

Promotion de la santé

- - - -

Outil de pilotage et d'analyse
de l'efficacité attendue des interventions
en promotion de la santé

Preffi 2.0

- -

**Guide explicatif,
les fondements de Preffi**

- -

Louk Peters
Gerard Molleman
Leontien Hommels
Matchled Ploeg
Clemens Hosman
Eva Jané-Llopis

© 2003, Woerden, Pays-Bas, Institut pour la Promotion de la Santé et
pour la Prévention des Maladies (NIGZ)

Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0

Editeur : Institut pour la Promotion de la Santé et pour la Prévention des
Maladies NIGZ, Pays-Bas, Woerden, janvier 2003



Auteurs (NIGZ) : Dr. L.W.H. Peters, Dr G.R.M. Molleman, Dr. L.M. Hommels,
Dr. M.A. Ploeg, Dr. C.M.H. Hosman, Dr. E. Jané-Llopis

Traduction en français : Aude de Calan (INPES), René Demeulemeester (INPES),
Michel Depinoy (INPES), Annick Fayard (INPES), Christine
Ferron (INPES), Audrey Sitbon (INPES), Andréa Walsh
(INPES)

Relecture : Jan Bouwens (NIGZ) ; Marie-José Moquet (INPES)

Information : INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour
la Santé
42, boulevard de la Libération 93203 St. Denis Cedex
Téléphone : 01 49 33 22 22, Fax : 01 49 33 23 90
Internet : www.inpes.sante.fr
E-mail : inpes@inpes.sante.fr

Version originale : Ce document est également disponible en néerlandais et
en anglais auprès du NIGZ (*Netherlands Institute for
Health Promotion and Disease Prevention*). Si vous
souhaitez commander cette publication, veuillez
contacter le NIGZ :
P.O. Box 500, 3440 AM Woerden, The Netherlands
Téléphone (+31) 348 43 76 00, Fax (+31) 348 43 76 66
E-mail : nigz@nigz.nl, internet : www.nigz.nl ou
www.preffi.nl



© 2003, Woerden, Pays-Bas, Institut Néerlandais pour la Promotion de la Santé
et pour la Prévention des Maladies (NIGZ)

Table des matières

Introduction	5
Vue d'ensemble des indicateurs de Preffi 2.0	6
Raisonnement général de Preffi 2.0	7
Chapitre 1. Ressources et faisabilité	11
Introduction	11
1.1 Soutien et engagement des acteurs	12
1.2 Moyens	13
1.3 Leadership du responsable de projet	14
1.3 a Expertise et compétences du responsable de projet	14
1.3 b Aspects importants du leadership	15
Analyse	17
Chapitre 2. Analyse du problème	18
Introduction	18
2.1 Nature, gravité et étendue du problème	20
2.2 Distribution du problème	21
2.3 Perception du problème par les acteurs	22
Chapitre 3. Les déterminants	24
Introduction	24
3.1 Fondements théoriques	24
3.2 Identification des déterminants	26
3.3 Capacités d'évolution des déterminants	26
3.4 Priorités et sélection	27
Sélection et conception des interventions	28
Chapitre 4. La population concernée par l'action	29
Introduction	29
4.1 Caractéristiques générales et démographiques de la population concernée	30
4.2 Motivations et aptitudes au changement de la population concernée	31
4.3 Accessibilité de la population concernée	32
Chapitre 5. Objectifs	33
Introduction	33
5.1 Adéquation entre les objectifs et l'analyse du problème	34
5.2 Les objectifs sont spécifiques, définis dans le temps et mesurables	35
5.3 Les objectifs sont acceptables	36
5.4 Les objectifs sont réalisables	37
Chapitre 6. Conception de l'intervention	38
Introduction	38
6.1 Logique de la stratégie de l'intervention	38

6.1.a	Adaptation des stratégies et des méthodes aux objectifs et à la population concernée	38
6.1.b	Capitalisation des expériences	39
6.2	Durée, rythme et calendrier	39
6.2.a	Durée et rythme de l'intervention	39
6.2.b	Calendrier de l'intervention	40
6.3	Adapter les interventions à la population concernée	41
6.3.a	Participation de la population concernée	41
6.3.b	Adaptation culturelle	43
6.4	Méthodes et techniques efficaces	44
6.4.a	Place laissée à une approche personnalisée	44
6.4.b	Retour d'information vers les bénéficiaires (sur leur situation ou leurs comportements ou sur les effets de l'intervention)	45
6.4.c	Utilisation de stratégies de récompense	46
6.4.d	Suppression des obstacles à l'adoption d'un comportement favorable à la santé	46
6.4.e	Mobilisation d'un soutien/engagement social	47
6.4.f	Développement des compétences de la population concernée	48
6.4.g	Organisation d'un suivi de la population concernée	48
6.4.h	Définition des objectifs de changements de comportement et de leurs modalités de mise en œuvre	49
6.4.i	Approche interactive	50
6.5	Faisabilité	50
6.5.a	Adaptation aux intermédiaires (intervenants, animateurs directement en contact avec la population concernée finale)	50
6.5.b	Capacité de mise en œuvre des interventions	51
6.6	Cohérence des interventions/actions	52
6.7	Test préalable	53
Chapitre 7. Mise en œuvre		54
	Introduction	54
7.1	Mise en œuvre adaptée aux intermédiaires	56
7.1.a	Mode de mise en œuvre : descendant et/ou ascendant	58
7.1.b	Adaptation de la mise en œuvre aux intermédiaires	59
7.1.c	Crédibilité du promoteur du programme	60
7.2	Mise en place d'un retour d'information	61
7.3	Ancrage dans une structure existante	62
Chapitre 8. Evaluation		64
	Introduction	64
8.1	Précision et accord sur les principes de l'évaluation	66
8.2	Evaluation de processus	69
8.3	Evaluation des effets	71
8.3.a	Un changement a-t-il été mesuré ?	73
8.3.b	Est-il plausible que le changement ait résulté de l'intervention ?	75
8.4	Retour d'information aux acteurs	77

Introduction

Ce guide débute par une vue d'ensemble des catégories et des indicateurs constituant Preffi 2.0, suivie d'une description du raisonnement sur lequel est fondé le concept "d'approche systématique". Les chapitres 1 à 8 décrivent ensuite, d'une façon plus détaillée, les catégories et les indicateurs de Preffi 2.0.

La grille ci-dessus fournit une vue d'ensemble des huit catégories, déclinées en indicateurs de Preffi 2.0. L'ordre choisi reflète la tension existant dans tout projet entre ce qui serait souhaitable et ce qui est réalisable (Le terme « projet » utilisé en général dans ce guide peut être remplacé par programme ou intervention).

Les catégories 2 à 6 dans la colonne de gauche renvoient à l'analyse du problème et à la conception des interventions. Elles se rapportent toutes aux aspects et aux choix plus théoriques impliqués dans la préparation d'une intervention ou d'un programme (local ou national).

Les catégories 7, 8 et 1 dans la colonne de droite renvoient aux phases de l'action. Les possibilités et limites imposées par la mise en œuvre, le retour d'information résultant du suivi du programme et les ressources ont une incidence sur les catégories 2 à 6.

Dans la mesure où un projet est toujours initié suite à l'identification d'un problème de santé, la catégorie 2 « Analyse du Problème » se trouve en première position. La catégorie 1 correspond aux ressources que l'on mobilise à toutes les étapes du projet. C'est la raison pour laquelle elle se trouve en dernière position.

Chaque indicateur est suivi par la lettre p, m, r ou e, ou une combinaison de celles-ci, indiquant :

- p : le contenu du projet ;
- m : la mise en oeuvre ;
- r : les ressources (ou conditions contextuelles) ;
- e : l'évaluation.

Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Version 2.0 : Vue d'ensemble des indicateurs de Preffi 2.0

N°	Indicateur	P/R/M/E
	Analyse	
2	Analyse du problème	p
2.1	Nature, gravité et étendue du problème	P
2.2	Distribution du problème	P
2.3	Perception du problème par les acteurs	P
3	Déterminants	
3.1	Fondements théoriques	P
3.2	Identification des déterminants	P
3.3	Capacités d'évolution des déterminants	P/r
3.4	Priorités et sélection	p/r
	Sélection et conception des interventions	
4	Population concernée par l'action	
4.1	Caractéristiques générales et démographiques de la population concernée	p
4.2	Motivations et aptitudes au changement de la population concernée	p
4.3	Accessibilité de la population concernée	p/m/r
5	Objectifs	
5.1	Adéquation entre les objectifs et l'analyse du problème	p
5.2	Les objectifs sont spécifiques, définis dans le temps et mesurables	p/e
5.3	Les objectifs sont acceptables	p/r
5.4	Les objectifs sont réalisables	p/r
6	Conception de l'intervention	
6.1	Logique de la stratégie de l'intervention	p
6.1a	Adaptation des stratégies et des méthodes aux objectifs et à la population concernée	p
6.1b	Capitalisation des expériences	p
6.2	Durée, rythme et calendrier	
6.2a	Durée et rythme de l'intervention	p/r
6.2b	Calendrier de l'intervention	p/m
6.3	Adapter les interventions à la population concernée	p
6.3a	Participation de la population concernée	p/r
6.3b	Adaptation culturelle	p/r
6.4	Méthodes et techniques efficaces	p
6.4a	Place laissée à une approche personnalisée	p
6.4b	Retour d'information vers les bénéficiaires (sur leur situation ou leurs comportements ou sur les effets de l'intervention)	p
6.4c	Utilisation de stratégies de récompense	p
6.4d	Suppression des obstacles à l'adoption d'un comportement favorable à la santé	p
6.4e	Mobilisation d'un soutien/engagement social	p
6.4f	Développement des compétences de la population concernée	p
6.4g	Organisation d'un suivi de la population concernée	p
6.4h	Définition des objectifs de changements de comportements et de leurs modalités de mise en oeuvre	p
6.4i	Approche interactive	p
6.5	Faisabilité	p/r
6.5a	Adaptation aux intermédiaires (intervenants, animateurs directement en contact avec la population concernée finale)	p/m
6.5b	Capacité de mise en oeuvre des interventions	p/m
6.6	Cohérence des interventions/actions	p/r
6.7	Test préalable	e

N°	Indicateur	P/R/M/E
	Mise en oeuvre	
7	Mise en oeuvre	m
7.1	Mise en oeuvre adaptée aux intermédiaires	m
7.1a	Mode de mise en oeuvre : descendant et/ou ascendant	m
7.1b	Adaptation de la mise en oeuvre aux intermédiaires	m/r
7.1c	Crédibilité du promoteur du programme	m/e
7.2	Surveillance du processus et mise en place d'un retour d'information	m/r
7.3	Ancrage dans une structure existante	
	Evaluation	
8	Evaluation	
8.1	Transparence et accord sur les principes de l'évaluation	e/r
8.2	Evaluation de processus	e
8.3	Evaluation des effets	e
8.3a	Un changement a-t-il été mesuré	e
8.3b	Est-il plausible que le changement ait résulté de l'intervention ?	e
8.4	Retour d'information aux partenaires, intervenants et à la population concernée	e
1	Ressources	
1.1	Ressources et faisabilité	r
1.2	Soutien et engagement des acteurs	r
1.3	Moyens	r
1.3a	Leadership du responsable de projet	r
1.3b	Expertise et compétences du responsable du projet	r
	Aspects importants du leadership	
	p = contenu du projet r = ressources (ou conditions contextuelles) m = mise en oeuvre e = évaluation	

Raisonnement général de Preffi 2.0

Ci-dessous sont définis les indicateurs, ainsi que leur pertinence à partir d'un **niveau de preuve et de données de la littérature (références)**.

Le niveau de preuve

Les données probantes peuvent être fournies par la recherche, l'expérience pratique ou par la logique et le sens commun. Il n'est pas toujours facile de décider laquelle de ces sources est pertinente, car des modalités de projets sont considérées depuis des années comme allant de soi et n'ont donc pas été discutées. C'est par exemple le cas de l'affirmation selon laquelle il est important de "concevoir des interventions adaptées à la population concernée" ou de "formuler des objectifs précis". Néanmoins, nous avons tenté de décrire brièvement les données probantes disponibles.

Nous avons également tenté d'exprimer la "difficulté" de faire la preuve de chaque indicateur par une note entre 1 et 5. Le résultat doit être considéré comme un essai préliminaire, cette tâche étant difficile pour deux raisons.

a) Il n'existe pas encore de consensus parmi les experts de la promotion de la santé sur la hiérarchie des niveaux de preuve, même si les chercheurs utilisent des listes de contrôle pour évaluer la qualité de la preuve. D'après ces derniers, un manque d'études scientifiques habituellement correspond à un faible niveau de preuve, tandis que des données provenant d'essais contrôlés aléatoires sont considérées comme très probantes. Cependant, la question est souvent débattue de savoir si cette vision rend justice à la pratique de la promotion de la santé et si elle est adéquate à cette discipline. Du fait de l'influence du contexte sur les actions de la promotion de la santé, les essais contrôlés ne sont pas toujours faisables, et même lorsqu'ils le sont, on y a rarement recours. Pour faire court, beaucoup de doutes subsistent quant à la validité d'une hiérarchie de la preuve dans le champ de la promotion de la santé.

Nous avons tenté de trouver une alternative adaptée, basée sur la nature de la preuve (est-elle scientifique, qualitative ou quantitative ?) et sur le nombre d'études. Nous utilisons la notation suivante :

1. données provenant d'une expérience pratique ou de suppositions théoriques (y compris "logique") ; aucune preuve scientifique ;
2. données probantes disponibles à la fois à partir de l'expérience pratique et de suppositions théoriques, mais aucune preuve scientifique ;
3. preuve scientifique disponible à partir d'une ou de deux bonnes études quantitatives contrôlées, "séries chronologiques" ou quatre à cinq études qualitatives ;
4. preuve scientifique provenant de trois ou plus bonnes études quantitatives ou de plus de cinq études qualitatives ;
5. preuve scientifique disponible à partir d'une méta-analyse ou d'une étude systématique.

b) Il serait impossible de rechercher toute la littérature pertinente (ou potentiellement pertinente) sur les données probantes relatives aux indicateurs de Preffi. Cela reviendrait en effet à analyser toute la littérature scientifique et pratique dans le champ de la promotion de la santé, en incluant des ouvrages situés dans des domaines complètement différents tels que l'éducation, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, l'économie, l'administration, etc. Nous avons dû fonder notre analyse sur l'étude d'une littérature limitée. Les notes (de 1 à 5) ont été élaborées à partir d'une analyse des niveaux de preuve par l'équipe du projet et d'entretiens avec des membres du Comité Consultatif Scientifique de Preffi.

Références

En plus des degrés de preuve, chaque indicateur est également accompagné d'une liste de références littéraires. Beaucoup de références sont hollandaises, puisque Preffi est un produit des Pays-Bas et qu'il a été à l'origine prévu de le publier uniquement en hollandais.

Manuels

- Albee, G.W. & Gullotta, T.P. (1997). Primary prevention works. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2001). Intervention mapping : designing theory - and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA : Mayfield.
- Bracht, N. (Ed.) (1999). Health promotion at the community level (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. en Molen, H.T. van der (2000). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Glanz, K., Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (1997). Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1999). Health promotion and planning: an educational and ecological approach. Mountain View, CA : Mayfield.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press.
- Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P. & Ramos-McKay, J. (1988). Fourteen ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association.
- Woerkum, C. van & Meegeren, P. van (1999). Basisboek communicatie en verandering. Amsterdam : Boom.

Approche systématique

Il semblait « logique » d'inclure beaucoup de critères dans Preffi, dans le cadre d'une approche systématique, dans la mesure où elle constitue l'un des principaux déterminants de l'efficacité des programmes et des interventions.

Une approche systématique est particulièrement importante pour faire les choix théoriques les plus justes. En même temps, ces derniers sont limités par des contraintes pratiques telles que le financement, le recrutement et le temps. Ces ressources (conditions contextuelles) et la manière de les prendre en compte influencent de manière importante le succès d'un programme.

Une approche systématique implique des étapes menant à des choix. Elle contribue à établir des décisions conscientes, mûrement réfléchies et harmonieuses, aboutissant à un projet cohérent et basé sur le bon sens.

Dans l'éducation et la promotion de la santé, le processus de planification comporte les étapes suivantes :

- Analyse du problème . Quel est le problème, pour qui est-ce un problème, quel(s) groupe(s) en souffre(nt) le plus ? Qui implique t-il ? Quelle est son ampleur ? Par quels comportements et aspects environnementaux est-il influencé ? ;
- Analyse des déterminants. Cette étape implique une analyse des facteurs qui influencent les comportements et les aspects environnementaux non souhaitables, en fournissant une meilleure compréhension des principales données du problème.

- Ces facteurs sont-ils différents en fonction des groupes ? Est-il nécessaire de concentrer l'action sur un groupe spécifique ? ;
- Conception de l'intervention. En fonction des objectifs et de la ou des populations concernées identifiées, on détermine les types d'intervention adaptés ;
 - Mise en oeuvre. L'intervention est menée sur une échelle plus ou moins importante ;
 - Évaluation. Cette étape implique une analyse du niveau de réalisation des objectifs et des leçons à tirer du projet.

Pourquoi une approche systématique est-elle importante ?

Une approche systématique implique la prise en compte de toutes les étapes d'un projet dans l'ordre qui paraît le plus logique. La nature cyclique ou systémique de cette démarche suppose que l'on ajuste de manière continue chaque phase en fonction des retours d'information issus des étapes précédentes, induisant un processus d'apprentissage permanent.

Une approche systématique augmente les chances de succès en permettant d'éviter certaines erreurs (Kok, 1992a) comme :

- Traiter un problème inexistant, mettre en place une action de grande envergure pour un problème exceptionnel ou touchant un groupe spécifique qui fait déjà l'objet d'interventions adaptées ;
- Se concentrer sur des comportements ou des facteurs environnementaux dont la relation avec le problème est incertaine. Citons l'exemple d'une intervention australienne visant à prévenir les brûlures chez les enfants, en conseillant aux gens d'échanger leurs cuisinières électriques pour des cuisinières à gaz. Une enquête ultérieure a montré que les cuisinières à gaz entraînaient en réalité beaucoup plus de brûlures que les cuisinières électriques ;
- Concevoir l'intervention à partir d'une analyse incorrecte des motivations du comportement. Par exemple, on suppose souvent à tort que la connaissance par le public des effets dangereux sur la santé d'une pratique suffit pour changer ce comportement ;
- Concevoir une action inadéquate. Par exemple, diffuser un dépliant sur un programme d'échange de seringues pour des toxicomanes alors que les seringues nécessaires ne seront disponibles que six mois plus tard ;
- Concevoir une action dont l'introduction (à grande échelle) s'expose à une résistance. Citons l'exemple de la brochure hollandaise sur le sida prévue pour les enfants scolarisés et rejetée par les écoles de confession chrétienne.

Kok (1991) affirme qu'une approche systématique favorise l'efficacité mais ne la garantit pas automatiquement. En effet, beaucoup d'autres conditions doivent être remplies telles que la connaissance scientifique des déterminants des problèmes, la connaissance précise du fonctionnement des mécanismes d'influence et une compréhension des stratégies permettant d'atteindre un groupe concerné. Mais l'efficacité implique toujours une planification soigneuse. Ceci n'est pas seulement vrai pour l'éducation et la promotion ou prévention de la santé, mais également pour d'autres situations sociales. Une approche systématique est un passage obligé dans la théorie du changement et de virtuellement toutes les théories de gestion. Elle fait écho à la logique et au sens commun.

Une approche systématique n'implique pas une approche linéaire

Dans les descriptions d'approches systématiques, on insiste toujours sur la succession logique des étapes que suit d'ailleurs Preffi : analyse, développement de l'intervention, mise en oeuvre et évaluation. L'impression qu'une telle démarche implique une progression linéaire est néanmoins fautive, puisqu'en pratique on doit regarder à la fois en amont et en aval, et les étapes peuvent dans une certaine mesure se chevaucher. Par exemple :

- Au moment de l'analyse du problème de santé, les choix établis (en termes de définition du problème et de sélection des déterminants à considérer) sont aussi affectés par la capacité d'évolution des facteurs. Ils peuvent évoluer en fonction des options d'intervention disponibles qui, en réalité, relèvent de l'étape suivante ;
- La phase d'analyse du problème pose déjà les fondations des options de mise en oeuvre : si la perception du problème par les acteurs, leurs souhaits et leurs possibilités sont prises en compte à cette étape, on augmente leurs chances d'avoir une opinion favorable de l'intervention à développer et donc d'améliorer les possibilités de mise en oeuvre ;
- Certaines formes d'évaluation doivent être conçues avant ou pendant la mise en oeuvre, soit très en amont pour pouvoir être menées à bien. De plus, les objectifs définis durant la phase de conception des interventions jouent un rôle important dans l'évaluation des effets ;
- Les dernières étapes se fondent généralement sur le résultat des précédentes. Si certains éléments n'ont pas été examinés avec soin dans une étape antérieure (par exemple, celle de l'analyse du problème), on peut avoir à la retravailler ultérieurement (par exemple au moment de la conception des interventions ou de l'étape de mise en oeuvre).

Références

- Kok, G.J. (1991). Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting: In: H. Bouwman, P. Nelissen & M. Vooy, Tussen vraag en aanbod: optimalisering van informatievoorziening. Amsterdam : Cramwinckel.
- Kok, G. (1992a). Gezondheidsvoorlichting. Muidenberg: Coutinho.
- Kok, G. (1992b) Quality of planning as a decisive determinant of health education effectiveness. Hygie, 11,3-9.
- Mullen, P.D. et al. (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. Preventive Medicine, 14, 753-781.

Chapitre 1. Ressources et faisabilité

Introduction

Bien que l'efficacité des interventions soit largement déterminée par leur contenu, elle dépend aussi du contexte (ressources) du programme, du projet ou de l'intervention. On entend par-là des facteurs tels que le financement, la temporalité, les ressources humaines, l'expertise disponible, les partenaires, la capacité à créer du consensus et les données sociales. Ce contexte détermine également la faisabilité du projet et les choix y afférant. Le contexte affecte particulièrement les points suivants :

1. Quel est le problème et quels facteurs déterminants le projet doit-il essayer de modifier ? (résultat de l'indicateur 3.4) ;
2. Quels facteurs déterminants peuvent être amenés à changer, et à l'aide de quelles interventions ? (conclusion de la catégorie 6) ;
3. Quelles sont les options de mise en oeuvre disponibles ? (conclusion de la catégorie 7).

Bien que le contexte et la faisabilité affectent l'ensemble du projet, ils ont été inclus explicitement dans plusieurs indicateurs spécifiques, tels que la capacité de changement des facteurs déterminants (3.3), l'accessibilité de la population concernée (4.3) et la faisabilité des objectifs (5.4). Le contexte a également été incorporé dans les étapes de mise en oeuvre et d'évaluation.

Dans le contexte, on distingue trois aspects (ressources) partiellement interdépendants.

- 1.1 Soutien et engagement des acteurs ;
- 1.2 Moyens ;
- 1.3 Leadership du responsable de projet ;
 - 1.3.a Expertise et caractéristiques ;
 - 1.3.b Aspects importants du leadership.

Le soutien/engagement et les moyens affectent l'ensemble du processus de conception du contenu d'un projet. Le leadership du responsable de projet comprend la gestion du processus lui-même, la capacité de générer un soutien et un engagement, de garantir des moyens (financiers, humains...) suffisants et de trouver le juste équilibre entre le projet et son contexte. La personnalité du responsable de projet et son leadership ont un rôle majeur à jouer à cet égard et influencent de manière importante l'efficacité. Cela explique l'importance accordée à ce facteur dans Preffi. En revanche, Preffi ne tient pas compte de la façon dont le responsable mène réellement le projet, ceci relevant de la gestion de projet.

Le contexte décrit dans le présent chapitre correspond à certains aspects du modèle de qualité fréquemment utilisé aux Pays-Bas « *EFQM Excellence Model* », développé par la Fondation Européenne pour la Gestion de la Qualité (EFQM). Ces aspects concernent :

1. l'expertise, le style de travail et les qualités personnelles du responsable de projet (leadership) ;
2. la capacité du responsable à garantir la qualité du programme, du projet ou de l'intervention, la qualité de son propre leadership et celle de son équipe, par exemple par l'intermédiaire de stages de formation ou de visioconférence (gestion du personnel) ;
3. l'utilisation d'une approche systématique lors de la mise en oeuvre du programme, du projet ou de l'intervention, avec des moments de décision clairs (politique et stratégique) ;
4. la connaissance des ressources disponibles et la capacité à les utiliser de manière souple (gestion des ressources).

Le présent chapitre décrit ces aspects parce qu'ils influencent l'efficacité des interventions sélectionnées. Encore une fois, la manière précise selon laquelle ces aspects sont traités appartient au domaine de la gestion de projet et ne fait pas partie de Preffi.

Références

- Bekkering, T., Glas, H., Klaassen, D. & Walter, J. (2001). Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht: Het Spectrum.
- Bos, J. & Halting, E. (red.) (1998). Projectmatig creëren. Schiedam: Scriptum Books.
- Groote, G.P. (1997). Projecten leiden, methoden en technieken voor projectmatig werken. Utrecht: Het Spectrum / Marka
- Saan, H., Molleman, G., Vermeer, V. & van Dalen, D. (2002). Project management het OPUS model Woerden: NIGZ
- Walburg, J.A. (1997) Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Kluwer bedrijfsinformatie. Deventer.

1.1 Soutien et engagement des acteurs

Le niveau de soutien et l'engagement des différentes parties à une initiative déterminent la capacité du projet à voir le jour, et ce, à quelque étape que ce soit. Les initiateurs doivent décider qui impliquer, quels partenaires, à quelle étape du projet. Une des caractéristiques des projets en promotion de la santé étant d'impliquer plusieurs parties, des objectifs conjoints doivent être formulés. La réussite d'un projet est conditionnée par le besoin d'un soutien et d'un engagement, non seulement des partenaires, mais également de la part de l'organisation initiatrice et de la population concernée. Le soutien de cette dernière étant une condition préalable pour obtenir le support des intermédiaires.

Le niveau de soutien et d'engagement est déterminé par des facteurs spécifiques à chaque étape. Lors de la définition du problème, par exemple, les missions et la politique de l'opérateur, la pertinence sociale du thème, son niveau d'urgence ainsi que la mission et les intérêts des partenaires sont des facteurs décisifs.

