de la motivation de la protection

Cette théorie analyse les processus cognitifs d'une menace (sur la santé). Elle interprète les messages de santé comme des appels à la crainte et relie le processus de cette menace à un comportement préventif. Elle intègre des éléments du modèle des croyances en santé et de la théorie de l'action raisonnée. Le développement de la motivation à se protéger dépend de conditions et de facteurs d'empêchement et de promotion. Le degré de motivation à se protéger résulte de deux processus d'information cognitifs parallèles en réaction à une menace de santé :

Evaluation de la menace,

Évaluation des mesures pour y faire face.

Les conditions suivantes doivent être présentes pour le développement d'une motivation de protection et de comportements préventifs :

1. perception de la sévérité de la menace,
2. perception de la vulnérabilité personnelle,
3. appréciation des compétences pour réaliser la mesure nécessaire
4. conviction que le comportement préventif est effectif et efficace
5. les conséquences du comportement de gestion inadapté sont neutralisés par les facteurs inhibiteurs de cette gestion inadaptée
6. les facteurs de promotion d'une gestion adaptée surpassent (sont plus intéressants que) leurs coûts

Théorie du comportement planifié

Modèle socio-psychologique des comportements ou de leurs modifications. Cette théorie est une extension de la théorie de l'action raisonnée qui repose elle-même sur deux déterminants : 1) attitude ; 2) norme subjective. Dans la théorie du comportement planifié un troisième déterminant est ajouté qui est la perception du contrôle. Cet ajout est souvent lié avec la construction de l'auto-efficacité. La théorie du comportement planifié met en avant les intentions du comportement résultant de la combinaison de plusieurs croyances. Elle propose d'appréhender les intentions sous la forme d'un plan d'action destiné à atteindre des objectifs comportementaux.

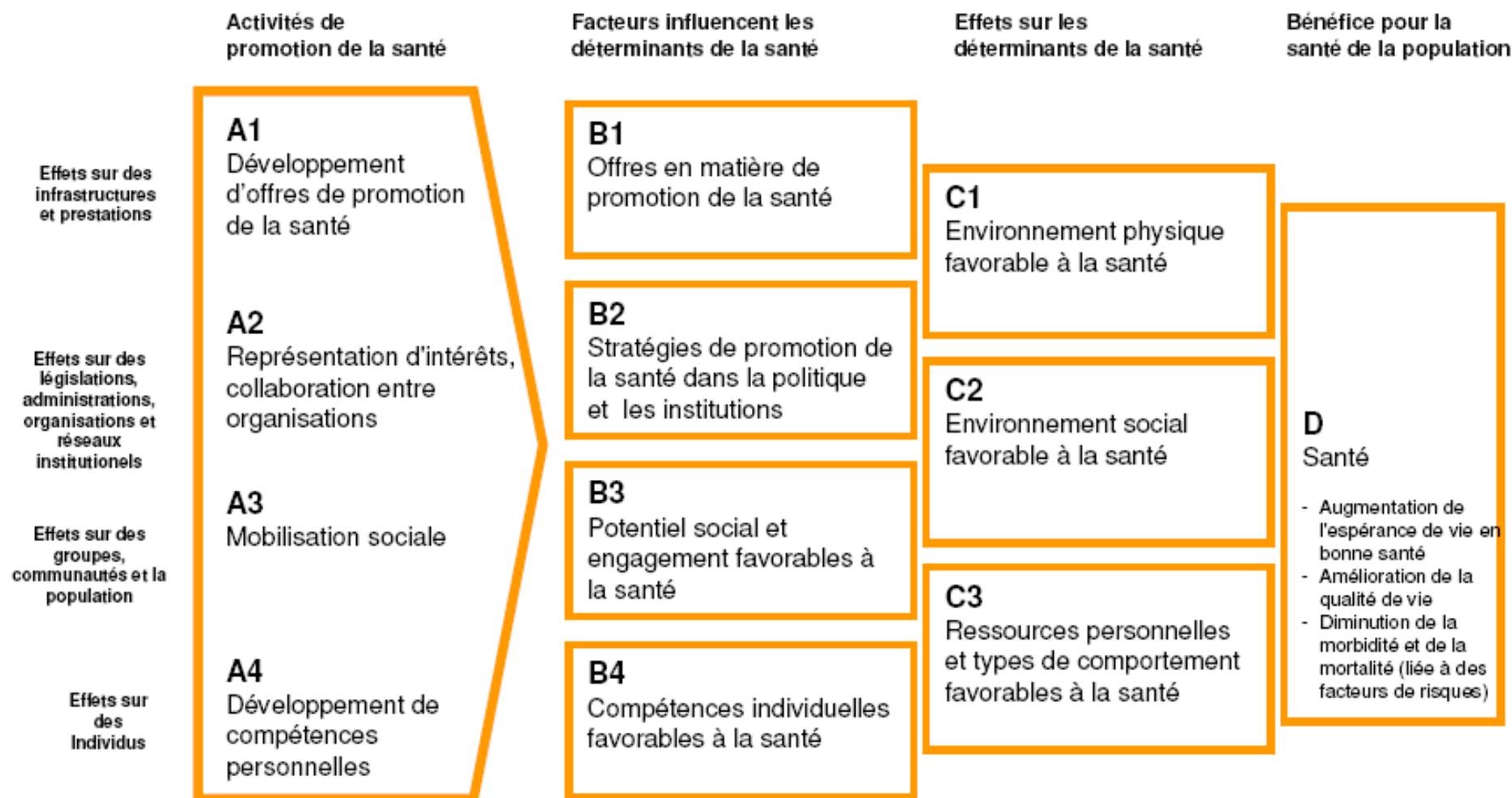
Annexe 2 : Références de documents de culture d'évaluation d'éducation à la santé, accessibles au grand public

Plusieurs outils existent déjà en France dans la mise en place de référentiels communs en évaluation d'actions d'éducation à la santé, permettant une culture commune aux acteurs de programmes d'éducation à la santé. Les plus connus sont les suivants :

- Le référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social de l'Espace Régional de Santé Publique de Rhône-Alpes (Fontaine et al., 2004).
- Le petit guide de l'évaluation en Promotion de la Santé de Francis Nock, édité par la Mutualité Française (Nock, 2000).
- En partenariat avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), le Comité Régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur a édité un CD-Rom intitulé « Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé publique ».

Cette liste n'est pas exhaustive.

Annexe 3 : Outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse



Auteur(s): Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahmi, Adrian

© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

Annexe 4 : Analyse quantitative de Libertabac

MATERIEL ET METHODES

L'analyse a été effectuée en deux temps, le premier temps reposant sur des typologies. Les typologies (regroupement des variables selon certains axes) par analyses factorielles en composante principale (ACP) permettaient de vérifier si le questionnaire pouvait être validé dans sa conception théorique :

- sur l'ensemble des questions concernant l'avis sur les dépendances et la prévention d'une part,
- sur les questions correspondantes aux avis des personnels sur les lycées sans tabac d'autre part.

L'appartenance des différents facteurs à un axe correspondait à la conjonction des 3 critères suivants :

- le nombre d'axes maximal retenu correspondait à la rupture de courbe du scree plot test,
- la valeur propre de chaque axe devait être supérieure à 1,
- le pourcentage de variance devait être supérieur à 60 % .

Dans un second temps, nous avons cherché à étudier les facteurs liés au projet de lycée sans tabac, par une analyse statistique d'abord descriptive, puis croisée, utilisant les tests de Chi² et d'ANOVA lorsque les conditions étaient remplies, tests exact de Fisher et de Kruskal-Wallis sinon. Le lien statistique majeur entre le statut fumeur/non fumeur et l'opinion pour/contre un établissement sans tabac nous a conduit à mener 3 analyses multivariées consécutives, par régression logistique. Dans la première, la variable à expliquer était l'opinion pour/contre un établissement sans tabac (objectif de l'étude), dans la seconde, la variable à expliquer était le statut fumeur/non fumeur, afin de mettre en évidence les facteurs liés au tabagisme. Le troisième modèle reprenait comme variable expliquée l'opinion pour/contre un établissement sans tabac en sortant des variables explicatives la variable fumeur/non fumeur, de façon à démasquer les avis sur les dépendances et la prévention confondus avec ce statut.

Pour ces 3 modèles, les variables explicatives retenues étaient toutes celles dont la p-value dépassait 25 % en analyse univariée. La modélisation a été faite selon la procédure pas à pas ascendante.

Les données anonymes ont été saisies sous le logiciel Epi info 6.04. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS 8.2.

RESULTATS

La première analyse en composante principale (Tableau 1) a cherché les axes ou questions se regroupant au sein des questions concernant l'avis sur les dépendances et la prévention. Elle a abouti à 7 axes, pour une variance cumulée de 66,6 % et une valeur propre de 1,05. Ces axes ne retrouvaient pas les regroupements théoriques à la base de la construction du questionnaire. Le premier axe, le plus structurant, regroupait les questions d'interdiction :

- il faut interdire la vente et la consommation de tabac
- il faut interdire la vente et la consommation d'alcool.

Cet axe était cohérent avec le rapport tabac/alcool/cannabis et la loi.

Le second axe regroupait 4 questions du domaine de la prévention :

- les actions de prévention du tabagisme peuvent être efficaces
- les actions de prévention ont pour but d'aider les élèves à être responsables de leur santé
- les actions de prévention ont pour but d'informer les élèves sur les produits et les risques qu'ils encourent
- il ne suffit pas d'interdire, il faut faire de la prévention.

Ces items correspondaient à une vision de la prévention par responsabilisation. Cependant, elles correspondaient à l'éclatement des items démarche de la prévention, efficacité, finalité et pertinence initialement proposés.

Les axes suivants correspondaient également à un éclatement de différents items initiaux.

Le troisième axe regroupait les questions liées à la peur de la drogue :

- il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac
- la drogue est un grave fléau de notre société
- tous les jeunes risquent de devenir dépendants à une drogue
- « alcool, tabac, drogue, même combat ».

L'axe 4 évoquait une attitude permissive vis-à-vis du tabac, vraisemblablement liée au fait de fumer ou pas :

- dire « non » au tabac, c'est difficile
- fumer du tabac permet de se sentir bien, moins stressé.

Ces 4 axes expliquent déjà à eux seuls près de 50 % de la variance.

L'analyse en composante principale qui a évalué le bloc de questions portant sur l'avis des sujets sur le projet d'établissement non-fumeur (Tableau 2) a abouti à 4 axes différents pour une valeur propre égale à 0,91 et une

variance cumulée de 67,0 %. Les regroupements théoriques à l'origine de la construction du questionnaire n'ont pas été retrouvés.

Les axes étaient ainsi constitués :

L'Axe 1 décrivait une modalité collaborative au projet d'établissement non-fumeur.

L'Axe 2 décrivait un scepticisme vis-à-vis du projet.

L'Axe 3 évoquait une vision répressive pure.

L'Axe 4 évoquait une vision éducative du projet.

Statistiques descriptives

L'analyse a porté sur 166 sujets dont les caractéristiques descriptives principales sont notées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Caractéristiques descriptives des 166 adultes interrogés pour l'enquête Libertabac

Variable décrite	Effectif renseigné	Résultats	
Répartition par sexe (%)	157	Hommes	33,1
		Femmes	66,9
Age moyen, moyenne [écart-type]	148	41,6 ans [10,4]	
Répartition par tranche d'âge (%)	148	20-29 ans	16,2
		30-39ans	29,7
		40-49 ans	25,0
		50-59 ans	29,1
Ancienneté en années, moyenne [écart-type]	151	7,0 [8,1]	
Répartition fumeur/non fumeur (%)	163	Fumeurs	25,8
		Non fumeurs	74,2
Dépendance des fumeurs (%)	37	Pas de dépendance	46,0
		Peu de dépendance	43,2
		Forte dépendance	10,8
Répartition par lycée (%)	166	Polyvalent	51,2
		Professionnel	22,9
		Agricole	25,9
Note à l'échelle climat de vie/100 [écart-type]	150	63,6 [21,5]	
Note « participation à la vie de l'établissement »/100 [écart-type]	149	54,3 [27,5]	
Note satisfaction dans le travail [écart-type]	148	66,8 [18,8]	

Le tableau 4 récapitule le statut des adultes interrogés vis-à-vis d'un lycée non fumeur et leur degré d'implication dans la démarche. Si la majorité des individus savaient que leur lycée était engagé dans une démarche « lycée non fumeur » (89,7 %) et que la majorité était pour que l'établissement deviennent non-fumeur (77,0 %), le souhait de participation à un tel projet était plus faible (53,7 %) et la contribution à la prévention du tabagisme dans l'établissement était encore plus faible (31,4 %).

Tableau 4 : Statut des adultes interrogés dans l'enquête Libertabac vis-à-vis d'un lycée non-fumeur

	Effectifs renseignés	Répartition	%
Connaissance de l'engagement de l'établissement dans une démarche « lycée non fumeur »	166	Oui	89,7
Pour la mise en place de l'établissement lycée non fumeur	152	Pour	77,0
		Contre	17,8
		Pour et contre	5,3
Contribution passée et présente à la prévention du tabagisme dans l'établissement	159	Oui	31,4
Souhait de participation au projet « établissement non-fumeur »	164	Oui	53,7

Les 3 principaux arguments évoqués contre un lycée non-fumeur étaient les suivants :

Actuellement, je ne vois pas ce que je vais pouvoir apporter à la mise en place d'un lycée non-fumeur (81,6 %) (*Positionnement par rapport aux missions de l'école en matière de santé*) ;

Pour moi, devenir établissement non fumeur n'est pas une priorité dans mon travail au lycée (75,0 %)

(Positionnement par rapport à la manière de travailler);
 C'est une décision institutionnelle à laquelle je n'adhère pas (55,3 %)
 (Positionnement par rapport au positionnement relatif dans l'établissement).

Les 3 principales raisons évoquées pour un lycée non-fumeur concernaient le positionnement par rapport aux missions de l'école en matière de santé :

Pour en savoir plus sur la façon dont je peux agir sur un problème de santé publique (87,5 %)
 Parce que c'est un moyen de faire pleinement mon métier que de participer à la santé des jeunes (83,2 %)
 Parce que je vais pouvoir avoir un rôle éducatif ayant un impact positif sur la santé des adolescents (83,2 %)
 Les motifs qui caractérisaient le moins les raisons de participation au lycée non fumeur étaient ceux du positionnement relatif dans l'établissement.

Le fait d'être pour ou contre l'établissement non fumeur était sans lien statistique avec le sexe ou la provenance du lycée. Par contre les opposants à un établissement non-fumeur étaient statistiquement moins âgés que les partisans d'un établissement non fumeur (37,8 ans contre 43,1 ans, $p=0,00019$). Les catégories socioprofessionnelles et l'ancienneté dans la profession n'apportaient pas d'élément significatif.

L'analyse univariée retrouvait un lien entre la consommation de tabac et l'avis concernant l'établissement non fumeur ($p<10^{-3}$, OR=4,83). Les avis sur la dépendance et la prévention, différaient significativement pour 10 questions selon que les sujets étaient pour ou contre un établissement non fumeur (questions 1, 2, 3, 5, 8, 11, 13, 14 et 17). Parmi ces questions, 8 étaient également associées à un avis différent selon que les sujets étaient fumeurs ou non (questions 2, 3, 5, 8, 11, 13, 14 et 17).

La moyenne d'âge des fumeurs ne différait pas statistiquement de celle des non-fumeurs. On ne retrouvait de différence de niveaux dans l'estimation du climat de vie scolaire, la participation à la vie scolaire ou la satisfaction dans le travail en fonction du tabagisme.

Tableau 5 Caractéristiques des sujets pour un établissement non fumeur

	Odds Ratios	Intervalle de confiance à 95 %	p
Etre fumeur soi-même	0,21	[0,10 - 0,42]	< 0,0001
La drogue est un grave fléau de notre société (question 5)	4,03	[1,56 - 10,4]	0,0042
Les actions de prévention ont pour but d'aider les élèves à être responsables de leur santé (question 14)	3,73	[1,18 - 11,78]	0,0246
Pour l'analyse globale des 121 sujets inclus			< 0,0001

Le modèle de régression logistique posant en variable dépendante l'avis sur l'établissement a porté sur 121 observations. Ajustés sur les autres facteurs, les personnels « pour un établissement fumeur » étaient 0,21 fois plus fumeurs que ceux « pour un établissement non fumeur », $p<10^{-4}$ (tableau 5).

Tableau 6 Facteurs associés au fait de fumer

	Odds Ratios	Intervalle de confiance à 95 %	p
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac (question 2)	0,56	[0,39 - 0,82]	0,0030
Fumer du tabac permet de se sentir bien, moins stressé (question 3)	1,46	[1,06 - 2,03]	0,0221
Les actions de prévention du tabagisme peuvent être efficaces (question 13)	0,43	[0,24 - 0,77]	0,0042
Pour l'analyse globale des 125 sujets inclus			< 0,0001

La régression logistique dont la variable dépendante était le statut fumeur/non fumeur a porté sur 125 sujets. Cette analyse excluant l'avis sur l'établissement non fumeur a permis de faire apparaître les avis sur la dépendance et la prévention associés au fait de fumer (tableau 6).

Tableau 7 Caractéristiques hors statut tabagique associés pour un établissement non fumeur

	Odds Ratios	Intervalle de confiance à 95 %	p
Age	1,16	[1,05 - 1,28]	0,0006
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac (question 2)	2,47	[1,40 - 4,36]	0,0105
Fumer du tabac permet de se sentir bien, moins stressé (question 3)	0,54	[0,31 - 0,94]	0,0012
La drogue est un grave fléau de notre société (question 5)	3,92	[1,43 - 10,76]	0,0058
Il ne suffit pas d'interdire, il faut faire de la prévention (question 17)	5,15	[1,77 - 15,04]	0,0009
Pour l'analyse globale des 121 sujets inclus			< 0,0001

Lorsqu'on a refait la régression logistique en excluant le facteur confondant qu'est le statut tabagique, d'autres variables significativement associées à l'avis pour un établissement non fumeur sont apparues (tableau 7).

Discussion

La composition des adultes de L'étude Libertabac retrouve 25,8 % de fumeurs. Bien qu'il s'agisse d'un échantillon de personnes travaillant en lycée, cette proportion ne diffère pas statistiquement de celle notée en population générale (29,9 % chez 30 514 personnes) par le Baromètre Santé 2005 [1].

Les résultats en analyse bivariée comparant fumeurs et non-fumeurs peuvent être comparés à d'autres études. On y retrouve la mesure de l'augmentation des taxes sur le tabac moins bien perçue par les fumeurs (30 % des fumeurs et 31 % des fumeuses d'accord avec cette mesure dans une étude francilienne de 2000 [2] contre ¾ des non-fumeurs et non-fumeuses). Ce lien entre tabagisme et rejet de l'augmentation des taxes sur le tabac a également été retrouvé dans l'enquête EROPP [3] où le profil regroupant le maximum de fumeurs inclut 2/3 de personnes jugeant l'augmentation des taxes sur le tabac injustifiée.

En analyse multivariée, les facteurs liés à l'avis pour un établissement non-fumeur sont le plus souvent également liés au tabagisme, les fumeurs étant plus souvent contre un établissement non-fumeur. Supprimer le facteur tabac dans la dernière régression logistique permet de démasquer les avis concernant les taxes sur le tabac, les sensations liées au tabac et l'avis sur la prévention (tableau 5). Outre les aspects législatifs concernant le tabac, déjà mis en œuvre, ces résultats incitent à appuyer la prévention déjà en place, en favorisant la qualité de vie des adultes en établissement scolaire (actions sur le stress et le bien-être), notamment chez les fumeurs. La même étude francilienne concluait que le risque de tabagisme passif est sous-estimé par les fumeurs, aboutissant au fait que l'affirmation « être exposé à la fumée des autres est plus dangereux pour la santé qu'être exposé à la pollution » est acceptée par 22 % des fumeuses quotidiennes contre 38 % de fumeuses non quotidiennes (30 contre 37 % respectivement chez les hommes. De la même façon, les bénéfices pour la santé à arrêter de fumer sont mal connus des fumeurs [2]. Ces attitudes pourraient expliquer pourquoi le fait de fumer influe autant sur l'opinion pour ou contre un établissement non-scolaire.

Toujours dans cette étude francilienne, en 2000, on constatait que fumer sur le lieu de travail était la règle chez 71 % des fumeurs et 63 % des fumeuses, même si ce lieu était censé être non-fumeur. Ce qui représentait une source de conflit potentielle sous-estimée par les fumeurs (43 % le pensaient contre 60 % de non-fumeurs). Or 44,1 % des fumeuses et 44,4 % des fumeurs déclaraient qu'ils se sentiraient encouragés à arrêter de fumer si on leur interdisait de fumer sur leur lieu de travail. L'étude Libertabac mériterait donc d'être reconduite après la mise en place de l'interdiction de fumer dans les lieux publics depuis janvier 2007, ce qui a abouti à la mise en place effective des établissements sans tabac. En effet, même si le but des lois actuelles est de protéger des méfaits du tabagisme passif, on sait que l'interdiction de fumer sur le lieu de travail amène à modifier la perception de la signification sociale de l'acte de fumer dans les lieux publics et encourage à renoncer au tabac [4]. La même interdiction de fumer dans les bars et restaurants aboutit aux mêmes types de résultats [5].