A l'étape où les interventions à mettre en oeuvre sont sélectionnées, l'adhésion, le soutien et les options proposées par les partenaires, ainsi que le niveau d'engagement de la population concernée sont des facteurs essentiels. Un autre facteur important à cette étape est celui de la qualité des exécutants et leur connaissance du sujet, leur capacité à accroître le soutien et à mettre en oeuvre les interventions choisies.

A l'étape de mise en oeuvre, les facteurs principaux qui interviennent sont l'adhésion des acteurs pour le projet et une attitude positive parmi ceux qui doivent décider de l'intégration du projet dans une structure existante. Le niveau de soutien/engagement doit graduellement augmenter pendant l'étape de mise en oeuvre.

Il ne va pas toujours être possible, ni même nécessaire, d'obtenir dès le début une adhésion de toutes les parties requises pour le succès d'un projet. Il importe donc d'être conscient du moment où l'approbation et la collaboration sont nécessaires pour garantir le succès du projet et de connaître les méthodes les plus adaptées pour impliquer les diverses parties. Quelquefois, il peut suffire d'informer simplement les acteurs du projet.

Si l'on opte pour une approche communautaire, on a besoin du soutien et de l'engagement de la population concernée au départ du projet. Une fois cette démarche (qui peut s'avérer relativement longue) achevée, on peut décider, en concertation avec toutes les personnes impliquées, quels thèmes retenir. Il est essentiel de dresser un inventaire des questions et des souhaits de la communauté et d'adapter les projets en conséquence : on doit être certain de ce que les gens veulent réellement et connaître les problèmes qu'ils identifient.

En résumé, quelle que soit la nature du projet, le niveau de soutien, d'engagement et d'adhésion qu'il peut occasionner est un facteur crucial pour ses chances de succès.

Les indicateurs du niveau de soutien et d'engagement peuvent être analysés par le responsable de projet ou par un tiers en concertation étroite avec celui-ci. Des observateurs externes vont rarement pouvoir analyser ces aspects qui sont absents des documents décrivant le projet sur lesquels ils se basent.

Niveau de preuve : 2

Il existe une équation célèbre $E = Q \times A$, c'est-à-dire Efficacité = Qualité x Approbation. Les preuves de l'importance de l'engagement ont été accumulées dans l'approche communautaire. L'étude sur laquelle le programme *Gezond Leven* ("vivre en bonne santé") développé par l'Organisation Hollandaise de la Recherche pour la Santé et le Développement est fondée, soulignait également que diverses analyses systématiques avaient fourni la preuve explicite de l'importance de la participation et du soutien/engagement de la population concernée. Enfin, toute la littérature disponible concernant les organisations, l'évaluation du changement (Bekkering et al., 2001) et la démarche de projet (par exemple Grol et al.) souligne couramment cet aspect.

Références

- Bekkering, T., Glas, H., Klaassen, D. & Walter, J. (2001). Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht : Het Spectrum.
- Bom, B. (1997). Kwaliteitszorg. Het beheersen van het verbeteren. Kluwer Bedrijfsinformatie.
- Bos, J. & Harting, E. (red.) (1998). Projectmatig creëren. Schiedam : Scriptum Books.
- Gordon, J.R. (1991). A diagnostic approach to organizational behavior (3^e ed.). Boston : Allyn & Bacon.
- Bracht, N. (Ed.) (1999). Health promotion at the community level (2^e ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gordon, J.R. (1991). A diagnostic approach to organizational behavior. Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Grol, R.T.P.M., van Everdingen, J.J.E. & Casparie, A.F. (1994). Invoeren van richtlijnen en veranderingen. De Tijdstroom.
- Grol, R.T.P.M. & Wensink, M. (red) (2001). Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Groote, G.P. (1997). Projecten leiden, methoden en technieken voor projectmatig werken. Utrecht : Het et Spectrum / Marka.
- Keijsers, J. & Halting, E. (red.) (2000). Gezond Leven, stand van zaken en voorstel voor programmering. Den Haag : ZON.

1.2 Moyens

Par moyens, on entend ici les aspects temporels, le financement, le personnel et l'expertise disponible qui limitent les ambitions d'un projet. Ces moyens qui peuvent évoluer au cours du projet concernent à la fois les exécutants et les partenaires avec lesquels ils collaborent.

Il est important d'utiliser au mieux les ressources disponibles, à l'aide d'une gestion efficace et créative et d'une certaine souplesse. De manière à optimiser les ressources, il est souvent possible de modifier le calendrier, le financement et les types de personnels disponibles. L'utilisation des compétences du personnel et des experts varie selon les étapes. On rencontre régulièrement des situations où les professionnels de l'éducation, de la promotion et de la prévention de la santé les plus anciens doivent réaliser des travaux de routine qui pourraient tout aussi bien être confiés à une équipe jeune ; ou qui passent des heures à faire des photocopies alors que des secrétaires pourraient mieux le faire et d'une manière plus efficace. Dans d'autres cas, l'équipe peut avoir besoin de passer beaucoup de temps et d'efforts pour se familiariser

avec certains thèmes ou certaines méthodes, alors que d'autres équipes de la même institution possèdent déjà les compétences nécessaires et peuvent les appliquer sans préparation. En résumé, une gestion souple des ressources octroie une marge de manœuvre nécessaire pour gérer des surcharges de travail et/ou des contretemps généralement fréquents, même si le projet bénéficie d'une bonne planification.

Les moyens peuvent également augmenter au cours du projet. Un projet pilote couronné de succès peut se voir accorder un budget ou des subventions supplémentaires.

Niveau de preuve : 2

Le niveau de preuve de l'importance des moyens découle de la logique. C'est un facteur décisif qui détermine les limites du projet. D'un autre côté, des ressources adéquates ne garantissent en aucune manière une intervention efficace. Ces aspects relatifs à la gestion des ressources sont souvent décrits dans la littérature relative à l'assurance qualité.

Références

- Bekkering, T., Glas, H., Klaassen, D. & Walter, J. (2001). Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht: Het Spectrum.
- Grol, R.T.P.M., van Everdingen, J.J.E. & Casparie, A.F. (1994). Invoeren van richtlijnen en veranderingen. De Tijdstroom.
- Saan, H., Molleman, G., Vermeer, V. & van Dalen, D. (2002). Management Project : het OPUŠ-model. Woerden: NIGZ.
- Walburg, J.A. (1997) Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Kluwer bedrijfsinformatie. Deventer.

1.3 Leadership du responsable de projet

Il est très important pour l'efficacité d'un projet qu'un seul et unique responsable puisse coordonner les objectifs, les ressources, le soutien et l'engagement disponibles.

Preffi souligne deux facettes du leadership : les caractéristiques du responsable de projet et les aspects sur lesquels il se concentre ("aspects importants").

1.3 a Expertise et compétences du responsable de projet

L'expertise fait référence aux connaissances théoriques du thème traité ainsi qu'aux aptitudes pratiques requises pour gérer et coordonner un programme ou un projet (rendre compte de la progression, prendre des décisions, etc.) et pour mettre en oeuvre les activités nécessaires (écriture de rapports, enseignement, concertation, etc.). Dans le présent contexte, les compétences du responsable de projet font référence à une combinaison de qualités personnelles et au mode de travail.

On doit donc régulièrement évaluer si le responsable du projet est réellement (ou est toujours) la personne la plus adaptée, et ce, en fonction des trois critères qui définissent ce qu'aux Etats-Unis on nomme « leadership » : l'expertise, le style de travail et les qualités personnelles. La combinaison de ces trois facteurs détermine l'autorité et la fiabilité du responsable de projet et par conséquent influence considérablement l'efficacité d'un programme, projet ou intervention.

Il est particulièrement important que le responsable du projet soit conscient de son niveau de spécialisation et de ses lacunes, ce qui lui permet de faire appel à des tiers en cas de besoin.

Les qualités personnelles que l'on peut attendre d'un responsable de projet sont par exemple l'enthousiasme, la créativité et la force de persuasion. Le mode de travail et les aptitudes de chaque responsable de projet doivent être évalués. Par exemple, un travail créatif convient très bien pendant l'étape de développement d'un projet. La mise en oeuvre nécessite au contraire un responsable qui puisse mener à bien un plan de manière rigoureuse et cohérente. A cette étape, un responsable trop créatif peut poser problème, ayant tendance à imaginer indéfiniment de nouvelles options.

Niveau de preuve : 2

L'importance du leadership, en tant qu'un des éléments déterminants des résultats des projets, a fait l'objet de beaucoup de recherches. Elle est soulignée dans toute la littérature relative à la théorie organisationnelle. La promotion de la santé s'en préoccupe également et met en particulier l'accent sur la nécessaire adéquation entre la personnalité du responsable de projet et la tâche à effectuer (Nathans, 1995).

Références

- Bekkering, T., Glas, H., Klaassen, D. & Walter, J. (2001). Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht: Het Spectrum.
- Bom, B. (1997). Kwaliteitszorg. Het beheersen van het verbeteren. Kluwer Bedrijfsinformatie.
- Grol, R.T.P.M., van Everdingen, J.J.E. & Casparie, A.F. (1994). Invoeren van richtlijnen en veranderingen. De Tijdstroom.
- Mintzberg, H. & Quinn, J.B. (1992). The strategy process, concepts and contexts. New Jersey: Prentice-Hall.
- Nathans, H. (1995). Adviseren als tweede beroep, resultaat bereiken als adviseur. Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Saan, H., Molleman, G., Vermeer, V. & van Dalen, D. (2002). Projectmanagement : het OPUS-model. Woerden: NIGZ.
- Walburg, J.A. (1997) Intégrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Kluwer bedrijfsinformatie. Deventer.

1.3. b Aspects importants du leadership

Des obstacles peuvent être évités si le responsable du projet tient compte d'aspects qui nous semblent cruciaux et qui relèvent de la planification, du contrôle des ressources et de la qualité et des bonnes prises de décision en matière de conduite de projets. La façon dont sont précisément déterminés ces choix sort du cadre de Preffi. Mentionnons cependant quelques aspects importants permettant au responsable d'influencer l'efficacité du projet :

1. si le responsable de projet veut s'acquitter correctement de ses fonctions, il doit établir une planification précise, en spécifiant à quels moments se prennent les décisions. Plus important encore, il doit respecter ce calendrier, en surveiller la progression et en tirer des enseignements ;
2. un plan de communication sur le projet structuré et élaboré avec soin est un élément important de la planification. Il concerne à la fois les partenaires externes, mais aussi tous les agents de l'institution porteuse du projet ;
3. le responsable doit connaître clairement le contexte et les moyens disponibles qu'il doit pouvoir utiliser avec souplesse (on rejoint ici l'indicateur 1.2 (Moyens)) ;
4. enfin, le responsable de projet doit être conscient de ses propres qualités et de celles de ses collègues. Il doit s'assurer que le plan de mise en oeuvre inclut les activités visant à maintenir le niveau de spécialisation des personnes impliquées, à travers par exemple des formations.

Niveau de preuve : 2

Ces points centraux de la propension à mener une équipe sont bien connus dans le domaine de la gestion de projet.

Références

- Bekkering, T., Glas, H., Klaassen, D. & Walter, J. (2001). Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht: Het Spectrum.
- Bom, B. (1997). Kwaliteitszorg. Het beheersen van het verbeteren. Kluwer Bedrijfsinformatie.
- Grol, R.T.P.M., van Everdingen, J.J.E. & Casparie, A.F. (1994). Invoeren van richtlijnen en veranderingen. De Tijdstroom.
- Mintzberg, H. & Quinn, J.B. (1992). The strategy process, concepts and contexts. New Jersey: Prentice-Hall.
- Nathans, H. (1995). Adviseren als tweede beroep, resultaat bereiken als adviseur. Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Saan, H., Molleman, G., Vermeer, V. & van Dalen, D. (2002). Projectmanagement : het OPUS-model. Woerden: NIGZ.

Analyse

Le domaine de la promotion de la santé se compose d'une pluralité de thématiques qui sont autant d'éléments visant à résoudre des problèmes de santé. Le but de l'analyse est d'éclairer le processus de sélection du problème de santé ou de la thématique à traiter, et d'aider à resituer ce problème dans un contexte plus large.

Les deux chapitres suivants décrivent deux aspects de l'analyse d'un problème ou d'une thématique de santé ou relative à la qualité de vie :

- a. *définir l'importance* du problème, déterminer sa nature, sa gravité et sa portée (catégorie 2 : Analyse du problème) ;
- b. *expliquer* le problème, identifier ses *facteurs déterminants* et sélectionner ceux que le projet doit traiter (catégorie 3 : déterminants des problèmes, du comportement et de l'environnement).

Chapitre 2. Analyse du problème

Introduction

Les problèmes peuvent être analysés à différents niveaux, décrits dans des termes généraux ou plus spécifiques, notamment à travers un schéma théorique. La définition du problème variant en fonction du niveau d'analyse, il est essentiel d'identifier ses causes et de sélectionner ensuite celles que l'on souhaite traiter.

Le schéma ci-dessous permet de catégoriser les thématiques, de les situer au sein de contextes plus vastes et de définir ainsi à quel niveau appartiennent les projets et sur quels problèmes ils doivent se concentrer. Il est issu du schéma de Lalonde (1974) et concerne la relation entre la santé et la qualité de vie et les facteurs influençant cette relation. C'est un schéma simple, fréquemment utilisé et qui possède de nombreuses variantes (Hosman, 1997 ; IUHPE, 1999 ; WHO, 1998).

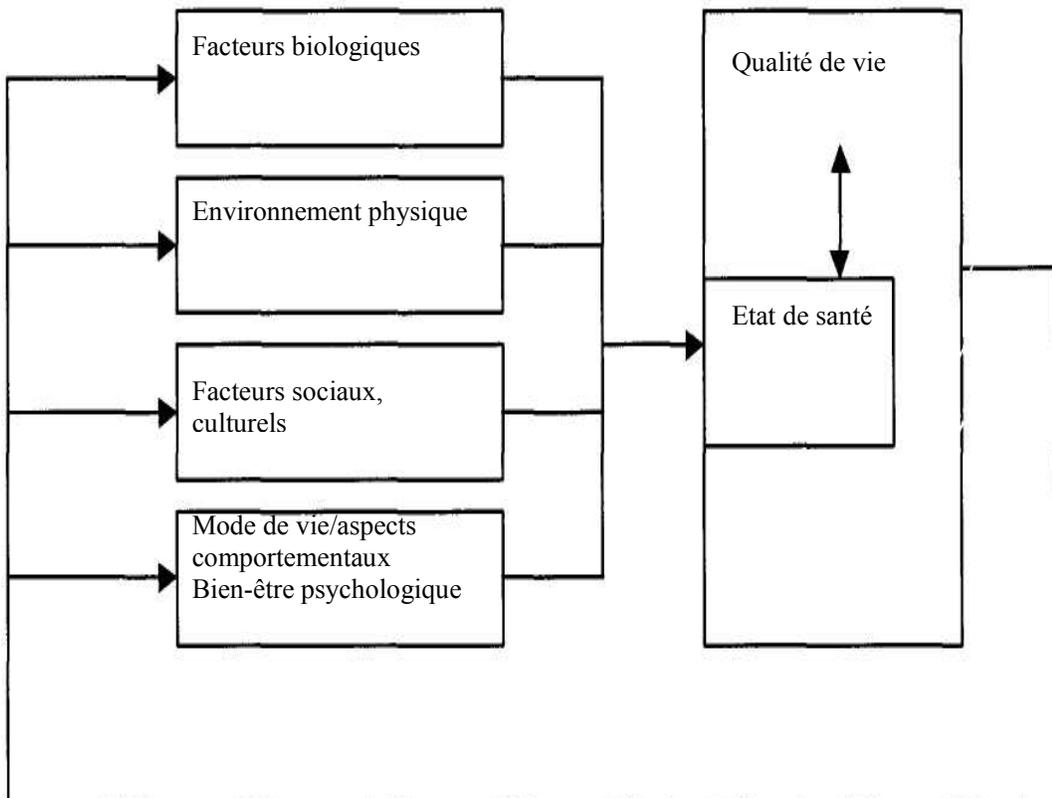


Schéma : facteurs influençant la santé et la qualité de vie

La partie droite du schéma questionne les liens entre *état de santé* et *qualité de vie*. L'état de santé affecte la qualité de vie générale. Une bonne santé permet de développer des compétences, d'apprendre, de travailler, ce qui permet d'investir d'autres domaines tels que les loisirs. Inversement, une bonne qualité de vie, résultant par exemple d'une bonne éducation, influence favorablement l'état de santé, comme l'ont montré de nombreuses études sur les inégalités sociales.

Sur la partie gauche du schéma figurent quatre catégories de facteurs influençant l'état de santé et la qualité de vie :

- facteurs biologiques ;
- environnement ;
- facteurs sociaux et culturels ;
- facteurs concernant les modes de vie, les comportements et le bien-être psychologique.

Les *facteurs biologiques* sont les facteurs physiques et mentaux inhérents à la constitution biologique d'une personne. En pratique, les spécialistes de l'éducation de la santé et les professionnels de la prévention et de la promotion de la santé ont rarement affaire directement avec ces facteurs biologiques qui appartiennent au domaine de la science médicale. Cependant, cette situation peut changer dans le futur, en particulier avec le développement du génie génétique.

Les facteurs appartenant à *l'environnement physique* sont ceux qui sont extérieurs au corps mais influencent directement ou indirectement l'état de santé. Ils incluent la qualité de l'air, de l'eau et du sol, l'exposition à des substances comme l'amiante ou la fumée, la sécurité alimentaire, l'humidité des logements, ou encore des facteurs tels que la disponibilité de structures telles que les centres sportifs et leur accessibilité.

Les facteurs *sociaux et culturels* affectent en général la santé et la qualité de vie d'une manière indirecte. Ils peuvent intervenir à un niveau micro (soutien social), à un niveau méso (la politique relative à l'usage du tabac, un climat de violence à l'école) et à un niveau macro (par exemple, habitudes culturelles, législation).

Les *modes de vie et aspects comportementaux* résultent de choix individuels conscients ou non. Fumer, suivre un régime, faire de l'exercice physique, utiliser des préservatifs ou attacher sa ceinture de sécurité en voiture en font partie. Ces facteurs incluent également le bien-être psychologique, la résilience, la gestion du stress.

Face à la pluralité des causes d'un problème de santé et à la diversité des approches potentiellement choisies pour y répondre, n'importe quel concepteur de projet aura besoin de faire des choix. Ceux-ci s'appuient habituellement sur l'identification des causes les plus déterminantes. Ils sont aussi fondés sur la capacité d'agir sur ces causes ; capacité qui est, quant à elle, étroitement liée au domaine de compétence de l'organisme concepteur du projet. Les structures de promotion de la santé ont tendance à se concentrer sur les modes de vie et les facteurs sociaux et occasionnellement sur des aspects de l'environnement physique tels que l'amélioration de l'accès aux soins de santé ou une bonne hygiène alimentaire à l'école. Les facteurs biologiques sont habituellement traités par des médecins.

Illustrons le schéma à partir d'un exemple. L'asthme, en tant que problème de santé affectant sérieusement la qualité de vie, peut être considéré à l'aune des quatre catégories de déterminants. Un médecin peut prescrire un médicament qui va réduire les symptômes en influençant les facteurs biologiques. Un organisme qui œuvre pour la réhabilitation de l'habitat peut aider à résoudre des problèmes d'humidité et promouvoir l'utilisation de matériaux adaptés dans la maison. Il influencera ainsi l'environnement physique. En essayant de changer l'opinion du public sur le tabagisme dans les lieux publics, les professionnels de la prévention cherchent à agir sur les facteurs sociaux. Enfin, une intervention sur le sevrage tabagique vise à influencer les modes de vie et les comportements. Ainsi, ce problème peut être traité à différents niveaux, en fonction des facteurs que l'on cherchera à influencer. Tout nouveau projet ne pourra contribuer que de manière très restreinte au problème de l'asthme.

Dans de nombreux cas, le déterminant sur lequel on cherchera à agir va être sélectionné au début du projet. Les catégories 2 et 3 (voir la vue d'ensemble au début du présent guide) doivent aider à élaborer des choix en connaissance des déterminants que l'on souhaite ou non traiter.

Références

- Hosman, C. (1997). Conceptual clarifications on promotion and prevention. In D. Trent & C. Reed (Eds.), *Promotion of mental health*. Brookfield VT: Avebury/Ashgate Publishing.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. Brussels: ECSC-EC-EAEC.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- WHO (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

2.1 Nature, gravité et étendue du problème

Preffi fait uniquement référence aux problèmes de santé ou aux "problèmes sanitaires et sociaux". La définition de la santé utilisée ici est celle proposée par l'OMS : la santé est un état de bien-être social, psychologique et physique. Quant à la qualité de vie, c'est un concept plus subjectif qui concerne la manière dont les individus perçoivent l'ensemble de leur existence. La qualité de vie s'applique aux trois domaines de la vie (Lindström & Kohler, 1991) :

- personnel (par exemple les valeurs personnelles, l'image de soi) ;
- interpersonnel (par exemple le mariage, les relations) ;
- externe (par exemple le travail, l'éducation, l'autonomie financière).

En préalable, le problème doit être catégorisé en fonction de sa nature. S'agit-il d'un problème de santé ou relève-t-il d'un des quatre facteurs ou déterminants précités (facteurs individuels, sociaux, culturels, environnementaux ou biologiques) ? Dans le second cas, la relation entre ces facteurs, l'état de santé et la qualité de vie doivent être précisées.

Dans la phase d'analyse d'un problème, il s'agit de sélectionner un problème à partir de l'importance qu'il revêt et de l'étudier. Plus le problème est perçu comme étant sérieux, plus il est justifié d'engager des actions pour le réduire ou le résoudre.

La nature du problème, sa gravité, son étendue et sa répartition doivent ensuite être définies.

Connaître la *nature* du problème signifie surtout que l'on cerne clairement le type de problème impliqué. On peut avoir affaire d'une part à un problème de santé ou d'autre part à un problème "social" affectant l'état de santé, comme le chômage, la criminalité ou un habitat de qualité médiocre. L'étude du problème implique aussi d'identifier les relations entre la santé et les problèmes sociaux. Cette phase peut être l'occasion de mettre en commun les points de vue et de renforcer ainsi les collaborations (voir également 2.3).

La *gravité* du problème fait référence aux conséquences du problème sur la qualité de vie des individus. De façon plus positive, on peut également faire référence aux avantages à attendre du traitement du problème.

L'*étendue* d'un problème fait référence à sa fréquence ou au nombre d'individus qu'il affecte.

La *gravité* et l'*étendue* sont des facteurs décisifs d'appréciation de l'importance du problème. L'analyse du problème peut à la fois être fondée sur des informations objectives et subjectives. Les premières font référence à des données sur la mortalité, la morbidité, l'absentéisme, mais aussi à d'autres indicateurs tels que les taux de criminalité, le chômage, etc. Les secondes reflètent la façon dont les individus perçoivent leur propre santé ou leurs conditions de vie.

Les projets envisagés cherchent le plus souvent à influencer sur des déterminants de l'état de santé ou de la qualité de vie, par exemple la cigarette ou le manque d'exercice. Dans de telles circonstances, il faut quand bien même prendre en considération les problèmes sanitaires ou sociaux (dans ce cas les maladies cardiovasculaires) qui en découlent, et ce, afin de démontrer l'importance du problème à traiter. De plus, ce type d'analyse peut révéler de nouveaux aspects importants et ouvrir des perspectives nouvelles de partenariats ou de sources de financement.

Niveau de preuve :2

Il est fourni par la logique. Il s'agit d'identifier un problème qui est suffisamment important pour justifier une action. Plus le problème est important, ou est perçu comme tel, plus les actions sont justifiables. Les schémas de planification des projets de promotion de la santé débutent ainsi souvent par une analyse de problème (voir par exemple le schéma PRECEDE-PROCEED).

Références

- Bouter, L.M. & Dongen, M.C.J.M. van (2000). Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brooks, R.B. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. American Journal of Orthopsychiatry, 64, 545-553.
- Jennings, T. & Scheerder, G. (2001). The role of health promotion in tackling social inequalities in health; research report. Brussels: VIG/ENHPA.
- Lindstrom, B. & Köhler, L. (1991). Youth, disability and quality of life. Pediatrician, 18,121-128.

2.2 Distribution du problème

La *distribution* d'un problème fait référence à son occurrence au sein de populations, de lieux ou de temporalités variables. Elle permet d'identifier des groupes à risque et de sélectionner le groupe concerné, ainsi que le lieu et le moment de l'intervention. La distribution implique des caractéristiques démographiques générales comme l'âge, le sexe, l'éducation, le niveau social. La distribution par lieux sous-entend que le problème se concentre dans certaines zones géographiques telles que des quartiers, des villes ou des régions. Au niveau local, la distribution peut être très précise, si l'on juge que par exemple la peur de la violence dans un quartier se concentre dans des rues en particulier. La distribution temporelle, enfin, concerne des problèmes qui apparaissent à des moments de l'année (par exemple, les blessures au ski en hiver) ou du jour (par exemple la conduite en état d'ivresse principalement le soir ou la nuit).

Cette information peut aider à préciser le problème et les groupes qu'il affecte et augmenter ainsi les chances pour que l'intervention soit plus pertinente.

Niveau de preuve : 2

Le niveau de preuve est largement basé sur la logique. La *distribution* est une question centrale dans les schémas de planification et l'épidémiologie.

Références

- Bouter, L.M. & Dongen, M.C.J.M. van (2000). Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.

2.3 Perception du problème par les acteurs

Cet indicateur concerne *la façon* dont le problème est perçu par les divers acteurs et les *raisons* pour lesquelles ils le perçoivent comme un problème. Les acteurs sont tout d'abord les individus parmi lesquels le problème de santé, comportemental ou environnemental apparaît (par exemple les jeunes), mais ce sont également ceux qui souffrent de ses conséquences (par exemple, les parents, les voisins) et les institutions concernées (par exemple les écoles, les organismes pour la jeunesse, les services de soins pour les jeunes).

La façon dont les acteurs perçoivent le problème constitue un indicateur de leur niveau de soutien potentiel aux actions et de leurs possibilités de collaboration. Si les acteurs ne perçoivent pas le problème, ils ne participeront pas aux activités ou ne seront pas réceptifs aux messages d'éducation pour la santé.

Les principales questions à poser sont :

- Les acteurs perçoivent-ils le problème en tant que tel ? ;
- Pourquoi est-il considéré comme un problème ? Quels sont les aspects du problème considérés comme importants ? ;
- Quelles conceptions des causes du problème et des solutions potentielles les acteurs développent-ils ? ;
- Se voient-ils jouer un rôle, et si oui, lequel ?

L'existence d'une pluralité de définitions d'un même problème ne constitue pas nécessairement un obstacle, chacun pouvant reconnaître ses divers aspects. Ainsi, les problèmes de consommation d'alcool chez les jeunes sont liés à la santé, aux résultats scolaires, à des aspects économiques, sécuritaires, à l'ordre public ou encore aux assurances. Dès lors que les différents acteurs reconnaissent leurs intérêts respectifs, les différentes facettes du problème peuvent fournir une base pour développer une approche collective qui repose sur une coalition forte.

Niveau de preuve : 2

Le niveau de preuve de cet indicateur résulte largement de l'expérience pratique, de l'approche communautaire (où la participation est un élément majeur) et de la littérature sur la mise en oeuvre des projets (plus le consensus sur le problème est grand, mieux les activités vont être mises en oeuvre).

Références

- Bekkering, T., Glas, H., Klaassen, D. & Walter, J. (2001). Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht: Het Spectrum.
- Grol, R.T.P.M., van Everdingen, J.J.E. & Casparie, A.F. (1994). Invoeren van richtlijnen en veranderingen. De Tijdstroom.
- Gordon, J.R. (1991). A diagnostic approach to organizational behavior (3^e ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Hosman, C. & Verburg, J. (1997). Het bevorderen van geestelijke volksgezondheid:

- een strategisch kader. In: G. Hutschemaekers, C. Hosman & P. van Lieshout (Red.), Geestelijke volksgezondheid. Houten/Diegen : Bohn Stafleu van Loghum.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (1996). Improving health through community organization and community building. In: K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer, Health behavior and health education (pp. 241-269). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
 - Mintzberg, H. & Quinn, J.B. (1992). The strategy process, concepts and contexts. New Jersey: Prentice-Hall.
 - Nathans, H. (1995). Adviseren als tweede beroep, resultaat bereiken als adviseur. Kluwer Bedrijfs wetenschappen.
 - Witkin, B.R., & Altschuld, J.W. (1995). Planning and conducting needs assessments: a practical guide. Thousand Oaks: Sage.

Chapitre 3. Déterminants

Introduction

Le chapitre précédent abordait la description du problème et la clarification du contexte dans lequel il devait être envisagé. Le présent chapitre décrit les façons de juger les facteurs pertinents pour résoudre le problème.

Facteurs comportementaux et environnementaux

Les organismes de promotion de la santé n'ont pas habituellement pour objectif de traiter des facteurs biologiques. Aussi, ces derniers sont-ils laissés de côté ici (cf. chapitre 2) pour mettre l'accent sur l'environnement physique, les facteurs sociaux et culturels, ainsi que les modes de vie (qui incluent le bien-être psychologique).

Les facteurs comportementaux et environnementaux ont un impact sur l'état de santé et la qualité de vie (cf. chapitre 2) et ils peuvent également s'influencer *l'un l'autre* : si de l'huile d'olive n'est pas disponible dans les magasins (environnement), personne ne pourra en utiliser (comportement). Dans les pays du Nord, la disponibilité (environnement) et la consommation (comportement) de l'huile d'olive ont augmenté ces dernières années, mais à des niveaux très éloignés de ceux des pays méditerranéens (facteurs sociaux et culturels).

Déterminants

Les facteurs comportementaux et environnementaux sont à leur tour influencés par d'autres facteurs *sous-jacents* qui sont appelés *déterminants* du comportement et de l'environnement. Le comportement de la population peut être déterminé par des déterminants comme les connaissances, les attitudes et les compétences.

L'explication d'un problème nécessite d'invoquer une ou plusieurs théories qui lient les différents déterminants les uns aux autres. Il faut non seulement prendre en compte les facteurs comportementaux et environnementaux *indésirables* mais également les comportements *effectifs* et les influences *positives* des facteurs sociaux et environnementaux.

Les points suivants concernent les modalités d'influence des déterminants sur le problème et la manière dont les interventions peuvent transformer ces modalités. Si les facteurs sociaux ou comportementaux encourageant ou entravant un comportement sont connus, les interventions doivent prendre en considération ces facteurs. Les changements les plus probants sont observés quand les interventions visent des facteurs *importants* et *susceptibles d'être modifiés*. Si l'on ne connaît pas ces derniers, le projet risque de ne pas être adapté aux motivations ou aux capacités des individus.

Diverses théories ont été développées pour identifier et décrire les déterminants pertinents. Les approches communautaires se concentrent habituellement sur les facteurs sociaux, l'environnement physique et le mode de vie, alors que l'éducation pour la santé se concentre habituellement sur le mode de vie.

3.1 Fondements théoriques

Un cadre théorique permet d'identifier et de mettre en relation ces facteurs et les déterminants pertinents (ou qui sont considérés comme pertinents) des comportements, des changements de comportements et de l'environnement physique. Ce cadre conceptuel peut être basé sur plus d'une théorie comme la théorie sociale cognitive de Bandura (1997), la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) ou le modèle transthéorique développé par Prochaska & DiClemente (1984).

Un cadre théorique ou conceptuel aide à identifier les déterminants potentiellement pertinents et peut éviter d'en oublier. Il fournit une vue d'ensemble des facteurs qui sont (ou sont supposés être) importants. De plus, il force les concepteurs du projet à expliciter et à vérifier leurs hypothèses ou leurs attentes concernant les relations entre les déterminants (au niveau individuel et environnemental) et un comportement (y compris la santé mentale) et entre les déterminants eux-mêmes. Plus le cadre est appliqué avec succès, plus la probabilité de formuler des hypothèses et attentes correctes augmente.

De plus, une théorie permet de mieux analyser les déterminants et d'évaluer les effets de l'intervention en fournissant des indicateurs. Ainsi, Fishbein and Ajzen (1975) établissent des modalités de définition des indicateurs de comportements, d'intentions, d'attitudes et de croyances.

Niveau de preuve : 5

De nombreuses analyses de la littérature (par exemple celles de Contento et al., 1995, ou de Dusenbury & Falco, 1995) et méta-analyses de l'efficacité de la promotion de la santé ont indiqué (ou au moins suggéré) que les interventions basées sur une théorie explicite sont plus efficaces que les autres. Il peut s'agir de théories générales ou spécifiques, comme la théorie sociale-cognitive et la théorie du comportement planifié. Il a également été démontré que ces théories permettent de repérer les déterminants, ce qui signifie que le niveau de preuve s'applique aussi à ce niveau.

Références

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2001). *Intervention mapping : designing theory - and evidence-based health promotion programs*. Mountain View, CA: Mayfield. Chapter 5 : Theories in health education and promotion.
- Contento, I., Balch, G.I., Bronner, Y.L., Lytle, L.A., Maloney, S.K., Olson, CM. & Swadener, S.S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research [Special issue]. *Journal of Nutrition Orthopsychiatry*, 27, 279-419.
- Dadds, M.R. (2001). Fads, politics, and research: keeping prevention on the mental health agenda. *Prevention and Treatment*, 4. <http://journals.apa.org/prevention/>
- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65(10), 420-425.
- Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related problems. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98.
- Goldman, K.D. & Schmalz, K.J. (2001). Theoretically speaking: overview and summary of key health education theories. *Health Promotion Practice*, 2(4), 277-281.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment*. 4. <http://journals.apa.org/prevention/>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Boston, MA: Addison-Wesley.
- Keijsers, J.F.E.M. & Vaandrager, L. (red.) (2000). *Gezond leven: stand van zaken en voorstel voor programmering*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Lochman, J.E. (2001). Issues in prevention with school-aged children: ongoing intervention refinement, developmental theory, prediction and moderation, and implementation and dissemination. *Prevention and Treatment*, 4. <http://journals.apa.org/prevention/>
- Meertens, R., Schaalma, H., Brug, J. & de Vries, N. (2000). Determinanten van gedrag. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R.M. Meertens, & H.T. van der Molen, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.

- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, 111: Dow Jones Irwin.
- Sandier, I.N., West, S.G., Baca, L. & Pillow, D.R. (1992). Linking empirically based theory and evaluation: The Family Bereavement Program. American Journal of Community Psychology, 20, 491-521.

3.2 Identification des déterminants

L'analyse vise à améliorer la situation en identifiant les déterminants les plus importants, c'est-à-dire ceux qui influencent les changements comportementaux ou environnementaux. Par exemple, explorer les raisons pour lesquelles les individus arrêtent ou non de fumer fournit de meilleures pistes pour concevoir une intervention que celle consistant à expliquer pourquoi les individus fument ou ne fument pas.

Niveau de preuve : 5

Le niveau de preuve de cet item est dérivé à la fois de la logique et d'une approche systématique. Les facteurs déterminants les comportements constituent un point central des schémas de planification pour la prévention et la promotion de la santé (par exemple dans le PRECEDE-PROCEED). On dispose également de preuves empiriques : on a montré que les interventions visant ces facteurs susceptibles de changements sont habituellement efficaces. Une méta-analyse de Kok & Godin a montré que les concepts de la théorie du comportement planifié pouvaient expliquer une proportion acceptable de changements de comportements. Les interventions basées sur ce schéma et visant la connaissance de ses propres capacités, les attitudes et l'influence sociale se sont en effet avérées efficaces.

Références

- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L. et al. (1993). The science of prevention. American Psychologist, 48, 1013-1022.
- Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related problems. American Journal of Health Promotion, 11(2), 87-98.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. Journal of Family Violence, 14, 99-132.
- Hains, A., Jandrisevits, M., Theiler, S. & Anders, K. (2001). On preventing mental disorders in school-aged children. Prevention and Treatment, 4. <http://journals.apa.org/prevention/>
- Seliman, M.E.P., Schulman, P., DeRubeis, R.J. & Hollon, S.D. (1999). The prevention of depression and anxiety. Prevention and Treatment, 2. <http://journals.apa.org/prevention/>
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. Psychological Bulletin, 115, 28-54.

3.3 Capacités d'évolution des déterminants

Une action a d'autant plus de chance d'être efficace si l'intervention vise des facteurs et des déterminants qui ont une influence *importante* sur le comportement ou qui sont susceptibles *d'évoluer*. Certains déterminants sont plus susceptibles de changer que d'autres. Une augmentation du niveau de connaissance s'obtient plus facilement qu'un changement de culture. Les capacités d'évolution dépendent aussi des options disponibles pour modifier des déterminants particuliers, du pouvoir et du statut dont on dispose, des caractéristiques des individus qu'il faut influencer et de celles des partenaires du projet, des niveaux de recrutement et de financement disponibles.

Niveau de preuve : 5

Le niveau de preuve résulte en partie de la logique, puisqu'il n'est évidemment possible de changer ce qui peut être amené à changer. Les preuves empiriques sont également considérables. Des effets beaucoup plus importants ont été observés sur des facteurs qui sont plus facilement amenés à changer (comme la connaissance) que sur des facteurs plus résistants au changement (comme l'attitude, les aptitudes et les facteurs environnementaux). Voir, par exemple, Rundall & Bruvold, 1988 et Van Gageldonk & Cuijpers, 1998.

Références

- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L. et al. (1993). The science of prevention. *American Psychologist*, 48,1013-1022.
- Rundall, T.G. & Bruvold, W.H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- Van Gageldonk, A. & Cuijpers, P. (1998). *Effecten van verslavingspreventie: overzicht van de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut

3.4 Priorités et sélection

A la fin de l'étape d'analyse (catégories 2 et 3), les concepteurs du projet doivent sélectionner les facteurs comportementaux et environnementaux précis et les déterminants spécifiques sur lesquels l'intervention doit concentrer ses efforts pour obtenir un changement. Ils doivent également avoir une idée précise des relations entre les facteurs comportementaux et environnementaux retenus et les problèmes de santé ou de qualité de vie (chapitre 2). Enfin, la population concernée doit être identifiée approximativement (l'identification plus détaillée de la population concernée est décrite au chapitre 4).

Délimiter le problème et la population concernée constitue un aspect important de la gestion de projet. Traiter un sujet de manière trop large peut freiner le projet, en particulier si les ressources disponibles (financement, recrutement) sont insuffisantes. La définition précise du problème, du risque ou de la population concernée favorise une utilisation efficace des ressources disponibles.

Niveau de preuve : 2

Le niveau de preuve de l'importance à accorder à ce travail de définition dérive principalement de l'expérience pratique de la démarche de projet.

Références

- Conduct Problems Prevention Research Group (2000). Merging universal and indicated prevention programs: the Fast Track model. *Addictive Behaviours*, 25, 913-929.

Sélection et conception des interventions

L'information recueillie à l'étape d'analyse est utilisée pour définir et concevoir le projet de promotion de la santé et pour sélectionner une ou plusieurs interventions. Choisir et concevoir des projets implique toujours d'associer et de coordonner des objectifs, des populations et des modalités d'action. Pour ce qui concerne Preffi, une telle combinaison est appelée « objectif-population-intervention » ou OPI, afin de souligner qu'une intervention est toujours liée à un objectif spécifique pour une partie précise de la population concernée. Un projet implique souvent plusieurs OPI. Les chapitres 4, 5 et 6 peuvent être appliqués à chacune des OPI.

Il est non seulement important de s'assurer que les diverses OPI sélectionnées sont compatibles, mais également qu'elles forment un tout cohérent et se renforcent les unes les autres. Cet aspect est décrit plus en détail au chapitre 6 à travers l'indicateur "cohérence des interventions/actions".

Chapitre 4. Population concernée par l'action

Introduction

La population concernée est celle qu'une intervention prévoit d'influencer. On établit souvent une distinction entre la population concernée et les relais qui sont les groupes via lesquels cette population va être atteinte.

Par exemple, imaginons une intervention qui consiste en une brochure qui conseille aux mères ayant des enfants âgés de 0 à 4 ans d'arrêter de fumer. La population concernée de cette intervention, c'est-à-dire le groupe dont le comportement doit être influencé, est celui des mères. Le plan de mise en oeuvre comporte la distribution de brochures auprès des infirmières des centres de santé. Cela implique que les infirmières doivent également modifier leur comportement puisqu'elles doivent remettre les brochures aux mères et en expliquer l'intérêt. Ici, les infirmières sont les personnes relais.

Les règles de la combinaison objectif-population-intervention (OPI) s'appliquent non seulement à la population concernée mais également aux personnes relais. Dans les deux cas, il est nécessaire, pour définir les modalités de l'action, de s'appuyer sur les caractéristiques de la population, sur les leviers et différentes étapes de changements de comportements.

Les professionnels de l'éducation et de la promotion de la santé et les praticiens de la prévention doivent justifier la définition de la population concernée à chaque étape du projet.

Les groupes visés doivent aussi être sélectionnés en fonction de la répartition du problème dans la population. Des groupes à risque sont, en effet, habituellement définis sur la base de l'importance du problème, de la prévalence de la maladie ou du facteur de risque au sein de la population.

On suppose, par exemple, que la proportion de personnes qui mangent très peu de fruits et légumes dans une ville est de 40 %. Les concepteurs du projet essaient d'identifier la population concernée sur la base de caractéristiques telles que le lieu, le niveau socio-économique, etc. Dans cet exemple, il est possible qu'un quartier particulier de la ville qui représente 25% de la population totale et où résident les populations les plus modestes, soit particulièrement concerné par ce problème. Cette population concernée particulière doit alors être plus précisément définie. Dans cet exemple, on peut décider de concentrer ses efforts sur des jeunes âgés de 12 à 18 ans et qui représentent 10 % de la population totale. Enfin, le pourcentage de la population qui est réellement touchée par l'intervention dans ce quartier défavorisé peut représenter 7 % de la population totale.

Il est important de réaliser que chacun de ces choix réduit la taille du groupe concernée par l'intervention et que le groupe atteint *in fine* est habituellement beaucoup plus petit que le groupe à risque.

Pour qu'une intervention soit efficace, elle doit tenir compte des caractéristiques des de la population concernée sur les plans démographiques et culturels, considérer les leviers des changements de comportements, les motivations, les freins, et l'accessibilité, c'est-à-dire la capacité d'atteindre des populations spécifiques. Ne pas tenir compte de ces propriétés augmente le risque que la population concernée ne soit pas atteinte, ne comprenne pas ou n'accepte pas le message ou qu'elle soit incapable de réagir face à lui.

Les différentes caractéristiques de population sont souvent liées. Par exemple, le sexe va déterminer quels comportements sont socialement acceptables pour les garçons et les filles. Les rôles induits par cette différenciation peuvent affecter de manière importante la motivation des garçons et des filles à s'engager dans un comportement particulier (comme celui de boire de l'alcool, utiliser un préservatif, faire de l'aérobic ou du rugby, etc.). Certains magazines pour les jeunes sont destinés principalement aux garçons, d'autres aux filles, ce qui doit être pris en compte lorsqu'on essaie d'atteindre l'un ou l'autre groupe.

4.1 Caractéristiques générales et démographiques de la population concernée

Cela comprend notamment l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la situation géographique, la taille de la population et des éléments qualitatifs tels que le contexte culturel.

En elles-mêmes, ces caractéristiques ne sont pas toujours importantes mais elles peuvent influencer les représentations, motivations, connaissances, attitudes et comportements face au thème ou au problème. Ainsi, les individus âgés ne présentent pas les mêmes aptitudes et motivations face aux exercices physiques que les plus jeunes, des individus présentant des niveaux d'études différents ne peuvent être atteints par les mêmes médias, etc. Il est donc nécessaire de préciser ces caractéristiques en les associant avec les indicateurs liés aux motivations, aux aptitudes au changement (4.2) et à l'accessibilité de la population concernée (4.3). Déterminer la taille de cette population est un moment important de la définition des objectifs.

Niveau de preuve : 5

L'idée qu'il était important d'adapter les interventions aux caractéristiques culturelles et sociodémographiques des populations a été fréquemment démontrée, en particulier dans les actions à destination de groupes multiculturels. Il existe de nombreuses preuves empiriques de l'influence de ces critères sur les motivations, les attitudes et aptitudes au changement (indicateur 4.2). De nombreuses études sur les déterminants ont abouti à l'idée que l'âge, le sexe et le niveau d'éducation constituaient des facteurs discriminants des motivations. Des méta-analyses de projets de prévention en santé mentale et relatifs à l'usage de substances psychoactives ont par exemple conclu que l'effet des programmes augmente avec le pourcentage d'individus de sexe masculins impliqués (Derzon & Lipsey, 2002; Jane-Llopis, 2002).

Références

- Airhihenbuwa, CO. (1995). Health and culture: beyond the Western Paradigm. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Derzon, J. & Lipsey, M. (2002). A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance use knowledge, attitudes and behaviour. In W. Crano (Ed.), Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research. Nahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41, 55-80.
- Huff, R.M. & Kline, M.V. (eds.) (1999). Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jane-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention. Nijmegen: Quickprint.
- Knight, B.G., Lutzky, S.M. & Macofsky-Urban, F. (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research.

4.2 Motivations et aptitudes au changement de la population concernée

La motivation est liée à la volonté de la population concernée à effectuer les changements prévus. Les aptitudes de la population concernée sont les capacités réelles (objectives) et perçues (subjectives) de changement potentiel et leurs freins. Ce sont les déterminants des changements comportementaux (connaissance, attitude, compétences et facteurs environnementaux) décrits dans le chapitre 3.

La motivation, la volonté et les aptitudes au changement de comportement varient selon les individus. L'évolution des pratiques se fait par étapes. Il s'agit d'identifier ces attitudes et ces différentes phases pour adapter les interventions en conséquence.

Ainsi, les actions vont différer selon qu'elles visent des individus qui n'ont pas conscience d'un problème (c'est-à-dire visant des personnes non motivées) ou des individus qui souhaitent changer de comportement mais auxquels il manque les aptitudes nécessaires.

La motivation recouvre souvent des aspects culturels tels que les opinions au sujet de la maladie et de la santé, etc. Toute intervention doit être élaborée de façon à s'adapter à ces caractéristiques aussi étroitement que possible.

Un autre aspect important concerne la volonté de changement des individus. Dans sa théorie de la diffusion des innovations, Rogers (1995) divisait la population en innovateurs, les adoptants précoces, la majorité précoce, la majorité tardive et les retardataires. Un innovateur peut et doit être approché différemment d'un retardataire. Il est difficile d'estimer à l'avance qui est à quelle étape de la courbe d'adoption. On peut supposer qu'il existe toujours différents sous-groupes au sein de la population concernée devant être traités de manière différenciée.

Niveau de preuve : 5

De nombreuses preuves empiriques mettent en évidence l'intérêt d'adapter les interventions aux motivations des populations concernées. Dans l'optique d'adapter l'éducation pour la santé à certains comportements (régime, usage du tabac), la recherche a montré que des interventions adaptées aux déterminants comportementaux spécifiques des individus sont plus efficaces que des actions plus générales. Par ailleurs, l'application du schéma transthéorique de Prochaska et DiClemente (1984), qui présente un schéma des changements de comportements, a souvent permis de bâtir des interventions efficaces. Dans son modèle du processus de précaution, Weinstein (1988) a prouvé qu'il était important que les individus prennent conscience de leur comportement. La nécessaire prise en compte des demandes et des besoins nécessite la participation de la population concernée, participation qui se voit particulièrement accentuée dans l'approche communautaire.

Références

- Brug, J., Glanz, K., Assema, P. van, Kok, G. & Breukelen, GJ. van (1998). The impact of computer-tailored feedback and iterative feedback on fat, fruit, and vegetable intake. *Health Education and Behavior*, 25(4), 517-531.
- Dijkstra, A. & De Vries, H. (1999). The development of computer-generated tailored interventions. *Patient Education and Counseling*, 36, 193-203.
- Huff, R.M. & Kline, M.V. (eds.) (1999). *Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kreuter, M.W., Strecher, V.J. & Glassman, B. (1999). One size does not fit all: the

- case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 276-283.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed). New York: The Free Press.
- Skinner, C.S., Campbell, M.K., Rimer, B.K., Curry, S. & Prochaska, J.O. (1999). How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 290-298.
 - Strecher, V. (1999). Computer-tailored smoking cessation materials: a review and discussion. *Patient Education & Counseling*, 36, 107-117.
 - Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

4.3 Accessibilité de la population concernée

L'accessibilité fait référence aux canaux, lieux ou relais permettant à l'intervention d'atteindre la population concernée, ainsi que les modalités de l'intervention visant à améliorer sa réception (tels que des messages accrocheurs, etc.). L'essentiel est de créer et de maintenir le contact avec cette population.

Si l'intervention n'arrive pas à atteindre en grande partie le groupe concernée, elle n'aura pas non plus d'effet sur lui. La réceptivité ou la participation la plus importante peut être obtenue en adaptant l'intervention aussi étroitement que possible aux options disponibles pour atteindre le groupe concerné. Ceci est vrai à la fois pour l'intervention elle-même (par exemple un stage) et pour la stratégie de recrutement des participants (par exemple publicités, brochures, Internet, bouche-à-oreille). Ceci implique de sélectionner des modes de communication qui s'adaptent au groupe concerné, des médias consultés de manière courante par ce groupe, des lieux où ses membres se rassemblent ou se rencontrent, ou des intermédiaires qui sont en contact étroit avec eux et en qui ils ont confiance. De plus, l'intervention elle-même (en termes d'activités, de matériel et de messages) doit être adaptée aux caractéristiques du groupe.

Enfin, les bons choix ne peuvent être faits sans une connaissance approfondie des divers aspects de la culture ou de la sous-culture (par exemple se réunir dans des cafés ou au coin d'une rue, lire les journaux locaux, utiliser les services d'experts en éducation adaptés au langage et à la culture propres au groupe concerné, etc.).

Niveau de preuve : 5

Il relève de la logique : si une intervention n'arrive pas à atteindre le groupe concernée, elle ne sera pas efficace. De plus, les facteurs optimisant l'exposition et la réception sont des variables issues de schémas théoriques comme celui de McGuire qui provient du champ de la psychologie sociale.

Références

- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L. et al. (1993). The science of prevention. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Huff, R.M. & Kline, M.V. (eds.) (1999). *Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McGuire, J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindsay & E.A. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology*, vol. 2, pp. 233-346. New York: Random House.

Chapitre 5. Objectifs

Introduction

On entend par objectif d'une intervention le résultat souhaité, c'est-à-dire les effets attendus. En prévention et en promotion de la santé, plusieurs types d'objectifs peuvent être définis à des niveaux interdépendants :

- a) Les questions *sociales* ou *économiques* induites par le problème de santé. L'objectif serait alors par exemple de réduire les coûts liés aux soins ;
- b) Le *problème de santé* ou un aspect de la *qualité de vie*. Par exemple, réduire le nombre de personnes touchées par un accident vasculaire cérébral, ou améliorer la qualité de vie de personnes souffrant d'asthme ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive ;
- c) Les *facteurs de risque et de protection*. Par exemple réduire le nombre de fumeurs, ou réduire l'exposition à la fumée de cigarette des personnes souffrant de l'asthme ou d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive ;
- d) Les *déterminants comportementaux et environnementaux* (décrits dans le 3^e chapitre). Par exemple stimuler *l'auto-efficacité* (c'est-à-dire la confiance en soi et la croyance en la capacité personnelle à adopter un comportement) de ceux qui veulent arrêter de fumer, ou soutenir le développement de lieux sans tabac ;
- e) Les *conditions préalables* à l'action. Par exemple obtenir le soutien et le financement d'organisations locales, renforcer ses compétences techniques, ou encore réaliser des vidéos ou d'autres supports. Ce sont des objectifs importants pour les praticiens de la promotion de la santé ;
- f) La *mise en œuvre de l'intervention* : la couverture territoriale ou populationnelle, le nombre d'interventions et le processus de mise en œuvre. Par exemple, réaliser cinq stages de sevrage tabagique, développer une politique contre le tabac dans 10 entreprises.

Les niveaux a à d sont discutés dans les chapitres 2 et 3. La réalisation des objectifs d, e et f est une condition préalable pour atteindre les niveaux a, b et c, ce qui signifie que les objectifs sont hiérarchisés. Atteindre un objectif relatif à la santé des populations nécessite de passer par toute une chaîne d'objectifs qui combinent souvent des interventions visant différents déterminants et groupes. Ces objectifs peuvent être combinés dans ce que l'on appelle une arborescence d'objectifs qui permet d'avoir une idée des objectifs intermédiaires à atteindre avant de pouvoir réaliser les objectifs finaux (relatifs par exemple à la qualité de vie), et de l'influence de la réalisation des premiers sur les seconds.