Dans les profils retrouvés par les analyses en composante principale, l'axe 2 illustre un profil favorable à la prévention en général. Mais sur les 4 questions de cet axe, 3 d'entre elles (questions 13, 14 et 17) divisent fumeurs et non-fumeurs. Il s'agit des thèmes d'efficacité de la prévention, de la responsabilisation des élèves à leur santé et de l'opposition de la prévention à l'interdiction. Concernant la division des personnes interrogées sur l'efficacité de la prévention, on retrouve la même notion dans l'étude francilienne où 70 % des fumeurs considèrent la lutte anti-tabac moralisatrice. Ils (40 % des fumeurs) considèrent également cette lutte comme une contrainte imposée et absolue destinée à restreindre la liberté de choix des individus. De plus, 50 % des fumeurs seulement sont convaincus seulement qu'à la longue la lutte anti-tabac encourage à arrêter de fumer (contre 60 %

des non-fumeurs). Il est remarquable que les adultes soient d'accord sur le but d'informer les élèves sur les produits et risques qu'ils encourent (mission éducative reconnue).

Conclusion

Les Analyses en composantes principales et l'analyse quantitative donnent des résultats complémentaires.

Le fait de fumer est déterminant dans le fait d'être pour ou contre un lycée sans tabac, mais la position de peur des drogues et la position de responsabilisation renforcent ce fait. La première ACP montre cependant que ce sont des thématiques et des représentations différentes. Les régressions logistiques sont cohérentes avec cette ACP, bien qu'elles ne répondent pas à la même question, car leur objectif est de déterminer les facteurs indépendants propres à un risque. Ainsi, le fait de fumer multiplie par 0,21 le fait d'être pour un établissement sans tabac, la peur des drogues le multiplie par 4,03 et la prévention par la responsabilisation le multiplie par 3,73. Dans l'ensemble, le succès d'un programme de lycée sans tabac peut s'appuyer sur 3 éléments différents :

- la présence de non-fumeurs
- l'existence d'une peur de l'exposition des jeunes à la drogue
- le sentiment de responsabilité des adultes à l'éducation à l'autonomie des enfants.

Tableau 1 : ACP sur les questions I-1 à I-17 concernant l'avis sur les dépendances et la prévention

Facteur	1	2	3	4	5	6	7
I-1 : Dire "non" au tabac, c'est difficile	0,00205	0,01646	0,06738	0,86109	-0,03482	-0,0195	0,0022
I-2 : Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac	0,20419	0,14708	0,48593	-0,38096	0,17735	0,12342	0,02748
I-3 : fumer du tabac permet de se sentir bien, moins stressé	0,06084	-0,01274	-0,07771	0,72655	0,21993	0,15033	-0,13815
I-4 : on peut s'arrêter de fumer quand on veut, c'est une question de volonté	0,30517	-0,12094	0,09273	-0,25878	0,41758	0,50449	-0,29048
I-5 : la drogue est un grave fléau de notre société	0,07205	0,12594	0,62551	-0,13177	-0,09144	-0,19342	-0,40949
I-6: tous les jeunes risquent de devenir dépendants à une drogue	-0,04404	-0,0422	0,79572	0,17308	0,18517	0,06606	0,10007
I-7 : "alcool, tabac, drogue, même combat"	0,21028	0,15087	0,64871	-0,03777	-0,28673	0,01927	0,09772
I-8 : il faut interdire la vente et la consommation de tabac	0,82477	0,06454	0,12078	-0,04093	0,08275	-0,11889	0,06501
I-9 : il faut interdire la vente et la consommation d'alcool	0,86968	-0,03142	0,06672	0,07527	0,05391	-0,02233	0,06689
I-10 : la lutte contre les produits illégaux est prioritaire sur celle des autres produits	0,00455	-0,06914	-0,11083	0,17754	0,73411	0,04777	0,05529
I-11 : le cannabis devrait être légalisé	-0,27146	-0,03557	-0,0067	0,1668	-0,07333	0,81442	0,14151
I-12 : on commence par prendre du cannabis, on finit par des drogues dures	0,3518	0,11532	0,33173	-0,09258	0,57127	-0,19598	-0,00843
I-13 : les actions de prévention du tabagisme peuvent être efficaces	0,23451	0,62872	0,1065	-0,04528	-0,15609	0,29763	-0,20407
I-14 : les actions de prévention ont pour but d'aider les élèves à être responsables de leur santé	0,29809	0,5243	0,11689	0,00417	-0,19847	0,05118	-0,31842
I-15 : les actions de prévention doivent faire peur	0,16913	-0,05805	0,08015	-0,15506	-0,00111	0,03866	0,83394
I-16 : les actions de prévention ont pour but d'informer les élèves sur les produits et les risques qu'ils encourent	-0,14176	0,72597	0,09939	-0,04049	0,28191	-0,21559	0,07951
I-17 : il ne suffit pas d'interdire, il faut faire de la prévention	-0,06918	0,83615	0,01496	0,02843	-0,05687	-0,08639	0,04512
Valeur propre	2,99635518	1,96436007	1,63674076	1,32239349	1,18893468	1,16019901	1,04721916
% var. expliquée	0,1763	0,1156	0,0963	0,0778	0,0699	0,0682	0,0616
% var. cumulée	0,1763	0,2918	0,3881	0,4659	0,5358	0,6041	0,6657

Tableau 2 : ACP sur les questions III-5A à III-5K

III-5A : J'ai été bien informé de tout ce qui sera mis en place dans le cadre de ce projet	0,255072	-0,163058	0,030097	0,670724
III-5B : Ce projet va susciter un grand intérêt chez les élèves	0,312395	-0,1351	-0,298017	-0,238631
III-5C : Je pense que ce projet va rencontrer beaucoup de difficultés de mise en œuvre	0,208269	0,562063	0,124206	-0,2781
III-5D : Il faudrait faire plus qu'une campagne d'information pour changer les comportements des fumeurs dans l'établissement	0,260109	0,529848	0,120738	-0,143166
III-5E : un "établissement non-fumeur", c'est surtout une affaire de négociation	0,274034	0,310808	0,22653	0,392836
III-5F : en matière de tabagisme, la communauté scolaire doit être un exemple	0,347354	-0,230398	-0,245558	-0,236936
III-5G : un "lycée non-fumeur", c'est donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir et savoir faire des choix éclairés et responsables pour leur santé et celle des autres	0,360134	-0,110047	-0,399172	-0,053065
III-5H : Un "lycée non-fumeur" a besoin de partenaires santé extérieurs pour se mettre en place	0,335671	0,175131	-0,313295	0,303228
III-5I : tous les adultes et élèves doivent être mis à contribution pour devenir lycée non-fumeur	0,330445	-0,08783	0,013466	-0,185319
III-5J : il suffit d'interdire de fumer pour que l'établissement soit non-fumeur	0,271064	-0,298757	0,562016	-0,231824
III-5K : une circulaire du ministre est indispensable pour que le projet "établissement non-fumeur" ait une chance d'aboutir.	0,324847	-0,262814	0,441731	0,045175
Valeur propre	3,80	1,48	1,16	0,91
% var. expliquée	0,35	0,13	0,11	0,08
% var. cumulée	0,35	0,48	0,59	0,67

Références bibliographiques

1 Guilbert P, Gautier A. Baromètre Santé 2005. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé Paris 2006.

2 Les connaissances, attitudes et perception des Franciliens à l'égard du tabac. ORS d'Ile-de-de France. Paris 2002.

<http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/synthesetabac.pdf>

3 Beck F, Legleye S, Peretti-Wattel P. Penser les drogues perceptions des produits et des politiques publiques - EROPP enquête sur les représentation, opinions et perceptions sur les psychotropes. OFDT. Paris 2003.

<http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Eropp2002.pdf>

4 Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP. The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours. *Tob Control*. 1999;8(3):261-5.

5 Albers AB, Siegel M, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of smoking regulations in local restaurants on smokers' anti-smoking attitudes and quitting behaviours. *Tob Control*. 2007;16(2):101-6.

Annexe 5 : Présentation de l'évaluation qualité d'AMVE au congrès de la SFSP de Lyon en 2004

Mieux vivre ensemble
Évaluation de l'intervention éducative en promotion de la santé en milieu scolaire
*Dr M-A Grondin¹, D. Jourdan², Pr L. Gerbaud³
 J. Stirling⁴, C. Merini⁵, D. Berger⁶*

1 OBRESA 2 IUFM Clermont-Ferrand
 3 Département Santé Publique CHU Clermont-Ferrand,
 4 Rectorat 5 IUFM Versailles 6 IUFM Lyon



Contexte

- Laboratoire de recherche PAEDI
 Jeune Équipe 2432 2004-2007
 Éducation à la santé en milieu scolaire
- Partenariat
 Éducation Nationale/Santé Publique
 (Département de Santé Publique, OBRESA..)

GRONDI MA, JOURDAN D, GERBAUD L et al



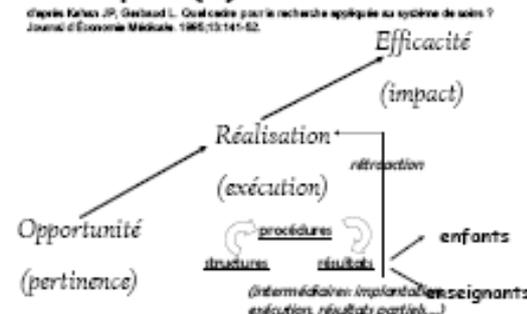
Principes (1)

Comportement	Environnement	Information
/ Compétences sociales	Distanciation de l'individu de ce qu'on lui dit	Savoirs ↓ Savoirs faire relatifs au vivre ensemble
Gestion des conflits/émotions, estime de soi, empathie	Vie à l'école, Médias, stéréotypes sociaux	Vivre ensemble, comportements à risque

GRONDI MA, JOURDAN D, GERBAUD L et al



Principes (2) : Évaluation
d'après Kahn JP, Gerbaud L. Quel cadre pour la recherche appliquée au système de soins ?
 Journal d'Économie Médicale 1985;13:141-52.



GRONDI MA, JOURDAN D, GERBAUD L et al



Démarche (1)

- Étude d'INTERVENTION sur 4 ans
- Écoles primaires

2 circonscriptions

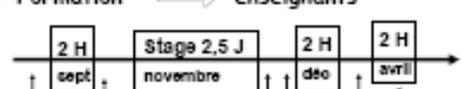
- Cournon - 11 écoles
1244 enfants (intervention)
- Riom - 11 écoles
1187 enfants (témoin)

GRONDI MA, JOURDAN D, GERBAUD L et al



Démarche (2) : l'Éducation pour la santé

- Pas de travail prescrit (rendre les gens autonomes)
- Formation → enseignants



- Accompagnement (6 personnes)
- Outils (mallette pédagogique)

GRONDI MA, JOURDAN D, GERBAUD L et al



Les outils d'évaluation

- Les indicateurs tirés de l'observation
 - ⇔ structure et résultats indirects
- Les indicateurs de réalisation
 - ⇔ structure, procédure
- Les indicateurs de comparaison
Riom/Cournon

GRONDEMA, JOURDAN D., GERBAUD L. et al



Les indicateurs de structure et procédure

Indicateur	Moment	Nature
Nb de livres de la mallette achetés /classe et /élève	Fin d'année scolaire	Structure procédure
Nb d'enseignants formés par école	Fin d'année scolaire	procédure
% d'enfants enquêtés	Fin d'année scolaire	procédure
% de QECP remplis	Fin d'année scolaire	procédure
Dynamiques collectives	4 fois par an	procédure

GRONDEMA, JOURDAN D., GERBAUD L. et al



Les indicateurs de résultats directs

Indicateurs	Source	Public
Climat d'école, bien-être, degré d'information sur la santé	Questionnaires cycles 1, 2, 3 (Debarbieux + HBSC)	Enfants
Comportement enfants (hyperactivité, anxiété, prosocialité)	QECP	Enfants, enseignants
Dynamiques collectives de travail	Entretiens (systèmes d'actions et d'échanges)	Enseignants autres
	traces écrites (cohérence, rupture, continuité)	Enseignants autres

GRONDEMA, JOURDAN D., GERBAUD L. et al



Les indicateurs de résultats indirects

- Taux de propreté de la cour d'école
- Taux de disputes dans la cour
- Taux de punition des élèves,...

GRONDEMA, JOURDAN D., GERBAUD L. et al



Les écueils potentiels

- La « contamination », le biais de l'histoire
- L'effet « innovation »
- L'évaluation de l'impact (financement/terme ?)

GRONDEMA, JOURDAN D., GERBAUD L. et al



Premiers résultats - Points positifs

- Quantitatifs
 - 10 remplacements sur 8 jours ⇒ 20 enseignants formés /54
 - 95 % taux de retour du QECP en maternelle
- Qualitatifs
 - Expression collective en fin de formation :
 - Changement du regard sur la vie de l'école
 - Demandes spontanées de participation des parents et des élus

GRONDEMA, JOURDAN D., GERBAUD L. et al



Annexe 6 : Méthodes d'évaluation des dynamiques collectives de travail pour AMVE

L'indexation des données dans le tableau

Les écrits rassemblés dans les pochettes « collecteuses » ont tout d'abord été rendus anonymes, puis numérotés par ordre chronologique. Si certaines traces ne présentent aucune date, et que rien ne permet de les situer, elles sont placées en fin de dossier. Les traces sont examinées et organisées chronologiquement et indexées (T1, T2, T3...). Les auteurs de la trace sont répertoriés selon le code d'anonymisation des données... MNR, Dir, MO, école, CPC... Il en est de même pour le public auquel s'adresse cet écrit : « S'adresse à » correspond au destinataire au sens strict (équipe école, PAR, MAI, équipe recherche) ou au sens large (TP: Tout Public).

Dans un second temps, il s'agit de repérer les opérations développées par les équipes au travers des écrits, celles-ci sont numérotées (O1, O2, O3...) dès qu'elles sont explicitement associées à l'approche AMVEE et conservent leur numérotation lorsqu'elles apparaissent d'une année sur l'autre¹⁴. Elles sont notées alors dans le tableau en italique. Une bonne majorité des opérations sont explicitement repérées comme appartenant à l'approche AMVEE (soit directement, soit lors du bilan annuel avec l'opératrice) et ne posent aucun problème. D'autres apparaissent sans cette référence explicite, dans ce cas elles sont classées dans la catégorie « Opérations susceptibles d'être associées AMVEE » dans la partie basse de la première partie du tableau. Les lignes « Infos AMVEE » et « Phase du projet » permettent un repérage explicite de ce que les écrits mentionnent de la thématique et de la phase où se situe le travail. La ligne « Réactions des enseignants » permet d'extraire rapidement de l'information sur le positionnement des équipes.

La seconde partie du tableau « Indexation des opérations » a été construite à partir de la grille d'analyse d'un partenariat (Zay, 1994). Elle n'est remplie que s'il existe des opérations numérotées, donc reconnues comme appartenant bien à la thématique AMVEE au cours de l'année. L'indexation se fait à partir des informations présentes sur la trace, chaque trace apporte des informations différentes, par exemple un conseil d'école va donner des éléments financiers et éclairer les moyens à l'œuvre, là où les documents des enseignants vont apporter des informations sur les objectifs pédagogiques et les éléments de mise en œuvre ; ne sont prises en compte dans le tableau que les informations qui apparaissent dans l'écrit professionnel. C'est l'analyse des tableaux des trois années qui permet de reconstituer les opérations dans leur globalité ainsi que leurs évolutions.

Les lignes « observations du chercheur », placées en bas des deux parties du tableau, sont utilisées pour mentionner les remarques que l'indexation fait apparaître comme : un besoin de complément d'information par les entretiens, une demande de suivi d'un phénomène ou d'un projet émergent, un élément d'analyse à prendre en compte plus tard etc.

¹⁴ Les opérations, apparaissant en ombré, réfèrent aux « opérations susceptibles d'être associées AMVEE » avant leur intégration au projet AMVEE

Le décisiogramme

Ce graphe permet de visualiser rapidement l'intensité de l'activité déployée à propos d'AMVEE et le nombre de classes concernées. Au-delà il permet de repérer, par le nombre de décisions relatives aux opérations menées, la place plus ou moins importante d'AMVEE dans les pratiques de l'école, les moments de l'année où des décisions sont prises, si les décisions concernent un projet d'action ou une action, enfin de repérer, éventuellement, sous quelles influences les décisions ont été prises, des influences endogènes (l'équipe d'école ou de cycle, un ou plusieurs maîtres...) et/ou des influences exogènes (la mairie, les parents, une association etc.).

Ainsi le « décisiogramme » permet de rendre compte graphiquement :

- de l'extension/disparition d'une opération à partir des traces, matérialisée par les flèches,
- du rapport établi entre le programme AMVEE, les actions pédagogiques développées par les équipes et le projet d'école ou l'analyse de besoins, (si on met en relation le type de trace, ou l'apparition d'un moment spécifique du dispositif mentionné dans la ligne « processus d'accompagnement » ou « annonce du projet » P1, P2, P3... dans les traces école),
- des liens de cohérence développés entre les opérations et le développement de systèmes d'action,
- de l'orientation de la logique d'ouverture (matérialisée à la base du graphe par des petites flèches) où l'ouverture vient de l'école vers l'extérieur, alors que dans d'autres écoles on peut repérer l'inverse,
- de la typologie de développement de l'action, en particulier du rapport instauré entre projets / actions (le petit « p » objectivant le fait qu'il s'agisse d'un projet, et le « r » d'une action réalisée), et de son rattachement par les enseignants au projet AMVEE (la couleur grise ou verte signifiant que l'action apparaît dans les écrits sans rapprochement avec le dispositif et le fond blanc qu'elle est ensuite explicitement intégrée),
- du nombre de classes concernées (toute l'école = un triangle, plusieurs classes = un carré, une classe = un cercle, inconnu = un rectangle).

N'ont été prises en compte dans ces graphiques que les traces dont la date a pu être identifiée, ce qui peut expliquer la disparition de certaines des traces des tableaux d'indexation.

Exemple d'un décisiogramme page suivante

Annexe 7 : Analyse quantitative d'AMVE

Le climat scolaire dans les écoles primaires : premières données issues de l'étude "apprendre à mieux vivre ensemble"

Dominique BERGER, IUFM de Lyon, Marie-Ange GRONDIN, faculté de médecine de Clermont Ferrand, Didier JOURDAN, IUFM d'Auvergne, membres de l'équipe de recherche PAEDI, IUFM d'Auvergne.

En France et dans le monde, la violence en milieu scolaire est devenue depuis les années quatre vingt dix un des problèmes éducatifs et politiques les plus importants^{15,16}. Diverses approches des conduites à risque au premier rang desquelles, les comportements violents, coexistent. Parmi celles-ci, l'approche préventive considère la violence comme un problème de santé publique sur lequel il est possible d'agir notamment par une éducation à la santé et à la citoyenneté. L'équipe de recherche en éducation à la santé de l'IUFM d'Auvergne a été amenée à conduire des études sur l'impact de pratiques pédagogiques et du contexte social des établissements sur le vivre ensemble à l'échelle des écoles et les apprentissages des élèves. Nous nous sommes intéressés, à travers la promotion de la santé à l'école, à la question du climat scolaire en tant que facteur influant sur le bien-être. En matière de prévention, les travaux publiés¹⁷ au cours des dernières années montrent que si certaines pratiques pédagogiques ont un impact positif sur les apprentissages dans le domaine de la santé, d'autres sont inefficaces voire contre-productives. Cet impact négatif peut se caractériser par exemple, par une augmentation des conduites à risques mais aussi un accroissement du sentiment de mal-être ou la perception d'une tension entre vécu familial et prescriptions scolaires. Mieux identifier la nature de l'impact des pratiques enseignantes mais aussi du contexte social des établissements représente ainsi un enjeu scientifique important¹⁸. Pour autant, étudier les effets de la composition du contexte, identifier les éléments qui interagissent avec les apprentissages dans le domaine de la santé reste une tâche particulièrement difficile du fait de l'absence d'outils méthodologiques adaptés. Notre projet de recherche a inclus une phase de développement méthodologique, l'étude de l'influence du contexte social sur l'impact du programme « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école » et la modélisation des phénomènes intervenants dans l'implication des membres des communautés éducatives dans un tel projet. Nous présenterons sommairement l'étude avant de décrire le programme proposé aux écoles et de donner quelques uns des résultats concernant le climat d'école.

Présentation sommaire de l'étude réalisée

Le projet de recherche, d'une durée de 4 ans, poursuit trois objectifs. Il s'agit d'abord de développer une approche méthodologique visant à construire les outils et démarches d'évaluations susceptibles de permettre d'approcher les impacts du contexte (pratiques enseignantes et climat d'établissement) sur les apprentissages.