Par exemple, si le but est de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires (niveau b), les objectifs peuvent être l'arrêt du tabagisme, la pratique d'exercices physiques et l'adoption d'un bon régime nutritionnel (niveau c). Cet exemple revient à considérer trois chaînes d'objectifs. Viser l'arrêt du tabagisme nécessite de définir des objectifs relatifs aux déterminants comportementaux (niveau d), tels que l'intervention sur l'auto-efficacité, à travers par exemple l'éducation, des sessions organisées par le centre de soins local ou la prescription de patch de nicotine. Les conditions préalables (niveau e) peuvent être un partenariat avec des professionnels de santé et l'obtention d'un financement des fabricants de substituts nicotiques. Dans les objectifs de niveau f, on va par exemple préciser le nombre de sessions d'éducation à la santé et de brochures à visée éducative à distribuer par l'intermédiaire des pharmacies et des médecins généralistes.

Bien que les interventions à visée préventive aient toujours pour finalité un effet sur la santé (niveau b), il n'est pas toujours réaliste de pouvoir le démontrer à ce niveau. Dans de nombreux cas, une intervention fait partie d'une stratégie sociale plus large combinant plusieurs mesures visant à produire un effet démontrable sur la santé. Dans ce cas, on ne peut pas faire plus que de démontrer l'effet de l'action sur la réduction d'un facteur de risque particulier ou d'un comportement à risque (comme celui de fumer).

La *nature* des objectifs fait écho à ce qui doit être modifié. Par exemple, la prévalence d'une maladie, un comportement à risque, une attitude, un facteur de risque lié à l'environnement, ou le niveau de participation des écoles à un programme de prévention. Il est important que les objectifs soient formulés dans les termes les plus précis possibles. Ainsi, "réduire l'accès à l'alcool" devient par exemple "réduire le nombre de points de vente de boissons alcoolisées." Les objectifs peuvent être précisés à partir d'éléments tels que l'ampleur du changement prévu (par exemple, une réduction de 10 %), le taux de succès escompté, les personnes visées ou le territoire considéré, la durée et le coût maximum (en termes de moyens financiers ou d'effets secondaires).

L'analyse du problème, des objectifs et la conception de l'intervention ne se déroulent pas nécessairement de manière linéaire. Il s'agit plus souvent d'un processus cyclique impliquant un retour d'information afin que le problème, la population concernée, les objectifs et l'intervention soient cohérents. Aussi, dans de nombreux cas, les objectifs (en particulier de niveau e et f) peuvent être sélectionnés et précisés uniquement après l'examen des interventions possibles et de leurs chances de succès.

L'objectif est la base de toute intervention ; il indique ce que l'intervention tente d'obtenir et conduit donc à définir un processus de conception de l'intervention. Il sert aussi à analyser l'efficacité attendue de l'action, puisque l'évaluation des effets vise à regarder dans quelle mesure l'intervention a atteint son objectif. Sans formulation d'objectifs mesurables, les effets des interventions ne peuvent pas être démontrés. En résumé, développer des interventions adaptées, maximiser la probabilité de l'efficacité attendue et analyser l'efficacité attendue des interventions nécessitent que les objectifs soient aussi précis que possible.

5.1 Adéquation entre les objectifs et l'analyse du problème

Les objectifs doivent être définis à partir du résultat de l'analyse du problème, des problèmes comportementaux et environnementaux et des déterminants de ces problèmes pour chaque population concernée. Ainsi les objectifs seront adaptés à la population concernée.

Les objectifs guident les processus de conception de l'intervention et de l'évaluation. Par conséquent, il est nécessaire de décrire avec les termes les plus précis possibles les types de changements à atteindre et qui ils concernent. Les facteurs comportementaux et environnementaux pertinents ainsi que leur déterminants doivent être spécifiés sous la forme de comportements concrets. Utiliser un préservatif de manière efficace nécessite d'abord d'acheter un préservatif, de l'avoir sur soi au bon moment, d'en parler avec le ou la partenaire et de l'utiliser correctement. Ces objectifs de comportement spécifiques sont appelés *objectifs de performance* dans « Dresser le plan d'une Intervention ». Ces comportements sont basés sur des déterminants comportementaux (niveau d).

Niveau de preuve : 2

La preuve de l'importance de l'adaptation des objectifs à l'analyse du problème est largement fondée sur la logique : si les objectifs ne s'adaptent pas au problème, l'intervention à développer ne contribuera pas à la réduction du problème et ne sera donc pas efficace. Les auteurs ne connaissent aucune étude ou méta-étude qui ait examiné la relation empirique entre la manière dont sont formulés les objectifs et l'efficacité attendue des interventions.

Références

- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L. et al. (1993). The science of prevention. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Cowen, E. & Durlak, J.A. (2000). Gilvarry, E. (2000). Social policy and prevention in mental health. *Development and Psychopathology*, 12, 815-834
- Gillham, J.E., Shatte, A.J. & Freres, D.R. (2000). Preventing depression: a review of cognitive-behavioural and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 63-88.
- Gunning-Schepers, L., & Jansen, J. (Red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: IV Effecten van Preventie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hosman, C.M.H. (1994). *Omgaan met doelen in de preventieve geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: Research Groep Preventie en Psychopathologie, KUN.
- Nutbeam, D. (1999). Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *TSG*, 77, 15-23.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.
- Price, R.H., & Smith, S.S. (1985). *A guide to evaluate prevention programs in mental health*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1982). *Evaluation: a systematic approach*. Beverly Hills. Sage.
- Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1994). *Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

5.2 Les objectifs sont spécifiques, définis dans le temps et mesurables

Les objectifs doivent être formulés dans des termes mesurables et précis et la durée prévue pour les atteindre doit être indiquée.

Si les objectifs ne sont pas précis, il devient impossible de décider quelles interventions et quelles ressources sont requises pour les atteindre. Dans ces conditions, ils peuvent susciter des interprétations différentes, créant ainsi des confusions, des désaccords et aboutissent à une coordination médiocre des acteurs de l'intervention ; avec pour conséquence potentielle un non renouvellement ou une fin anticipée du projet.

Le caractère mesurable des objectifs est particulièrement important pour l'évaluation des effets des interventions qui consiste à vérifier dans quelle mesure les objectifs prévus ont été atteints. Si les objectifs n'ont pas été formulés en des termes mesurables, il devient impossible d'estimer l'effet et de tirer des leçons de l'évaluation.

Il est important de définir le laps de temps prévu pour atteindre les objectifs à travers un planning prévisionnel précis qui spécifie la durée du projet et le moment de l'évaluation des effets. On doit cependant admettre qu'il n'est pas toujours possible de déterminer la durée du projet, puisqu'on ne maîtrise pas toujours la rapidité des processus ; dans de tels cas, il est préférable d'opter pour une gestion du temps plus souple et de prendre en compte cette donnée lors du processus d'évaluation.

Niveau de preuve : 2

La preuve est basée sur des considérations logiques. De nombreux schémas de planification et d'évaluation de programmes soulignent que les objectifs ont besoin d'être précis et mesurables. Par exemple, la méthode « Dresser le plan d'une Intervention » (Bartholomew et al., 2001) implique de bâtir une matrice "d'objectifs d'apprentissage et de performance" spécifiques qui va servir de socle à l'évaluation des

effets des interventions.

Références

- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2001). Intervention mapping: designing theory - and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L. et al. (1993). The science of prevention. American psychologist, 48, 1013-1022.
- Gunning-Schepers, L., & Jansen, J. (Red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: IV Effecten van Preventie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hosman, C.M.H. (1994). Omgaan met doelen in de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: Research Groep Preventie en Psychopathologie, KUN.
- Price, R.H., & Smith, S.S. (1985). A guide to evaluate prevention programs in mental health. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1982). Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage.
- Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1994). Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

5.3 Les objectifs sont acceptables

Les objectifs doivent être acceptables pour les acteurs principaux, en particulier pour l'institution concepteur du projet, les financeurs, les partenaires ou les intermédiaires tels que les opérateurs et dans certains cas (en fonction de la nature du projet) pour le destinataire final (par exemple s'il s'agit d'un projet communautaire). L'acceptabilité d'une intervention et de ses objectifs est déterminée par de nombreux facteurs et considérations, comme la gravité perçue du problème, la façon dont il est interprété, l'effet attendu et la couverture de l'intervention, l'adéquation entre l'intervention et ses objectifs et les valeurs de la population concernée, les coûts d'une intervention (en termes de temps et d'argent), le rapport coût-bénéfice, la gravité et la portée de tout effet secondaire indésirable.

Si les acteurs principaux sont en désaccord avec les objectifs de l'intervention, celle-ci risque de ne pas être acceptée, avec des conséquences négatives sur les chances de mise en œuvre du projet, le niveau de participation et l'engagement, et de ce fait, sur l'efficacité attendue. En outre, il est aussi important de savoir si l'institution des concepteurs du projet considère que l'intervention et ses objectifs entrent dans le cadre de sa mission.

Niveau de preuve : 2

La preuve résulte partiellement de l'expérience issue de projets communautaires. En outre, les recherches sur les organisations ont montré que l'acceptabilité des objectifs est une condition préalable à la collaboration. A un niveau individuel, les théories de la psychologie sociale de la communication (par exemple, McGuire, 1985) montrent que l'acceptation du message est une pré-condition favorable aux changements d'attitude et de comportement.

Références

- Alter, C. & Hage, J. (1993). Organizations working together. Newbury Park, CA: Sage.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L. et al. (1993). The science of prevention. American Psychologist, 48,1013-1022.
- McGuire, J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindsay & E.A. Aronson (EdsJ), The handbook of social psychology, vol. 2, pp. 233-346. New York: Random House.
- Tones, K. & Tilford, S. (1994). Health education: effectiveness, efficiency and equity (2nd éd.). London: Chapman & Hall.

5.4 Les objectifs sont réalisables

Un objectif réalisable est un objectif qui peut, en principe, être atteint à l'aide des ressources disponibles, dans les conditions contextuelles et dans le laps de temps prévu. La faisabilité est particulièrement importante pour les objectifs intermédiaires, à court terme, et qui concernent les changements des déterminants environnementaux ou comportementaux. Ainsi, l'information concernant les capacités d'évolution des déterminants (indicateur 3.3) constitue un aspect important de l'analyse de la faisabilité.

La faisabilité est en général moins essentielle pour des objectifs généraux qui concernent l'amélioration de l'état de santé ou de la qualité de vie (par exemple en réduisant l'incidence des maladies cardiovasculaires). Ces objectifs ne sont réalisables qu'à très long terme.

En étant attentif à la faisabilité lors de la définition des objectifs, les attentes restent réalistes et on a davantage de chance de les satisfaire. Des objectifs qui sont trop difficiles à atteindre peuvent nuire à l'intérêt porté au projet et à son financement.

La faisabilité d'un objectif peut souvent être estimée en comparant les capacités nécessaires et disponibles pour le réaliser. Supposons un projet qui prévoit de fournir un soutien aux proches et aux enfants de personnes en difficulté avec l'alcool. Il est attendu, ou connu, qu'un stage de sensibilisation en cinq sessions de ces individus réduit significativement leur risque de rencontrer ce problème. Un stage moyen peut recevoir entre 8 et 12 personnes. Si dix de ces stages peuvent être réalisés en un an dans une région particulière, ceci va signifier que 100 personnes vont être touchées. Et si ceci est faisable, la question suivante est de savoir si toucher 100 personnes produit un impact suffisant pour atteindre l'objectif.

Le résultat d'une analyse de faisabilité conduit souvent à préciser les objectifs. Dans l'exemple donné ci-dessus, il est clair que dans une région de 300 000 habitants, un tel stage va atteindre moins de 1 % de l'entourage immédiat des résidents ayant une dépendance à l'alcool. Cela signifie qu'atteindre l'objectif de "fournir un soutien aux proches et aux enfants de personnes en difficulté avec l'alcool " va nécessiter des interventions supplémentaires. Une autre option est d'adapter les objectifs, par exemple en se concentrant sur le groupe de proches et d'enfants qui recherchent réellement de l'aide. On espérera alors toucher 40% de cette population concernée.

Niveau de preuve : 2

L'évidence est basée sur la logique et l'expérience pratique en gestion de projet.

Références

- Bekkering, T., Glas, H., Klaassen, D. & Walter, J. (2001). Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht: Het Spectrum.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L. et al. (1993). The science of prevention. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Nutbeam, D. (1999). Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *TSG*, 77,15-23.
- Tones, K. & Tilford, S. (1994). Health education: effectiveness, efficiency and equity (2nd éd.). London: Chapman & Hall.

Chapitre 6. Conception de l'intervention

Introduction

Une intervention est une activité spécifique visant obtenir un certain effet. Elle fait souvent partie d'un groupe d'interventions intégrées dans un programme de prévention.

Structure de ce thème

Sélectionner et concevoir l'intervention la mieux adaptée implique énormément de conditions. Cette catégorie a par conséquent été divisée en de nombreux indicateurs.

L'indicateur n°1 (section 6.1) aborde surtout les fondements théoriques et les expérimentations antérieures de la méthode d'intervention.

L'indicateur 2 (section 6.2) concerne la durée, le rythme et le calendrier de l'intervention. L'indicateur 3 (section 6.3) traite de l'ajustement de l'intervention à la population concernée.

L'indicateur 4 (section 6.4) recommande plusieurs méthodes et stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité. La pertinence de ces méthodes dépend cependant des déterminants concernés.

L'indicateur 5 (section 6.5) se concentre sur les options pratiques, en particulier sur leur mise en œuvre. Les questions s'appliquent si l'intervention doit être mise en œuvre par des intermédiaires.

L'indicateur 6 (section 6.6) pose la question de savoir si les interventions sont suffisamment détaillées et si la combinaison des interventions est assez cohérente.

Enfin, l'indicateur 7 (section 6.7) traite de l'importance de tester à petite échelle l'intervention ou le programme pendant l'étape de conception.

6.1. Logique de la stratégie de l'intervention

6.1.a Adaptation des stratégies et des méthodes aux objectifs et à la population concernée

Cet indicateur concerne la recherche des interventions, des stratégies et des méthodes adaptées aux objectifs de la partie de la population concernée visée. Dans ce contexte, les stratégies sont des applications théoriques (par exemple l'utilisation de modèles pédagogiques), tandis que les méthodes sont définies comme des outils pratiques, concrets, pour mettre en œuvre les stratégies (par exemple, l'utilisation d'une vidéo ou de jeux de rôle).

Un grand nombre d'interventions peuvent être utilisées en promotion de la santé. Il faut donc sélectionner l'intervention adaptée aux objectifs et à la population concernée prédéfinie, cette étape étant déterminante de l'efficacité attendue du projet. Si l'objectif est simplement d'augmenter la connaissance, distribuer une brochure peut être suffisant pour certaines populations. Cependant, si l'objectif est d'accroître les compétences, une brochure n'est pas adaptée puisque l'on doit donner à la population concernée la possibilité de mettre en pratique le comportement favorable, par exemple à travers des jeux de rôle.

On peut se référer aux ouvrages de pédagogues qui présentent de nombreux types d'interventions pouvant répondre à des objectifs variés.

Niveau de preuve : 5

Les données probantes sont disponibles dans beaucoup de manuels ; elles ont été générées non seulement par l'expérience pratique mais également par la recherche. La majeure partie de la preuve scientifique provient de la psychologie (par exemple, Bandura en ce qui concerne les compétences et McGuire pour le changement d'attitudes). Le chapitre 6 du livre « Dresser le plan d'une Intervention » de Bartholomew et al. décrit de

manière détaillée quelles méthodes sont adaptées pour quels objectifs.

Références

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G & Gottlieb, N.H. (2001). Intervention mapping: designing theory - and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield. (Chapter 6)
- McGuire, J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindsay & E.A. Aronson (Eds.), The handbook of social psychology, vol. 2, pp. 233-346. New York: Random House.

6.1.b Capitalisation des expériences

Cet indicateur fait référence à des applications précédentes de la méthode d'intervention sélectionnée, que ces expériences se soient ou non soldées par un succès. Il peut concerner l'efficacité (ou le manque d'efficacité) estimée à travers la recherche ("données probantes"), mais si aucune preuve de ce type n'est disponible, une expérience pratique peut également être utilisée.

Il est utile d'estimer si une méthode d'intervention a déjà été utilisée auparavant et quels ont été les résultats. Cela évite aux concepteurs de faire l'impasse sur des aspects importants de l'intervention et des conditions contextuelles ou de refaire ce qui a déjà été fait. Il peut même être possible de reproduire entièrement une intervention existante. Cependant, l'efficacité prouvée par le passé par des projets ne garantit pas que la même intervention va être efficace aujourd'hui. Les chances de succès seront supérieures si les circonstances correspondent plus étroitement à celles d'applications plus récentes.

Niveau de preuve : 2

Ici, les données probantes sont comprises au sens large, incluant non seulement les découvertes de la recherche mais également l'expérience pratique. Le principe d'une pratique basée sur des données probantes est logique, à travers l'apprentissage de l'utilisation des connaissances et des expériences disponibles. Il existe un consensus sur l'idée que les activités et les projets élaborés à partir de données probantes sont plus efficaces que les autres.

Références

- Green, J. & Tones, K. (1999). Towards a secure evidence base for health promotion. *Journal of Public Health Medicine*, 21(2), 133-139.
- IUHPE (1999). The evidence of health promotion effectiveness. Part two: evidence book. Brussels/Luxembourg: ECSC-EC-EAEC.

6.2 Durée, rythme et calendrier

6.2.a Durée et rythme de l'intervention

La durée et le rythme font référence à "l'ampleur" de l'intervention. La durée fait référence à celle de l'intervention et de ses suites potentielles. La fréquence concerne la répétition de l'intervention (par exemple, le nombre de sessions en groupe, le nombre de diffusions à la télévision, etc.). Le rythme fait référence à tout changement de fréquence dans le temps, par exemple offrir des sessions en groupe à une fréquence initialement élevée et augmenter ensuite progressivement les intervalles.

La durée et le rythme d'une intervention déterminent en général son efficacité attendue : avec une seule session on obtient habituellement moins de changement qu'avec cinq ou dix sessions. La durée et le rythme nécessaires dépendent évidemment de l'objectif. Si l'intention est simplement d'augmenter la connaissance au sein de la population

concernée, l'intervention peut être plus courte que si elle cherche à modifier le comportement dans une situation complexe.

Il n'est pas toujours possible d'apprécier le rythme optimal d'une intervention qui peut néanmoins parfois être estimée sur la base d'une expérience antérieure décrite par la littérature ou des experts.

Niveau de preuve : 5

L'importance de la durée et du rythme a été démontrée par une preuve scientifique. Ainsi, une étude réalisée par l'Institut Néerlandais de la Santé Mentale et de la Dépendance (*Trimbos Instituut*) a montré que des programmes de prévention de la dépendance dans les écoles ont plus d'effets sur les comportements s'ils ne durent pas plus que deux mois, bien que sessions "de rappel" soient importantes.

Une recherche plus récente effectuée aux Etats-Unis, basée sur la littérature et sur des entretiens avec des experts, suggérait que les programmes d'éducation scolaire sur les substances psychoactives devaient comporter au moins dix sessions et au moins cinq sessions de suivi l'année suivante.

L'efficacité des interventions courtes est aussi de plus en plus prouvée par la science. Il existe aussi des preuves scientifiques, telles que celle de la Minimal Intervention Strategy (MIS) sur le sevrage tabagique et des entretiens sur les motivations des jeunes consommant des quantités excessives d'alcool.

Une méta-analyse des interventions en promotion de la santé mentale a montré que les programmes plus longs (au moins trois mois et douze sessions) conduisaient à des effets plus importants chez les enfants, tandis que des programmes plus courts (jusqu'à six semaines et comportant moins de douze sessions) étaient plus efficaces chez les adultes (Jane-Llopis, 2002).

Références

- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65(10), 420-425.
- Jane-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention. Nijmegen: Quickprint.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S. & Larimer, M. (1995). Preventing alcohol abuse in college students: a harm reduction approach. In: G.M. Boyd, J. Howard & R.A. Zucker (eds.), *Alcohol problems among adolescents: current directions in prevention research*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature, *Journal of Studies on Alcohol*, 50(1), 54-88.
- Pieterse, M. (1999). Stoppen met roken met hulp van de huisartspraktijk. Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventiestrategie. Enschede: Doctoral thesis, Universiteit Twente.
- Van Gageldonk, A. & Cuijpers, P. (1998). Effecten van verslavingspreventie: overzicht van de literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut.

6.2. b Calendrier de l'intervention

Le calendrier fait référence au moment choisi pour l'intervention. Il peut s'agir d'une période de l'année (été, vacances scolaires) ou du niveau d'expérience de la population concernée (si elle a eu ou non une quelconque expérience d'un comportement particulier).

Le calendrier doit tenir compte de tous les groupes intermédiaires et leur contexte. En outre, les concepteurs du projet doivent se demander si le climat socio-politique est propice à l'intervention.

C'est à cette étape que les concepteurs ont besoin d'apprécier le moment propice pour mettre en oeuvre l'intervention. Ils ont également besoin de tenir compte des courants socioculturels : sont-ils susceptibles de porter le projet ou ceux-ci renforcent-ils ces tendances ou les contrecarrent-ils ? Si la consommation de viande diminue, alors qu'en même temps de nouveaux cas d'encéphalopathie spongiforme bovine sont découverts, ou s'il existe une autre crise agricole, le climat peut être propice à des interventions promouvant des modes de nutrition plus favorables à la santé.

Le moment choisi fait aussi référence à la période de l'année durant laquelle se déroule l'intervention : ce n'est peut-être pas une bonne idée d'introduire de nouveaux programmes ou outils pédagogiques dans les écoles juste avant les vacances d'été. D'un autre côté, cela peut être le bon moment s'il s'agit de la période de l'année où les enseignants sélectionnent les programmes ou outils pédagogiques à utiliser l'année suivante.

Le moment de l'intervention doit être adapté à la prédisposition de la population concernée. Cette prédisposition peut être liée aux saisons : des interventions pour éviter les cancers de la peau dus au soleil sont probablement plus efficaces au printemps et en été, tandis que des interventions visant à arrêter de fumer peuvent être proposées autour du Nouvel An, lorsque de nombreux fumeurs prennent leurs résolutions de nouvelle année comme celle d'arrêter de fumer. Le moment choisi peut également être lié au niveau d'expérience de la population concernée et à ses comportements. Certains projets de prévention sont plus efficaces au moment où la majorité de la population concernée n'a pas encore d'expérience vis-à-vis des pratiques que le projet tente d'empêcher. Les programmes de prévention contre la toxicomanie dans les écoles, par exemple, donnent de meilleurs résultats s'ils sont débutés dans la première année de l'enseignement secondaire.

Niveau de preuve : 5

Il existe une preuve scientifique considérable de l'importance du moment choisi. L'exemple ci-dessus concernant le moment choisi pour un programme de prévention de la toxicomanie dans les écoles est issu d'une revue systématique de la littérature (Van Gageldonk & Cuijpers, 1998).

Références

- Kellam, S.G., Rebok, G.W., Mayer, L.S. & Jalongo, N. (1994). Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychopathology*, 6, 463-481.
- Van Gageldonk, A. & Cuijpers, P. (1998). *Effecten van verslavingspreventie: overzicht van de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.

6.3 Adapter les interventions à la population concernée

6.3.a Participation de la population

concernée

La participation de la population concernée signifie que les membres de la population concernée s'impliquent dans la planification de l'intervention. Diverses typologies de participation reflétant l'étendue de l'intensité et la nature de cette participation ont été proposées. Une typologie couramment utilisée, celle développée par Pretty (1995), effectue une distinction entre sept niveaux. On trouve aux deux extrêmes des projets "fondés sur l'expertise" ou sur une approche descendante d'une part et une participation "basée sur la population concernée" ou ascendante (participation active, auto-mobilisation) d'autre part. En bas de cette échelle, la population concernée n'est pas impliquée dans les plans d'intervention mais il est au mieux informé de ces derniers. La consultation constitue une forme de participation minimale au cours de laquelle on

demande à la population concernée de formuler des commentaires qui seront pris en compte dans un projet ultérieur. Des formes de participation plus actives vont de pair avec une implication étroite de la population concernée dans les prises de décision. Dans l'autogestion qui est la forme la plus active de participation, la population concernée prend des décisions de manière indépendante. On peut citer comme un exemple d'autogestion un groupe de mères dont les enfants doivent traverser une rue très fréquentée et qui élaborent un plan pour protéger leurs enfants.

Si l'on décide d'utiliser une intervention d'une autre institution ou développée sur un autre terrain, par exemple une action conçue au niveau national et appliquée localement, la participation pourra être considérée à deux niveaux. D'une part, on doit décider dans quelle mesure l'ensemble de la population concernée sera impliqué dans la conception de l'action, par exemple sous la forme d'un panel national de parents. D'autre part, on tiendra compte de population spécifique du projet local qui peut par exemple être constitué des résidents d'un certain âge d'un quartier particulier. En fonction des différences entre la population concernée dans son ensemble et les populations spécifiques, on pourra estimer dans quelle mesure l'action peut être transférée ou généralisée. Puisque l'on part d'une intervention existante, la participation d'une population concernée précise peut se concentrer sur le type d'action à retenir. La population spécifique peut être impliqué dans la sélection de l'intervention et peut chercher à l'adapter à ses souhaits, besoins et possibilités.

Etant mieux adaptée au groupe, l'intervention se voit mieux acceptée et soutenue par celui-ci, et est donc plus efficace.

Adapter l'intervention à la population concernée nécessite au moins que l'on connaisse ses opinions. C'est pourquoi la consultation est considérée comme un minimum requis. Plus la participation de la population concernée est active, plus celui-ci adhèrera à l'intervention, ce qui d'une part influence favorablement la coordination, le soutien et l'acceptation et peut d'autre part avoir pour résultat l'émancipation de la population concernée. A des niveaux de participation élevés, la population concernée a habituellement son mot à dire non seulement lors de la conception de l'intervention, mais aussi en amont, lors du processus de définition ou d'identification du problème et de l'établissement des objectifs. La population concernée devient alors le fondateur du projet. Les actions communautaires recourent fréquemment à cette démarche qui n'est cependant pas adaptée à tous les projets. C'est par exemple le cas si un problème de santé est détecté par un organisme de recherche avant d'être perçu comme un problème par la population concernée. C'est également vrai pour les interventions relativement techniques que connaît mal la population concernée. Le niveau de participation doit donc être adapté à la nature du projet.

Niveau de preuve : 5

Dans le domaine de la promotion de la santé, l'importance de la participation due la population concernée dans l'optique d'élaborer des interventions qui lui sont adaptées fait l'objet d'un large consensus. Cette idée fait probablement l'objet d'une vérification empirique importante à partir d'interventions visant des groupes culturels ou ethniques spécifiques.

La preuve que la participation de la population concernée est essentielle pour obtenir le soutien et l'adhésion résulte principalement de la littérature relative à des expériences d'interventions communautaires.

Références

- Arnstein, S.R. (1971). Eight rungs on the ladder of citizen participation. In: E.S. Cahn & B.A. Passett (eds.), *Citizen participation; effecting community change*. New York: Praeger Publishers, pp. 69-91.
- Huff, R.M. & Kline, M.V. (eds.) (1999). *Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Pretty, J.N. (1995). *Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance*. London: Earthscan Publications Ltd.

- Rifkin, S.B., Lewando-Hundt, G. & Draper, A.K. (2000). Participatory approaches in health promotion and health planning: a literature review. London: Health Development Agency.

6.3.b Adaptation culturelle

Le terme culture fait référence à un ensemble d'habitudes, de façons de faire, de mentalités et de règles écrites et non écrites prévalant au sein de groupes spécifiques. Elle fait aussi bien écho à des opinions, des habitudes, des rôles au sein de groupes ethniques ou religieux particuliers ou encore aux modes de loisirs des jeunes ou à la sous-culture homosexuelle.

La culture détermine la façon dont les individus perçoivent le monde et comment ils se comportent (ou devraient se comporter) vis-à-vis des autres. Plus les cultures sont différentes, plus la probabilité est importante pour que des mots, des symboles ou des gestes puissent avoir des significations différentes. Si une intervention n'est pas adaptée à la culture de la population concernée, elle risque de ne pas être efficace, soit parce qu'elle n'atteint pas la population concernée ou parce que celle-ci ne comprend pas le message, refuse de l'accepter ou est incapable de réagir face à lui. Il est important d'adapter à la culture de la population concernée toutes les composantes de l'intervention, y compris le message, la façon de le diffuser, la méthode et l'émetteur.

L'idée d'adaptation culturelle fait non seulement référence aux différents groupes au sein d'une société multiculturelle, mais également aux sous-cultures d'un pays. Il existe de nombreux exemples d'interventions pour lesquelles l'émetteur utilisait les mauvais mots, avait des outils inadaptés ; avec pour conséquence de nuire à la crédibilité de l'éducateur ou de l'émetteur puisqu'il ignore la culture de la population concernée spécifique. En conséquence, ce dernier considère qu'il n'est pas pris au sérieux et ignorera souvent le message dont l'effet sera alors très limité.

Il peut y avoir non seulement des différences majeures entre des personnes provenant de cultures différentes (au sens large du terme) mais également entre des individus issus d'une même culture. Si l'intervention manque de nuances et reflète une image stéréotypée, on peut s'attendre à ce qu'elle ne puisse être acceptée et donc qu'elle soit inefficace.

Niveau de preuve : 5

L'idée d'adapter les interventions à la culture de la population concernée est un thème familier des sciences de la communication (par exemple Oomkes, 1977) qu'elles ont exploré à travers des recherches empiriques. L'existence d'une société multiculturelle a favorisé le consensus sur l'idée qu'il était important d'adapter une intervention à la population concernée et à sa culture. De nombreux ouvrages l'ont souligné en se basant sur des études scientifiques elles-mêmes issues de nombreuses études de cas.

Références

- Airhihenbuwa, CO. (1995). Health and culture: beyond the Western paradigm. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Huff, R.M. & Kline, M.V. (eds.) (1999). Promoting health in multicultural populations: handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Oomkes, F.R. (1977). Handboek voor gespreksttraining: programmeren, werkwijzen, hulpmiddelen, procedures en oefeningen. Meppel: Boom.

6.4 Méthodes et techniques efficaces

Cet indicateur présente plusieurs méthodes et techniques qui se sont souvent révélés efficaces dans des interventions. Ces items ne sont pas nécessairement toujours pertinents dans toutes les situations, puisqu'ils peuvent concerner des déterminants spécifiques. Ils méritent d'être considérés pour leur pertinence et leurs potentialités. Il est généralement conseillé d'incorporer autant de techniques pertinentes que possible dans l'intervention.

6.4.a Place laissée à une approche personnalisée

Dans ce contexte, une approche personnalisée signifie qu'une intervention est (ou peut être) adaptée à un individu et à son environnement. Il peut s'agir d'interventions "sur mesure" ou d'actions interactives telles des questions-réponses sur un site Internet ou des séances d'éducation pour la santé. Cet indicateur rejoint « l'approche interactive » (6.4.i).

Une approche personnalisée est *a priori* plus pertinente car elle s'adapte mieux aux idées, souhaits, leviers et freins des bénéficiaires. Il existe plusieurs façons de personnaliser une intervention. Lors d'une séance d'éducation pour la santé, une interaction est possible et le bénéficiaire peut exposer sa situation et l'animateur y répondre. Dans un autre type d'intervention sur mesure, le message est adapté aux caractéristiques individuelles, par exemple à travers l'analyse des déterminants individuels. On peut aussi classer dans ce type d'interventions celles qui incluent des tests de connaissances ou de comportements.

Niveau de preuve : 5

De nombreuses preuves scientifiques attestent de l'effet positif d'une approche personnalisée sur l'efficacité attendue des actions. Mullen et ses collègues l'avaient déjà démontré en 1985 dans une méta-analyse des études relatives à l'éducation du patient. De nombreuses revues de la littérature et méta-analyses systématiques ont depuis montré que les interventions interactives sont plus efficaces, par exemple dans les programmes scolaires. Dans les années 90, d'importantes recherches ont été réalisées sur l'effet des interventions sur mesure, par exemple sur le sevrage tabagique ou les régimes alimentaires. Ces interventions se sont habituellement avérées plus efficaces que celles conçues pour une population concernée type.

Références

- Brug, J., Glanz, K., Assema, P. van, Kok, G. & Breukelen, G.J. van (1998). The impact of computer-tailored feedback and iterative feedback on fat, fruit, and vegetable intake. *Health Education and Behavior*, 25(4), 517-531.
- Gageldonk, A. van & Cuijpers, P. (1998). Effecten van verslavingspreventie: overzicht van de literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kreuter, M.W., Strecher, V.J. & Glassman, B. (1999). One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 276-283.
- Mullen, P.D. et al. (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14, 753-781.
- Skinner, C.S., Campbell, M.K., Rimer, B.K., Curry, S. & Prochaska, J.O. (1999). How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 290-298.
- Strecher, V. (1999). Computer-tailored smoking cessation materials: a review and discussion. *Patient Education & Counseling*, 36, 107-117.

6.4.b Retour d'information vers les bénéficiaires (sur leur situation ou leurs comportements ou sur les effets de l'intervention)

L'information relative à la situation ou aux comportements des bénéficiaires ou sur les effets de l'intervention doit leur être communiquée. On indique, dans cette restitution, dans quelle mesure l'objectif prévu a été atteint, par exemple le poids qu'une personne a perdu depuis le début d'un cours de type « Weight Watchers ». Cela veut donc dire que le retour d'information se fait de façon personnalisée.

Cette restitution porte souvent sur un risque, un problème de santé ou sa réponse et sur une incitation au changement. Il peut également s'agir de mettre en perspective la situation du bénéficiaire avec celle du groupe, avec les normes sociales, etc. On ne sait pas encore clairement comment cette restitution agit sur les destinataires. DiClemente et al. (2001) a suggéré que plusieurs processus étaient en jeu. Le retour d'information tente habituellement d'accroître l'implication par rapport au problème et l'impact du message en encourageant les destinataires à persévérer ou à ajuster leur comportement.

Cependant, cette restitution peut également avoir des effets défavorables et l'on n'est pas sûrs des conditions qui déterminent ce type d'effet (Kluger & De Nisi, 1996). Une méta-analyse et plusieurs revues de la littérature en prévention et en promotion de la santé ont montré que les effets sont plus souvent positifs que négatifs. C'est aussi le cas de la théorie de l'attribution qui souligne l'importance, pour les bénéficiaires, de l'identification des causes des succès et échecs. S'ils attribuent une réussite à des facteurs personnels (par exemple un engagement sérieux), ceci les motivera à persévérer. S'ils connaissent l'échec, et qu'ils l'attribuent à un facteur sur lequel ils sentent qu'ils n'ont pas d'influence (par exemple un manque de talent ou de persévérance) leur motivation va décliner, augmentant la probabilité d'un autre échec.

Niveau de preuve : 5

Une méta-analyse (Kluger & De Nisi, 1996) des effets du retour d'information en psychologie a montré que celui-ci avait habituellement un effet favorable dans deux tiers des cas. Une méta-analyse en éducation du patient réalisée par Mullen et al. (1985) a révélé que cette restitution constituait un élément d'amélioration des effets des interventions. Plusieurs revues de la littérature en prévention et en promotion de la santé, en particulier relatives à des interventions *ad hoc* sur les thématiques de l'alcool, du tabac et de la nutrition sont arrivées la même conclusion (voir DiClemente et al., 2001; Kreuter et al., 1999; Skinner, et al., 1999; Strecher, 1999), de même que des projets hollandais *ad hoc* (par exemple Brug et al., 1998).

Références

- Brug, J., Glanz, K., Assema, P. van, Kok, G. & Breukelen, G.J. van (1998). The impact of computer-tailored feedback and iterative feedback on fat, fruit, and vegetable intake. *Health Education and Behavior*, 25(4), 517-531.
- DiClemente, C.C., Marinilli, A.S., Singh, M. & Bellino, L.E. (2001). The role of feedback in the process of health behavior change. *American Journal of Health Behavior*, 25(3), 217-227.
- Kluger, A.N. & De Nisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119(2), 254-284.
- Kreuter, M.W., Strecher, V.J. & Glassman, B. (1999). One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 276-283.
- Mullen, P.D. et al. (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14, 753-781.
- Skinner, C.S., Campbell, M.K., Rimer, B.K., Curry, S. & Prochaska, J.O. (1999). How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(4), 290-298.

- Strecher, V. (1999). Computer-tailored smoking cessation materials: a review and discussion. *Patient Education & Counseling*, 36,107-117.

6.4.c Utilisation de stratégies de récompense

L'utilisation de stratégies de gratification est interprétée ici dans son sens le plus large, en tant que récompenses matérielles ou immatérielles à des comportements adaptés. Plusieurs signes de reconnaissance peuvent être mobilisés : complimenter oralement le bénéficiaire, pointer du doigt les avantages qu'il peut tirer de sa participation à l'intervention ou de son changement de comportement. Cette approche peut aussi consister à punir les comportements ou changements indésirables en augmentant par exemple le contrôle des conduites en état d'ivresse. L'utilisation de récompenses ou de punitions est aussi connue comme un renforcement, principe courant des théories de l'apprentissage, en particulier lors d'un conditionnement opérant, lorsqu'un comportement doit être renforcé.

Le renforcement est aussi un concept-clé des théories de l'apprentissage (par exemple dans le modelage). Dans ce contexte, il fait référence, dans le cadre de changements de comportements, à la façon dont le stimulus environnemental est perçu. Les avantages et les inconvénients qu'une personne peut attendre de l'adoption d'un comportement jouent ici un rôle. Les individus vont avoir davantage tendance à modifier leur comportement s'ils en attendent des avantages. Il est donc important de connaître les avantages et les inconvénients des changements de comportements du point de vue du bénéficiaire. Par exemple, les problèmes de santé apparaissant seulement à long terme ne vont pas être perçus comme pertinents, en particulier par les jeunes. Il est donc plus utile de souligner les avantages à court terme du comportement favorisé.

Niveau de preuve : 5

Les recherches en psychologie fournissent des preuves scientifiques conséquentes de l'effet de récompenses sur les comportements adoptés, par exemple lors d'un conditionnement opérant (Skinner). Dans le contexte de la prévention et de la promotion de la santé, l'effet favorable de stratégies de récompense a été démontré dès 1985 à partir d'une méta-analyse d'interventions en matière d'éducation du patient.

Références

- Mullen, P.D. et al. (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14, 753-781.
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.

6.4.d Suppression des obstacles à l'adoption d'un comportement favorable à la santé

Les obstacles à l'adoption de comportements favorables à la santé relèvent en particulier de facteurs environnementaux comme la disponibilité et l'accessibilité à des éléments matériels tels que des préservatifs, mais peuvent impliquer aussi les perceptions ou les attitudes des individus lorsque par exemple ils n'osent pas acheter ces produits.

La motivation seule n'est pas suffisante pour permettre aux individus d'adopter le comportement le plus favorable. Des facteurs environnementaux sont aussi en jeu. Par exemple, l'éducation nutritionnelle dans les usines destinées à encourager les individus à adopter un comportement alimentaire plus favorable à leur santé va avoir un effet très faible sur les habitudes alimentaires au moment du déjeuner si le restaurant d'entreprise ne permet pas de la mettre en oeuvre.

Niveau de preuve : 5

La preuve dérive de la logique, de l'expérience pratique des volontaires, de schémas théoriques (tels que la théorie socio-cognitive et le schéma transthéorique) et d'une méta-analyse réalisée par Mullen et al. (1985).

Références

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Mullen, P.D. et al. (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14, 753-781.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.

6.4. e Mobilisation d'un soutien/engagement social

Par soutien social, on entend le soutien des individus par leur environnement social en vue de les aider à adopter un comportement favorable. Ces relations de soutien combinent les soins, la confiance, l'ouverture d'esprit, d'acceptation et le soutien spécifique d'un changement de comportement. Elles peuvent prendre la forme d'un soutien affectif (par exemple encouragement, consolation ou écoute) ainsi qu'un soutien instrumental (aide concrète).

Les individus ne vivent pas dans un vide social mais dans un environnement dans lequel ils ont des contacts avec les autres et dans lequel ils partagent certaines idées et habitudes. Les individus sont non seulement influencés par leur entourage mais par leur environnement qui peut encourager ou inhiber la motivation d'un individu à adopter un comportement favorable. Dans certains cas, les comportements sont directement tributaires d'autrui : ceci est vrai de l'utilisation de préservatifs, et pour ceux qui, dans une famille, dépendent du responsable des achats et de la préparation des repas. Il est évidemment plus facile de changer durablement le comportement de quelqu'un s'il est soutenu par l'environnement social. Il est quelques fois possible de mobiliser le soutien à l'extérieur de l'environnement social habituel. On doit se souvenir, cependant, qu'en dépit des meilleures intentions, le soutien peut également être perçu comme gênant ou perturbant par les individus concernés qui peuvent le percevoir comme une forme de harcèlement.

Niveau de preuve : 5

Il existe de nombreuses preuves scientifiques indiquant l'importance des facteurs sociaux dans les changements de comportement, la majorité d'entre elles étant issues de la littérature sur les déterminants des comportements sanitaires. Il en est de même pour la mobilisation du soutien social. Les programmes de prévention contre le tabagisme dans les écoles, par exemple, sont plus efficaces si les parents les soutiennent (Aarts et al., 1997). D'un autre côté, les évaluations des programmes nutritionnels dans les écoles ont montré qu'impliquer les parents a seulement un effet favorable auprès des plus jeunes et se révèle improductif auprès des aînés.

Références

- Aarts, H., Paulussen, T., Willemse, G., Schaalma, H., Bolman, C. & De Nooijer, J. (1997). *Preventie van hart- en vaatziekten: een review van internationaal effectonderzoek naar rookpreventie bij jongeren*. Den Haag/Woerden/Maastricht: Nederlandse Hartstichting/NIGZ/Universiteit Maastricht.
- Hersey, J.C., Kibanoff, L.S., Lam, D.J. & Taylor, R.L. (1984). Promoting social support: the impact of California's "Friends Can Be Good Medicine" campaign. *Health Education Quarterly*, 11(3), 293-311.
- Peters, L. (2000). Determinanten van BRAWO-gedragingen. In: P. Cuijpers, R. Jonkers & J. Keijsers (red.), *Leefstijlinterventions in Nederland: analyse en aanrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1997). In search of how people change: applications to addictive behaviors. In: G. Marlatt & G.R. Van den Bos (Eds.), Addictive behaviors: readings on etiology, prevention, and treatment (pp. 671-696). Washington, DC: American Psychological Association.
- Willemse, G., Paulussen, T., Aarts, H., Schaalma, H., Bolman, C. & De Nooijer, J. (1997). Preventie van hart- en vaatziekten: een review van internationaal effectonderzoek naar voedingsvoorlichting aan jongeren. Den Haag/Woerden/Maastricht: Nederlandse Hartstichting/NIGZ/Universiteit Maastricht.

6.4.f Développer les compétences de la population concernée

Pour adopter un comportement particulier, des compétences spécifiques sont nécessaires, telles que *l'auto-efficacité*, c'est-à-dire la confiance en soi et la croyance en la capacité personnelle à adopter un comportement. Si, à l'issue de l'analyse des déterminants, cette compétence apparaît comme un facteur important, elle doit être développée si nécessaire. L'apprentissage de nouvelles compétences est plus efficace s'il procède de manière modeste, par petites étapes en accompagnant les personnes et en les informant sur les progrès accomplis. Le développement des compétences n'est efficace que si l'on assure un suivi quotidien (retour d'information) de l'utilisation réelle des nouvelles compétences.

Niveau de preuve : 5

Il existe un corpus de données scientifiques considérable sur l'apprentissage et le développement des nouvelles compétences. Cf. en particulier la théorie sociale cognitive de Bandura.

Références

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman.
- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65(10), 420-425.
- Elias, M.J. (1995). Primary prevention as health and social competence promotion. *Journal of Primary Prevention*, 16, 5-24.
- Elias, M.J., Gara, M.A., Schuyler, T.F. & Branden-Muller, L.R. (1991). The promotion of social competence: longitudinal study of a preventive school-based program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 409-417.
- Greenberg, M.T., Kusche, C.A., Cook, E.T. & Quamma, J.P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: the effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-136.
- Hains, A., Jandrisevits, M., Theiler, S. & Anders, K. (2001). On preventing mental disorders in school-aged children. *Prevention and Treatment*, 4. <http://journals.apa.org/prevention/>
- Jane-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention. Nijmegen: Quickprint.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1997). In search of how people change: applications to addictive behaviors. In: G. Marlatt & G.R. Van den Bos (Eds.), Addictive behaviors: readings on etiology, prevention, and treatment (pp. 671-696). Washington, DC: American Psychological Association.

6.4.g Organisation d'un suivi de la population concernée

Dans ce contexte, le suivi signifie que le groupe visé par l'intervention est de nouveau contacté après la fin de l'intervention.

Il est important d'envisager un suivi qui va permettre de raviver l'intérêt de la population concernée par rapport au sujet de l'intervention et de les encourager à changer leur

comportement de manière durable. Le suivi permet aussi à l'équipe du projet d'évaluer les expériences du groupe visé par l'intervention, de mesurer le passage des intentions à la pratique et les problèmes rencontrés à cette occasion. Cela permet en outre de corriger l'intervention.

Organiser le suivi encourage aussi les individus à mettre réellement en oeuvre les activités qu'ils ont projetées. Par exemple, s'ils savent que l'on va leur téléphoner après un mois pour évaluer leurs résultats, cela peut les inciter à mettre leurs intentions en pratique.

Niveau de preuve : 5

Il existe des données scientifiques conséquentes sur l'importance du suivi, en particulier quand il vise à faire persévérer la population concernée dans le comportement modifié. Plusieurs revues de la littérature sur les programmes de prévention contre la drogue dans les écoles ont prouvé l'importance de ces sessions de relance.

Références

- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65(10), 420-425.
- Van Gageldonk, A. & Cuijpers, P. (1998). *Effecten van verslavingspreventie: overzicht van de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.

6.4.h Définition des objectifs de changements de comportements et de leurs modalités de mise en oeuvre

Bien que la détermination des buts et les modalités de mise en oeuvre appartiennent à des catégories légèrement différentes, ils peuvent être décrits ici ensemble du fait qu'ils impliquent d'établir un objectif spécifique et de préciser les façons de l'atteindre. La définition des buts à atteindre revient à la méthode suivante : une personne établit un objectif spécifique et tente de l'atteindre, habituellement en le divisant en petites étapes. Les modalités de mise en oeuvre des changements de comportements précisent la manière dont ces derniers doivent être obtenus.

La *définition des buts à atteindre* implique de définir un objectif de changement de comportement. Le degré de changement le plus important sera obtenu si l'objectif est à la fois stimulant et faisable. L'objectif doit être aussi concret que possible et divisé en petites étapes faciles à réaliser, accroissant ainsi la probabilité de se rendre compte des progrès accomplis et maintenant ainsi la motivation. Les conditions de succès incluent l'engagement du bénéficiaire, l'adéquation entre leurs possibilités et la complexité de la tâche, ainsi qu'un retour d'information.

Les *modalités de mise en oeuvre* concernent le fait que bien que les individus puissent avoir l'intention de s'engager dans un comportement particulier, ils ne savent pas toujours exactement comment procéder. Les individus ne doivent pas seulement avoir un objectif, mais ils doivent également avoir une idée claire sur la façon de l'atteindre. Imaginer à l'avance le type de situations dans lesquelles le comportement favorable peut être adopté et les façons de l'adopter augmente les chances d'efficacité. Si par exemple une personne a besoin de prendre quotidiennement certains médicaments, on peut décider à l'avance que ce doit être fait après le petit déjeuner, et il peut être utile de ranger la boîte à pilules avec les produits du petit déjeuner. L'essentiel est de s'imaginer réellement en train de le faire.

Niveau de preuve : 5

Il existe de nombreuses données scientifiques démontrant la nécessité de définir les buts à atteindre et de plus en plus de preuve de la nécessité de déterminer des modalités de mise en oeuvre des comportements.

Références

- De Vries, N.K. (2000). Het hart, de ruggengraat en de hersenpan; perspectieven op gezondheidsgedrag. Oratie, 9 november 2000, Universiteit Maastricht.
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement: the role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4.
- Locke, E.A. & Latham, G.P. (1991). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

6.4.i. Approche interactive

Une approche interactive implique la présence d'une communication bidirectionnelle entre les membres de la population concernée et l'émetteur. Elle peut prendre la forme de sessions éducatives en groupes ou individuelles avec la possibilité de poser des questions, d'un enseignement socratique (enseigner au moyen de questions-réponses) ou d'un site Web interactif.

Une approche interactive garantit l'adaptation de l'intervention (le message) à la population concernée, c'est-à-dire à ses idées, souhaits, problèmes, etc. et un niveau d'engagement élevé de celle-ci.

Niveau de preuve : 5

Les preuves scientifiques de l'efficacité des programmes interactifs (qui pour la plupart sont mis en œuvre en milieu scolaire) sont nombreuses. Des revues de littérature et des méta-analyses ont montré que des programmes interactifs de prévention contre la toxicomanie dans les écoles sont plus efficaces que les autres, en particulier lorsque ces programmes sont de petite ampleur.

Références

- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65(10), 420-425.
- Tobler, N.S., Lessard, T., Marshall, D., Ochshorn, P. & Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs for marijuana use. *School Psychology International*, 20, 105-137.
- Tobler, N.S. & Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Van Gageldonk, A. & Cuijpers, P. (1998). *Effecten van verslavingspreventie: overzicht van de literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.

6.5 Faisabilité

6.5.a Adaptation aux intermédiaires (intervenants, animateurs directement en contact avec la population concernée finale)

Il s'agit ici d'aborder la participation des intermédiaires à la conception des actions, cette démarche permettant de les impliquer lors de la mise en œuvre. Pour qu'ils s'engagent dans l'action, il faut que celles-ci soient adaptées aux modes de fonctionnement, procédures et valeurs de leur organisation.

La participation des intermédiaires peut être importante ou très réduite. Ils peuvent juste être informés de la progression du projet, ou à l'inverse réfléchir de manière active à la conception de l'action. Le second cas comporte un double avantage : une meilleure adéquation entre l'action et l'intermédiaire et un soutien plus important de sa part. Il s'agit donc ici de réfléchir en tenant moins compte de la qualité de l'action et davantage du point de vue des intermédiaires, afin que ces derniers en aient une opinion favorable et la perçoivent comme faisable.

Niveau de preuve : 5

Jusqu'à présent, de nombreuses preuves scientifiques ont montré qu'anticiper l'étape de mise en œuvre améliore la progression et la qualité, ces dernières influençant à leur tour l'efficacité attendue de l'action.

Références

- Grol, R.T.P.M. et al. (1994). Invoering van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hulscher, M., Wensing, M. & Grol, R. (2000). Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- NIGZ (2000). Een goed product vindt zijn weg vanzelf of toch niet? Uit: Werkboek Implementatie. Coaching bij planontwikkeling. Woerden: NIGZ.
- Oldenburg, B., Hardcastle, D.M. & Kok, G. (1997). Diffusion of innovations. In: K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (eds.), Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass (pp. 270-286).
- Orlandi, M.A. (1986). The diffusion and adoption of worksite health promotion innovations: an analysis of barriers. Preventive Medicine, 15, 522-536.
- Paulussen TGW (1994). Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Doctoral thesis, Universiteit Maastricht. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of innovations. New York: The Free Press.

6.5.b Capacité de mise en oeuvre des interventions

Cet item est important pour les interventions qui doivent être administrées ou mises en œuvre par des intermédiaires. Ces derniers acceptent mieux l'intervention si l'on tient compte des caractéristiques suivantes :

- les intermédiaires ont le sentiment que ce type d'intervention sera plus avantageux que la pratique en cours ;
- ils considèrent l'intervention comme facile à mettre en œuvre ;
- ils ont le sentiment qu'ils peuvent expérimenter l'intervention sans être contraint de l'appliquer exclusivement ;
- ils perçoivent les effets immédiats de l'utilisation de l'intervention ;
- ils perçoivent l'intervention comme accessible ;
- les ressources nécessaires sont disponibles.