Le second consiste à évaluer, grâce à une approche de type qualité, l'effet du programme sur les apprentissages des enfants dans le domaine de la santé et de la citoyenneté (savoirs, comportements, compétences sociales), les pratiques enseignantes, l'implication des acteurs dans une éducation à la santé globale et les dynamiques d'écoles. Grâce à une approche multiréférenciée, nous évaluons l'effet du programme sur l'ensemble des acteurs de la communauté éducative dans une perspective systémique.

Enfin le troisième vise à modéliser les pratiques enseignantes et les phénomènes intervenants dans l'implication des membres des communautés éducatives dans un programme de prévention. La construction de ces modèles visera à permettre une compréhension de l'effet des différentes dimensions du contexte social et à constituer une base pour la production d'outils de conduite des projets éducatifs et de formation des enseignants.

Ce travail a été conduit avec les équipes de 22 écoles des circonscriptions de Cournon Val d'Allier et Riom Limagne dans le Puy de Dôme (Chappes, Effiat, Argnat, Artonne, Volvic élémentaire, Aigueperse élémentaire, Aigueperse maternelle, Malauzat, St Clément de Reignat, Riom J. Rostand élémentaire, Riom J. Rostand maternelle, Le Crest, Cournon Le Lac Ouest maternelle, Corent, Cournon L. Dhermain maternelle, Cournon L. Dhermain élémentaire, La Roche Noire, Cournon Les Pointilloux élémentaire, Le Cendre L. Aragon élémentaire, Pérignat-es-Allier, St Bonnet-es-Allier, Sallèdes). Les deux circonscriptions choisies présentent des caractéristiques sociodémographiques comparables. Les 11 écoles de la circonscription de Cournon se sont vues proposer le programme "apprendre à mieux vivre ensemble" en 2003 (groupe test), les 11 écoles de la circonscription de Riom constituent le groupe contrôle à qui le programme sera proposé en 2007. Il faut rappeler

¹⁵ Debarbieux E. & Montoya, Y. (1998), La violence à l'école : 30 ans de construction sociale de l'objet (1967-1997) in *Revue française de pédagogie*, n° 123, INRP.

¹⁶ Debarbieux & Royer, (2003), School Violence and globalization in *Journal of educational administration*, vol. 41, n°6.

¹⁷ Saint-Leger L. (1999), Health promotion in schools in : The evidence of health promotion effectiveness - Shaping public health in a new Europe. Part two : evidence book. A report for the European Commission. International Union for Health Promotion and Education, 110-133.

¹⁸ Fotinos G., Fortin J. Une école sans violences ? : de l'urgence à la maîtrise. Paris : Hachette, 2000

cependant qu'il ne peut exister, dans ce type d'étude, de groupe contrôle au sens expérimental du terme. On ne peut isoler des groupes humains et limiter les différences entre eux à un seul paramètre (l'implantation du programme). Il s'agit en fait d'étudier l'évolution des deux groupes de la façon la plus précise possible pour ensuite identifier ce qui est susceptible d'être imputable à l'implantation du programme. Du fait de la présence des chercheurs, le simple fait d'inclure les écoles du groupe contrôle dans le programme génère des effets. Etant donné qu'il est impossible de les annuler, nous avons choisi d'accompagner les écoles, de valoriser leurs pratiques habituelles de façon à ce que l'impact observé ne soit pas dû à la simple présence des chercheurs dans les écoles mais bien au programme lui-même.

Dans les deux circonscriptions, c'est la santé et la citoyenneté qui sont visées, dans un cas à partir des pratiques habituelles dont l'impact est évalué (groupe contrôle), dans l'autre cas, à partir de la mise en œuvre du programme (groupe test). Le postulat est que les écoles sont déjà actives dans le domaine de l'éducation à la santé et à la citoyenneté. La différence entre les deux groupes est limitée au programme et non à l'accompagnement. Pour des raisons éthiques, il n'est pas question de priver le groupe contrôle de toute formation ou accès aux documents en éducation pour la santé ou de lui donner un traitement différent de celui des autres circonscriptions. L'équipe de recherche s'est engagée à fournir au groupe contrôle l'ensemble des outils du programme à l'issue de la période de saisie des données (en mai 2007).

Les données sont collectées à partir de questionnaires élaborés à partir d'outils ayant fait l'objet d'un processus de validation et ayant été utilisés dans des publications internationales. Nous avons utilisé le QECP (questionnaire d'évaluation des comportements en primaire) en deux versions cycle I et II d'une part, cycle III d'autre part. Il a été élaboré à partir du *Preschool Behavior Questionnaire*¹⁹ et a été validé par R. Tremblay²⁰ qui l'a combiné avec des éléments du *Prosocial Behaviour Questionnaire*²¹. Cet outil a été choisi et utilisé en France par J. Fortin²² auprès de 737 élèves de primaire de l'académie de Lille en 2000-2001 et 2001-2002. Cet outil est bien adapté à l'évaluation des compétences psychosociales chez les enfants en école primaire. Le second questionnaire est relatif au « climat d'établissement » (QCE). Il a été élaboré par E. Debarbieux²³ à l'observatoire européen de la violence scolaire. Le questionnaire destiné aux adultes est dérivé de celui de l'enquête nationale « microviolences à l'école ». Il a été choisi du fait de sa fiabilité à mettre en évidence la perception de la qualité de vie à l'école par les membres de la communauté éducative (élèves, enseignants, parents). Le questionnaire « pratiques et représentations des enseignants » a été élaboré en 1991 et réactualisé en 2000, il a été renseigné par plus de 800 enseignants des académies de Clermont-Ferrand, Lille, Lyon et Versailles¹⁰.

¹⁹ Rutter M. A. (1967), *Children's behavior questionnaire for completion by teachers : preliminary findings*, *Journal of child psychology and psychiatry*, 8, 1-11.

²⁰ Tremblay R.E., Vitaro F., Gagnon C., Piché, Royer N. (1992), *A prosocial scale for the preschool behavior questionnaire : concurrent and predictive correlates*, *International journal of behavioural development*, 15 227-245.

²¹ Weir K., Duveen G. (1981), *Further development and validation of the prosocial behaviour questionnaire for use by teachers*, *Journal of child psychology and psychiatry*, 22, 357-374.

²² Fortin J. (2003), « Mieux vivre ensemble » Programme de développement des compétences sociales en milieu scolaire, évaluation d'une expérimentation dans des écoles de Roubaix et Wattrelos, rapport d'étape.

²³ Debarbieux E. et Blaya C. (dir) (2001), *Violence à l'école et politiques publiques*, ESF éditeur ; Debarbieux E. (1996 et 1999), *La violence en milieu scolaire*, tome 1 : état des lieux, ESF éditeur, et tome 2 : le désordre des choses, ESF éditeur.

Le programme proposé aux écoles

C'est en nous basant sur les travaux disponibles²⁴ que nous avons choisi d'étudier l'impact d'une stratégie basée sur la formation des acteurs, la dynamisation du travail collectif et un soutien pédagogique. En effet, les travaux concernant les pratiques et les représentations qui ont été conduits²⁵ montrent clairement que les facteurs intervenant dans la mise en œuvre d'une éducation à la santé et à la citoyenneté à l'école sont la formation (et le sentiment de compétence qui y est lié) et le travail collectif. La demande d'outils concrets qui est présente chez les enseignants n'est pas à confondre avec celle d'un programme figé qui, dans le contexte actuel du système éducatif français, serait impossible à mettre en œuvre de manière durable. Le projet ne vise donc pas à donner des outils aux enseignants pour qu'ils mettent en œuvre un programme au sens strict du terme mais à les rendre autonomes dans la réalisation d'interventions éducatives dans le domaine du "vivre ensemble".

En outre, les données bibliographiques²⁶ indiquent très clairement le rôle central de compétences psychosociales (en particulier la carence dans l'estime de soi) dans le développement des conduites à risques. Les principales causes de la mortalité évitable dans les pays occidentaux sont liées à des comportements pour lesquels les stratégies de prévention incluant des programmes de développement des compétences psychosociales sur plusieurs années ont montré leur efficacité²⁷.

Dans l'approche qui sert de base à cette étude, l'action d'éducation est mise en œuvre par l'ensemble des acteurs de la communauté éducative (enseignants, parents, personnels de santé et sociaux, personnels municipaux ...) à partir du travail conduit en classe par les enseignants. Chaque acteur utilise les modalités d'intervention correspondant à son statut et à son rôle. Les médecins et infirmiers de la santé scolaire sont en position de conseil technique. Leur mission n'est pas d'intervenir auprès des élèves. Le coordonnateur du programme a pour mission de soutenir les dynamiques collectives en s'assurant que chacun ait sa place dans le projet et en fournissant les moyens de son implication. La formation et l'information des acteurs tiennent une place centrale. Elle est conduite en partenariat par la circonscription, l'IUFM et la faculté de médecine.

Les travaux conduits par C. Mérini²⁸ sur le partenariat en milieu scolaire montrent que des dynamiques collectives ne peuvent se mettre en place sans objet commun. C'est à partir de ces observations que nous avons choisi de proposer aux équipes, entre autres, le programme «mieux vivre ensemble dès l'école maternelle» élaboré par J. Fortin²⁹. Ce programme basé sur le développement des compétences psychosociales, vise à donner aux enseignants et à l'ensemble des acteurs de la communauté éducative les moyens de développer chez les élèves les compétences nécessaires pour s'intégrer et s'affirmer dans un groupe, gérer ses émotions, maîtriser son agressivité, aider et partager. Les thèmes suivent une progression annuelle qui part d'un travail sur les sentiments, les qualités et les compétences, se poursuit par une approche des règles de vie et se termine par une réflexion sur les conduites transgressives. Chacun des thèmes est construit à partir de la lecture d'un album, d'un extrait d'album ou de roman destiné aux enfants. Un ensemble d'outils pédagogiques est fourni à chaque école impliquée.

Premiers résultats³⁰

Nous ne rendons compte ici que des données collectées en 2004, essentiellement quantitatives, et portant sur les appréciations des parents, des élèves de cycle 3 et des enseignants recueillis par questionnaires. Les autres données recueillies (Cycle 1 et Cycle 2) sont en cours de traitement. Nous présenterons les résultats globaux puis par catégories (parents, maîtres et enfants).

Données globales

Perception de la vie à l'école

	<i>Très facile</i>	<i>Facile</i>	<i>Difficile</i>	<i>Très difficile</i>	<i>Non réponse</i>
<i>Parents</i>	18,1 %	75,3 %	5,7 %	0,1 %	0,9 %
<i>Maîtres</i>	14,0 %	75,6 %	10,4 %	0,0 %	0,0 %

²⁴ Bowen, F., Rondeau, N., Rajotte, N. et Bélanger, J. (2000), Évaluation d'un programme de prévention de la violence au premier cycle du primaire, revue des sciences de l'éducation, 26(1), 173-196.

²⁵ Jourdan D., I. Picc, B., Berger, D., Lejeune, M.L., Laquet-Riffaud, A. (2002), Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire, Santé publique, n°41.

²⁶ Organisation mondiale de la santé (1993), Life skills education in schools, OMS, Geneva.

²⁷ Expertise collective INSERM « Education pour la santé des jeunes » 2001

²⁸ Mérini, C. (1999), Le partenariat en formation : de la modélisation à une application, l'Harmattan.

²⁹ Fortin, J. (2001), Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle, Paris, Hachette.

³⁰ Les données seront présentées en 2007 dans un ouvrage dont la référence sera disponible sur le site de l'IUFM d'Auvergne www.auvergne.iufm.fr

Perception de la violence à l'école

	Enormément	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout
Parents	0,2 %	3,4 %	0,0 %	53,2%	40,1 %
Maîtres	0,0 %	0,0 %	0,0 %	86,0 %	12,8 %
Elèves Cycle 3	5,0 %	12,0%	17,8%	49,0 %	14,9 %

Perception des relations entre élèves

	Parents	Enseignants	Elèves
Très Bonnes	12,0 %	8,1 %	20,7 %
Bonnes	78,7 %	89,5%	45,2 %
Pas très bonnes	8,1 %	2,3 %	22,1 %
Mauvaises	0,1 %	-	10,0 %
Très mauvaises		-	1,6 %

Perception des relations élèves enseignants

	Parents	Enseignants	Elèves
Très Bonnes	31,8 %	19,8 %	51,1 %
Bonnes	65,2 %	79,1 %	35,2 %
Pas très bonnes	2,5 %	0,0 %	9,1 %
Mauvaises	0,1 %	0,0 %	2,1 %
Très mauvaises	0,0 %	0,0 %	1,3 %

Perception des relations parents enseignants

	Parents	Enseignants
Très Bonnes	36,5 %	3,5 %
Bonnes	60,4 %	95,3 %
Pas très bonnes	1,4 %	0,0 %
Mauvaises	0,3 %	0,0 %
Très mauvaises	0,0 %	0,0 %

Les parents

Les parents ont une perception très positive du climat scolaire. Les raisons les plus fréquemment évoquées pour expliquer la facilité de vie à l'école sont l'enthousiasme de l'enfant pour aller à l'école, le fait qu'il n'ait aucun problème, qu'il ne se plaigne pas et ses bonnes relations avec ses camarades et avec les enseignants. Le fait que l'école soit une petite structure avec de faibles effectifs, une ambiance familiale, un cadre agréable et des enfants qui se connaissent tous est aussi souvent évoqué, ainsi qu'une bonne communication avec les enseignants. Les parents ont ensuite cité un bon encadrement, un personnel à l'écoute, une bonne équipe pédagogique ainsi qu'une bonne organisation et des activités variées et nombreuses. Les bons résultats scolaires de l'enfant, son caractère sociable, son épanouissement, son intégration et son adaptation dans l'école sont d'autres facteurs explicatifs à la facilité de vie à l'école des enfants énoncés par les parents.

Les raisons les plus fréquemment évoquées pour expliquer la vie difficile à l'école sont les difficultés scolaires rencontrées par leur enfant, les difficultés pour se concentrer, des problèmes de comportement, des difficultés relationnelles avec les autres camarades ou les enseignants, la violence à l'école, les moqueries, le manque de surveillance et le manque de soutien de la part des professeurs.

Les types de violence les plus fréquemment cités sont la violence verbale (moqueries, disputes, insultes, paroles blessantes), la violence physique (bagarre, coups de pieds, coup de poings, bousculade, chamaillerie...), les vols. Les parents citent aussi la violence psychique et les méchancetés gratuites. Certains parents sont plus modérés et évoquent seulement des « chamailleries » et des petites violences sans gravité.

Les maîtres

La majorité des enseignants considère que la vie à l'école leur est facile, sinon très facile du fait de bons rapports avec l'équipe enseignante, avec les élèves, les parents et les représentants de la municipalité. Ils soulignent également les conditions matérielles favorables avec un cadre de travail agréable pour expliquer cette facilité de vie à l'école.

Les enseignants estimant que leur vie à l'école est difficile évoquent la plupart du temps les problèmes de comportements de certains enfants, souvent issus de milieux défavorisés et le fait d'enseigner dans des classes à plusieurs niveaux souvent trop « chargées ».

Le type de violence évoqué est essentiellement la violence verbale, les disputes qui peuvent parfois dégénérer en violence physique et petites bagarres

94,2 % des enseignants interrogés ont travaillé dans le domaine de l'éducation au « vivre ensemble » dans le cadre de la classe. Parmi les enseignants qui ont travaillé sur l'éducation au « vivre ensemble », 82,7 % ont travaillé sur un ou plusieurs thèmes précis. Les thèmes évoqués par ceux-ci concernent essentiellement l'acceptation de la différence (28,4 %), le respect de l'autre (23,9 %), les règles de vie (17,9 %), la violence, la gestion des conflits (14,9 %), les sentiments (13,4 %), le respect du règlement (13,4 %), la solidarité (11,9 %) et la sécurité routière (11,9 %).

58,0 % des enseignants ont travaillé dans un objectif global à la citoyenneté de l'enfant. Parmi les enseignants qui ont travaillé sur l'éducation au « vivre ensemble », 48,1 % ont travaillé de façon ponctuelle, 17,3 % dans le cadre d'une progression, 29,6 % dans le cadre d'un projet et 46,9 % dans le cadre d'un projet intégré au projet d'école.

56,8 % des enseignants ont travaillé seuls, parmi les autres 55,6 % ont travaillé avec des collègues, 11,1 % avec les parents et 27,2 % avec des partenaires, parmi lesquels la gendarmerie, les pompiers, l'IUFM, des intervenants extérieurs (conteuse, artistes, sportifs...), associations.

Les disciplines concernées par « Vivre ensemble » sont principalement l'éducation civique, le langage, l'art plastique et la lecture. Les albums, les livres ainsi que le débat et les arts plastiques constituent l'essentiel de l'arsenal des maîtres pour développer l'éducation au « Vivre ensemble ».

63,0 % des enseignants ont commencé leur travail en décidant d'inclure le « vivre ensemble » dans leur programme de travail. 25,9 % ont démarré à la suite d'une sollicitation institutionnelle, 8,6 % des enseignants ont démarré leur travail à la suite d'un événement extérieur (violences constatées dans la cour, nouvel élève handicapé, ...). 39,5 % ont démarré à la suite d'une réflexion collective à l'échelle de l'école et 8,6 % ont démarré pour d'autres raisons (sollicitation de partenaires extérieurs, de parents, projet déjà inclus l'année passée...).

Des enseignants soulignent un manque de temps pour les activités liées au projet « Apprendre à mieux vivre ensemble ». La difficulté exprimée réside également dans la jeunesse des élèves de maternelle qui rend difficile la mise en place du projet dans le cadre d'une progression. Le questionnaire peut porter également sur la manière d'évaluer leur travail en matière d'éducation au mieux vivre ensemble, les enseignants s'interrogent sur l'impact de leur travail. Concernant les problèmes rencontrés, ils évoquent enfin la difficulté de communiquer avec les parents sur ce sujet.

Parmi les enseignants qui ont travaillé sur l'éducation au « vivre ensemble », 18,5 % des enseignants sont tout à fait satisfaits de l'efficacité de ce travail, 55,6 % sont partiellement satisfaits, 3,7 % sont peu ou pas du tout satisfaits et 17,3 % n'ont pas d'avis.

Les enseignants ont estimé que leur intérêt pour l'éducation au « vivre ensemble » est en moyenne égal à 7,7 sur 10. Les enseignants ont évalué en moyenne leur niveau de compétence en éducation au « vivre ensemble » à 5,9 sur 10.

43,0 % des enseignants ressentent actuellement la nécessité d'une formation. Ils souhaitent notamment être formés pour pouvoir gérer la violence, les conflits entre les élèves et pour améliorer la communication avec les parents. Ils souhaitent également avoir des outils plus adaptés pour les maternelles, faire un stage leur permettant d'échanger avec des collègues et avoir une formation sur les jeux de rôle.

Les élèves de Cycle 3

Parmi ceux-ci, on retrouve 33,9 % de CE2, 32,0 % de CM1, 31,8 % de CM2 et 1,5 % de CLIS. Les enfants ayant répondu sont pour 52,2 % des garçons et pour 47,2 % des filles.

Jugement porté sur l'école et le quartier

	Génial(e)	Bien	Moyen(ne)	Pas terrible	Nul (le)
L'école est	40,5%	44,3 %	9 %	2,7 %	2,9 %
Le quartier est	41,6 %	39,0 %	9,8 %	5,1 %	2,7 %

L'importance des lieux

	Ils n'aiment pas aller	ils aiment aller	Où il y a de la violence
nulle part	31,4 %	1,2 %	0,8 %
les toilettes	12,3 %	1,1 %	0,9 %
la cour	6,0 %	36,1 %	55,2 %
le préau	5,5 %	6,5 %	5,0 %
la direction	4,7 %	0,1 %	0,0 %
le sport	4,3 %	13,5 %	5,7 %
la classe	4,1 %	12,2 %	1,7 %
la cantine	3,8 %	2,7 %	2,5 %
une classe particulière	2,9 %	1,7 %	0,7 %
partout	2,7 %	10,7 %	7,3 %
les couloirs, les escaliers	2,2 %	1,8 %	2,7 %
les classes spécialisées	1,2 %	4,8 %	0,0 %
en permanence	0,8 %	1,5 %	0,1 %
au CDI, en informatique	0,4 %	11,8 %	0,0 %
le hall et la sortie	0,3 %	1,3 %	0,9 %
autres lieux	8,4 %	13,5 %	3,9 %

Evaluation de leur bien-être à l'école : 8,2/10 et pourtant 4,9 % des élèves se sentent seuls à l'école.