Niveau de preuve : 5

Le niveau de preuve élevé est lié aux innovations en agriculture et en éducation et de plus en plus à la prévention et à la promotion de la santé.

Références

- Hulscher, M., Wensing, M. & Grol, R. (2000). Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- NIGZ (2000). Een goed product vindt zijn weg vanzelf... of toch niet? Uit: Werkboek Implementatie. Coaching bij planontwikkeling. Woerden: NIGZ.
- Paulussen, T.G.W. (1994). Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Utrecht: Landelijk Centrum GVO.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of innovations (4th éd.). New York: The Free Press.

6.6 Cohérence des interventions/actions

Dans beaucoup de programmes ou de projets, on trouve des formes d'interventions variées qui font appel à des problèmes ou problèmes de santé, des déterminants/facteurs, des populations, des lieux, des médias différents.

Par exemple, un programme peut fournir des conseils nutritionnels et également favoriser la mise à disposition d'une alimentation saine dans les restaurants d'entreprise. Les interventions visant différentes populations vont s'appuyer sur différents canaux afin d'augmenter la couverture et vont chercher à toucher à la fois la population générale et un groupe à risque. Par exemple, un programme élaboré pour les écoles cherchera aussi à toucher les parents.

Tous les projets n'ont pas besoin d'interventions multiformes. Cependant, quand c'est le cas, il est important qu'elles soient compatibles et complémentaires, qu'elles s'adaptent au contexte juridique et qu'elles tiennent compte des installations et des activités éducatives existantes.

D'après plusieurs méta-analyses, l'efficacité des interventions d'un programme augmente avec le nombre de ses composants. Cela permet d'avoir une plus grande couverture grâce à l'utilisation d'un grand nombre de canaux de diffusion ou une plus grande efficacité quand le programme vise plusieurs déterminants. Or, comme on l'a dit dans les chapitres/catégories 2 (problème) et 3 (déterminants), les problèmes impliquent habituellement de nombreux facteurs comportementaux et environnementaux.

Pour autant, tous les programmes n'ont pas nécessairement à se décliner en de multiples composantes ou interventions. Cela dépend fortement des objectifs et des opportunités théoriques et pratiques pour les atteindre. Si c'est le cas, les composantes doivent être compatibles et complémentaires afin d'assurer la cohérence du programme. C'est particulièrement vrai si une composante dépend d'une autre pour être efficace. Ainsi, cela ne vaut vraiment pas la peine de mettre à disposition des moyens si les gens ne sont pas motivés pour les utiliser, ou d'encourager une action si les moyens nécessaires pour adhérer aux recommandations ne sont pas disponibles (par exemple lorsque des produits ne sont pas disponibles). La cohérence est une condition importante, même quand il s'agit d'interventions relativement simples : avant de pouvoir chercher à développer les compétences des individus, ces derniers doivent avoir une attitude positive par rapport à cette action. Sinon, il faut d'abord les y encourager.

Niveau de preuve : 2-5

Des méta-analyses provenant de diverses disciplines ont montré que les programmes faisant référence à de nombreuses méthodes étaient plus efficaces que les autres (par exemple Jane-Llopis, 2002; Mullen et al., 1985). Les études scientifiques ne fournissent pas la preuve que la cohérence entre les différentes composantes d'une intervention est indispensable, le concept de cohérence étant difficile à quantifier. Néanmoins, il existe un large consensus entre les théoriciens et les praticiens sur l'idée que la cohérence est très importante.

Références

- Jane-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention. Nijmegen: Quickprint.
- Mullen, P.D. et al. (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. Preventive Medicine, 14, 753-781.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. Psychological Bulletin, 115,28-54.

6.7 Test préalable

Le test préalable consiste à expérimenter une intervention ou une de ses modalités à une petite échelle, dans le but de pouvoir l'adapter et l'optimiser avant qu'elle ne soit mise en oeuvre à grande échelle. Le concept de test préalable est utilisé ici au sens large, en ce sens qu'il peut être appliqué à diverses étapes du projet et sous diverses formes. Ainsi, une modalité d'une intervention (par exemple une série d'interventions en milieu scolaire) peut être soumise à des experts (par exemple des pédagogues), en leur demandant de déterminer si les méthodes prévues correspondent aux objectifs. Une autre option est de contrôler les options de mise en oeuvre à une étape précoce en demandant aux exécutants ce qu'ils pensent des méthodes pressenties. A la dernière étape, le test préalable peut prendre la forme de questions aux membres de la population concernée pour qu'ils se prononcent sur une version définitive de l'action. Une autre option consiste à tester une action (ou une de ses composantes) à partir d'un projet pilote mené à petite échelle.

Le test préalable peut se concentrer sur deux indicateurs, intermédiaires et finaux. Les premiers se concentrent sur des aspects tels que l'attention, la compréhension, la crédibilité, le caractère attractif, l'utilité et la faisabilité d'une intervention, qui peuvent être considérés comme des conditions préalables aux effets. On peut aussi mettre au point une intervention pilote pour voir si elle produit les effets attendus.

L'ampleur du test dépend du type d'intervention : plus l'activité est importante et innovante, plus le test préalable doit être détaillé.

Le test préalable d'une intervention permet aux concepteurs de vérifier si sa forme et son contenu sont adaptés à la réalité. Cela permet aussi de détecter et de rectifier des erreurs et des ambiguïtés et d'optimiser l'intervention. On sait également ainsi si le message attire suffisamment l'attention, s'il est intelligible et pertinent pour la population concernée, si son contenu est crédible, accepté et attirant. Ces éléments conditionnent l'acceptation de l'intervention par la population concernée et les intermédiaires. Si ces derniers estiment que l'intervention ne leur est pas suffisamment destinée, elle manquera ses intéressés.

Niveau de preuve : 2

Le type de preuve consistant à démontrer la nécessité de tester au préalable les interventions est comparable à celui de l'évaluation. Dans les deux cas, la preuve est largement fondée sur la logique et l'expérience pratique.

Références

- Damoiseaux, V. (1993). Pretesten van voorlichtingsmateriaal. In: V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (red.), Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering (pp.290-307). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Chapitre 7. Mise en oeuvre

Introduction

La mise en oeuvre peut être définie comme toutes les activités nécessaires pour mener à bien une nouvelle intervention, et si possible à la pérenniser. Cependant, le terme de mise en oeuvre n'est pas toujours interprété de la même façon. Pour certains, il concerne en majeure partie la mise en oeuvre d'un projet au sein de la population concernée finale tel qu'un stage mis en oeuvre par ce dernier dans des écoles. Pour d'autres, il fait référence à des projets réalisés par d'autres personnes ou organisations, c'est-à-dire des intermédiaires ou acteurs-relais qui, eux, sont directement en contact avec la population concernée finale. Les interventions à l'école, par exemple, sont souvent mises en oeuvre par les enseignants.

Dans beaucoup de projets de promotion de la santé, les interventions mises en oeuvre par les professionnels de la promotion de la santé visent en réalité principalement les acteurs-relais, auquel cas la mise en oeuvre consiste principalement à les inciter à mener à bien l'intervention.

La mise en oeuvre peut signifier qu'une intervention est directement réalisée par des professionnels de la prévention ou de la promotion de la santé en direction de la population concernée finale ou que les activités sont mises en oeuvre parmi les acteurs-relais pour les encourager à mener à bien l'intervention. Il est donc important d'identifier qu'il s'agit de deux processus distincts.

Si les professionnels de la promotion de la santé mettent en oeuvre leur(s) propre(s) projet(s), l'étape de mise en oeuvre doit faire l'objet d'un plan afin de pouvoir contrôler sa progression (voir section 7.2) et si nécessaire, l'ajuster ; il est également préférable que l'intervention soit lancée dans une structure pré-existante (voir section 7.3). Dans ce cas, la sous-catégorie 7.1 n'est pas pertinente.

Cependant, la plupart des projets de prévention et de promotion de la santé impliquent le plus souvent une mise en oeuvre via des acteurs-relais, en particulier pour les projets réalisés à grande échelle. C'est pourquoi ce chapitre se concentre sur ce type d'actions ; la sous-catégorie 7.1 s'applique en particulier à des interventions mises en oeuvre par des intermédiaires, tandis que les autres indicateurs (7.2 et 7.3) sont adaptés à toutes les situations.

Processus de mise en oeuvre

Le processus de mise en oeuvre d'une intervention ou d'une innovation comprend de nombreuses étapes impliquant le bénéficiaire de l'intervention (en particulier l'acteur-relais) qui doit :

1. avoir connaissance de l'intervention (*étape de diffusion*) ;
2. se demander s'il utilise l'intervention (*étape d'adoption*) ;
3. appliquer ou utiliser réellement l'intervention (*étape de mise en oeuvre*). Dans de nombreux cas, à cette étape, les bénéficiaires/acteurs-relais adaptent jusqu'à un certain point l'intervention à leur propre situation (*adaptation*) ;
4. continuer d'utiliser l'intervention (*étape d'adoption*).

Dans ce système le bénéficiaire va dans la plupart des cas être un acteur-relais. Ces étapes, et en particulier les deux premières, ne sont en général pas utilisées en référence à la population concernée finale.

Le processus de mise en oeuvre peut être retardé à chacune de ces étapes. La vitesse à laquelle le bénéficiaire va passer d'une étape à l'autre est influencée par de nombreux facteurs :

- la nature de l'intervention ;
- la stratégie de mise en oeuvre ;
- le promoteur de l'intervention ;
- le contexte politique et social.

Puisque l'on peut agir sur chacun de ces facteurs, ils sont examinés en détail dans Preffi. La sous-catégorie 6.5 aborde les caractéristiques les plus importantes de l'intervention pour les exécutants et les bénéficiaires car ces dernières doivent être prises en compte au moment de la conception de l'intervention. La stratégie de mise en oeuvre est décrite dans la sous-catégorie 7.1, dans laquelle l'indicateur 7.1.c fait en particulier référence au promoteur de l'intervention.

On peut moins facilement agir sur les facteurs concernant le contexte politique et social, tels que la législation en cours ou la disponibilité des structures de soutien. Ils font partie du contexte d'un projet (indicateur 1.1, Soutien/engagement des acteurs) et l'influencent à des moments décisifs tels que ceux référencés dans l'indicateur 2.3 (Perception du problème par les acteurs) et 6.2.b (Calendrier de l'intervention). L'explicitation du contexte politique et social est particulièrement recommandée lors de la mise en oeuvre d'une intervention dans une structure existante (indicateur 7.3), les décisions devant y être précisées.

Stratégie de mise en oeuvre

Une stratégie de mise en oeuvre a pour but d'encourager l'adoption d'une action innovante. Elle doit permettre d'augmenter la prise de conscience du problème, la compréhension et l'acceptation d'une intervention, pour la faire adopter et garantir ainsi son suivi (Van Splunteren, 1998; 1999). Elle consiste à se demander si les interventions proposées atteignent les populations intermédiaires désirées de façon adaptée, au bon moment et à travers des modes de diffusion adéquats. Cette stratégie vise à ce que les acteurs-relais s'approprient les interventions.

Définir une stratégie de mise en oeuvre nécessite au préalable de distinguer les différents niveaux du processus de mise en oeuvre, représentés de manière schématique à travers la figure n°2. Elle illustre le fait que les acteurs-relais constituent une population concernée au même titre que les destinataires finaux et doivent donc être considérés en tant que tels et non comme un simple canal de transmission qui ne déformerait pas les informations.

La stratégie de mise en oeuvre se situe à un niveau macro : l'instigateur ou le promoteur du programme met en oeuvre des activités afin d'inciter et de former les acteurs-relais dans le but de les faire participer au programme. Par exemple il peut s'agir d'institutions nationales qui :

- ouvrent un service téléphonique à destination des enseignants pour les informer sur de nouvelles techniques pédagogiques ;
- aident une organisation qui essaie d'introduire une politique de sevrage tabagique.

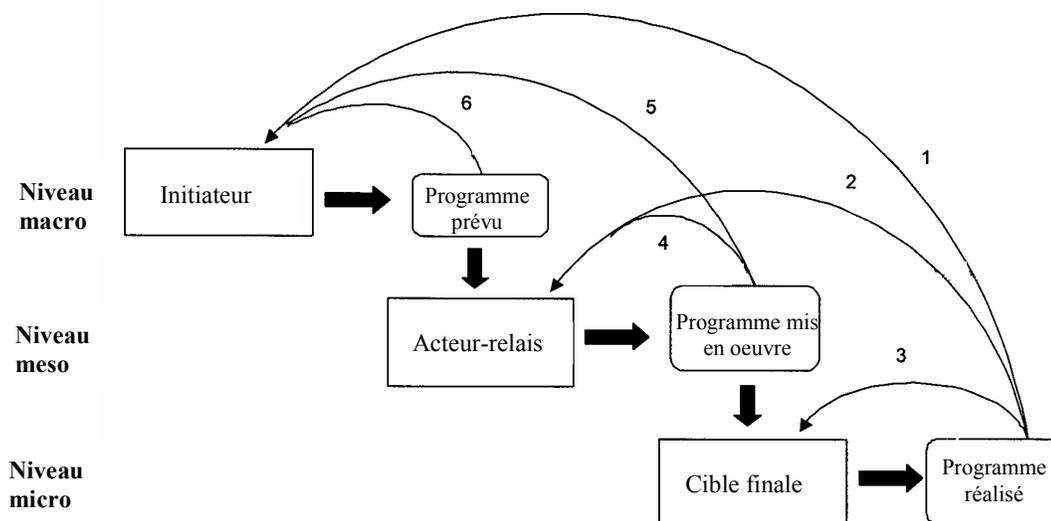


Schéma en cascade (Paulussen, 1994)

Au niveau méso, les acteurs-relais conçoivent les interventions à l'intention de la population concernée finale.

Ce sont par exemple :

- des enseignants qui utilisent de nouvelles méthodes pédagogiques pour atteindre la population concernée finale, c'est-à-dire les étudiants ;
- des organisations qui utilisent les outils fournis par une instance nationale pour encourager l'arrêt du tabac au travail.

Au niveau micro sont menées les actions en direction des destinataires finaux. Le programme mis en œuvre est le résultat des activités du niveau méso, c'est-à-dire des acteurs-relais. Quelques exemples :

- des étudiants acquièrent de nouvelles compétences, corrigeant leur attitude et modifiant leur comportement ;
- des employés renoncent à la cigarette.

7.1 Mise en oeuvre adaptée aux intermédiaires

Comme on l'a dit dans l'introduction, une stratégie de mise en oeuvre a pour but d'encourager l'implémentation d'une nouvelle action. Pour cela, il est nécessaire d'explicitier les choix suivants :

1. La relation entre les experts en promotion de la santé et les acteurs-relais qui mettront l'action en oeuvre. Il s'agit de choisir entre une approche descendante ou ascendante, ou entre une combinaison des deux. Cf. l'indicateur 7.1.a (Mode de mise en oeuvre : descendant et/ou ascendant) ;

2. Les actions visant à encourager et soutenir les acteurs-relais dans la mise en œuvre de la nouvelle action. Comme cela a été dit dans les catégories 4, 5 et 6, le choix de l'intervention adéquate est étroitement lié au(x) but(s) et à la population concernée, qu'il s'agisse des intermédiaires ou des destinataires finaux. Cf. l'indicateur **7.1.b (Adapter la mise en œuvre aux acteurs-relais)** fait référence aux objectifs de la stratégie de mise en œuvre par les intermédiaires et aux types d'interventions correspondantes ;
3. L'exécutant a une influence majeure sur l'efficacité du processus de mise en œuvre. Cf. **7.1.c (crédibilité du promoteur du programme)**.

Comme on l'a dit dans l'introduction, les autres points centraux de la stratégie de mise en œuvre (tels que la nature de l'intervention, le soutien/l'engagement et le moment choisi) sont traités à un autre moment.

Les items inclus dans la présente catégorie ne concernent pas les projets mis en œuvre sans l'intervention d'acteurs-relais, puisqu'ils ont déjà été décrits dans les catégories 4 (Définition de la population concernée) et 6 (Conception de l'intervention).

Références concernant l'ensemble du chapitre

- Dane, A.V. & Schneider, B.H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45.
- Domitrovich, CE. & Greenberg, M.T. (2000). The study of implementation: current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11,193-221.
- Durlak, J.A. (1998). Why program implementation is important. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17, 5-18.
- Grol, R.T.P.M., Everdingen, J.J.E. van & Casparie, A.F. (1994). Invoering van richtlijnen en veranderingen; een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht: De Tijdstroom.
- Grol, R.T.P.M. & Wensink, M. (red) (2001). Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hall G.E. & Hord S.M. (1987). *Change in Schools, facilitating the process*. New York: State University of New York Press.
- Hosman, C.M.H. & Engels, M.C.L.J. (1999). The value of model programmes in mental health promotion and mental disorder prevention. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2,4-16.
- Hulscher, M., Wensing, M. & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Paulussen, T.G.W. (1994). *Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools*. Doctoral thesis, University of Maastricht. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Avon Books.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press.
- Splunteren, P.T. van, Borselaar, H. et al. (1998). *Werken aan vernieuwing: handreikingen voor ontwikkeling en implementatie van vernieuwingen in de ouderenzorg*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland/Ipso Facto.
- Splunteren, P. van (1999). De kunst van het implementeren is het voeren van een goede dialoog. *Mediator*, 1,20-21.

7.1.a Mode de mise en oeuvre : descendant et/ou ascendant

Divers modes de mise en oeuvre peuvent être distingués en fonction du type de relation qui lie l'expert en promotion de la santé et l'intermédiaire qui va réaliser l'intervention. Celle-ci peut être descendante et ascendante, en fonction de la nature de l'intervention. Le mode de mise en oeuvre doit encourager les acteurs-relais à adopter les éléments qu'ils ont trouvés efficaces, tout en adaptant l'intervention à leur contexte et à leurs capacités ; cela peut avoir pour effet de renforcer leur adhésion au programme.

Les modes de mise en oeuvre sont habituellement classés de la façon suivante :

- *le transfert de technologie* est une approche descendante. Les acteurs-relais reprennent un modèle existant. Cette stratégie est très efficace pour introduire de nouvelles techniques ;
- *la reproduction parfaite* signifie que l'on présente un schéma idéal que les acteurs-relais peuvent simplement copier ou adapter à leur situation. La version adaptée ne sera pas très différente de celle du schéma proposé ;
- *l'adoption mutuelle* signifie que les acteurs-relais peuvent entièrement adapter l'intervention à leur situation, ce qui tend à augmenter leur implication dans le projet.

Ces modes de mise en oeuvre se différencient par le niveau de liberté donné aux acteurs-relais pour adapter l'intervention. Ce degré de liberté dépend de la nature de l'intervention. Si celle-ci est soumise à un protocole très strict, le niveau de liberté sera limité. Si par exemple on demande aux acteurs-relais de donner des conseils à des touristes au sujet des vaccinations, ils auront à appliquer le protocole aussi précisément que possible ; il s'agit d'un transfert de technologie. En promotion de la santé, cependant, les interventions ne seront en général pas aussi précisément définies. Dans certains projets, les schémas sont élaborés au niveau national. Bien qu'ils puissent être reproduits d'une manière rigoureuse (reproduction parfaite), cela arrive rarement. Les acteurs-relais vont en général vouloir adapter l'intervention, ce qui va leur permettre de se sentir impliqués car ils auront alors l'impression que l'action leur appartient (adoption mutuelle). En même temps, il est important qu'ils conservent néanmoins les composantes qui visent à assurer l'efficacité de l'intervention.

Niveau de preuve : 2

L'utilisation d'une combinaison d'approches descendantes et ascendantes se répand en promotion de la santé. Les acteurs doivent avoir le sentiment que l'action leur appartient, tout en conservant les éléments qui rendent l'intervention efficace (Hall, 1987; Paulussen, 1994). Dans le cadre d'une approche communautaire, l'appropriation d'un problème ou d'un projet par l'ensemble des acteurs concernés par l'action prend toute son importance.

Références

- Hall G.E. & Hord S.M. (1987). *Change in Schools, facilitating the process*. New York: State University of New York Press.
- Hosman, C.M.H. & Engels, M.C.LJ. (1999). The value of model programmes in mental health promotion and mental disorder prevention. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2, 4- 6.
- Hulscher, M., Wensing, M. & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Rogers EM (1995). *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press.

7.1.b Adaptation de la mise en oeuvre aux intermédiaires

Comme on l'a dit dans l'introduction, le processus de mise en oeuvre se compose toujours des mêmes étapes : diffusion, adoption, mise en oeuvre, suivi et continuité.

Le but de la mise en oeuvre est d'aider les acteurs-relais à passer d'une étape à l'autre. A chaque étape des objectifs et des formes de soutien spécifiques sont développés pour aider les intermédiaires à modifier leur comportement. Il est important que les acteurs-relais puissent être informés des modes d'intervention possibles et de leur mettre à disposition, dans cette optique, des supports tels que des vidéos, des scénarios, des stages de formation, etc.

Toute stratégie est constituée de plusieurs interventions et des mesures de soutien correspondantes. Une combinaison d'interventions soigneusement planifiées (éducation, formation, influence du comportement, adaptation des organisations, accompagnement) accroît les chances d'une mise en oeuvre réussie. En même temps, il n'existe pas de "solution miracle" pour une innovation à grande échelle.

Parfois, des mises en oeuvre ont pour but de lancer des innovations dans une structure existante. Cf. section 7.3.

A chaque segment de la population concernée correspondent des objectifs spécifiques. On cherche à diffuser de l'information sur l'intervention auprès de ceux qui en ignorent l'existence, tandis qu'on cherche à faire adopter l'intervention par ceux qui hésitent à participer au projet, etc. Ces différents segments sont souvent présents dans la réalité : n'importe quelle population concernée va comporter des individus qui ne sont pas au fait des innovations et d'autres qui les utilisent déjà. Par conséquent, les initiateurs d'un programme doivent définir des objectifs pour chaque étape et pour chaque population concernée intermédiaire ou segment de la population concernée intermédiaire. Chacun de ces objectifs peut être lié à des formes de mise en oeuvre spécifiques.

Types d'intervention visant à adapter les différentes étapes et divers objectifs

Diffusion

A cette étape, il est important d'informer sur l'existence de l'innovation et de susciter l'intérêt chez les acteurs-relais. Ils ont besoin de comprendre que le projet les concerne et qu'ils ont intérêt à en savoir plus à son sujet. L'approche la plus efficace consiste à combiner des moyens d'information tels que les médias et des modes de communication plus personnels sur une période de temps assez longue. Le message doit être présenté de manière claire, concise et attractive. Il peut prendre la forme de courriers, de présentations illustrées d'exemples précis ou d'explications, notamment par l'intermédiaire de réseaux existants et de personnes clés.

Adoption

Dès que les acteurs-relais ont l'intention d'appliquer l'action innovante, il est important de leur mettre à disposition des informations sur l'intervention qui soient concises, axées sur l'essentiel et qui abordent les situations pratiques.

Mise en oeuvre

Les acteurs-relais doivent se donner la possibilité d'expérimenter l'innovation sans avoir à trop s'investir. Ils auront plus envie de mettre en oeuvre une intervention s'ils sont certains qu'ils en ont la capacité. La stratégie de mise en oeuvre doit donc avoir pour objectif d'accroître la confiance des intermédiaires dans cette capacité à implémenter

le projet, par exemple à travers des actions visant à les soutenir et à leur permettre de mettre en pratique l'action dans un environnement sans risque. Dans cette optique, on peut aussi à chercher à développer leurs compétences, à éditer des brochures, à les soutenir plus directement en leur donnant la possibilité de poser des questions, ou en leur fournissant une assistance technique.

Suivi

A cette étape, les acteurs-relais ont besoin de rappels, d'une assistance pratique pour leur éviter de retourner vers leurs schémas antérieurs, ainsi que d'un feedback. Les intermédiaires seront plus sujets à utiliser un mode d'intervention s'ils ont confiance dans leur capacité à le mettre en oeuvre. A ce stade la stratégie doit donc accroître cette confiance (Hall, 1986).

Lors de la définition des objectifs pratiques pour la mise en oeuvre, il est important de prendre en compte la segmentation de la population concernée proposée par Rogers (1995) qui comprend les *innovateurs*, les *adoptants précoces*, la *majorité précoce*, la *majorité tardive*, et les *retardataires*. Le premier segment se compose des individus qui sont toujours les principaux candidats à l'adoption des innovations, le second segment de ceux qui les essaient relativement rapidement, le troisième et le quatrième constituent la majorité qui accepte les innovations après un certain temps et le cinquième correspond à ceux qui restent très réticents aux innovations.

Niveau de preuve : 5

Le schéma systématique appliqué ici aux acteurs-relais est également celui qui l'a été aux à la population concernée finale des catégories 4, 5 et 6 de Preffi (les OTIC). Les étapes et objectifs sont définis et des types d'intervention leur sont associés. Ceci a été expliqué d'une manière très détaillée par Rogers (1995) et Paulussen (1994).

Les étapes de cet indicateur sont une variantes de celles utilisées dans le schéma transthéorique de Prochaska et DiClemente.

Références

- Grol, R.T.P.M. & Wensing, M. (red) (2001). Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hulscher, M., Wensing, M. & Grol, R. (2000). Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Paulussen, T.G.W. (1994). Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Doctoral thesis, University of Maastricht. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press.

7.1.c Crédibilité du promoteur du programme

La possibilité de mise en oeuvre d'une intervention dépend de divers aspects, y compris de l'impression que les intermédiaires ont de l'instigateur ou promoteur du programme, soit de l'individu ou de l'agence qui propose l'intervention. Celui-ci doit donner aux acteurs-relais suffisamment confiance en lui pour qu'ils acceptent de mettre en oeuvre l'intervention. S'ils n'ont pas suffisamment confiance en son autorité, en son image ou en son savoir-faire, ils ne seront pas très enthousiastes à l'idée d'adopter les interventions proposées. Le promoteur peut décider de modifier son approche pour

tenir compte des positions des acteurs-relais. Si l'un d'entre eux apprécie les démarches formalisées, étayées par des données scientifiques, le promoteur peut adapter sa stratégie en sollicitant l'intervention de chercheurs, en organisant une conférence scientifique ou en publiant un argumentaire sur l'intérêt de l'intervention dans des revues de sociétés savantes. D'autres acteurs-relais peuvent préférer une approche moins formalisée, plus individualisée.