Victimisation

	Jamais	1 ou 2 fois	Quelquefois	Souvent	Tout le temps
Victime de vol	45,8 %	54,2 %			
Frapper	40,5 %	32,6 %	16,7 %	7,9 %	1,4 %
Bagarre	46,7 %	30,1 %	14,1 %	6,5 %	1,6 %
Victime d'insultes	-	73 % (dont 12,9 % à caractère raciste)			
Victime de menaces pour donner quelque chose	-	17,4 %			

31,6 % des élèves pensent qu'il n'y a pas du tout d'agressivité entre les élèves et les maîtres, 27,6 % qu'il y en a un peu, 7,0 % qu'il y en a moyennement, 2,1 % qu'il y en a beaucoup et 1,2 % qu'il y en a énormément.

72,5 % des élèves pensent qu'on apprend bien dans leur école, 17,8 % qu'on y apprend assez bien, 5,4 % moyennement, 1,3 % pensent qu'on y apprend mal et 1,1 % assez mal.

Quand les enfants ont des problèmes, ils en parlent à leur mère (72,4 %), leur père (61,1 %), leurs maîtres (52,6 %), aux copains (44,8 %), au directeur (27,5 %), aux frères et sœurs (25,3 %), aux éducateurs (17,7 %), aux grands-parents (14,2 %), à la dame de la cantine (13,2 %), à personne (9,0 %).

Analyse, discussion et propositions...

Les parents

Pour les parents, l'école est très largement vécue positivement par les enfants. Dans leur appréciation, les relations et le climat scolaire sont déterminants (relations entre les élèves, et avec les enseignants, vécu subjectif des enfants). Ils insistent significativement sur les conditions matérielles d'accueil (petites structures scolaires et effectifs faibles des classes, locaux) comme influant positivement sur le climat scolaire et le bien être des élèves. *A contrario* (5,8%), ce sont l'échec scolaire, les difficultés relationnelles et la violence qui sont évoqués pour rendre compte d'un avis négatif.

Les relations avec les enseignants apparaissent comme très largement positives ou très positives (96,9%). Les relations enseignants/ élèves leur semblent de même de bonne ou très bonne qualité (97%). Mais 8,2 % d'entre eux soulignent des difficultés relationnelles entre élèves. Pourtant cette vision quasi idyllique masque un paradoxe : les parents considèrent majoritairement que l'école est un lieu violent (un peu et/ou beaucoup : 57,8%). Les violences verbales mais aussi les violences physiques décrites laissent penser qu'il existerait des incivilités réelles, (voire une forme *a minima* de « school bullying ») qui paraissent plutôt bien contenues par

l'école élémentaire puisque n'influent que peu sur les appréciations des élèves mais qui sont présentes. Ces données issues des familles nécessitent une analyse plus fine et devront être confrontées à la réalité des difficultés constatées dans les établissements. Dans tous les cas, elles signent un souci familial centré sur l'enfant et fondé sur l'affect. Il n'en demeure pas moins que cette représentation sociale d'une école potentiellement « dangereuse » influe sur le climat d'établissement notamment dans la perception *a priori* d'incidents éventuels par les parents et les élèves. Les relations parents - enseignants en sont virtuellement affectées dans le sens où en cas d'anicroches plus vives une tension peut surgir.

Les maîtres

Il s'agit pour la plupart de maîtres expérimentés, 70 % d'entre eux ont au moins dix ans d'expérience. Le *turn over* sur les écoles étudiées est relativement faible puisque plus de la moitié des enseignants est dans l'école depuis plus de 5 ans. Les maîtres décrivent un climat d'école très majoritairement serein. Cependant, il faut noter que les difficultés évoquées par les enseignants sont liées principalement aux effectifs des classes dans les zones les plus défavorisées et aux problèmes comportementaux des élèves. Dans les deux circonscriptions étudiées, la moyenne par classe se situe autour de 22 élèves.

La globalisation des données édulcore une réalité parfois largement marquée par des comportements incivils qui touchent 10 % des classes. Pour les maîtres, encore plus que pour les parents, l'école est un lieu où il y a un peu de violence (86%). Comme chez les parents, cette approche est en contradiction avec les déclarations relatives à la qualité des relations. Entre élèves, les relations sont estimées bonnes à 97 %, avec les parents à 98,8 % et entre élèves et enseignants à 98,9 %. Globalement, malgré des difficultés certaines, l'école reste un lieu agréable pour la quasi totalité des maîtres (96,7%). De fait, les comportements incriminés seraient le fait d'une infime minorité d'élèves.

Notre recherche portant sur l'impact de la mise en place du programme « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école », nous avons donc souhaité analyser les pratiques des maîtres. Il faut d'abord constater qu'à la deuxième année de fonctionnement de l'expérience, 94,2 % des maîtres (sur la totalité) ont travaillé dans le domaine du « vivre ensemble » au sein de leur classe (contre 61 % l'année précédente) et que seulement 26 % l'ont fait à la suite d'une sollicitation institutionnelle. La dynamique collective de l'établissement paraît plus incitative et se traduit par un travail en équipe et/ou en partenariat pour une très grande majorité. C'est un élément important pour la conception des situations de formation initiale et continue des maîtres. Mais, les parents restent très peu associés à ces projets pédagogiques (11,1%). Ils constituent d'ailleurs une des difficultés évoquées par les maîtres dans la mesure où ce type d'activités n'entrant pas dans les disciplines scolaires traditionnelles, elles sont peu lisibles par les familles. D'une manière générale la communication avec les familles est un souci, particulièrement lors de difficultés avec des élèves.

Sur les plans didactique et pédagogique, les maîtres inscrivent les objectifs relatifs au projet « Apprendre à mieux vivre ensemble » dans les disciplines d'enseignement présentes dans les programmes et ne conçoivent pas de séances spécifiques. S'ils travaillent de manière importante de façon ponctuelle, ils le font également principalement sous forme de projet de classe ou de projet d'école. Cette mise en perspective des actions et des objectifs permet sans doute d'expliquer la pérennité des actions malgré les contraintes qui apparaissent fortes. Pour les maîtres, la première est liée à la lourdeur des programmes de l'école élémentaire où les contenus didactiques sont quantitativement importants et laissent peu de place au développement de compétences transversales (57 %). La seconde tient davantage à la représentation qu'ils se sont construits de leur métier. La question de l'évaluation telle qu'ils la posent en terme d'impact de leur travail, rend compte d'une conception de leur rôle essentiellement articulée autour de transmission de savoirs qui seraient acquis ou non et que l'on pourrait évaluer de façon sommative plutôt que d'une approche fondée sur la construction de compétences transversales dont l'évaluation est plus complexe et s'inscrit dans la durée.

Cette représentation est également en jeu lorsque les maîtres évaluent leur niveau de compétences. Bien que plus de 60 % d'entre eux ait reçu une formation sur le programme « vivre ensemble », ils se considèrent comme très moyennement compétents malgré un intérêt certain pour ces questions. Ce sentiment « d'incompétence » laisse poindre une fragilité, certes relative mais bien présente traduisant une déstabilisation *a minima* des professionnels voire des personnes. Cette perception négative doit être mise en parallèle avec les difficultés évoquées précédemment et celles perçues dans les relations avec les familles dont les enfants sont en difficultés comportementales, mais également avec le fait que l'école est perçue comme un lieu où existe une violence potentielle. Les maîtres souhaitent d'ailleurs bénéficier de formations professionnelles centrées sur la gestion des conflits et la communication avec les familles et disposer de temps pour échanger avec les collègues. La conception des dispositifs de formation devrait prendre en compte cette dimension personnelle de l'exercice professionnel.

Interrogés sur leurs représentations du « vivre ensemble à l'école », ils proposent une approche globale de l'enfant prenant en compte les rythmes de vie à l'école, l'organisation des activités, l'environnement architectural et matériel et le bien être des élèves et centrée sur leur développement personnel (88,4%). Le but est l'apprentissage de comportements favorables à leur épanouissement personnel et social (94,2%). Les enseignants pensent que ces apprentissages permettront la prévention de conduites à risques (89,5%). Pour eux, « apprendre à

mieux vivre ensemble », c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui empêchent les modifications de comportements (93%), c'est aussi donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir et savoir faire des choix éclairés et responsables (94,1%). Ces actions ne peuvent être efficaces qu'en associant les élèves comme partenaires dans des projets de la conception à la réalisation et à l'évaluation (83,7). Ils soulignent l'importance du travail avec des partenaires extérieurs à l'école (66, 3%). Pour eux, l'apprentissage du « mieux vivre ensemble » s'inscrit dans la durée de la scolarisation (94,2%) et concerne autant les parents que l'école (88,4%). Pour la plupart des maîtres, l'enseignant doit être un exemple (79,9%). La quasi unanimité de ces représentations construites autour d'une conception humaniste du métier doit cependant être mise en perspective avec les difficultés évoquées précédemment et notamment la fragilité de l'estime de soi que nous pouvons trouver en écho idéalisé dans la dimension exemplaire du maître.

Les élèves

Les enfants pensent très largement (90,3 %) qu'ils apprennent bien dans leur école. L'école est également perçue positivement ou très positivement par 85 % des enfants mais 3 % en ont une opinion très négative. Ces résultats sont comparables à l'appréciation portée sur les relations maître/élève, 86,3 % ont de bonnes ou très bonnes relations avec leurs enseignants et 3,4 % des élèves disent avoir des difficultés. Cette tendance se retrouve également dans les appréciations mitigées portées à la fois sur l'école et sur le maître, 10 % des élèves considèrent avoir des relations « moyennes » avec leur professeur et trouvent leur école moyenne. Une corrélation paraît se dessiner ainsi entre un jugement porté sur la relation avec le maître et sur les lieux. L'évocation de la qualité de la relation avec le directeur d'école suit la même évolution. Pour les élèves, les relations avec le directeur ou avec le maître sont similaires, il n'y a pas de différence significative.

Quant à la violence perçue, les déclarations des élèves montrent une vision relativement négative et liée à une victimisation évoquant clairement un *school bullying* dont la littérature souligne la corrélation avec la perte de l'estime de soi et la dépressivité. Le décrochage scolaire y est également fortement corrélé. Ces microviolences doivent être prises au sérieux dans le sens où leur incidence sur le climat scolaire peut altérer les parcours scolaires de ceux qui en sont auteurs ou victimes. La réalité décrite par les élèves permet de confirmer l'hypothèse avancée par les familles et les maîtres d'une violence réelle dans l'école, une violence à bas bruit peu spectaculaire mais bien présente qui altère le climat scolaire.

La relation enseignant/élève est également une des caractéristiques du climat scolaire. Malgré des appréciations très positives sur leurs maîtres, (*cf. supra*), lorsque l'on interroge les enfants sur l'agressivité dans les rapports avec les enseignants, ils sont 37,9 % à l'évoquer comme une des composantes de la relation. Cette agressivité qui paraît peu perçue par les maîtres vient souligner la tension sous-jacente qui semble exister dans les écoles et signe la fragilité du climat scolaire plutôt bon que nous avons pu constater.

Il faut cependant nuancer la brutalité du constat d'une école « un peu » violente en croisant ces informations avec une approche topographique. Interrogés sur les lieux qu'ils aiment le moins, les enfants avancent en premier les toilettes or on ne retrouve pas ce lieu comme endroit possible de violence. Ce sont la cour et le préau qui arrivent en tête et en même temps ce sont les lieux préférés des élèves... D'une manière générale se sont les endroits préférés des élèves qui apparaissent les plus vécus comme susceptibles d'être des lieux de violence. Ce sont également des endroits où la présence de l'adulte est réduite et où les régulations sont moins contraignantes. En tout cas, c'est dans ces moments que s'expriment les carences dans le champ de la socialisation et que point la nécessité d'un travail éducatif. Cette approche souligne un autre clivage qui est celui de la classe et de l'école. Apparemment, dans la classe, tout se passe plutôt très bien, mais c'est lors des temps collectifs d'école (accueil, récréations, temps d'attente à la restauration scolaire) que les difficultés comportementales surgissent signant ainsi une carence dans les compétences psychosociales et la nécessité d'un travail éducatif.

L'évaluation conduite sur la relation avec les adultes montre que pour les élèves ce sont d'abord la mère et le père qui sont les premiers interlocuteurs en cas de difficulté mais le maître reste une référence conséquente (52, 6 %) à corrélérer avec le fait que 85 % ont une opinion favorable de leur enseignant et qu'à 90,3 %, ils déclarent que l'on apprend bien dans leur école.

Conclusion provisoire

Ces premiers éléments montrent d'abord l'importance d'interroger les enfants, ceux-ci sont loin de répondre au hasard. Leurs réponses sont tout à fait comparables à celles qu'Eric Debarbieux ³¹ a pu relever et apportent un éclairage tout à fait pertinent sur le fonctionnement de l'école.

Les données laissent penser que le climat scolaire des écoles étudiées est de bonne qualité et que ce milieu est bien régulé. L'école primaire réussit massivement à ce que ses élèves se sentent plutôt en sécurité et heureux de vivre. C'est sans doute grâce à ses enseignants. En témoignent une adhésion massive et une grande confiance des élèves et des familles envers le maître. C'est sans doute aussi au prix d'un engagement humain considérable des enseignants et des enseignantes dont on perçoit parfois la lassitude.

³¹ Debarbieux E. & coll. (2003), Microviolences et climat scolaire : évolution 1995-2003 en écoles élémentaires et collèges, Rapport au Ministère de l'éducation nationale (DESCO2).

Mais, malgré cette bonne santé de l'école élémentaire, plusieurs éléments attirent notre attention. D'abord nous trouvons un noyau d'élèves (environ 5 %) dont les relations avec l'école paraissent problématiques et justifient des actions de prévention et d'écoute importantes. Enfin les distorsions dans les différentes appréciations et les nombreux paradoxes que nous avons pu relever précédemment laissent entrevoir une tension sous jacente importante dans le fonctionnement scolaire et une fragilité relative du climat scolaire. Tout paraît reposer sur les maîtres dont les conditions d'exercice professionnel sont difficiles (effectifs, publics à besoins éducatifs particuliers...).

Il nous semble que cette bonne tenue de l'école élémentaire et ces signes de fragilité devraient favoriser une politique audacieuse de prévention, dans une perspective proactive. Au niveau des adultes d'abord, dans la gestion des ressources humaines en reconnaissant la qualité du travail, mais également en accordant des moyens. En effet, environ 60 % des enfants passent quotidiennement près de huit heures en situation collective (classe et restaurant scolaire) pour la plupart dans des groupes importants (moyenne des effectifs des classes 22) et ce depuis la petite section de maternelle. Il serait sans doute souhaitable de s'interroger, dans le contexte social actuel fortement marqué par l'individualisme, le consumérisme et un puero-centrisme fort, sur ce que signifie d'imposer à un enfant de moins de 10 ans un tel fonctionnement.

La fatigue des enfants comme celle des maîtres est également un facteur non négligeable de la dégradation du climat scolaire. Pour les enseignants, par la dégradation de l'estime de soi dans un contexte professionnel de recherche de performances pédagogiques et didactiques, la fatigue contribue à mettre en tension la réalité de l'exercice du métier et les exigences institutionnelles et sociales. La distorsion que nous avons soulignée entre d'une part la perception d'une violence scolaire (86%) et d'autre part, celle d'une ambiance entre les élèves, bonne ou très bonne (97 %) pourrait être un indicateur de cette tension paradoxale. En effet, les violences sont finement décrites et pouvant aller jusqu'à du « *school bullying* » mais apparaissent largement minimisées dans la description de l'ambiance. Cette dernière concerne davantage la classe. Les temps collectifs d'école apparaissent alors comme des moments exutoires permettant de se relâcher. Cette tension transparaît également dans l'agressivité des enseignants perçue par les élèves qui pourtant leur accorde quasi unanimement leur confiance.

Ces constats posent une double question : celle de la réduction de la « tension » en classe et celle de l'aménagement des temps collectifs et met en exergue la double nécessité d'une action institutionnelle visant à rasséréner les maîtres, à reconnaître la qualité de leur travail et à leur donner les moyens y compris matériels d'exercer leur métier et celle d'une action éducative à développer au sein de l'école. L'évaluation actuelle si elle prend principalement en compte l'axe institutionnel (essentiellement didactique), paraît négliger l'axe domestique et quotidien de l'activité d'enseignement et d'apprentissage et l'axe sociologique avec les contextes environnants et les effets produits sur les élèves. La question redondante des effectifs des classes illustre bien cette négligence en faisant l'impasse sur la pénibilité du métier.

Nous devons continuer cette étude et en approfondir les résultats, mais d'ores et déjà, la comparaison avec les données issues des travaux d'Eric Debarbieux signe la portée du programme expérimenté dans les classes. Et même, si dans l'état actuel des données nous ne pouvons discerner clairement l'impact des actions dans la mesure où l'évaluation des dynamiques collectives n'est pas achevée, nous soulignons une différence significative pouvant laisser penser à une influence des actions collectives concertées du programme « Apprendre à mieux vivre ensemble ». En fait, il s'agit de développer les « *facteurs de protection* »³² permettant de s'épanouir au sein d'un groupe (image de soi positive, pratiques solidaires...). A travers l'expression de chacun, la possibilité de faire part de ses sentiments, d'interroger ses comportements et d'analyser ceux des autres, chaque élève a l'opportunité de maîtriser progressivement ses émotions et conduites, de prendre conscience des pressions qui s'exercent sur lui, de réfléchir aux stratégies pour leur résister éventuellement. Il va également faire l'expérience de conduites d'aide et de la solidarité pour faire face aux difficultés rencontrées. Ce n'est pas un programme d'apprentissage de comportements préétablis mais bien une démarche éducative globale, réflexive qui donne du sens à l'activité de classe en aidant les élèves à prendre du pouvoir sur eux, sur leur environnement et à être en situation de le faire à titre collectif. Ce programme s'appuie sur les disciplines enseignées à l'école primaire et utilise tout le répertoire des apprentissages prévus par les programmes et ne vient pas surcharger un temps scolaire déjà trop contraint.

« Apprendre à mieux vivre ensemble » vise à la construction de l'homme citoyen, Il ne s'agit pas d'un retour nostalgique à un passé mythique pour une hypothétique restauration de l'autorité du maître (qui d'ailleurs, n'apparaît pas nécessaire) mais bien de fonder les relations au sein de la classe comme de l'école sur une connaissance mutuelle, une écoute et un respect réciproques au travers d'activités scolaires et à partir de situations concrètes. « *Le souci de l'autre et de ses émotions, l'encouragement aux situations d'entraide et de solidarité la résolution négociée de conflits sont autant d'apprentissages expérimentés dans le cadre scolaire qui participent à la sérénité des ambiances de travail propices aux acquis cognitifs et transférables dans la vie familiale et de quartier* »³³. Le programme contribue à donner à ceux qui sont les plus en situation de fragilité, le

³² Fortin, J. (2001), 9.

³³ Fortin J. (2001), 7, § 3.

goût de venir à l'école et d'y être bien (ce qui paraît confirmé dans notre étude par un taux d'insatisfaction très bas : 3% de mauvaises relations avec les maîtres, 2% avec le directeur, *versus* un peu plus de 6% dans les travaux de Debarbieux³⁴). Le programme permet aux enfants les plus en difficulté de s'insérer dans le groupe classe dans la mesure où leurs efforts sont soulignés, valorisés et même si les résultats scolaires demeurent inégaux, « *la reconnaissance de qualités et de compétences humaine donne une valeur à chacun en dehors des performances cognitives* ». De fait les différences sont acceptées mais pas stigmatisées et en ce sens le programme permet une véritable intégration sociale au sein de la classe et de l'école.

³⁴ Debarbieux E. & coll. (2003).

Annexe 8 : Réponse des promoteurs d'AMVE à la Ligue des Droits de l'Homme



36, avenue Jean Jaurès
CS 20001
63407 Chamalières

Monsieur le Président Ligue des Droits de l'Homme
21, rue Richepin
63000 Clermont-Ferrand

Chamalières, le 9 juillet 2009

Monsieur le Président,

Nous venons de recevoir le document concernant le dispositif « apprendre à mieux vivre ensemble ».

Comme nous avons eu l'occasion de le dire à Messieurs Poulain et Jolys lors de notre rencontre du 19 novembre 2008, nous partageons les valeurs républicaines défendues par la LDH depuis 111 ans et combattons, au quotidien, les dérives sécuritaires qui aliènent les libertés individuelles. Notre action d'enseignant, de chercheur et de citoyen rencontre bien souvent celle de tous les militants attachés à la défense des droits de l'Homme y compris ceux de la LDH. Les sections de la LDH et celle que vous présidez en particulier, jouent un rôle essentiel de vigilance quant à toutes les atteintes aux droits personnels de l'Homme et aux droits politiques et sociaux des citoyens. Son expression sur la place publique constitue un contre-pouvoir vital dans la vie de notre démocratie.

Le texte que vous proposez ici est malheureusement indigne de ces valeurs. Il ne s'agit pas de remettre en cause la liberté d'expression et de ton de la LDH pas plus que son indépendance ou son action politique que nous considérons comme un bien commun précieux mais de rappeler que ce qui fonde la ligue c'est l'exigence de liberté et de justice telle qu'elle a pu s'exprimer au moment de l'affaire Dreyfus. Le texte que vous publiez, s'il emprunte certains éléments au dispositif AMVE, offre une vision inacceptablement tronquée de la réalité. Ceci est d'autant plus inacceptable que nous avons fourni tous les documents relatifs au projet, aux militants de la LDH, M. Poulain et M. Jolys, que nous avons rencontrés le 19 novembre 2008.

La volonté de mettre en avant le caractère dangereux et attentatoire aux libertés du projet vous conduit à trahir la réalité.

- o Vous savez depuis la rencontre de 2008 que le projet a été déclaré à la CNIL (n°1332359 en date du 30 octobre 2008).
- o Vous savez également que ce type d'étude conduite par une équipe universitaire ne relève pas de la déclaration au CNIS qui ne concerne que les organismes publics (décret n° 2005-333 du 7 avril 2005).

- o Vous savez également que le travail est conduit sur l'environnement scolaire des enfants par la mobilisation des adultes éducateurs (familles, écoles, collectivités territoriales) et non sur les individus.
- o Vous savez également que le travail est strictement limité aux acquisitions prévues dans le cadre du socle commun de connaissances et de compétences et en référence à la circulaire de 1998.
- o Vous savez que le dispositif est conduit et régulé par les acteurs de façon démocratique et que toute son action est placée sous la vigilance d'un comité d'éthique.
- o Vous savez que le dispositif n'inclut pas de volet collège.

Etc...

Ces éléments enlèvent toute crédibilité au document que vous diffusez alors que des questions de fond sont abordées et pourraient être travaillées.

Nous avons transmis votre document aux différents acteurs du projet, auquel certains contribuent depuis plus de 10 ans. Si l'arrivée de votre rapport en fin d'année scolaire n'a pas permis à l'ensemble de ces acteurs d'apporter leur contribution à ce courrier, tous ont réagi vivement et se sont dit offensés par ce document.

Du côté des enseignants et des formateurs qui travaillent dans le dispositif, ce texte est légitimement perçu comme une mise en accusation des professeurs des écoles concernées qui seraient coupables de « fliquer » leurs élèves, de méconnaître les risques liés à l'évaluation, de ne pas tenir compte de l'intérêt supérieur de l'enfant, de contribuer à la détection précoce individuelle des conduites à risque ou au développement de l'idéologie sécuritaire ... Les réactions sont vives « Qui sont les inquisiteurs qui, sans jamais être venus dans les écoles, peuvent porter un jugement pareil », « Qui sont ces ayatollah ... ».

Du côté des parents, c'est la consternation la plus totale. Le texte que vous proposez heurte violemment tous les acteurs qui, somme toute, seraient des « innocents », voire des imbéciles qui ne verraient pas le danger des approches proposées. Nous nous permettons de vous rappeler que ce ne sont pas quelques parents isolés mais bien les sections départementales de la FCPE et de la PEEP qui sont engagées à long terme dans le dispositif. Les fédérations de parents d'élèves ont pris la décision de réagir et de rédiger des communiqués.

Vous savez qu'AMVE est un dispositif participatif qui associe les acteurs à la conduite du projet depuis maintenant près de 10 ans. Plusieurs centaines de personnes ont travaillé sur ce projet fondé sur l'implication de tous. Le dispositif a constamment pris en compte les remarques des acteurs et ce dans toutes ses dimensions (volet pédagogique, relation école-famille, questionnaires ...). Concrètement, son pilotage est assuré par des représentants de tous les acteurs dans une démarche collégiale. C'est un dispositif modeste mais dont la particularité est d'être conduit dans un partenariat réel à l'échelon des écoles (enseignants, parents, élus et personnels des municipalités concernées) et à l'échelon institutionnel (rectorat, inspection académique, IUFM, fédérations de parents). Ses racines se situent dans la pédagogie de l'émancipation telle que Paulo Freire notamment l'a développée (mais aussi tous ceux qui s'inscrivent dans le courant de l'éducation populaire) et qui s'exprime spécifiquement dans la charte d'Ottawa. La finalité du projet est de soutenir les équipes d'écoles en valorisant le travail qu'elles conduisent, en leur donnant les moyens de renouveler leurs pratiques à la fois par la mutualisation entre écoles et par l'apport des données de la recherche et enfin en développant le lien école-famille dans une perspective de co-éducation. Il s'agit de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves et de leur donner les moyens de prendre leur place dans la société. A partir de cette approche, nous avons construit, avec les 120 collègues des écoles impliquées dans la première étape du projet, des outils et des propositions d'activités de

classe (même s'il n'y a rien de spectaculaire dans les actions conduites : développement des compétences personnelles, sociales et civiques via les diverses activités de classe, cadre de vie, travail sur les conduites à risque, gestion pacifique des conflits, conseils d'école d'enfants, lien école-famille ...). Toutes les activités conduites le sont dans le strict cadre des programmes scolaires.

Le dispositif d'évaluation est rigoureux sur les plans scientifique et éthique, il vise à fournir des arguments solides quant à l'impact des pratiques d'enseignement et d'éducation des écoles. Cette démarche est, du reste, de plus en plus pertinente à une époque où l'on voit revenir en force les tenants d'une éducation réduite à des principes simples, d'un retour à "l'autorité" et pour lesquels cataloguer les élèves dès leur plus jeune âge est une nécessité. L'ensemble est conduit dans un cadre éthique strict. Il est bien évident que non seulement l'adhésion des écoles au projet est libre et soumise à l'accord du conseil d'école mais que les participants sont aussi libres de ne pas remplir les questionnaires ou d'accepter les temps d'entretien qui leur sont proposés.

Lors de notre entrevue en novembre 2008, M. Poulain et M. Jolys s'étaient engagés à nous communiquer les résultats de leur réflexion dans une rencontre avant fin décembre 2008. De notre côté, nous avons indiqué que l'action de la LDH serait prise en compte et que des adaptations pouvaient être décidées par les comités de pilotage et d'éthique suite à l'analyse réalisée. M. Poulain notait du reste lors de cette entrevue que ce projet est probablement le seul dans le champ de la recherche en éducation à être doté d'un comité d'éthique et d'un tel dispositif de régulation démocratique. Nous n'avons pas eu de nouvelles jusqu'à ce texte. La question se pose donc de savoir quelles en sont les ambitions. Soit il s'agit de permettre l'amélioration d'un dispositif, dans ce cas, ce document est pour nous, acteurs de l'Ecole Publique, mensonger et inacceptable en l'état. L'enjeu est alors de travailler à la clarification des points qui vous interrogent avec les comités de pilotage et d'éthique. Soit il s'agit de l'action de quelques personnes qui instrumentalisent la LDH comme elles l'ont fait d'autres associations au service de leur combat personnel.

Dans le courrier d'accompagnement à ce texte vous déclinez notre invitation à une rencontre bilan, qui réunira tous les acteurs du projet et à laquelle Philippe Meirieu et Dominique Berger participeront. Vous nous permettez de ne pas bien comprendre ce refus.

Vous trouverez en pièce jointe les réponses à vos questions.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre dévouement à l'Ecole Publique.

Pour les acteurs du projet « Apprendre à mieux vivre ensemble ».

Sylvie Berthiaud
Enseignante

Jeanine Pommier
Enseignante chercheure

Paula Pagneux
Enseignante, directrice d'école
maternelle

Marie-Renée Guevel
Doctorante

Marie-Noëlle Rotat
Chargée de mission

Anne-Marie Guillaumin
Conseillère pédagogique

Catherine Jandot
Conseillère pédagogique

Alexis Monier
Inspecteur Education nationale

Didier Jourdan
Formateur

Gilles Brunshwig
Parent d'élève FCPE

Catherine Roussey
Parent d'élève FCPE

Claire Joyeux
Enseignante, conseillère municipale

Carine Simar
Doctorante

Jorge Stirling
Cadre de santé

Nathalie Younes
Enseignante, chercheure

1/ Le travail réalisé dans les écoles se réfère exclusivement au socle commun de connaissances et de compétences, aux programmes scolaires et textes officiels du ministère de l'Education nationale. Il est conduit sous l'autorité de l'Inspection d'Académie du Puy-de-Dôme. Le socle commun de connaissances et de compétences (Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006) fait appel aux connaissances, capacités et attitudes des élèves, c'est donc en référence à ces trois domaines que le dispositif « apprendre à mieux vivre ensemble » est conduit.

2/ Plusieurs centaines de personnes ont travaillé sur ce projet fondé sur l'implication de tous. Le questionnaire « Mon école et moi » a fait l'objet d'un travail spécifique associant enseignants, parents, équipe de circonscription et équipe de recherche. La question de la réception, par les élèves, du questionnaire a été particulièrement travaillée par l'ensemble des acteurs en référence à l'intérêt supérieur de l'enfant. « Apprendre à mieux vivre ensemble » est un dispositif participatif qui associe les acteurs à la conduite du projet depuis maintenant près de 10 ans. Le dispositif a constamment pris en compte les remarques des acteurs et ce dans toutes ses dimensions (volet pédagogique, relation école-famille, questionnaires ...).

La participation d'une école au projet est libre et doit être entérinée par le conseil d'école.

À chaque rentrée scolaire, les familles des enfants concernés par l'évaluation (cycle 3 : CE2, CM1 et CM2), reçoivent une information, écrite, concernant le projet. Les familles peuvent refuser que leur enfant participe à l'enquête.

En ce qui concerne les enfants, le protocole de passation précise que les enfants ne sont pas obligés de répondre aux questions s'ils ne le souhaitent pas.

Aucun suivi des élèves au collège n'est prévu dans le dispositif.

3/ Les données collectées dans le projet précédent (terminé en 2007) ont été saisies et analysées par l'Observatoire Régional de la Santé en Auvergne dans un cadre méthodologique et éthique strict. Tous les questionnaires étaient anonymes et ont été traités à l'échelle des écoles. Les résultats ont nourri la réflexion des communautés éducatives et ont permis des progrès dans la qualité de vie à l'école pour les élèves comme dans les relations école-familles.

4/ Le développement des compétences citoyennes, en référence aux finalités de l'école républicaine, est le cœur du projet. Le socle commun (Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006) précise que le but du développement des compétences sociales et civiques est de « favoriser une participation efficace et constructive à la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa liberté en pleine conscience des droits d'autrui, de refuser la violence. » Le travail sur la violence est une dimension constitutive de la mission de l'École et du projet « Apprendre à mieux vivre ensemble ».

5/ La finalité du projet est de soutenir les équipes d'écoles en valorisant le travail qu'elles conduisent, en leur donnant les moyens de renouveler leurs pratiques à la fois par la mutualisation entre écoles et par l'apport des données de la recherche et enfin en développant le lien école-famille dans une perspective de co-éducation. Il s'agit de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves et de leur donner les moyens de prendre leur place dans la société. La prise en compte de l'environnement est un élément clé du travail conduit dans les écoles.

6/ Le dispositif se réfère au cadre défini par les textes du ministère de l'Education nationale notamment à la circulaire « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », circulaire n°: 98-237, BOEN: n°45 du 03-12-1998.

7/ et 8/ Le dispositif respecte strictement la réglementation en vigueur. L'étude est déclarée à la CNIL n° 1332359 (30 octobre 2008). Ce type de dispositif conduit par une équipe universitaire ne relève pas de la déclaration au CNIS qui concerne les organismes publics (décret n° 2005-333 du 7 avril 2005).

Evaluation des connaissances & attitudes en éducation à la santé : Un nouvel outil basé sur le principe des tests de concordance de scripts

PAEDI EA/JE 2432

GRONDIN M-A, GERBAUD L



I. Introduction

Evaluation en éducation à la santé :

- les processus
 - les résultats
 - Connaissances → contrôle aisé
 - Attitudes } nécessité d'en observer
 - Comportements } les conséquences à long terme ou
- Auto-questionnaires type QCM (prévarication) ou Hétéro-questionnaires

Notre hypothèse : évaluer les connaissances, attitudes et comportements par TCS

Les tests de concordance de scripts (TCS)

- Utilisés en pédagogie médicale (cheminement diagnostique et thérapeutique)
- Evaluation de « problèmes complexes », mise en situations d'ambiguïté où la pratique est importante
- Résolvent le problème des QCM qui induisent les réponses
- Echelle ordinale à 5 modalités d'équivalence proche
- Etalonnage par des experts
- Pondération des réponses des sujets par celles des experts : établissement d'un score

	-2	-1	0	+1	+2	Commentaires
Nb de réponses parmi les experts	0	0	5	4	1	Quelle la réponse la plus choisie ? (ici la valeur 0)
Mécanisme de création des scores	0	0	5/5	4/5	1/5	Division par le nombre de membres ayant donné la réponse la plus choisie (ici 5)
Crédit pour l'item	0	0	1	0,8	0,2	Points obtenus par le sujet pour cet item

-2=c'est faux -1=c'est un peu faux 0=ce n'est ni vrai ni faux 1=c'est un peu vrai 2=c'est vrai

II. Méthodes

Application à une intervention en éducation à la santé « Etre & Savoir, l'école de la santé »

Intervention : 28 écoles, 90 classes, 2137 élèves de cycle 3 (CE2/CM1/CM2) // Témoin : 1 école, 3 classes, 72 élèves

Préparation des questions et validation de contenu : comité de pilotage

Validation métrologique

- \ prévarication : éviter les réponses oui/non ou monomodales et les distributions uniformes (experts et enfants)
- mesurer une progression : éliminer les notes trop élevées ou ayant un coefficient de variation trop faible (calcul sur échantillon de classes)

Tous les scores ont été ramenés sur 20 (0 pas de connaissances, 20 attitudes identiques à celles des experts)

Exemples

Questions portant sur des situations courantes (nutrition, activité physique, prévention solaire et tabac)	Score/20 (coeff de variation)
Au petit déjeuner, je prends un chocolat chaud, un jus d'orange et deux tartines de pain avec du beurre et de la confiture. Pour avoir plein de force, il vaut mieux prendre un pain au chocolat en plus	6,82 (0,61)
Le mieux pour faire du sport c'est d'en faire beaucoup une fois par semaine	5,3 (0,39)
Fumer c'est montrer qu'on est libre de faire ce qu'on veut	14,7 (0,19)
Aller au soleil pour bouger, ça fait du bien	11,7 (0,20)

III. Résultats

Résultats résumés du test avant l'intervention (83 classes, 1962 élèves)

Thème	Moyenne	Etendue	Nb de questions
Nutrition	12,94	9,89 – 16,60	16
Sport	12,43	9,67 – 16,10	6
Tabac	16,52	14,40 – 19,00	4
Soleil	11,44	9,52 – 14,68	5
Total	13,05	10,96 – 15,46	31

Résultats des tests réduits à 16 questions en termes de progression (83 classes, 1880 élèves)

Thème	Avant	Après	Progression	p
Nutrition	10,60	12,89	2,29	<10 ⁻⁵
Sport	10,95	13,03	2,08	<10 ⁻⁵
Tabac	14,60	15,16	0,56	NS
Soleil	9,74	11,01	1,27	<10 ⁻⁵
Total	10,72	12,60	1,88	<10 ⁻⁵

31 questions issues du comité de pilotage, 16 retenues

Une progression significative (sauf tabac : bons scores initiaux)

IV. Discussion

Faisabilité : tous les questionnaires ont été remplis

Mesure de la progression des connaissances quasi-instantanée

Evaluation des attitudes : validée lors de l'évaluation du programme

Evaluation des attitudes ou aptitudes, des compétences ou comportements ?

Annexe 10: Incitations et désincitations : les effets pervers des indicateurs

par [Maya Bacache-Beauvallet](#) [22-02-2008]

La demande politique d'une plus grande clarté dans l'administration des fonds publics et l'exigence d'efficacité à l'égard des fonctionnaires a nécessité la mise en place d'un suivi des performances de ces administrations. Néanmoins, aux inconvénients des primes à la performance déjà connus dans les secteurs privés, s'ajoutent des difficultés spécifiques à leur utilisation dans les secteurs publics.

La demande politique d'une plus grande clarté dans l'administration des fonds publics et l'exigence d'efficacité à l'égard des fonctionnaires a nécessité la mise en place d'un suivi des performances de ces administrations. Néanmoins, aux inconvénients des primes à la performance déjà connus dans les secteurs privés, s'ajoutent des difficultés spécifiques à leur utilisation dans les secteurs publics.

Le débat entre les économistes sur la privatisation de certains services publics a pris un nouveau tournant depuis la fin des années 1990 : une forme nouvelle de privatisation consiste à gérer le secteur public en suivant les indicateurs de la bonne gestion privée. Au premier plan de ces discussions figure la mise en place d'indicateurs de performance ou de qualité des services et des fonctionnaires.

Les fonctionnaires reçoivent généralement un salaire fixe, indépendant de la productivité individuelle de l'agent et non relié à une quelconque mesure d'efficacité ou de performance individuelle. Le secteur privé dispose, lui, de deux moyens radicalement opposés aux modes de gestion publique : le licenciement et la participation aux bénéfices, pour inciter les agents à fournir l'effort nécessaire. Les détracteurs du salaire unique font valoir que ce système de rémunération a deux inconvénients majeurs : tout d'abord, il est désincitatif puisque le fonctionnaire est payé de la même manière qu'il fournisse ou non un effort ; il est ensuite non attractif puisque les bons employés préfèrent quitter le service public et travailler dans des secteurs où leur productivité est rémunérée à sa juste valeur.

1. Le rôle des indicateurs

L'utilisation d'indicateurs pour mesurer la performance des employés dans le secteur privé n'a rien de nouveau ni d'étonnant. Le mécanisme est simple et ses avantages nombreux. Les intérêts d'un employeur et de son employé ne sont pas les mêmes et sont même divergents. Comment donc l'employeur peut-il amener l'employé à faire ce que le premier souhaite ? Par des mécanismes d'incitation : des primes, des promotions... Ces mécanismes d'incitations présupposent de lier les primes à la mesure précise d'une variable observable et vérifiable : l'indicateur.

En effet, si l'employeur observe parfaitement le travail de son agent, il peut alors le licencier (ou le pénaliser) en cas de non-respect du contrat de travail stipulant les engagements du salarié et les rémunérations liées à ces engagements. La question est plus délicate si l'effort de l'employé, bien qu'observable par l'employeur, n'est pas vérifiable par un tiers ou par un tribunal. Dans ce cas, bien que sachant que l'agent ne fournit pas son travail, l'employeur, ne pouvant le prouver, ne peut pas faire exécuter le contrat. Dernier cas, lorsque l'effort de l'agent n'est pas observable par l'employeur (et *a fortiori* non-vérifiable par le tribunal), les deux contractants (employeur et employé) construisent des indicateurs de l'effort, indicateurs qui doivent être à la fois vérifiables par un tribunal et suffisamment pertinents pour bien « indiquer » l'effort fourni. Ainsi, lorsque l'effort est

observable et vérifiable, l'indicateur est tout simplement la mesure directe de l'effort. En revanche, si l'effort n'est pas vérifiable, il s'agit d'imaginer des indicateurs, vérifiables, suffisamment proches du véritable objectif. Dans le cas de la production privée, la difficulté est toute relative.

Puisque le principal (ou l'employeur) n'observe pas l'effort, il cherche des indicateurs de l'effort, qui soient observables et qui soient corrélés à l'effort. Les indicateurs objectifs ont l'intérêt d'être vérifiables par un tribunal. Pour résumer, l'agent (ou l'employé) a une rente informationnelle : il connaît son effort mais cette information n'est pas disponible pour le principal (ou l'employeur) qui cherche donc le moyen de l'obtenir de l'agent. Le salaire à la performance incite l'agent à fournir l'effort souhaité par le principal. Cette incitation prend la forme d'une prime qui est la part des profits reversés à l'agent.

La prime n'est pas de 100%, pourquoi ? Autrement dit, le salarié ne reçoit pas toute la richesse générée par son effort et une partie revient au principal qui n'a pourtant pas participé au processus de production. On attribue cela en économie à un partage du risque entre employeur et employé. On suppose que l'agent est « averse au risque », autrement dit qu'il souhaite des revenus relativement constants. Or d'autres phénomènes affectent le résultat, en plus de son effort : le monde extérieur importe aussi et rend le résultat aléatoire. Le principal prend à sa charge cet aléa et lisse en conséquence le salaire de l'agent. Le problème peut être plus important si le principal observe mal la production ainsi que l'effort. Une solution à ce double problème de la mesure est ce que l'on appelle les tournois : on prend alors en compte le classement relatif de l'indicateur par rapport à la performance d'autres employés dans la même situation. Bien entendu le problème majeur est alors la faiblesse de la coopération entre employeurs dans des tâches où le travail d'équipe est important. Mais mesurer les performances relatives permet de repérer les aléas communs qui altèrent l'indicateur. Lazear (1989) montre ainsi que l'agent manipule stratégiquement cet indicateur en allouant une part de son effort à son activité productive et une autre part au sabotage de l'activité productive des autres.