Si les acteurs-relais ont des doutes sur le promoteur du programme, par exemple du fait d'un manque de crédibilité, il faudra y remédier. Le promoteur peut essayer d'accroître sa crédibilité en obtenant par exemple un soutien extérieur, ce qui prend généralement du temps. Une autre option peut consister à approcher les acteurs-relais par l'intermédiaire de leurs pairs. Par exemple il est bien connu qu'il est plus facile de convaincre des médecins via d'autres médecins. Cette situation peut être généralisée à de nombreuses professions : les individus peuvent être plus facilement convaincus par leurs collègues que par un tiers.

Niveau de preuve : 2

Le niveau de preuve de cet argument est largement basé sur la logique. Il existe aussi une littérature importante issue des théories des organisations et des sciences de l'éducation soulignant que les initiateurs d'interventions doivent être fiables, compétents, engagés, loyaux etc. Le leadership est également un facteur important dans cette perspective.

Références

- Grol, R.T.P.M. & Wensink, M. (red) (2001). Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Paulussen, T.G.W. (1994). Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Doctoral thesis, University of Maastricht. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of Innovations. New York: The Free Press.

7.2 Surveillance du processus et mise en place d'un retour d'information

Optimiser le processus de mise en œuvre des interventions à destination des intermédiaires comme des destinataires finaux exige une surveillance du processus et des réajustements. Les intervenants doivent être souples et apprendre du processus de mise en œuvre et des nouvelles situations qui l'affectent. L'intervenant peut être obligé d'agir de manière inattendue pour empêcher un blocage du processus. D'un autre côté, ces situations nouvelles peuvent aussi présenter des opportunités que l'intervenant peut utiliser !

Des réponses rapides et adéquates à ces situations exigent une surveillance active du processus. On peut l'obtenir, par exemple, en permettant aux acteurs-relais d'établir un feedback sur la progression de leurs activités ou en surveillant les réactions de la population concernée finale. On peut ainsi adapter la stratégie et/ou le processus de mise en œuvre à la nouvelle situation et suivre les étapes à planifier aussi efficacement que possible.

Il est utile de planifier le projet ou la mise en œuvre (voir également section 1.3.b) en faisant ressortir quelles activités doivent être mises en œuvre, quand, comment et par qui. On peut ainsi surveiller la progression de la mise en œuvre, le plan pouvant fonctionner comme point de référence.

Surveiller le processus de mise en oeuvre fait partie du processus d'évaluation (voir section 8.2). Néanmoins, alors que l'évaluation du processus est souvent effectuée après coup, le type de surveillance indiqué ici a explicitement pour but d'améliorer la progression du projet et du processus de mise en oeuvre et de l'adapter lorsque nécessaire. Il s'agit donc plus que d'un simple retour d'information du projet mais aussi d'une surveillance des évolutions contextuelles (politique locale, catastrophes, etc.) qui peuvent nécessiter des adaptations.

Niveau de preuve : 2-5

L'expérience pratique fournit de nombreux arguments en faveur d'une surveillance et d'un ajustement de la mise en oeuvre. En outre, des méta-analyses (par exemple Jane-Llopis, 2002) ont établi une relation positive entre la qualité de la mise en oeuvre et les effets des programmes, fournissant une preuve empirique indirecte de la nécessité de la surveillance et de l'adaptation du processus de mise en oeuvre.

Références

- Grol, R.T.P.M. & Wensink, M. (red) (2001). Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Jane-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Nijmegen: Quickprint.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of Innovations. New York: The Free Press.
- Swanborn, P.G. (1999). Evalueren. Amsterdam: Boom. (H. 9 Procesevaluatie, p. 191-215).

7.3. Ancrage dans une structure existante

S'assurer de la poursuite d'une intervention exige plus qu'un simple suivi auprès des acteurs-relais. Dans beaucoup de projets, le but ultime est de pérenniser les interventions au sein des institutions.

Dans cette optique, une nouvelle stratégie doit être élaborée par une autre institution que celle qui est à l'origine du programme. Supposons le lancement d'une nouvelle méthode d'enseignement. Les enseignants peuvent l'apprécier, mais en définitive, c'est la direction de l'école qui décide de l'adoption de la nouvelle méthodologie. Convaincre ces directeurs exige souvent un appui au niveau de la direction académique. Les intervenants peuvent s'en charger, mais un responsable de l'institution aura plus de poids.

On doit essayer trouver des structures existantes auxquelles le projet peut se rattacher. Des contacts doivent être établis avec des décideurs afin de s'assurer qu'ils le soutiennent.

Cette nouvelle stratégie spécifique nécessite la définition d'une nouvelle population concernée et de nouveaux objectifs. Le lancement d'une intervention dans une structure plus vaste va impliquer davantage de personnes que les acteurs-relais.

Niveau de preuve : 2

Presque tous les modèles de processus de changement et de gestion de projet abordent l'idée de la gestion et de la poursuite des changements obtenus. C'est la conclusion logique de n'importe quel processus de changement. Le lancement d'un projet dans des structures existantes crée des conditions favorables à la perpétuation du changement, comme l'a montré un programme de vaccination national hollandais.

L'argument probant est fondé sur la logique et il existe un vaste consensus sur la nécessité de lancer des projets dans des structures existantes. Nous ne savons pas si des études scientifiques en donnent la preuve.

Références

- Grol, R.T.P.M. & Wensink, M. (red) (2001). Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Paulussen, T.G.W. (1994). Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Doctoral thesis, University of Maastricht. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of Innovations. New York: The Free Press.

Chapitre 8. Evaluation

Introduction

L'évaluation consiste entre autres à déterminer la valeur ou la qualité des interventions. Elle cherche à savoir dans quelle mesure une intervention est efficace ou a atteint des objectifs, pour quelles raisons, quels éléments de l'intervention sont les plus efficaces, si les activités prévues ont été mises en oeuvre et si elles l'ont été de manière adéquate, quels obstacles ont freiné la mise en oeuvre, si la population concernée a été atteinte, ce qu'elle pense et les intermédiaires des matériels et activités, etc. L'évaluation englobe ainsi bien plus que la simple appréciation des effets des interventions.

Pourquoi évaluer ?

Deux motivations principales fondent la démarche d'évaluation : "*apprendre et améliorer*" et "*justifier*". L'évaluation permet de savoir si les activités ont réellement été mises en oeuvre et si les objectifs ont été atteints. Elle indique si les activités doivent être réajustées et comment, afin d'améliorer leur qualité et leur efficacité. Ainsi, l'évaluation résulte d'un *processus d'apprentissage*. Dans certains cas, elle s'applique immédiatement, par exemple pour améliorer la mise en oeuvre d'une intervention en cours, mais souvent elle sera utile dans le futur : "La prochaine fois, nous ferions mieux d'utiliser telles et telles options". De plus, les résultats d'une évaluation peuvent être mis à la disposition de tous les praticiens de la discipline, leur permettant de profiter de ce processus d'apprentissage et d'améliorer leurs projets. Cela signifie que les connaissances et les opinions à propos des méthodes qui sont ou ne sont pas efficaces doivent être diffusées.

La seconde motivation d'une évaluation relève d'une volonté de *justification* des actions et d'une explicitation des choix. Elle indique aux tiers si les efforts et les fonds investis ont été bien utilisés et si elle a produit les résultats escomptés. Ce n'est pas seulement important par rapport à ceux qui financent le projet mais aussi l'égard de la société toute entière, puisque la promotion de la santé est souvent financée par l'argent du contribuable.

Différer l'évaluation

Le concept d'évaluation émerge souvent après la fin d'un projet. Généralement, les effets d'une intervention peuvent seulement être appréciés après sa mise en oeuvre. Cependant il peut être utile de concevoir l'évaluation avant à la fin du projet, à travers un plan indiquant à quelles questions l'évaluation doit apporter des réponses, comment elle doit le faire et à quel moment.

Les modalités importantes de l'évaluation doivent se concevoir très en amont. C'est pourquoi nous avons abordé cette question dans plusieurs chapitres de ce guide. Ainsi, pour apprécier les effets d'une intervention, les objectifs doivent être clairs et mesurables (voir chapitre 5). Une intervention (ou certaines de ses composantes) est d'abord testée à petite échelle avant d'être mise en oeuvre ou diffusée à plus grande échelle (voir indicateur 6.7). Si l'intervention nécessite des adaptations lors de sa mise en oeuvre, des études évaluatives doivent menées à ce stade (indicateurs 7.2 et 8.2). Enfin pour évaluer les changements, il est nécessaire de partir d'une situation initiale dont l'analyse doit bien sûr être effectuée avant que l'intervention ne commence (voir le indicateur 8.3).

Les évaluations ne sont pas nécessairement longues et difficiles. Le principal est d'avoir une idée claire des questions à solutionner et de la meilleure façon de le faire. Savoir quelle est la méthode d'évaluation la plus appropriée dépend de la situation, c'est-à-dire

des possibilités financières et organisationnelles, du niveau de preuve exigé, de la nature de l'intervention et des opportunités et contraintes qui en découlent.

L'évaluation est multiforme et peut être entreprise à divers stades. On en distingue généralement deux types : *l'évaluation de processus* et *l'évaluation des effets des interventions*. Elles sont brièvement décrites ici, mais les indicateurs 8.2 et 8.3 les traitent plus en détail.

Evaluation des effets des interventions et de processus

Ces deux types d'évaluation se font sur la base de différents types ou niveaux d'objectifs prédéfinis. Les différents niveaux d'objectifs qui forment ensemble une chaîne ou une hiérarchie d'objectifs sont décrits dans l'introduction du chapitre 5.

Une *évaluation des effets des interventions* vise à apprécier si les objectifs principaux, c'est-à-dire, ceux liés à des déterminants (comportementaux), des comportements, des facteurs environnementaux, à la santé ou à la qualité de vie (voir chapitre 5) ont eu les effets escomptés. Elle répond ainsi à des questions du type : l'intervention a-t-elle abouti aux changements attendus sur les déterminants comportementaux, les comportements à risque ou le bien-être ? Les activités ont-elles contribué à un changement de politique ?

L'évaluation des effets des interventions est parfois aussi appelée évaluation sommative, évaluation de produit, évaluation finale, évaluation d'impact ou encore évaluation de résultat. Bien que les définitions de ces termes (ou leur utilisation) puissent varier, elles concernent toutes les effets.

Une *évaluation de processus* est généralement utilisée pour apprécier la mise en oeuvre pratique d'une intervention et la qualité de la mise en oeuvre, pendant ou immédiatement après l'intervention. L'évaluation de processus est liée à des objectifs secondaires tels que les objectifs de mise en oeuvre (voir chapitre 5).

On trouve d'autres termes plus ou moins synonymes d'évaluation de processus tels que l'évaluation formative, l'évaluation provisoire et l'évaluation de mise en oeuvre. Une fois de plus, les définitions de ces termes (ou leur utilisation) peuvent être différentes.

Les questions d'une évaluation de processus peuvent aussi être utilisées pour interpréter les résultats d'une évaluation des effets. Celle-ci apprécie seulement la mesure des effets obtenus et non pourquoi telle ou telle activité a été la plus efficace. Cela signifie que les décisions (de savoir par exemple si un projet doit être poursuivi ou non, ou si sa couverture doit être élargie) doivent se baser à la fois sur une évaluation des effets et de processus. Cette dernière permet de vérifier que les objectifs secondaires (mise en oeuvre, conditions contextuelles) sont atteints, puisqu'ils conditionnent la réalisation des objectifs généraux (déterminants, facteurs environnementaux, qualité de vie).

Importance de l'analyse pour favoriser l'efficacité

Les évaluations des effets et de processus sont utilisées pour apprécier l'efficacité d'une intervention. De plus, l'évaluation elle-même peut aussi favoriser l'efficacité parce qu'elle fournit une information qui peut être utilisée pour adapter et optimiser l'intervention. Ces adaptations ont parfois lieu à l'étape de conception de l'intervention (sur la base d'un test préalable, voir indicateur 6.7) ou pendant l'étape de mise en oeuvre (sur la base d'une évaluation de processus, voir indicateurs 7.2 et 8.2). Dans la plupart des cas, cependant, les résultats des études d'évaluation ne sont disponibles qu'à la fin de l'intervention. C'est toujours le cas pour les évaluations des effets (sauf pour les évaluations provisoires) et souvent pour les évaluations de processus. Dans ce cas, l'information issue de l'évaluation peut aider à la prise de décisions de futures interventions en

répondant aux questions suivantes :

- Les résultats de l'évaluation suggèrent-ils d'appliquer à nouveau cette intervention, voire de le faire à plus grande échelle ?
- L'intervention a-t-elle besoin d'être adaptée, et si oui, de quelle manière ?
- L'évaluation a-t-elle apportée une quelconque information pouvant être pertinente pour d'autres interventions, d'autres problèmes, ou pour la théorie qui a été utilisée ?

Ainsi, les évaluations produisent une *expérience* qui peut être utilisée pour accroître l'efficacité des futures interventions. En outre, les résultats favorables encouragent également les personnes impliquées à persister dans leurs efforts.

En plus d'aider les concepteurs du projet à améliorer leurs projets (et ainsi en accroître l'efficacité), les évaluations peuvent aussi servir à d'autres fins. Elles peuvent aider à légitimer et justifier les interventions. Les organismes qui participent au financement ou affectent des ressources veulent généralement savoir comment les moyens ont été dépensés et s'ils ont produit des résultats. Ces organismes peuvent avoir à justifier leurs politiques envers des tiers ; un gouvernement est par exemple responsable devant son parlement. Enfin, les évaluations peuvent aussi servir à des fins éthiques, par exemple pour juger si une intervention est porteuse d'effets pervers négatifs ou nuisibles.

8.1 *Transparence et accord sur les principes de l'évaluation*

En préalable à la démarche d'évaluation, on doit répondre aux questions suivantes :

- 1) A quelles questions l'évaluation doit-elle répondre ?
- 2) Quel type d'évaluation cela implique-t-il ?
- 3) Dans quelle mesure l'évaluation doit-elle être scientifique ? Quel schéma et quelles méthodes doivent être utilisés ?
- 4) Les personnes impliquées s'accordent-elles sur ces aspects ?

Le premier item fait référence au type de questions auxquelles l'évaluation doit répondre et aux objectifs qui doivent être examinés. Il se rapporte à des sujets tels que la nature des effets induits par l'intervention, les personnes touchées, la façon dont les intermédiaires mettent en oeuvre l'intervention et comment les membres de la population concernée et intermédiaire la jugent.

Le second item fait référence aux deux formes d'évaluation distinguées dans Preffi : l'évaluation de processus et l'évaluation des effets (Cf. l'introduction du présent chapitre). Le type d'évaluation choisi va dépendre de la nature des questions ou des objectifs indiqués dans le premier item. Une question sur les effets nécessite évidemment une évaluation des effets, tandis que la question concernant l'appréciation de l'intervention par la population concernée relève typiquement d'une évaluation de processus.

Le troisième item concerne le schéma et les méthodes qui doivent être utilisés pour répondre aux questions de l'évaluation. Il devra être décidé si l'évaluation doit être conforme à des normes scientifiques ou si c'est inutile ou infaisable.

Le quatrième item concerne le fait que les interventions et les évaluations impliquent différentes catégories d'acteurs. En plus du concepteur/promoteur et des exécutants de l'intervention, elles font intervenir un financeur, des responsables d'organismes, la population concernée, des experts externes, un éventuel comité de surveillance, un groupe d'encadrement, etc. Ces acteurs peuvent avoir des perspectives et des intérêts divergents et avoir des conceptions différentes de l'évaluation. Si les résultats éventuels de l'évaluation doivent être pertinents pour toutes les personnes concernées, il est

important que tous les acteurs s'accordent autant que possible sur ses principes.

Les objectifs et différents types d'évaluation

La ou les types d'évaluation à développer dépendent des objectifs et des questions auxquelles on doit répondre. Les interrogations relatives à la mise en oeuvre, aux conditions contextuelles ou à l'exécution des activités ou à leur analyse (ou les questions sur l'interprétation ou l'explication des résultats d'une évaluation des effets) exigent une évaluation de processus. Si le but est d'évaluer les effets de l'intervention sur les déterminants (comportementaux), les comportements, les facteurs environnementaux ou la santé, une évaluation des effets est requise. Les paragraphes ci-dessous décrivent l'intérêt des évaluations des effets et de processus dans des situations spécifiques.

L'évaluation de processus est toujours utile quand on a affaire à une nouvelle intervention ou si le contexte a évolué. On peut ainsi déterminer si les activités sont correctement mises en oeuvre, si les bonnes personnes sont atteintes, quels problèmes émergents doivent être résolus, les niveaux de recrutement et de financement impliqués, les effets secondaires possibles, etc. De tels aspects ne peuvent jamais être prédits précisément, même si l'intervention et sa mise en oeuvre ont été élaborées et préparées de manière soigneuse et systématique. De plus, ces informations sont nécessaires à l'analyse des résultats d'une évaluation des effets.

Cependant, même si une intervention a été mise en oeuvre auparavant dans les mêmes circonstances ou le même contexte, une évaluation de processus est toujours utile. Le monde change continuellement, et l'information issue de l'intervention, la conception des outils, ou la méthodologie utilisée peuvent être obsolètes. Il est aussi possible que la population concernée d'origine ait "disparu" et que le nombre de personnes prenant part aux activités baisse. Ou, à l'inverse, de nouveaux individus présentant des caractéristiques, problèmes ou intérêts différents peuvent être touchés.

Ces exemples montrent qu'une évaluation de processus reste conseillée, même si une intervention a été renouvelée à plusieurs reprises. Dans ce cas, l'évaluation peut être alors plus légère que celle d'une nouvelle intervention (ou d'une action de déroulant dans un contexte radicalement différent).

Les évaluations des effets sont généralement considérées d'une grande utilité et sont spécialement recommandées pour de nouvelles interventions qui n'ont pas encore été évaluées, ou pour des interventions existantes (qui ont prouvé leur efficacité auparavant) devant être mises en oeuvre dans un nouveau contexte (nouvelle population concernée, nouvel exécutant ou un nouveau lieu...). Les composantes d'une action qui évoluent requièrent également une nouvelle évaluation des effets.

Si une intervention a prouvé son efficacité plusieurs fois et qu'elle est mise en oeuvre dans les mêmes circonstances, on peut raisonnablement supposer que le même effet sera obtenu, de sorte qu'aucune nouvelle évaluation des effets n'est requise, à moins que l'agence de financement ne l'exige.

Plus une intervention a été testée fréquemment dans différentes conditions, plus on est sûr des conditions de son efficacité (sur la base à la fois de l'évaluation des effets et de processus), et plus la preuve de son efficacité peut être dérivée de l'évaluation de processus sans avoir besoin d'une nouvelle évaluation des effets. Cela suppose de distinguer différents niveaux d'efficacité des interventions (Nutbeam, 1999). Une nouvelle intervention est d'abord testée, et si les résultats sont positifs, elle sera testée à nouveau, souvent dans des circonstances légèrement différentes ; ainsi, savoir sous quelles conditions ou circonstances une intervention est efficace ou ne l'est pas devient progressivement évident. Des études de mise en oeuvre peuvent alors aider à savoir

comment l'intervention peut être appliquée à plus grande échelle, tout en satisfaisant encore aux conditions de son efficacité. Dans ce dernier cas, l'évaluation de processus peut montrer si les conditions nécessaires ont été satisfaites et à partir de quoi on peut déduire que l'intervention va probablement être efficace.

Questions et objectifs des acteurs

Divers acteurs peuvent avoir des objectifs distincts par rapport à l'intervention ou peuvent être intéressés par différents aspects du programme. Ils peuvent donc souhaiter que l'évaluation réponde à différentes interrogations. Un financeur peut être intéressé par les effets de matériels éducatifs particuliers auprès d'étudiants par exemple, tandis que les enseignants impliqués souhaiteront plutôt savoir comment les étudiants ont jugé ces matériels. Si certains objectifs des principaux acteurs (et les questions correspondantes) ne sont pas pris en compte lors de l'évaluation, ces derniers peuvent remettre en question la nature de l'évaluation ou la considérer comme hors de propos et en ignorer les conclusions.

Cela peut avoir des conséquences importantes sur l'évaluation globale de l'action, pour les collaborations futures et pour les décisions qui seront prises concernant la poursuite, l'arrêt ou l'adaptation de l'intervention. Il est par conséquent conseillé d'essayer d'atteindre le plus haut niveau de consensus autour des objectifs de l'évaluation et des questions auxquelles elle doit répondre. Souvenons-nous que l'objectif principal d'un acteur peut être un objectif secondaire pour un autre, et vice-versa. D'un autre côté, les objectifs ou intérêts d'un acteur peuvent être incompatibles avec ceux d'une autre, d'où une situation difficile pour laquelle aucune solution toute faite n'est disponible.

Les acteurs peuvent aussi avoir des opinions différentes à propos des méthodes à utiliser dans l'évaluation. Certains peuvent mettre l'accent sur des méthodes exhaustives et scientifiques pour obtenir un haut niveau de preuve alors que d'autres peuvent considérer cette démarche comme trop coûteuse ou infaisable et préconiser l'utilisation de méthodes d'évaluation plus modestes ou alternatives. Si les acteurs désapprouvent les méthodes à utiliser, ils auront tendance à douter de la validité des résultats et des conclusions, avec des conséquences possibles sur l'évaluation globale et la poursuite de leur collaboration.

Le niveau de rigueur scientifique exigé influence également le choix des personnes ou des organismes qui mettent en oeuvre l'évaluation. Les exécutants eux-mêmes peuvent manquer de l'expertise nécessaire et préférer faire appel à un chercheur extérieur. Ou le financeur peut exiger qu'un expert externe soit engagé, par exemple pour garantir l'objectivité de l'évaluation. Parfois, une partie de l'évaluation (par exemple l'évaluation des effets) est sous-traitée, pendant qu'une autre (par exemple l'évaluation de processus) est effectuée en interne. Dans certains cas, on décide à l'avance que l'évaluation doit être mise en oeuvre par un organisme extérieur, par exemple si l'intervention n'est qu'un élément d'un projet plus large ou un projet pilote initié par un institut de recherche différent. Dans tous les cas, si on décide d'engager des experts externes, ils doivent être impliqués dans la conception de l'évaluation le plus en amont possible.

Ainsi, les principaux acteurs doivent être impliqués dans l'évaluation et en particulier à la définition des questions et aux méthodes de l'évaluation. Qui *sont* les principaux acteurs ? Même s'ils diffèrent selon les situations, Francisco et al. (2000) ont identifié quatre catégories d'acteurs importants : (1) les individus de la population concernée ou de la "communauté", (2) les exécutants (3) les organismes gestionnaires/ financeurs et (4) les chercheurs. Dijker et al. (2000) soulignent l'importance du consensus autour des objectifs entre l'organisme de financement, les exécutants et les chercheurs.

Butterfoss and colleagues (2001) affirment que l'implication des acteurs permet d'obtenir un retour d'information meilleur et plus complet et rend plus probable l'utilisation des résultats de l'évaluation.

En impliquant les acteurs dans l'évaluation, on leur permet d'intégrer les questions qui les concernent. S'ils adhèrent aux méthodes de l'évaluation, ils soutiendront plus volontiers l'évaluation et ses résultats. On aura ainsi plus de chance que les résultats soient utilisés, c'est-à-dire qu'ils conduisent à des décisions pertinentes (par exemple à propos de la poursuite, de l'arrêt ou de l'adaptation du projet).

Niveau de preuve : 2

L'argument qui donne la preuve de l'importance d'un accord entre les acteurs se base sur l'expérience pratique, ainsi que sur les individus engagés dans des approches communautaires, pour lesquels la participation et l'appartenance sont des éléments clés. Le choix d'un ou de plusieurs types d'évaluation est basé sur la logique, puisque ces derniers doivent évidemment être compatibles avec les questions auxquelles on doit répondre.

Références

- Butterfoss, F.D., Francisco, V.T. & Capwell, E.M. (2001). Stakeholder participation in evaluation. *Health Promotion Practice*, 2(2), 114-119.
- Dijker, A., Van Dongen, M. & Brug, J. (2000). Evaluatie van gezondheidsvoorlichting. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R. Meertens & H.T. van der Molen (red.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum (p. 133-158).
- Francisco, V.T., Capwell, E.M. & Butterfoss, F. (2000). Evaluation in practice: getting off to a good start with your evaluation. *Health Promotion Practice*, 1(2), 126-131.
- Migchelbrink, F. (2000). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Utrecht: SWP. (H. 7 procesevaluatie, p. 65-82; H. 8 effectevaluatie, p. 69-82).
- Nutbeam, D. (1999). Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *TSG*, 77, 15-23.
- Price, R.H., & Smith, S.S. (1985). *A guide to evaluate prevention programs in mental health*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1982). *Evaluation: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage.
- Swanborn, P.G. (1999). *Evalueren*. Amsterdam: Boom. (Hoofdstuk 3: Actoren)
- Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1994). *Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

8.2 Evaluation de processus

Comme on l'a dit dans l'introduction de ce chapitre, une évaluation de processus vise à apprécier la mise en oeuvre pratique d'une intervention. Elle examine dans quelle mesure les objectifs de moyens et de mise en oeuvre ont été atteints et les facteurs impliqués dans la réalisation de ces objectifs. Cette évaluation est menée pendant et juste après la fin d'une intervention. Les aspects à évaluer dépendent des questions auxquelles on doit répondre :

- Quelles activités ont été ou non mises en oeuvre ?
- Les activités ont-elles été mises en oeuvre de la manière prévue ?
- Dans quelles circonstances ?
- Pourquoi certaines activités n'ont pas été mises en oeuvre ou ne l'ont pas été comme prévu ?

- L'intervention a-t-elle atteint les bonnes personnes ?
- Comment les acteurs ont-ils perçu les activités ?
- L'intervention a-t-elle eu des effets secondaires favorables ou défavorables ?

Des évaluations de processus indiquent aussi si des évènements inattendus ont pu influencer le processus ou ses effets pendant la mise en oeuvre. Il peut s'agir par exemple d'informations médiatiques. On peut imaginer par exemple une intervention sur le thème de la sexualité sans risque, au moment où les médias annoncent la séropositivité ou le décès du sida d'une célébrité. L'annonce d'un nouveau traitement couronné de succès peut aussi réduire le besoin de prévention et diminuer l'intérêt de la population concernée pour un projet de prévention.