La pertinence de l'indicateur peut se révéler plus délicate lorsque, par exemple, l'indicateur reflète non seulement l'effort de l'agent mais collectivement celui de l'équipe de travail (productivité dite « jointe »). Dans ce cas, la difficulté est souvent levée, soit en affinant l'indicateur afin d'isoler la participation de chacun à l'effort final, soit en utilisant l'indicateur de l'effort collectif pour mettre en place des incitations collectives qui encouragent les agents à fournir chacun un effort et à s'aider les uns les autres. Cependant récompenser le groupe ne présente pas que des avantages et expose au phénomène du « passager clandestin » (des agents qui profitent du travail d'autrui). On montre alors que la pression des pairs fonctionne dans les petits groupes. Une étude de Hansen en 1997 sur un centre d'appel montre qu'une rémunération collective (fondée sur le nombre total d'appels satisfaits) avait un effet en U : les très mauvais trouvaient insupportable la pression du groupe et les très bons se trouvaient exploités. Par conséquent, les rémunérations collectives fonctionnent en général pour des groupes homogènes.

La difficulté majeure de l'indicateur peut provenir, non pas tant de la productivité jointe, mais de l'écart potentiel entre l'indicateur et l'objectif réel. L'indicateur est alors source de nombreux effets pervers. Il revient souvent à payer les agents pour ce qu'on ne souhaite pas vraiment lorsque ce qu'on souhaite est difficile à libeller dans un contrat de travail. Ces mécanismes incitatifs peuvent donner naissance à des effets pervers en raison de ce qu'on appelle « l'incomplétude » du contrat incitatif : on ne peut pas spécifier dans le contrat tout ce qu'on souhaite de

l'agent dans tous les cas de figures. Le contrat incitatif incite à un type d'effort en particulier, celui qu'on a pu écrire dans le contrat incomplet. On désigne ce problème par le terme de « multitâche ».

Dans le monde du football, un joueur, Ken O'Brien, était connu dans les années 1980 pour donner trop souvent la balle à l'équipe adverse. On lui fit un contrat qui l'engageait à payer une pénalité chaque fois qu'il donnait la balle à un adversaire. Le résultat fut efficace : il a moins donné la balle à l'équipe adverse. Mais il a aussi moins donné la balle à tout le monde : il s'est mis à jouer en gardant la balle le plus longtemps possible.

Dans une entreprise de télécommunications, les informaticiens étaient payés à la ligne de programme écrit. Le résultat n'est pas surprenant : les programmes sont devenus inutilement longs.

Ces difficultés liées aux indicateurs expliquent l'attrait des mesures de performance subjective, qui sont plus globales et ne tombent pas sous le coup des effets pervers des indicateurs objectifs dans un cadre multitâche. Si les contrats sont incomplets, une solution serait de mesurer par un indicateur subjectif : l'avis du supérieur, qui par définition est complet. Mais là aussi l'évaluation subjective a des effets pervers : biais pour une évaluation complaisante (le chef direct est incité à garder de bons rapports avec ses subordonnés), biais vers la moyenne (tout le monde est autour d'une même évaluation), biais vers les « yes-men » (on veut plaire au chef direct en lui disant oui à tout). Enfin ces indicateurs ne sont pas vérifiables, donc soumis à manipulation : le principal a toujours intérêt *ex post*, c'est-à-dire une fois le travail terminé, à sous-payer l'agent qui ne pourra se justifier.

Empiriquement de nombreux contrats ne sont pas linéaires. Il existe des quotas. Autrement dit, ils sont fondés sur des effets de seuil ou sur des dates auxquelles est faite l'évaluation pour l'ensemble de l'année. Par exemple, si en fin d'année, à une date donnée, on demande à l'agent d'avoir fait 100 dossiers, on observe que le seuil est atteint mais que la plupart des dossiers sont alors faits « à la dernière minute » pour des raisons d'escompte du temps. On a toujours intérêt à remettre à demain. Asch (1990) étudie les recrutements fait dans la *navy* américaine. Les recruteurs sont payés au nombre de recrues, évalué à deux dates dans l'année. Les recruteurs recrutent de plus en plus au fur et à mesure qu'on approche de la date puis les recrutements s'effondrent après l'évaluation.

Une autre conséquence des quotas est de ne pas dépasser la norme. Les agents qui ont déjà atteint la norme ne font plus rien et inversement ceux qui sont trop loin de la norme ne font plus rien non plus. La norme n'incite que ceux qui en sont près. Une étude sur les formations réalisée par Courty et Marschke (1997) examine des instituts de formation pour des chômeurs. Dans ces instituts privés payés suivant un quota de personnes qui ont réussi le diplôme, on observe ces deux phénomènes. De même, ceux qui sont payés suivant le nombre de personnes qu'elles arrivent à placer sur le marché du travail, se mettent à ne donner le diplôme qu'aux très bons. Leventis (1997) examine les chirurgiens américains : ils se voient fixer un taux de mortalité maximum ; s'ils l'excèdent, ils encourrent des pénalités. On observe alors qu'ils ne prennent plus les cas difficiles quand ils approchent de ce seuil.

2. Des indicateurs de performance au sein du service public ?

La demande politique d'une plus grande clarté dans l'administration des fonds publics et l'exigence d'efficacité à l'égard des fonctionnaires a nécessité la mise en place d'un suivi des performances de ces administrations.

Néanmoins, aux inconvénients des indicateurs déjà connus dans les secteurs privés, s'ajoutent des difficultés spécifiques à leur utilisation dans les secteurs publics.

La première difficulté propre aux services publics, et plus particulièrement présente dans les secteurs les moins marchands, est de définir les objectifs et de construire un indicateur. En effet, la définition des objectifs est en elle-même problématique. L'exemple de la justice [1] est particulièrement parlant. Avant même de chercher à préciser les indicateurs de la qualité de la justice, encore faut-il s'entendre sur la définition de la qualité. Dans le domaine judiciaire, la définition des objectifs de la justice s'est avérée très difficile et délicate. Par exemple, les TCPS, *trial court performance standards*, sont une expérience de mise en place d'indicateur dans le domaine judiciaire aux Etats-Unis, initiée en 1987 et étendue sur une décennie. Une commission de 14 personnes, composée de juges, de responsables administratifs et d'universitaires, a mis plus de trois ans pour établir la liste de ces indicateurs. Elle est arrivée à la conclusion qu'il n'existait pas de consensus sur les objectifs assignés au système judiciaire, ni sur les facteurs qui déterminent la production des juridictions, pas plus que sur ce que signifie la « performance » des juridictions et encore bien moins sur la façon dont il conviendrait de mesurer cette performance. Finalement, cette commission a publié en 1990 une première version des TCPS avec cinq objectifs généraux : l'accès à la justice, la rapidité, l'égalité, l'impartialité et l'intégrité, l'indépendance et la confiance du public, et plus de 22 standards et 75 indicateurs pour mesurer ces cinq objectifs.

La littérature économique récente concernant l'avantage de la production publique de certains biens insiste sur l'aspect « incomplet » des contrats (on ne peut pas spécifier par avance dans le contrat quelles sont les obligations de l'agent) entre l'Etat et le prestataire de service public et en conclut l'intérêt de confier ces services à des fonctionnaires plutôt qu'à des agents privés si des tâches ne sont pas directement observables ni même descriptibles dans un contrat [2]. Si, par exemple, l'agent producteur du bien a le choix entre des innovations diminuant le coût de production et des innovations améliorant la qualité du bien, on [3] montre que, sous certaines conditions, la production publique est plus à même d'améliorer la qualité du bien alors qu'un système de production privée favorisera la réduction de coût. L'exemple des prisons aux Etats-Unis et l'étude de la qualité respective des prisons publiques et privées a servi d'illustration pour ce mécanisme. La difficulté vient de ce qu'en économie des contrats, on appelle le travail « multitâches ». L'objectif n'est pas un mais multiple. Privilégier un indicateur plutôt qu'un autre, même simplement attirer l'attention sur un indicateur en particulier, revient à allouer l'effort des juges sur un objectif particulier aux dépens des autres.

Cet effet pervers est apparu dans l'élaboration d'indicateurs de performance dans les écoles. Mettre en place des tests d'évaluation des élèves risque d'orienter le travail des enseignants vers les tâches « rentables » car mesurables, et non vers des tâches plus qualitatives et plus complexes à mesurer. Une étude américaine [4] examine cette question : en jugeant les enseignants et les établissements suivant ces tests, est-ce qu'on les encourage à enseigner de manière à réussir le test, au détriment de pédagogies tout aussi importantes mais que le test ne mesure pas ? Les auteurs mesurent le temps passé devant la télévision, le taux d'absentéisme des élèves et le temps de travail à la maison comme indicateur d'une qualité autre que celle mesurée par les tests scolaires. Il n'y a aucune relation significative entre l'amélioration des résultats du test et le temps passé devant la télévision ou le temps passé à faire ses devoirs à la maison.

Les objectifs multiples peuvent être contradictoires. Les expériences menées aux Etats-Unis dans le cadre de la réforme de la justice, le *CJRA*, ont permis de mettre en évidence que les objectifs de réduction des délais et de réduction des coûts n'étaient pas nécessairement compatibles : le management du début de la procédure par le juge réduit les délais de 30%, mais le coût par affaire augmente car les avocats font le même travail dans un délai plus court et assurent de nouvelles tâches. La satisfaction des usagers [5], elle, n'a pas été affectée par ces nouvelles procédures. Un seul succès est à mettre au crédit de la réforme : le nombre d'affaires pendantes depuis trois ans a fortement diminué car la réforme prévoyait la publication nominative des juges traitant de ces affaires. La mise en place de cet indicateur (le nombre d'affaires non traitées depuis plus de 3 ans) a eu un effet direct : réduire ce nombre d'affaires au détriment de la durée moyenne des autres affaires.

La première solution à cette multiplicité d'objectifs parfois contradictoires pourrait consister à forger plusieurs indicateurs qui correspondraient aux différentes tâches, dans une approche exhaustive. Cette solution est rarement opérationnelle. En ce qui concerne les *TCPS* aux Etats-Unis, de 1991 à 1995, 13 juridictions ont été sélectionnées pour tester les 22 standards et les 75 indicateurs associés (réduits assez vite à 68). Il est apparu clairement que les indicateurs étaient trop nombreux pour être opérationnels. Les juridictions n'avaient, la plupart du temps, pas les moyens de mettre en place une évaluation d'une telle précision et d'une telle ampleur. Très vite, chaque juridiction a essayé de réduire les indicateurs mesurés à quelques priorités.

Une deuxième solution consisterait à mettre en place un indicateur synthétique. La construction d'un indicateur synthétique présente la difficulté de préciser les pondérations de chaque indicateur. Dans l'élaboration de la pondération de l'indicateur synthétique, on peut souhaiter accorder un poids particulièrement important aux indicateurs les plus graves. Par exemple, un indicateur simple de performance peut ne pas internaliser les effets externes de la production. Si l'on considère une entreprise privée industrielle produisant un bien et de la pollution, un indicateur de performance interne à l'entreprise ne prendra pas en compte la production de biens non-désirables que constitue la pollution. Inciter les employés à être de plus en plus performants selon cet indicateur revient aussi à les encourager à polluer, et l'on retrouve l'effet pervers des indicateurs qui consiste à encourager ce qu'on ne désire pas réellement. On souhaiterait pouvoir mettre en place un indicateur synthétique qui non seulement prenne en compte toute la production d'une entreprise mais qui traite d'une manière asymétrique les biens désirables et les biens non-désirables.

Aux Etats-Unis, une réforme du système judiciaire, mise en place en 1990, le *CJRA* a mis en évidence cet arbitrage entre l'égalité de traitement et l'efficacité. Le programme et son efficacité sont suivis par l'institut de la justice civile. Les programmes d'évaluation se sont concentrés sur la réduction des délais et des coûts mais aussi sur des indices de satisfaction des acteurs. L'étude test a été menée de janvier 1991 à janvier 1994. Un des résultats de l'étude est que le programme a entraîné une croissance de la variation des procédures entre les tribunaux. En effet, il apparaît que les districts suivis ont maintenu leurs anciennes méthodes et en ont adopté de nouvelles, parmi lesquelles : exiger des avocats d'indiquer s'ils demandent une procédure standard ou spécifique (« *standard or specific track procedure* »), obliger les avocats à terminer la période pré-procès, faire une procédure différenciée suivant le cas, renforcer l'implication du juge y compris dans la fixation des délais. Certains districts ont plutôt encouragé « un modèle volontaire » qui encourage les avocats à coopérer entre eux, d'autres utilisent un modèle plus obligatoire qui force les avocats à cet échange d'information, d'autres utilisent un hybride des deux premiers systèmes. Le principal résultat est que la variance de l'indicateur de durée ou de

coût entre les districts a augmenté car certains districts ont été plus actifs que d'autres dans la mise en place des nouvelles méthodes.

Utiliser les indicateurs à des fins de gestion du personnel est générateur d'effets pervers. En effet, les indicateurs de qualité mesurent non seulement l'efficacité ou la qualité du service rendu par les fonctionnaires, mais aussi la participation des usagers à la production du service public. Le service public a ceci de particulier que l'utilisateur du service n'est pas un simple client mais aussi un producteur du service. De ce fait, la rémunération du fonctionnaire doit tenir compte de la part de l'utilisateur dans la valeur produite. L'amélioration du capital humain, la sécurité, l'état de santé d'une population ne sont pas uniquement le fait des fonctionnaires de l'éducation, de la justice ou de la santé mais aussi de l'effort individuel et collectif des usagers. Les indicateurs de performance globale du système ne permettent pas de mesurer la productivité des fonctionnaires en l'isolant de celle des usagers. Indexer la rémunération des fonctionnaires sur de tels indicateurs revient à surpayer les fonctionnaires et à désinciter les usagers à fournir l'effort nécessaire.

Enfin, le fonctionnaire alloue son effort entre plusieurs usagers. L'inciter à la performance, c'est le désinciter au traitement égalitaire. Seul une rémunération fixe permet au fonctionnaire de traiter également l'ensemble des usagers. Il existe un arbitrage politique à faire entre plus d'efficacité ou plus d'égalité (soit de traitement, soit de résultat) [6].

Lorsqu'il s'agit de produire un bien ou un service qui implique la coopération entre l'agent et l'utilisateur, ou dont la qualité est difficile à estimer, ou encore lorsqu'on veut distribuer de manière plus égale que ce que le système du marché incitatif produit, alors payer les fonctionnaires suivant les indicateurs de performance est sous-optimal. Une réforme des rémunérations des fonctionnaires ne passe donc pas par l'introduction de primes variable avec la performance. Cela ne signifie pas que les indicateurs soient impossibles à construire ni qu'ils soient inutiles. Ils peuvent servir à repérer les dysfonctionnements structurels et à les réparer, à mettre en évidence les arbitrages entre les différentes tâches ou les inégalités à l'œuvre. Trois pistes pourraient être privilégiées : faire participer les usagers plus directement aux résultats des services publics et imaginer des incitations directes en direction des usagers ; construire des indicateurs de performance non pas tant plus précis que plus proches (au sens de colinéaires) des vrais objectifs politiques et faire participer les usagers à l'évaluation du résultat de l'effort des fonctionnaires ; imaginer des modes de rémunération qui tiennent compte non seulement de l'efficacité mais aussi de l'égalité de traitement.

Notes

[1] Voir E. Breen (éd.), *Evaluer la justice*, PUF, 2002, et M. Bacache, *Economie politique de l'emploi public*, Connaissance et savoirs, 2006.

[2] B. Holmstrom et P. R. Milgrom (1991).

[3] O. Hart, A. Shleifer et R. W. Vishny (1997).

[4] Th. Kane et D. O. Staiger, « Improving school accountability measures », NBER, Working paper n° 8156, mars 2001.

[5] Le programme a aussi permis de mettre en place des groupes de conseils auprès de chaque cour composés d'utilisateurs.

[6] Bacache-Beauvallet, M., « How incentives increase inequality », *Labour*, 2006.

Annexe 11 : Des indicateurs pour les Ministres au risque de l'illusion du contrôle

par [Anne Pezet](#) & [Samuel Sponem](#) [22-02-2008]

Deux professeurs et chercheurs en management, Anne Pezet et Samuel Sponem, mettent l'accent sur la prudence avec laquelle il convient d'utiliser les indicateurs de performance, singulièrement quand, suivant le mouvement de « managérialisation » de la société, on entend les appliquer au monde de l'action publique.

Grâce aux indicateurs mis en place par le gouvernement (*Le Monde* daté du 4 janvier 2008), le citoyen saura enfin bientôt de façon objective ce que vaut notre personnel politique, ou tout au moins ses actions. A l'aide d'une batterie d'indicateurs, la performance de chaque ministre sera ainsi mesurée publiquement. La ministre de la Culture sera par exemple jugée sur l'évolution de la fréquentation des musées devenus gratuits ou l'évolution du piratage des fichiers audio et vidéo sur Internet. Le ministre des Affaires étrangères, pour sa part, sera jugé sur le nombre de ministres français présents dans les conseils européens, etc. C'est un cabinet de consultants privé qui a conçu les indicateurs, leur conférant ainsi sans doute une plus grande légitimité (notons incidemment que la pauvreté de conception des indicateurs retenus interroge sur la bonne utilisation des fonds publics).

L'intention est claire, il s'agit d'importer les méthodes du secteur privé dans la sphère publique, tout comme cela se fait déjà dans d'autres pays. D'ailleurs les réactions des citoyens, lues dans la presse ou entendues à la radio, témoignent de leur approbation pour ce type de démarche. Approbation d'autant plus forte qu'ils les connaissent déjà dans leurs entreprises ou organisations (administrations, hôpitaux, associations, etc.). Ce consensus apparent, autour de la performance et de l'efficacité, masque cependant l'essentiel.

Le développement d'une véritable « managérialisation » de la société, à laquelle nous assistons depuis quelques années avec la LOLF, l'entrée des méthodes de mesure de la performance dans toutes les sphères y compris non marchandes, laissent un peu perplexes les professeurs et chercheurs en management que nous sommes. Ces techniques de contrôle et de pilotage, que nous enseignons dans les filières de gestion des universités, sont bien connues. Mais quand nous les enseignons, nous en soulignons aussi bien les avantages que les inconvénients. En effet, ces techniques comportent de nombreuses limites sur lesquelles il convient de s'interroger avant de les plébisciter par simple mimétisme.

En cela, la fascination du secteur public et maintenant politique pour les méthodes du privé a quelque chose de malsain. Les effets pervers d'une simple stratégie d'affichage, ou pire d'une mauvaise compréhension de ces techniques managériales relevant alors de l'incompétence, peuvent être redoutables. Elles n'ont en effet jamais empêché les entreprises d'être mal gérées, voire de disparaître. Notons d'ailleurs au passage que, contrairement à une idée répandue, l'Etat et ses administrations sont déjà évalués. L'évaluation des politiques publiques est une idée ancienne et mise en pratique depuis des années, y compris par des cabinets privés. En revanche, si nombre de tentatives de réformes du fonctionnement de l'administration se sont soldées par des échecs, c'est peut-être parce que, comme le suggérait dès 1920 Henri Fayol, l'un des pères fondateurs du management, les choses sont un peu différentes dans le domaine public. Plusieurs problèmes se posent en effet.

Mettre en place des indicateurs pour mesurer la performance d'un individu nécessite qu'il ait un certain degré de contrôle sur les résultats à obtenir. Or, beaucoup de nos actions obéissent à des contingences qui nous échappent. C'est d'autant plus vrai que l'action n'a pas lieu entre les murs fermés d'une organisation. Notre Président le sait

bien, l'évolution de la délinquance dépend tout autant du montant des franchises d'assurance ou encore du progrès technique (qui vole encore des autoradios aujourd'hui ?) que du travail de la police. La question qui se pose est alors de savoir quel degré de contrôlabilité les ministres vont avoir sur l'objet de ces indicateurs. Madame Albanel est-elle vraiment en mesure de contrôler la part de marché des films français en France ?

Ensuite, il faut prendre en compte le temps. On n'obtient pas des résultats par miracle, du jour au lendemain. Les entreprises connaissent bien ces grands projets où les coûts baissent de 10% en trois mois, avant de remonter durablement par la suite. Bluff et communication vont de pair. L'important pour les chefs de projet est d'obtenir rapidement une promotion avant le retour de boomerang. Une politique demande du temps pour faire sentir ses effets durablement. Est-il sérieux de penser que Madame Péresse puisse être tenue pour responsable des échecs en première année de licence, elle qui vient d'arriver en juin dernier ? En revanche, grâce aux indicateurs, c'est un résultat assez facile à obtenir : laissons passer les étudiants et le problème ne se fera sentir que quatre ans plus tard quand ils arriveront en master.

Un indicateur va objectiver la performance des uns et des autres ? Grande naïveté. Un indicateur ne dit pas le vrai et le faux. Il faut le faire parler, l'interpréter. Il est toujours associé à une convention de lecture qui véhicule des hypothèses lourdes de conséquences. Là encore, cela n'a pas pu échapper à notre Président. La police et la gendarmerie avaient, par exemple, initialement proposé, dans le cadre de la LOLF, un même indicateur : « le taux de dépistages positifs d'alcoolémie ». Mais ces deux institutions tiraient des conclusions différentes de la lecture des chiffres (voir le rapport Arthuis, 2005). La police voyait dans l'augmentation de ce chiffre un signe de l'efficacité de son action (meilleur ciblage des contrôles) alors que la gendarmerie interprétait sa baisse comme le résultat de sa présence dissuasive. Les élus ont dû demander une clarification et une homogénéisation des interprétations. Mais une telle situation n'est pas inhabituelle. C'est même la norme, comme le montrent les situations d'entreprises que nous sommes amenées à rencontrer.

La mise en place d'indicateurs n'est pas la panacée des problèmes de performance. C'est une des solutions possibles mais elle est à manier avec précaution. Qui le dit ? Peter Drucker, l'inventeur, dans les années 1960, de la gestion par objectifs. Mais comme souvent en la matière, on oublie les conditions de la mise en œuvre pour mieux foncer tête baissée vers tous les poncifs dictés par un comportement prétendu pragmatique. La gestion aussi a ses intégristes, leurs comportements aventureux a parfois des conséquences lourdes comme le montrent les erreurs qu'ont réalisées les entreprises occidentales dans les années 1970 et 1980, et qui les ont conduites à perdre une partie de leur compétitivité face aux entreprises japonaises du fait du management par les chiffres. Quelles sont alors ces fameuses conditions ? Etre capable d'avoir des objectifs les moins ambigus possibles et s'assurer que ces objectifs sont bien reliés aux stratégies (ou aux politiques, dans le domaine public). Et encore, ces objectifs ne seront pas utilisables de la même manière selon que l'organisation est capable ou non de décortiquer ses modes opératoires. Des conditions qu'il est souvent difficile, par nature, de réunir dans le domaine politique ou le secteur public dont l'un des objectifs est de créer des externalités (c'est-à-dire d'avoir des retombées sur l'ensemble de la société) par définition difficilement mesurables. Peter Drucker pensait pour sa part que dans 90% des cas, ces conditions n'étaient pas réunies.

En fait, les indicateurs sont des instruments de gestion très utiles à condition de ne pas y accorder trop d'importance, pour préserver un jugement discrétionnaire (qui est l'essence de l'homme d'action, bien plus que

ne le sont les indicateurs) et surtout de les manier avec précaution. Si vous ne connaissez pas votre métier, ils ne vous rendront pas meilleurs. Ils peuvent dans certains cas aider à y voir plus clair dans une situation confuse, ils peuvent aussi vous aider à comprendre de vos erreurs, mais ils ne ferment jamais tout à fait les débats sur la performance. Ils peuvent surtout être utilisés pour faire avancer, non pas la vérité mais ses propres intérêts. Les chercheurs en gestion les présentent ainsi parfois comme des outils de légitimation ou des « machines de guerre ». Leurs fonctions sont alors très différentes de la recherche de l'objectivité qu'ils sont censés permettre... Un mauvais indicateur ou un mauvais chiffre sert ainsi bien d'autres fins que l'efficacité.

Annexe 12 : Charte de la Société Française d'Évaluation

Pourquoi la Charte ?

L'évaluation des actions publiques revêt des formes diverses, tant par ses méthodes que par la manière dont elle s'insère dans le système d'action. Elle peut être interne ou externe. Elle peut être réalisée ex ante, concomitante ou ex-post. Cette diversité reflète celle des enjeux et des contextes dans lesquels elle s'inscrit, à côté d'autres pratiques telles que l'étude, la recherche, l'expertise, l'inspection ou l'audit. De ce fait, les conclusions, jugements et recommandations produits par les évaluations n'ont pas tous la même portée ni le même statut dans le débat public. Depuis son origine, la SFE a accueilli tous ceux qui participent à ces pratiques. Tout en reconnaissant cette diversité, elle promeut les formes d'évaluation les plus à même de faire de l'évaluation une composante des organisations publiques et de la vie démocratique. C'est l'objet de la Charte adoptée en 2003 et actualisée en 2006. Cette Charte s'adresse aux personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel, qu'ils soient commanditaires, évaluateurs ou membres d'instances de pilotage.

Cette Charte combine plusieurs fonctions. Éducative, elle attire l'attention sur les enjeux et les problèmes. Indicative, elle guide la recherche de solutions. Incitative, elle n'a pas choisi la voie de la prescription. La Charte est un guide de principes généraux, largement reconnu dans le milieu professionnel. Elle invite à s'y conformer. Elle ne méconnaît pas les possibles contradictions entre ces principes, dans certaines circonstances. Elle aide à prévenir les difficultés qui surgissent souvent en cours d'évaluation faute d'avoir clarifié au départ les questions de principe et de déontologie.

CHARTRE DE L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES PROGRAMMES PUBLICS

Actualisée le 21 juin 2006

L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts.

L'évaluation contribue ainsi à rationaliser la prise de décision publique, à moderniser la gestion de l'administration et des services publics et à rendre plus efficace la dépense publique. Elle contribue simultanément au développement de la responsabilité et des pratiques de compte rendu interne ou externe, ainsi qu'à l'apprentissage organisationnel. Elle participe aux progrès parallèles de la bonne gestion et du débat démocratique à tous les niveaux de gouvernement. Ainsi définis, les enjeux de l'évaluation des politiques et programmes publics dépassent ceux de ses protagonistes directs et concernent l'ensemble des citoyens. L'évaluation doit être décidée, organisée et conduite en vue de l'intérêt général. C'est pour cela qu'elle doit s'exercer dans un cadre institutionnel explicite et que sa pratique doit être régie par des principes spécifiques.

Les membres de la SFE déclarent adhérer aux principes de la « Charte de l'évaluation », s'engagent à les appliquer en tenant compte des contextes particuliers rencontrés et à promouvoir la charte tant dans leur milieu professionnel qu'auprès des personnes et institutions concernées par l'évaluation et la délibération publique.

Les principes de l'évaluation en France

Pluralité

L'évaluation s'inscrit dans la triple logique du management public, de la démocratie et du débat scientifique. Elle prend en compte de façon raisonnée les différents intérêts en présence et recueille la diversité des points de vue pertinents sur l'action évaluée, qu'ils émanent d'acteurs, d'experts, ou de toute autre personne concernée. Cette prise en compte de la pluralité des points de vue se traduit -chaque fois que possible- par l'association des

différentes parties prenantes concernées par l'action publique ou par tout autre moyen approprié.

Distanciation

L'évaluation est conduite de façon impartiale. Les personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel informent les autres partenaires de tout conflit d'intérêt éventuel. Le processus d'évaluation est conduit de façon autonome par rapport aux processus de gestion et de décision. Cette autonomie préserve la liberté de choix des décideurs publics.

Compétence

Les personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel mettent en oeuvre des compétences spécifiques en matière de conception et de conduite de l'évaluation, de qualité de la commande, de méthodes de collecte de données et d'interprétation des résultats. Elles ont le souci d'améliorer et de mettre à jour leurs compétences, notamment en référence à celles en usage dans la communauté internationale de l'évaluation.

Respect des personnes

Les personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel respectent les droits, l'intégrité et la sécurité de toutes les parties concernées. Elles s'interdisent de révéler l'origine nominative des informations ou opinions recueillies, sauf accord des personnes concernées.

Transparence

La présentation des résultats d'une évaluation s'accompagne d'un exposé clair de son objet, de ses finalités, de ses destinataires, des questions posées, des méthodes employées et de leurs limites, ainsi que des arguments et critères qui conduisent à ces résultats. La diffusion publique des résultats d'une évaluation est souhaitable. Les règles de diffusion des résultats sont établies dès le départ. L'intégrité des résultats doit être respectée, quels que soient les modalités ou les supports de diffusion retenus.

Opportunité

Une évaluation doit être décidée lorsqu'elle est susceptible de – et organisée afin de – produire des résultats à l'égard des finalités mentionnées au préambule de cette charte : compte rendu démocratique, efficacité de la dépense, apprentissage organisationnel, facilitation d'évaluations ultérieures.

Responsabilité

La répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation est établie dès le départ de façon à ce que toutes les fonctions de celle-ci soient bien prises en charge (définition du mandat, pilotage du processus, enquêtes et analyses, formulation du jugement et des recommandations éventuelles, diffusion des résultats). Les personnes et institutions participant au processus d'évaluation mobilisent les moyens appropriés et fournissent les informations nécessaires à la conduite de l'évaluation. Elles sont conjointement responsables de la bonne application des principes énoncés dans cette charte.

Annexe 13 : Principales catégories de théories et modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie

Tableau 22 : Principales catégories de théories et modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie (Inserm, 2001)

Modèle biomédical	<p>Il explique le comportement de santé d'une personne par</p> <ul style="list-style-type: none"> • ses prédispositions psychologiques (personnalité, motivation, capacités de compréhension...) • son profil sociodémographique (âge, sexe, instruction...); <p>et par certaines caractéristiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • du comportement attendu (complexité, durée...) • du risque à éviter (prévalence, gravité...) <p><i>Les actions éducatives issues de l'application de ce modèle sont principalement dirigées vers l'information objective sur les risques et les comportements préventifs, mais parfois fondée sur la « pédagogie de la peur ».</i></p>
Théories de l'information et de la communication	<p>Les facteurs considérés sont les caractéristiques de l'émetteur, du récepteur, du message, du canal et du code : qui dit quoi à qui avec quels moyens et avec quel effet ? (les 5 W)</p>
Théories de la personnalité	<p>Les principaux facteurs considérés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le lieu de contrôle de la santé (Health Locus Control)(Rotter, 1966) ^(Wallston, Wallston, Kaplan, & Maidés, 1976) perçu individuellement en termes de pouvoir et de devoir et qui peut être interne (l'individu lui-même), externe (les autres) ou la chance (hasard, Dieu...), ou une combinaison des trois ; • les logiques de santé(Capet, 1985) d'une personne entraînant un comportement de gestion ou d'abandon vis-à-vis de sa santé
Théories valeurs-attentes	<p>La principale application en est le modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model)(Rosenstock, 1974) qui prend en compte</p> <ul style="list-style-type: none"> • la perception d'une menace (vulnérabilité et gravité des conséquences), • la croyance en l'efficacité d'un comportement préventif(Fischbein & Ajzen, 1975); ^(Triandis, 1977) pour réduire cette menace (rapport avantages-inconvénients entre comportement préventif et risque).
Modèle PRECEDE	<p>Predisposing, Reinforcing, Enabling causes in Educational Diagnosis and Evaluation.</p> <p>Il a été le premier modèle multifactoriel(L. Green, Kreuter, Deeds, & Partridge, 1980). ^(J. Green & Kreuter, 1991), utilisant plusieurs diagnostics successifs : social, épidémiologique, comportemental, éducatif puis administratif.</p>
Théorie d'apprentissage social(Bandura, 1986)	<p>Elles sont appliquées à partir de la théorie sociale cognitive (Self Efficacy Theory) qui complète les précédentes par la prise en compte de</p> <ul style="list-style-type: none"> • la croyance en l'efficacité personnelle : maîtrise et pérennisation du comportement souhaité (attente de maîtrise), • la croyance en l'efficacité du comportement dans l'obtention du résultat escompté (attente de résultat)
Théorie des représentations sociales	<p>Elle postule que les représentations sociales de la santé, et d'autres objets en relation avec la santé, sont le principal facteur d'influence de la construction, de l'adoption et du changement des comportements de santé</p>
Modèles intégratifs	<p>Ils articulent les contenus des modèles et théories antérieurs en un ensemble plus global :</p> <ul style="list-style-type: none"> - théorie des systèmes autorégulés(Leventhal & Cameron, 1987) - modèle de prédiction des comportements de santé(Pender, 1982) - modèle systémique des soins préventifs(Walsh & Mc Phee, 1992)

Ce tableau récapitulatif de l'Inserm mélange des grilles d'analyse de comportement (telles que les théories valeurs-attentes ou le modèle PRECEDE) et des modèles (Théorie des représentations sociales, modèles intégratifs).

Le positionnement du sujet, en termes d'acquisition de connaissances ou de comportements, permet de classer les théories précédentes en constructivistes (sujet intérieur) ou comportementaliste (behavioriste, sujet extérieur). Ainsi les Modèles biomédical, de la personnalité (terme d'ailleurs ambigu, car il correspond classiquement à l'approche freudienne où le sujet s'auto-construit en fonction de l'environnement), les théories valeurs-attentes et le modèle PRECEDE sont plutôt behavioristes. La théorie de l'information et de la communication correspond davantage à un modèle intégratif. La théorie de l'apprentissage social, cognitiviste, est intermédiaire, dans la mesure où elle part du sujet mais vers des savoirs extérieurs au sujet. La théorie des représentations sociales est clairement socio-constructiviste. Les modèles intégratifs, systémiques, sont issus de la biologie, de théories sur l'écologie, où toute action sur une partie d'un système agit sur l'intégralité du système, entraînant une résistance du système, indicateur du changement.

On peut distinguer pour l'évaluation des changements de comportements des modèles d'inspiration psychologiques et de modèles pédagogiques (eux-mêmes dérivés des modèles psychologiques...).

Parmi les modèles d'inspiration psychologique :

- **Le modèle transthéorique** (dit « des étapes du changement ») de Prochaska et di Clemente (J. Prochaska & Di Clemente, 1982). Ce modèle considère le changement de comportement comme un processus et non un événement unique. Ce modèle repose sur l'hypothèse selon laquelle le changement est cyclique et continu, les sujets sont susceptibles de revenir à une étape antérieure, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il leur faille repartir de zéro. Le passage à un comportement favorable à la santé se réalise à travers cinq étapes successives : la précontemplation ou pré-intention, la contemplation ou l'intention, la préparation, l'action et le maintien. L'idée est de mettre les sujets en présence d'interventions adaptées à l'étape à laquelle ils se trouvent.

Ce modèle, même s'il est utilisé pour savoir dans quelle phase se trouve le sujet et adapter l'action de prévention à cette phase, n'est pas considéré comme explicatif ou permettant de comprendre les comportements de santé (Inserm, 2001).

Ce type de modèle se prête naturellement à une logique de prévention sur une population cible. Elle a d'ailleurs été développée chez les fumeurs.

Fortin et Gelinat ont aussi élaboré une Théorie du changement.

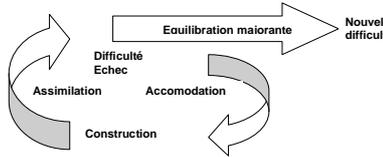
On retrouve aussi la notion de changement dans les modèles suivants :

- **Le modèle des croyances relatives à la santé** (cf. tableau 22) de Rozenstock

- **La théorie de l'action raisonnée** de Ajzen (Ajzen, 1985), devenue théorie du comportement planifié (cf. théories valeurs/attentes du tableau 22).

Les modèles éducatif distinguent **les modèles pédagogiques (Berger & Jourdan, 2005) ou didactiques** : l'approche pédagogique est centrée sur le sujet et l'approche didactique sur les savoirs. **Le modèle d'apprentissage allostérique** est un modèle didactique, qui emprunte à plusieurs modèles psychologiques (Tableau 23)

Tableau 23 : Modèles psychologiques à l'origine du modèle d'apprentissage allostérique

Modèle psychologique	Caractéristiques du modèle	Limites du modèle	Part du modèle utilisé par le modèle allostérique
Béhaviorisme et couple stimulus /réponse(Bloom, 1969) ^(Skinner, 1968) ,	Les étapes : 2. évaluer les acquis ou la situation 3. fixer des objectifs à atteindre 4. Fractionner ces objectifs 5. Construire des situations en fonction de ces objectifs 6. Evaluer les résultats	- L'efficacité l'emporte souvent sur les considérations éthiques. - Focalisation sur la réponse et pas sur le processus qui y a abouti. - Risque de morcellement des savoirs et perte de sens. Postulat d'une homogénéité du développement pour tous (ce qui est faux)	Construction des programmations et des progressions
Psychologie génétique et construction de l'intelligence(Piaget, 2005)(Piaget & Inhelder)	 <p>Les interactions sociales, par les échanges interindividuels entraînent un conflit des représentations, puis une modification de la représentation initiale</p>		Mettre les apprenants en activité. Partir des connaissances des élèves, les amener à prendre conscience de leurs conceptions. Les confronter au réel. Les déstabiliser. Provoquer une démarche de nouvelles conceptions.
Cognitiviste, traitement de l'information ¹²⁹⁻¹³⁴	- Articulation de la mémoire sémantique (stockage) de la mémoire de travail (traitement de l'information) et du centre décisionnel. Réutilisation en fonction du contexte Motivation : représentations que l'individu se fait de lui donc estime de soi (compétences psychosociales), de la tâche, du contexte		Stockage en mémoire. Lien contexte/personne Question sens/objectifs des connaissances à acquérir
Psychologie socio-cognitive et nature sociale de l'intelligence et de l'apprentissage(Bruner, 1998; Rocheix, 1997; Schneuwly & Bronckart, 1985)	- Lois sociales du développement - Zone proximale de développement : nécessité d'une aide et d'une relation pédagogique de tutorat pour aller au-delà de ce qu'on sait faire seul - Etayage, interactions des tutelles		Importance de la tutelle dans la rencontre entre positionnement d'un sujet/environnement direct ou élargi/ensemble de savoirs validés et organisés

BIBLIOGRAPHIE

- Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Cloetta, B., & Spencer, B. (2005). L'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse : Un guide vers la bonne pratique. *Focus*(24), 14-17.
- Ackermann, G., & Studer, H. (2006). L'art de la méthode. *Focus*(26), 18-21.
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: a theory of planned behaviour. In J. Khul & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From cognition to Behaviour* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Aldaheff-Jones, M. (2008). Concevoir le développement d'un rapport critique à la complexité dans l'activité de recherche. *Chemins de formation au fil du temps...* 12/13, 104-112.
- ANAES. (2000). *Méthodes et outils des démarches qualifiées pour les établissements de santé*. Paris: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- ANAES. (2002). *construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux*. Paris, France: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- Andem. (1995). *Evaluation d'une action de santé publique : Recommandations*. Paris: Andem.
- Ardoino, J. (1993). L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de formation-Analyses*, 25-26, 13.
- Ardoino, J., & Berger, G. (1989). *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes*. Paris, France.: ANDSHA-Matrice.
- Auchincloss, A. H., & Diez Roux, A. V. (2008). A new tool for epidemiology: the usefulness of dynamic-agent models in understanding place effects on health. *Am J Epidemiol*, 168(1), 1-8.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck.
- Barbier, J. M. (1985). *L'évaluation en formation*. Paris, France: PUF.
- Bejean, S., & Gadreau, M. (1992). Nouvelles approches théoriques des organisations publiques : leur implication pour la politique hospitalière. *Politique et Management Public*, 10, 1-30.
- Berger, D., & Jourdan, D. (2005). Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé. *La santé de l'homme*, 377, 33-38.
- Berwick, D. M. (2008). The science of improvement. *Jama*, 299(10), 1182-1184.
- Bloom, B. (1969). *Taxonomie des objectifs pédagogiques* (Vol. 1). Montréal, Canada: Les presses de l'UQAM.
- Blum-Boisgard, C., Gaillot-Mangin, J., Chabaud, F., & Matillon, Y. (1996). Evaluation en santé publique. *Actualité et dossiers en santé publique*, 17, 18-22.
- Bourgeois, Y., Brémond, M., Develay, A., Grignon, M., Midy, F., Naiditch, M., et al. (2001). *L'évaluation des réseaux de soins - enjeux et recommandations*. Paris, France: CREDES - IMAGE ENSP.
- Bradbury, K., Wang, J., Haskins, G., & Mehl, B. (1993). Prevention of medication errors. Developing a continuous-quality-improvement approach. *Mt Sinai J Med*, 60(5), 379-386.
- Brisolara, S. (1998). The history of participatory evaluation and current debates in the field. In E. Whitmore (Ed.), *New directions for evaluation understanding and practicing participatory evaluation* (Vol. 80). San Francisco: Jossey-Bass.
- Brook, R., Chassin, M., & Fink, A. (1986). A method for the detailed assessment of appropriateness of medical technologies. *Int J Tech Assess In Health Care*, 2, 53-64.
- Broussouloux, S., & Houzellz-Marchal, N. (2006). *Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis, France.: Inpes.
- Brücker, G., & Fassin, D. (1989). *Traité de santé publique*. Paris: Ellipses.
- Bruner, J. (1998). *Le développement de l'enfant. Savoir-faire, savoir dire* (7th ed.). Paris, France: PUF.
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., et al. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *Bmj*, 334(7591), 455-459.
- Capet, C. (1985). Il y a "patient" et "patient" : différentes manières de prendre sa santé en charge. *Les cahiers du GERM*, 193/194.
- CEE. (2007). *Orientations indicatives sur les méthodes d'évaluation - Evaluation pendant la période de programmation (évaluation in itinere ou en continu)*: Commission européenne.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A., & Pineault, R. (1985). Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Rev Epidem Sante Publ*, 33, 173-181.
- Charlin, B., Gagnon, R., Sibert, L., & Van der Kleuten, C. (2002). Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*(3), 135-144.
- Chassin, M., Kosecoff, J., Solomon, D., & Brook, R. (1987). How coronary angiography is used: clinical determinants of appropriateness. *JAMA*, 258(18), 2543-2547.
- Churgin, S. (1981). Evaluation. In H. Blum (Ed.), *Planning for health* (pp. 270-299). New York: Human Sciences Press.
- CNRS. Des physiciens d'hier à la physique d'aujourd'hui. Retrieved 29/12/2008, 2008, from <http://www.cnrs.fr/sciencespour tous/abecedaire/pages/heisenberg.htm>