Bien que les évaluations de processus se concentrent souvent sur la mise en oeuvre des interventions visant la population concernée finale, elles peuvent et doivent aussi être appliquées aux interventions destinées aux concernés relais. Il est évidemment important de savoir si l'information (comme des articles dans des journaux professionnels ou des publicités) a réellement atteint les bons destinataires et a suscité leur intérêt, si ceux-ci perçoivent l'action de prévention comme utile et pertinente, de recueillir leur opinion sur la communication réalisée par les concepteurs du programme, etc.

Les évaluations de processus fournissent un retour d'information sur la mise en oeuvre d'une intervention et permettent ainsi de l'adapter et de l'optimiser. Elles sont parfois réalisées pendant l'intervention, mais en pratique, elles ont plus souvent lieu après.

Les réponses aux questions incluses dans une évaluation de processus peuvent aussi être utilisées pour interpréter les résultats d'une évaluation des effets, ce qui peut affecter en outre les décisions concernant l'intervention. Si une intervention n'a pas eu les effets souhaités, les résultats de l'évaluation de processus peuvent expliquer de différentes façons le manque d'effets, ce qui peut mener à différentes décisions pour l'avenir du projet, comme l'indique l'exemple suivant :

Situation : l'évaluation des effets montre que l'intervention n'a pas eu l'effet escompté. Il existe alors plusieurs interprétations possibles, conduisant à différentes décisions.

1. L'évaluation de processus montre que toutes les activités ont été mises en oeuvre selon un plan et ont atteint les bonnes personnes. Les interprétations possibles sont que le programme ne fonctionne pas, que les suppositions théoriques sont incorrectes, non-valides dans les conditions présentes ou appliquées de façon inadéquate. Il serait alors logique de ne pas reconduire l'intervention, ou au moins de la revoir minutieusement avant de la mettre à nouveau en oeuvre.
2. L'évaluation de processus montre que les activités n'ont pas été mises en oeuvre, ou l'ont été de manière inadéquate. Le manque d'effets peut être interprété comme le résultat d'une réalisation défectueuse. On peut alors décider de renouveler l'intervention, tout en garantissant une meilleure préparation et supervision.
3. L'évaluation de processus montre que les mauvaises personnes ont été atteintes. Il pourrait alors être décidé de relancer l'intervention tout en adaptant la stratégie afin d'atteindre les bonnes personnes.

La logique de l'indicateur 8.1 affirme qu'une évaluation de processus est toujours nécessaire. Si l'intervention est nouvelle ou est mise en oeuvre dans un nouveau contexte ou dans des conditions différentes, une évaluation de processus détaillée doit toujours être conduite. Si une intervention existante a été mise en oeuvre plusieurs fois dans le même contexte et les mêmes circonstances, l'évaluation de processus n'a pas besoin d'être aussi détaillée.

Niveau de preuve : 2-5

L'argument probant concernant l'importance des évaluations de processus est basé sur la logique et l'expérience pratique. En outre, des méta-analyses (par exemple Jane-Llopis, 2002) ont trouvé une relation positive entre la qualité de la mise en oeuvre des programmes et leurs effets, fournissant une preuve scientifique indirecte de la pertinence de la recherche et de l'adaptation de la mise en oeuvre pratique de tels programmes.

Références

- Dijker, A., Van Dongen, M. & Brug, J. (2000). Evaluatie van gezondheidsvoorlichting. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R. Meertens & H.T. van der Molen (red.), Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum (p. 133-158).
- Francisco, V.T., Capwell, E.M. & Butterfoss, F. (2000). Evaluation in practice: getting off to a good start with your evaluation. *Health Promotion Practice*, 1(2), 126-131.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C, Graczyk, P. & Zins, J. (2001). The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research and practice. Center for Mental Health Services (CMHS), Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMSHA).
- Jane-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Nijmegen: Quickprint.
- Migchelbrink, F. (2000). Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Utrecht: SWP. (H. 7 Procevaluatie, p. 65-82).
- Nutbeam, D. (1999). Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *TSG*, 77, 15-23.
- Price, R.H., & Smith, S.S. (1985). A guide to evaluate prevention programs in mental health. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1982). Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage.
- Swanborn, P.G. (1999). Evalueren. Amsterdam: Boom. (H. 9 Procevaluatie, p. 191-215).
- Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1994). Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

8.3 Evaluation des effets

Les évaluations des effets sont utilisées pour apprécier si une intervention a eu les effets escomptés au regard des objectifs principaux (voir l'introduction du chapitre 5). Ces derniers concernent les déterminants comportementaux, la politique ou les facteurs environnementaux, les comportements, les problèmes de santé, la qualité de vie, etc. La capacité à atteindre les objectifs principaux ou généraux (tel que réduire la prévalence d'une maladie particulière) dépend de la réalisation des sous-objectifs ou objectifs intermédiaires (comme le changement de comportement).

En plus de la distinction entre les objectifs intermédiaires et principaux, une autre distinction est souvent faite entre les effets à court et long terme. Dans certains cas, ces deux distinctions coïncident, mais ce n'est pas toujours le cas. Les objectifs principaux concernant les questions de santé peuvent parfois être atteints rapidement, alors qu'atteindre certains objectifs intermédiaires peut prendre du temps (changements de

style de vie ou de politique). L'évaluation des effets dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé ne se concentre habituellement pas sur les objectifs principaux au niveau de la santé, mais principalement sur les objectifs intermédiaires au niveau comportemental/environnemental et leurs déterminants.

Enfin, il faut mentionner un type d'évaluation des effets spécifique, celui du rapport coût/efficacité. Les effets et coûts d'une intervention sont comparés avec ceux d'une autre intervention. Ce type d'analyse se concentre sur la question de savoir quelle intervention est la plus efficace compte tenu d'un niveau de coût maximum prédéterminé, ou quelle intervention est la moins chère compte tenu d'un niveau d'effet minimum prédéterminé. La présente version de Preffi ne traite pas cette forme d'évaluation.

L'évaluation des effets se concentre sur deux questions :

- Y a-t-il eu un changement ?
- Est-il plausible que l'intervention soit la cause de ce changement ?

Répondre de manière scientifique et précise à ces questions demande une évaluation multiforme et assez lourde. En pratique, elle est souvent difficile du fait des limites en financement, expertise et de ressources humaines. Cela peut parfois conduire à la décision de ne pas faire d'évaluation du tout. On recommande néanmoins de ne pas abandonner l'évaluation des effets si elle s'avère nécessaire (c'est-à-dire, quand les interventions sont nouvelles ou réalisées dans de nouveaux contextes ; voir section 8.1). Cela fournira au moins quelques indications concernant l'efficacité de l'intervention, même si elles ne constituent pas une preuve très "solide". La nécessité d'une évaluation "scientifique" peut dépendre des enjeux. Un projet visant à établir une norme comportementale nécessitera une évaluation "scientifique" des effets. Si les exécutants de ces projets ne possèdent pas les compétences nécessaires, ils devront recourir aux services d'un chercheur externe. Dans le cas d'interventions impliquant des budgets, des compétences ou une visibilité limitée, une approche non scientifique peut suffire. Dans les deux cas, les aspects énumérés dans les sections 8.3.a et 8.3.b donnent des indications concernant l'évaluation. Si l'évaluation est mise en œuvre par un tiers, par exemple par un institut de recherche, le problème peut être de savoir jusqu'à quel point les exécutants ont leur mot à dire sur la nature de l'évaluation (voir section 8.1).

La seconde question, à savoir si les interventions sont à l'origine des changements, n'est pas toujours pertinente (car il n'est pas toujours possible de mesurer les effets propres d'une action). Il suffit alors de regarder si les changements ont eu lieu sans en chercher les causes.

L'évaluation des effets est utilisée pour apprécier la capacité d'une intervention à répondre à certains objectifs. A ce titre, elle alimente les éléments permettant de décider de la poursuite ou de l'arrêt de l'intervention en déterminant pourquoi une intervention particulière est efficace ou non. Ce sont à la fois les évaluations des effets et de processus qui permettent de répondre à cette question. Cette information peut ensuite être utilisée pour optimiser l'intervention. Plus largement diffusée, elle peut contribuer de manière plus générale à la connaissance théorique et empirique de l'efficacité des interventions et nourrir ainsi la discipline.

L'évaluation peut aussi servir d'autres buts. Elle peut par exemple aider à légitimer et justifier l'intervention. Les financeurs veulent généralement savoir si leur argent a été bien utilisé et doivent en retour justifier leurs actions. Enfin, l'évaluation des effets doit prendre en compte des aspects éthiques, dans la mesure où l'intervention peut par exemple avoir des effets négatifs ou délétères.

8.3.a Un changement a-t-il été mesuré ?

Dans ce contexte, un changement signifie que la situation mesurée après l'intervention est différente de la situation de référence. Cette évolution s'apprécie de diverses manières. Des méthodes fiables proposent une mesure de base (estimant la situation initiale) ou une comparaison entre le groupe d'intervention et le groupe témoin ; une méthode moins fiable consiste à demander aux personnes, après l'intervention, si elles ont changé.

Notons que dans ce contexte, le "changement" inclut aussi de persévérer dans un comportement bénéfique pour la santé et d'aller ainsi à l'encontre d'une tendance générale qui serait défavorable à long terme. Par exemple, des immigrants du nord-ouest de l'Europe ont tendance à abandonner leur régime alimentaire méditerranéen sain d'origine pour des habitudes alimentaires moins bonnes pour la santé.

Les activités de prévention ou de promotion de la santé tentent d'obtenir certains changements par rapport à une situation initiale problématique. Une évaluation des effets apprécie dans quelle mesure les changements prévus ont effectivement été obtenus. Cela implique de mesurer quels changements sont attendus, leur ampleur, comment ils doivent être mesurés, parmi quelle catégorie de personnes et combien d'individus sont concernés. Ces aspects sont décrits plus en détail ci-dessous.

Quels changements doivent être mesurés ?

Les changements que l'on souhaite mesurer doivent correspondre aux objectifs de l'intervention. Si ces derniers ont été définis selon des termes spécifiques et mesurables, la façon de mesurer les changements attendus sera évidente. Ainsi, il est important, avant de commencer une évaluation, de préciser les objectifs aussi précisément que possible, comme le décrit l'indicateur 5.2.

De manière idéale, les objectifs sont basés sur une analyse du problème et de ses données de base et forment une chaîne d'objectifs logiques (voir l'introduction du chapitre 5 et l'indicateur 5.1). Par exemple un projet vise à changer les connaissances, attitudes et aptitudes à l'égard du sevrage tabagique au sein d'une population concernée particulière, dans l'espoir qu'ils changeront leur comportement et cesseront de fumer ou réduiront leur consommation. En définitive, on espère que cela réduira la prévalence des maladies cardiovasculaires et du cancer des poumons.

Les variables spécifiques utilisées pour mesurer les changements prévus (ou objectifs) sont des indicateurs de résultat. Ces derniers doivent être à la fois pertinents (ils doivent correspondre à l'objectif prévu, c'est-à-dire, au changement attendu) et mesurables. Dans l'exemple précédent, la prévalence des maladies cardiovasculaires ne va probablement pas être un indicateur de résultat utile, puisqu'il n'est pas mesurable. Un quelconque effet sur cette variable va devenir seulement évident à très long terme, et il va être également impossible de le séparer des nombreux autres facteurs qui influencent la prévalence des maladies cardiovasculaires.

Comment mesurer les changements ?

Le caractère mesurable des indicateurs est aussi déterminé par leur précision. Dans la plupart des cas, il augmente avec le nombre de catégories de réponse des indicateurs : une échelle de 1 à 5 (allant, par exemple, de définitivement oui, à définitivement non) permet de mesurer plus finement les changements qu'une échelle à deux options (oui ou non).

La mesure des changements est aussi influencée par la fiabilité et la validité de l'outil de mesure. Un outil est valide s'il mesure « l'objet » que l'on prévoit de mesurer, et peut être considéré comme non-valide s'il produit une déformation systématique. La fiabilité d'un outil est liée à des déformations non-systématiques, provoquées par exemple par des questions ou des catégories de réponse imprécises. Ainsi différents individus peuvent donner des réponses différentes bien qu'ils aient en réalité les mêmes opinions sur le sujet. Un outil non-fiable signifie qu'il devient impossible de certifier qu'un changement a réellement eu lieu. Les circonstances de la mesure du résultat peuvent aussi affecter les conclusions ou leur fiabilité. Si par exemple des adolescents sont interviewés pour savoir s'ils consomment ou non des drogues, la présence de leurs parents pendant l'entretien peut sérieusement affecter le résultat. Si les adolescents ont été interviewés en l'absence de leurs parents avant l'intervention et en leur présence par la suite, les résultats mesurés avant et après l'intervention peuvent aussi bien avoir été provoqués par la méthode de mesure plutôt que par l'intervention. Les circonstances de la collecte des données doivent être aussi constantes que possible. Cette régularité peut être favorisée par exemple en demandant aux enquêteurs d'y être attentif et en s'assurant que les circonstances sont comparables.

L'évaluation des changements est enfin affectée par le nombre de personnes impliquées dans la démarche d'évaluation. Cette question concerne plus particulièrement l'utilisation de tests statistiques : plus il y a de personnes impliquées, moins les changements pourront être détectés.

La discussion ci-dessus peut donner l'impression que les effets doivent toujours être mesurés de façon quantitative et avec de « solides » méthodes scientifiques. Ce n'est pas nécessairement le cas. Des effets peuvent aussi être jugés de manière qualitative, par exemple en interviewant les membres de la population concernée ou en discutant avec eux pour savoir comment ils ont perçu l'intervention. Si possible, une combinaison de mesures qualitatives et quantitatives est la plus utile, les mesures quantitatives fournissant des preuves "dures" et les données qualitatives une information plus approfondie.

Niveau de preuve : 2

L'argument probant relatif à l'importance de l'évaluation des effets et de la mesure du changement relève de la logique ; il est en général reconnu à la fois par les scientifiques et les praticiens : sans recherche, il est impossible de certifier si des changements ont eu lieu. Détecter des changements est à son tour important pour deux fonctions majeures de l'évaluation, "apprendre et améliorer" et "justifier".

Références

- Cochrane, A.L. (1999). Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Dijker, A., Van Dongen, M. & Brug, J. (2000). Evaluatie van gezondheidsvoorlichting. In: J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R. Meertens & H.T. van der Molen (red.), Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum (p. 133-158).
- Francisco, V.T., Capwell, E.M. & Butterfoss, F. (2000). Evaluation in practice: getting off to a good start with your evaluation. Health Promotion Practice, 1(2), 126-131.
- Gillham, J.E., Shatte, A.J. & Reivich, K. (2001). Needed for prevention research: long-term follow-up and the evaluation of mediators, moderators, and lay providers. Prevention and Treatment, 4. <http://journals.apa.org/prevention/>
- Migchelbrink, F. (2000). Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Utrecht: SWP. (H. 8 effectevaluatie, p. 69-82).

- Nutbeam, D. (1999). Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. TSG, 77, 15-23.
- Price, R.H., & Smith, S.S. (1985). A guide to evaluate prevention programs in mental health. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1982). Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage.
- Swanborn, P.G. (1999). Evalueren. Amsterdam: Boom.
- Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1994). Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

8.3.b Est-il plausible que le changement ait résulté de l'intervention ?

REMARQUE : la compréhension de l'item ci-dessous requiert une certaine connaissance de l'évaluation des effets. Dans tous les cas, même pour ceux ne possédant pas cette connaissance, elle indique quels sont les points importants.

Les résultats des évaluations des effets et de processus sont généralement utilisés pour décider si une intervention doit être poursuivie, arrêtée ou adaptée, et/ou si sa couverture doit être élargie. De plus, ces deux types d'évaluation indiquent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, dans quels groupes, dans quelles conditions, etc. Ainsi, elles contribuent à l'amélioration de la connaissance de l'efficacité des interventions, et peut être utile à la conception d'autres interventions. Il est par conséquent important qu'une évaluation des effets tente de certifier que les changements sont le résultat de l'intervention et non d'autres facteurs. On appelle cela la validité interne. On doit également se demander si les résultats sont également valides pour d'autres circonstances, d'autres groupes, etc. On parlera alors de validité externe ou d'applicabilité.

En principe, on doit le plus possible tenter d'exclure de l'explication les autres sources de changements. Cette capacité dépend fortement des méthodes de recherche utilisées, y compris du nombre de groupes inclus dans l'étude (ayant subi l'intervention ou groupes témoins), du nombre de mesures réalisées (avant ou après l'intervention) et de l'utilisation de plusieurs sources d'information (nombre de méthodes de mesure, de chercheurs, de personnes sondées).

Certains des facteurs potentiels des changements observés et qui ne sont pas liés aux interventions (décrits brièvement ci-dessous) doivent être identifiés et exclus pour augmenter le degré de scientificité de l'évaluation. Ce niveau d'exigence doit être décidé à l'avance (voir aussi la section 8.1). Certaines des méthodes qui peuvent être utilisées pour exclure ces facteurs ou explications, ou pour réduire leur influence, sont également suggérées ci-dessous.

- *Evènements externes* : Pendant la mise en oeuvre d'une intervention, des évènements externes peuvent influencer la population concernée. Par exemple, si pendant une intervention sur le thème de la sexualité sans risque, une célébrité annonce sa séropositivité dans les médias, elle peut faire évoluer le sentiment de vulnérabilité face au VIH et changer les attitudes et/ou les comportements. Autre exemple, une intervention nationale a lieu alors qu'une intervention locale sur le même sujet est en cours. Ce facteur potentiel peut être exclu (ou contrôlé) en incluant un groupe témoin dans l'étude qui ne subit pas l'intervention locale. Si aucune évolution n'est constatée sur ce groupe témoin, l'explication alternative, soit que l'effet est dû à l'action locale, peut être invalidé.

- *Tendance évolutive* : Les changements mesurés peuvent avoir lieu sans l'intervention. L'utilisation d'un groupe témoin peut aider à déterminer si c'est le cas. Une autre option serait d'établir plusieurs mesures de la situation de départ et de les comparer aux changements observés.
- *Mesure des effets au stade initial* : Les études réalisées au stade initial ont sensibilisé les individus sur le sujet et ont augmenté leur intérêt pour celui-ci, entraînant des changements qui n'auraient pas eu lieu sans ces études. Cette explication des changements peut être exclue à partir de deux groupes d'interventions, un qui subit cette étude et pas l'autre (même principe que pour le groupe témoin). Si les groupes sont comparables à tous autres égards, toutes les différences mesurées entre les groupes peuvent indiquer si l'étude réalisée au stade initial a influencé le résultat. Cependant s'en assurer est une opération lourde non obligatoire. S'il existe un groupe témoin, on suppose en général que les deux groupes sont influencés de manière égale.
- *Réponses socialement souhaitables* : Les individus peuvent dire ce que le chercheur souhaite entendre, ou peuvent avoir honte de se comporter de telle ou telle façon. Du coup, ils donnent des réponses socialement souhaitables. Bien qu'il soit probablement impossible d'exclure complètement ce biais, on peut tenter de minimiser ce phénomène, par exemple en s'exprimant en des termes non-prescriptifs, en soulignant l'importance de donner des réponses honnêtes et en insistant sur le fait qu'il n'existe pas de réponses "correcte" ou "incorrecte" (chaque réponse étant correcte si elle reflète l'opinion de la personne sondée, son comportement, etc.).
- *Sélection* : Les caractéristiques du groupe qui fait l'objet de l'évaluation peuvent différer de celles de l'ensemble des destinataires de l'intervention (ils sont par exemple plus motivés ce qui va conduire à surestimer les effets de l'action). On peut seulement s'en rendre compte si l'on connaît bien ces derniers. Il est important de s'assurer au préalable que le groupe qui fait l'objet de l'évaluation est aussi représentatif que possible de l'ensemble de la population concernée.
- *Départs volontaires* : Les analyses peuvent uniquement être réalisées sur les données concernant les personnes qui ont participé à l'ensemble de l'étude (ou l'ensemble de l'intervention) et pas sur celles qui l'ont abandonné. On peut néanmoins les inclure et tenter de convaincre ces derniers de faire de nouveau partie de l'étude, en vérifiant leurs caractéristiques (afin de leur permettre d'être comparés avec ceux qui ont terminé l'étude).

Comme indiqué ci-dessus, l'élimination des biais nécessite de mobiliser différents dispositifs de recherche, ce qui n'est pas toujours faisable. Une intervention à l'échelon national ou à l'échelle communautaire, par exemple, ne peut pas faire appel à un groupe de référence. Mais s'il est possible de le mobiliser, il est conseillé d'y avoir recours.

Il est de plus en plus recommandée de comparer des sources d'information multiples, comme on le fait dans un procès où sont comparés les résultats de tests légaux et les affirmations des témoins, afin d'établir la culpabilité ou l'innocence de l'accusé "en son âme et conscience." De la même façon, la recherche en prévention et en promotion de la santé peut aussi mobiliser de multiples méthodes (par exemple des observations, des entretiens, des groupes de discussion, des rapports de réunions, des questionnaires) et sources (des participants, des exécutants, des bases de données). Le plus souvent, ces données visent à produire des évaluations de l'efficacité d'actions et de processus et incluent à la fois des données quantitatives et qualitatives. Si les résultats obtenus en utilisant ces différentes méthodes vont dans la même direction, il est probable qu'il y a effectivement eu un changement et que l'intervention est à son origine. Cependant, si les diverses sources produisent une information divergente ou même conflictuelle, aucune solution simple ne peut résoudre la situation.

Niveau de preuve : 2-5

Le niveau de preuve est comparable à celui de l'indicateur précédent. On se base sur un raisonnement logique pour dire qu'il est important d'évaluer les effets. Cette affirmation fait l'objet d'un large consensus des chercheurs et des praticiens : sans recherche minutieuse, il est impossible d'être sûr qu'un changement quelconque a eu lieu et s'il peut être attribué à l'intervention. Or, cette information est cruciale pour les deux principales fonctions de l'évaluation : "*apprendre et améliorer*" et "*justifier*".

De plus, des preuves scientifiques montrent les effets de l'évaluation sur la qualité des interventions. Au moins deux méta-analyses (Jane-Llopis, 2002 ; Tobler & Stratton, 1997) ont indiqué que les programmes mobilisant des recherches de qualité ont davantage d'effets.

Cependant, une autre méta-analyse comparant deux outils de mesure (Brown et al., 2000) n'a pas abouti au même résultat et les auteurs ont suggéré que la mesure de l'évaluation des effets requiert une plus grande précision.

Références

- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J., Zong, X. & Bhagwat, D. (2000). Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. *Addictive Behaviours*, 25, 955-964.
- Cochrane, A.L. (1999). *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Jane-Llopis, E. (2002). *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes*. Nijmegen: Quickprint.
- Jüni, P., Altman, D. & Egger, M. (2002). Assessing the quality of randomized controlled trials. In M. Egger, G. Davey Smith & D. Altman (Eds.), *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context* (pp. 87-108). London: BMJ Publishing Group.
- Moher, D., Cook, D., Eastwood, S., Olkin, I., Rennie, D. & Stroup, D.F. (1999). Improving the quality of reports of meta-analyses of randomized controlled trials: the QUOROM statement. *The Lancet*, 354, 1896-1900.
- Price, R.H., & Smith, S.S. (1985). *A guide to evaluate prevention programs in mental health*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1982). *Evaluation: a systematic approach*. Beverly Hills: Sage.
- Swanborn, P.G. (1999). *Evalueren*. Amsterdam: Boom.
- Tobler, N.S. & Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Windsor, R., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1994). *Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

8.4 Retour d'information aux acteurs

Après le recueil, l'analyse et l'interprétation des données, les acteurs doivent être informés des conclusions de l'évaluation. On doit notamment leur fournir des réponses aux questions qu'ils avaient posées au début de l'étude.

L'évaluation des effets ne favorise pas en elle-même l'efficacité des futures interventions ; elle peut seulement le faire si les résultats sont répercutés, c'est-à-dire si des décisions les prennent en compte. Selon Swanborn (1999), la probabilité pour que les résultats des études d'évaluation soient réellement utilisés est plus importante si les conditions suivantes s'appliquent :

- Les résultats sont pertinents, c'est-à-dire qu'ils doivent s'adapter aux problèmes rencontrés par les acteurs. Deuxièmement, les résultats doivent proposer des options réalistes pour les acteurs et indiquer de façon explicite tout effet secondaire positif. Troisièmement, les conclusions doivent être acceptables pour tous les acteurs. Enfin, les résultats doivent être disponibles au bon moment et non quand ils ne sont plus pertinents ;
- Les résultats sont présentés de manière compréhensible pour les acteurs, c'est-à-dire de façon lisible, concise et exempte de tout jargon technique ;
- Les chercheurs et les acteurs ont fréquemment communiqué ;
- Les résultats sont crédibles. La crédibilité des résultats dépend d'un ensemble de facteurs incluant la concordance avec d'autres sources d'information, la crédibilité des chercheurs et la qualité de la conception et de la mise en oeuvre de l'étude ;
- Les personnes devant utiliser les résultats ont été impliquées dans l'ensemble du processus de recherche (formulation du problème, conception et mise en oeuvre de l'étude, interprétation des résultats provisoires, interprétation et formulation des résultats finaux).

Enfin, les modalités de présentation des résultats peuvent aussi influencer l'attention dont ils seront l'objet et leur niveau d'utilisation. La présentation doit être adaptée à l'audience. Si les résultats doivent être présentés à des décideurs politiques nationaux ou locaux, il peut être utile d'inviter les médias nationaux ou locaux et d'impliquer la population concernée finale (par exemple en faisant en sorte que des enfants, des personnes âgées et des résidents locaux remettent le rapport ou un objet symbolique). Les acteurs politiques sont sensibles aux effets des médias sur leur image et cherchent à montrer l'attention qu'ils portent à la population concernée.

Niveau de preuve : 5

Informar les acteurs peut être considéré comme une intervention à part ayant son propre objectif : faire en sorte que les acteurs utilisent les résultats de l'évaluation, par exemple pour adapter, poursuivre et étendre l'intervention, accroître sa couverture, etc. L'intérêt de cet indicateur est par conséquent comparable à celui du retour d'information d'une d'intervention (indicateur 6.4.b). De plus, Swanborn (1999) a prouvé scientifiquement l'importance du retour d'information des résultats de l'évaluation.

Références

- Swanborn, P.G. (2000). Evalueren. Amsterdam: Boom. (H. 13, Productevaluatie IV: Bruikbaarheid)