- Colin, C., & Gerbaud, L. (2000). L'évaluation de la qualité des soins. In M. Pomey, J. Pouillier & B. Lejeune (Eds.), *Santé Publique* (pp. 209-212). Paris, France: Ellipses.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, & MC, A. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Epidem Sante Publ* 48, 517-539.
- Cronbach, L. (1983). *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système*. Paris, France: Le Seuil.
- Dab, W. (1993). *La décision en santé publique, surveillance épidémiologique, urgences et crises*. Rennes, France.: ENSP.
- de Landscheere, G. (Ed.) (1979). Paris, France: PUF.
- De Pourville, G. (1990). La régulation financière de l'hôpital par les DRG ; enjeux, principes et faisabilité. *Sciences sociales et santé*, 8(2), 33-65.
- Debarbieux, E., & Blaya, C. (2001). *Violences à l'école et politiques publiques*. Issy-lès-Moulineaux: ESF éditeur.
- 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. *Promot Educ*, 4(2), 10-15.
- Delile, J. (2001). *Evaluation et toxicomanies : la situation française*. Paper presented at the Séminaire européen ERIT/ANIT/CEID.
- Demarteau, M. (2000). Evaluer : une question d'éthique. *La santé de l'homme*, 345, 36-37.
- Deming, W. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, Massachusetts: MIT Center for Advanced Engineering Studies.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. 1). Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.
- Dooris, M. (2006). healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promot Int*(21), 55-65.
- Dortier, J.-F. (2008). Le dictionnaire des sciences humaines. In J.-F. Dortier (Ed.), *Le dictionnaire des sciences humaines* (pp. 829). Auxerres: Sciences humaines éditions.
- Dozon, J. (2009). Que signifie et implique la 'prévention' ? *Education Santé*(243), 11-17.
- Durlak, J., & Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol*, 25(2), 115-152.
- Evans, D., Head, M., & Speller, V. (1994). *Assuring quality in health promotion: how to develop standards of good practice*. London: Health Education Authority.
- Eymard, C. (2004). Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. In M. Vial (Ed.), *Education à la santé ou pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?* (Vol. 5, pp. 13-34). Aix-en-Provence: SdE Aix-en-provence.
- Fabry, J. (2008). Collaborative, avez-vous dit ? *Risques et qualité*, 5(3), 131.
- Falissard, B. (2001). *Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique*. Paris, France: Masson.
- Fetterman, D., Kaftarian, S., & Wandersman, a. (1996). *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. thousand Oaks, CA: Sage.
- Fischbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flajolet, A. (2008). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Paris: Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- Fontaine, D., Beyragued, L., & Miachon, C. (2004). *Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé social*. Lyon, France: Espace Régional de Santé Publique.
- Fortin, J. (2003). *"Mieux vivre ensemble" Programme de développement des compétences sociales en milieu scolaire, évaluation d'une expérimentation dans des écoles de Roubaix et Wattrelos, rapport d'étape*. Lille: Université de Lille II.
- Fortin, J. (2005). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In D. Jourdan (Ed.), *Les formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire* (pp. 51-65). Toulouse, France: Editions universitaires du Sud.
- Fotinos, G. (2006). *Le climat des écoles primaires. Etat des lieux, analyse, propositions*. Paris, France: MGEN.
- Fournier, J., Thiercelin, D., Pulcini, C., Aluni-Perret, V., Gilbert, E., Minguet, J., et al. (2006). Evaluation du raisonnement clinique en médecine d'urgence : les tests de concordance de scripts décèlent mieux l'expérience clinique que les choix multiples à contexte riche. *Pédagogie Médicale*(7), 23-30.
- Fredericks, K., Deegan, M., & Carman, J. (2008). Using system-dynamics as an evaluation tool. *Am J Eval*, 29(3), 251-267.
- Froman, B., & Gourdon, C. (Eds.). (2003). Saint-Denis La Plaine, France: AFNOR.

- Furnee, C. A., Groot, W., & van den Brink, H. M. (2008). The health effects of education: a meta-analysis. *Eur J Public Health, 18*(4), 417-421.
- Garnier, Y., & Vincigerra, M. (2007). Le Petit Larousse 2008. In I. Jeuge-Meynard (Ed.), *Le Petit Larousse illustré*. Paris, France: Larousse.
- Gerbaud, L. (1999). *Financement des services de soins hospitaliers et développement de l'évaluation de la qualité des soins*. Unpublished Science économique, Université de Bourgogne, Dijon, France.
- Gitlow, H., Gitlow, S., Oppenheim, A., & Oppenheim, R. (1989). *Tools and methods for the improvement of quality*. Homewood, IL: Irwin.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sci Soc Sante, 9*(1), 67-94.
- Goigoux, R. (2007). Un modèle d'analyse des activités des enseignants. *Education et didactique*(3), 3-11.
- Green, J., & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield publishing.
- Green, L. (1986). The theory of participation: a qualitative analysis of its expression in national and international health policies. In W. Ward (Ed.), *Advances in Health Education and Promotion* (Vol. 1). Greenwich, CT: JAI Press.
- Green, L., & Kreuter, M. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Green, L., Kreuter, M., Deeds, S., & Partridge, K. (1980). *Health education planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, CA: Mayfield publishing.
- Grenier, B. (1996). *Evaluation de la décision médicale : introduction à l'analyse médico-économique* (2nd ed.). Paris, France: Masson.
- Grondin, M., Auclair, C., & Gerbaud, L. (2009). *Analyse des facteurs influençant l'éducation à la santé en milieu scolaire : A propos du programme "Être & Savoir, l'école de la santé"*. Paper presented at the Journées Prévention de l'Inpes.
- Grondin, M., Jourdan, D., Gerbaud, L., Stirling, J., Merini, C., & Berger, D. (2004). *Mieux vivre ensemble. Evaluation de l'intervention éducative en promotion de la santé en milieu scolaire*. Paper presented at the Congrès de la Société Française de Santé Publique. Entre expertise et solidarités.
- Grondin, M. A., Berges, A. S., D'Agrosa-Boiteux, M. C., Azais-Braesco, V., Tissier, M., Cassagnes, J., et al. (2009). La prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers dès l'école primaire : « Être & Savoir, l'école de la santé », évaluation d'une intervention sur 2207 enfants. *Rev Epidemiol Sante Publique, 57*(1), 52-61.
- Grondin, M. A., Ouchchane, L., Ferrieres, J., & Gerbaud, L. (2006). Suivi des recommandations de pratique clinique : l'exemple des hypolipémiants. *Presse Med, 35*(10 Pt 1), 1427-1433.
- Grondin, M. A., Ruivard, M., Perreve, A., Derumeaux-Burel, H., Perthus, I., Roblin, J., et al. (2008). Prevalence of iron deficiency and health-related quality of life among female students. *J Am Coll Nutr, 27*(2), 337-341.
- Hadji, C. (1993). *L'évaluation, règles du jeu* (4th ed.). Paris, France: ESF éditeur.
- HAS-INPES. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. Saint-Denis La Plaine, France.: Haute Autorité de Santé.
- HAS. (2008). *Rapport d'activité 2007*. Saint-Denis La Plaine, France.: Haute Autorité de Santé.
- Hills, M. D., Carroll, S., & O'Neill, M. (2004). [Towards a framework to assess the effectiveness of community-based health promotion initiatives: recent North-American developments]. *Promot Educ, Spec no 1, 17-21*, 49.
- Huguier, M., & Flahault, A. (2003). *Biostatistiques au quotidien* (2nd ed.). Paris: Elsevier.
- Inserm. (2001). *Education pour la santé des jeunes - Démarches et méthodes*. Paris: Les éditions Inserm.
- Inserm. (2005). *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Les éditions Inserm.
- Isreal, B., Shulz, A., Parker, E., & Becker, A. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health, 19*, 173-202.
- Jourdan, D., & Berger, D. (2005). De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. *La santé de l'homme, 377*, 17-20.
- Jourdan, D., Piec, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M., Laquet-Riffaud, A., et al. (2002). Education à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Sante Publique, 40*(4), 403-423.
- Judd, J., Frankish, C. J., & Moulton, G. (2001). Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes--a unifying approach. *Health Promot Int, 16*(4), 367-380.
- Kahan, J., & Gerbaud, L. (1995). quel cadre pour la recherche appliquée au système de soins. *Journal d'Economie Medicale, 13*(3-4), 141-152.
- Kahan, J., & Gerbaud, L. (1996). Le programme BIOMED de mesure de l'opportunité des soins par la méthode R.A.M. . *Journal d'Economie Medicale, 14*, 253-256.

- Koelen, M., & Brouwers, T. (1990). Knowledge systems and public health. *International Journal of Knowledge Transfer*, 3, 50-57.
- Koelen, M., Vaandrager, L., & Colomér, C. (2001). Health promotion research: dilemmas and challenges. *J Epidemiol Community Health*, 55, 257-262.
- Konu, A., & Rimpelä, M. (2002). Well-being in schools: a conceptual model. *Health Promot Int*, 17(1), 79-87.
- Kritchevsky, S., & Simmons, B. (1995). The tools of quality improvement: CQI versus epidemiology. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 16(9), 499-502.
- Kröger, C., Winter, H., & Shaw, R. (1998). *Guide d'évaluation des actions de prévention des toxicomanies à l'intention des planificateurs et des évaluateurs de programmes*. Munich: OEDT.
- Krumholz, H. M., & Lee, T. H. (2008). Redefining quality--implications of recent clinical trials. *N Engl J Med*, 358(24), 2537-2539.
- Lange, J., & Victor, P. (2006). Didactique curriculaire et "éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable" : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia*, 28, 85-100.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2004). *gouverner par les instruments*. Paris, France: Presses de Science Po.
- Lavielle, C., & Lemonnier, F. (2005). Pour en savoir plus. *La santé de l'homme*, 377, 54-57.
- Le Moigne, J. (1994). *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*. (4th ed.). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Leca, J. (1994). L'état creux. In *La France au-delà du siècle*. La Tour d'Aigues: Editions de l'Aube.
- Lecointe, M. (1997). *Les enjeux de l'évaluation*. Paris, France.: L'Harmattan.
- Lecomte, r. (1982). Les paradigmes méthodologiques en recherche évaluative : leurs fondements et leurs répressions. In R. Lecomte & L. Rutman (Eds.), *Introduction aux méthodes de recherche évaluative*. Laval, Québec.: Les Presses de l'Université.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns*, 10, 117-138.
- Lindquist, E. (1953). *Design and analysis of experiments in psychology and education*. . Boston Houghton-Mifflin.
- Lohr, K. (1988). Outcome measurement: concepts and questions. *Inquiry*, 25, 37-50.
- Longneaux, J. (1994). Bien gérer sa santé ? *Education santé*(90), 4-6.
- McQueen, D. (2006). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promot Int*, 16(3), 261-268.
- Mérini, C. (1999). *Le partenariat en formation. De la modélisation à une application*. Paris: L'Harmattan.
- Merini, C., Jourdan, D., Gerbaud, L., & Grondin, M. (2007). *Evaluer les pratiques de promotion de la santé à l'école*. Paper presented at the XXVIème journées internationales de Chamonix « le corps objet scientifique, objet technologique dans l'éducation et la culture ».
- Mesure, S., & Savidan, P. (2006). Dictionnaire des sciences humaines. In S. Mesure & P. Savidan (Eds.), *Dictionnaire des sciences humaines* (1st ed., pp. 1277). Paris: Presses Universitaires de France.
- Molleman, G. R., Ploeg, M. A., Hosman, C. M., & Peters, L. H. (2006). Preffi 2.0- a quality assessment tool. *Promot Educ*, 13(1), 9-14.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, France: Editions du Seuil.
- Morin, E. (2008). *La méthode* (Vol. 1). Paris, France: Seuil.
- Mucchielli, A. (Ed.) (2004) Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales (2nd ed.). Paris: Armand Collin.
- Naidoo, J., & Wills, J. (1984). *Health Promotion. Foundations for Practices*. London, Great Britain: Baillière Tindall.
- NHS. (2003). *Guidance on the use of patient-education models for diabetes*. London: National Institute for clinical Excellence.
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinarité : Manifeste*. Monaco: Editions du Rocher.
- Nock, F. (2000). *Petit Guide de l'Evaluation en Promotion de la Santé*. Paris, France: Mutualité Française.
- Normand, R. (2006). Introduction. *Education et sociétés*, 2(18), 5-15.
- Normand, R. (2007). *L'évaluation des politiques d'éducation et de formation : gouverner par les outils ?* Paper presented at the L'évaluation des dispositifs et des actions de formation : pour une évaluation qualitative.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13, 27-44.
- Nutbeam, D. (1999). Health promotion effectiveness - The questions to be answered. In IUHPE (Ed.), *The evidence of Health Promotion Effectiveness - Shaping Public Health in a New Europe. Part Two: Evidence Book*. Brussels: ECSC-EC-EAEC.
- Nutbeam, D., & Harris, E. (1998). *Theory in a nutshell. A practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion*. Sidney, Australia: National Center for Health Promotion.
- Ottoson, J., & Green, L. (2005). Community outreach: from measuring the difference to making a difference with health information. *J Med Libr assoc*, 93(4), S49-56.

- Ovretveit, J. (1996). quality in health promotion. *Health Promot Int*, 11(1), 55-62.
- Patton, M. (1978). *Utilization-focused evaluation*. Beverly-Hills, CA: Sage.
- Patton, M. (1997). *Utilization-focused evaluation: the new century text* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London, England: Sage Publications Ltd.
- Pender, N. (1982). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Perrenoud, P. (2001a). *Du pilotage partagé au pilotage négocié*. Paper presented at the Université d'été "Le pilotage pédagogique, exercice partagé ?"
- Perrenoud, P. (2001b). *Piloter les pratiques pédagogiques*. Paper presented at the Université d'été "Le pilotage pédagogique, exercice partagé ?"
- Perthus, I. (2005). *Rôle d'un registre dans l'élaboration de politiques de santé publique – L'exemple du CEMC pour le diagnostic anténatal*. Unpublished Medicine, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand.
- Piaget, J. (2005). *L'épistémologie génétique* (6th ed.). Paris, France: PUF.
- Piaget, J., & Inhelder, B. *La psychologie de l'enfant* (19ème ed.). Paris, France: PUF.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé, concepts méthodes stratégies*. Montréal, Canada: Agence d'ARC.
- Pirsig, R. (1974). *Zen and the art of motorcycle maintenance*. New York: William Morrow & C°, Inc.
- Pizon, F. (2008). *Education et santé au lycée : quelle contribution à la prévention du tabagisme pour les professionnels ?* Unpublished Sciences de l'Education, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, France.
- Pizon, F., Jourdan, D., Grondin, M., Simar, C., & Gerbaud, L. (2007). *Etude de l'implication des personnels de lycée dans la prévention des addictions*. Paper presented at the Congrès international AREF 2007 (Actualités de la recherche en Education et en Formation). from http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Frank_PIZON_212.pdf.
- Plante, J. (1991). *Principes d'une évaluation socialement utile (leçons de l'expérience québécoise)*. Paper presented at the Outils, pratiques, institutions pour évaluer les politiques publiques. Actes du séminaire PLAN-ENA.
- Potvin, L. (2006). Participer dans les programmes de santé : dépasser la rhétorique romantique ! *La santé de l'homme*(382), 16-17.
- Preskill, H., & Boyle, S. (2008). A multidisciplinary model of evaluation capacity building. *Am J Eval*, 29(4), 443-459.
- Prochaska, J., & Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irvin.
- Renaud, L., & Gomez Zamudio, M. (1999). *Planifier pour mieux agir* (2nd ed.). Québec, Canada: Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- Robert, P. (2009). Le nouveau Petit Robert. In J. Rey-Debove & A. Rey (Eds.), *Petit Robert* (2010 ed., Vol. 2010, pp. 2837). Paris, France: Dictionnaires Le Robert.
- Rocheix, J. (1997). L'oeuvre de Vygotsky. *Les Cahiers Pédagogiques*, 105-147.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J., et al. (2001). *Evaluation in health promotion - Principles and perspectives*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Rosenstock, I. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Educ Monogr*, 2, 35-86.
- Rotat, M.-N. (2008). Le climat scolaire perçu par les élèves à l'école primaire : l'impact d'un dispositif de formation et d'accompagnement des enseignants. Unpublished Mémoire. IUFM d'Auvergne.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 80(609).
- Rutter, M. (1967). A children's behavior questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J Child Psychol Psychiatry*(8), 1-11.
- Sachs, B. (2006). Démarche participative : interroger les faits. *La santé de l'homme*(382), 13-15.
- Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 312(7023), 71-72.
- San Marco, J., & Lamoureux, P. (2004). Prévention et promotion de la santé. In F. Bourdillon, G. Brückner & D. Tabuteau (Eds.), *Traité de santé publique* (1st ed., pp. 125-133). Paris: Flammarion.
- Sandrin Berthon, B. (2000). Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? In B. Sandrin Berthon (Ed.), *L'éducation du patient au secours de la médecine* (1 ed., pp. 7-39). Paris, France: PUF.
- Schneuwly, B., & Bronckart, J. (1985). *Vygotsky aujourd'hui*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

- Shadish, W., Cook, T., & Leviton, L. (1991). *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park, CA: Sage.
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *Bmj*, 336(7656), 1281-1283.
- Sizaret, A., & Fournier, C. (2005). *Dossier documentaire. Evaluation, mode d'emploi*. Paper presented at the La prévention en actions : partage d'expériences.
- Skinner, B. (1968). *La révolution scientifique de l'enseignement*. Bruxelles: Mardaga.
- Smits, P., & Champagne, F. (2008). An assessment of the theoretical underpinnings of practical participatory evaluation. *Am J Eval*, 29(4), 427-442.
- Spencer, B., Cloetta, B., Spörri-Fahmi, A., Broesskamp, U., Ruckstuhl, B., & Ackermann, G. (2007). *Swiss model for outcome classification in health promotion and prevention (SMOC)*. Berne: University Institute for Social and Preventive Medicine of Berne and Lausanne, Health Promotion Switzerland.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing diseases and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach ?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Toczek, M.-C. (2005). La face cachée d'une estime de soi élevée. *Diversité*, 143, 91-96.
- Tones, K., & Green, J. (2004). *Health promotion: Planning and strategies*. London: Sage.
- Toussaint, J. (2006). *Stratégies nouvelles de prévention – rapport de la commission d'orientation prévention*. Paris: Ministère de la Santé et de la Solidarité.
- Tremblay, R., Vitaro, F., Gagnon, C., Piché, C., & Royer, N. (1992). A prosocial scale for the preschool behavior questionnaire: concurrent and predictive correlates. *Int J Behav Dev*(15), 227-245.
- Triandis, H. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA: Brookd/Cole.
- Vandoorne, C. (2003). *Vandoorne 2003 adapté de Forget G*. Paper presented at the Priorité jeunesse, une seconde évaluation.
- Vandoorne, C. (2007). Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ? *La santé de l'homme*(390), 17-21.
- Vendittelli, F., Gerbaud, L., Choquet, A., Raineau, C., Grondin, M. A., Carriere, C., et al. (2009). [Patients' satisfaction and perinatal network: a preliminary report]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 38(1), 61-71.
- Violet, D., & Reiss, M. (2008). Recherche et complexité : de la programmation à l'action. *Chemins de formation au fil du temps...*(12/13), 113-119.
- Walker, G., & Kubish, A. (2008). Evaluating complex systems-buildong initiatives - A work in progress. *Am J Eval*, 29(4), 494-499.
- Wall, R. (2002). Enjeux et défis liés à l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 1(3), 10-13.
- Wallston, B., Wallston, K., Kaplan, G., & Maides, S. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol*, 44, 580-585.
- Walsh, J., & Mc Phee, S. (1992). A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q*, 19, 157-175.
- Weir, K., & Duveen, G. (1981). Further development and validation of the prosocial behaviour questionnaire for use by teachers. *J Child Psychol Psychiatry*(22), 357-374.
- Woolf, S. (2009). A closer look at the economic argument for disease prevention. *JAMA*, 301(5), 536-538.