

# Comment évaluer les effets de l'éducation ?

Chantal Vandoorne

Pour aborder l'évaluation des effets de l'éducation, j'adopte un point de vue fortement influencé par ma formation en sciences de l'éducation. Ce point de vue s'est affiné grâce aux études et projets auxquels j'ai participé depuis une vingtaine d'années dans le champ de la santé publique, de la prévention, de l'éducation pour la santé. Par ailleurs, le service que je dirige actuellement à l'université de Liège en Belgique intègre non seulement des spécialistes en sciences de l'éducation, mais aussi des spécialistes en sciences sociales et en santé publique. L'exposé d'aujourd'hui se situe à l'intersection entre les modèles utilisés en sciences de l'éducation et les modèles utilisés en matière d'évaluation en santé publique, plus particulièrement en promotion de la santé.

## Éducation, évaluation : concepts et ancrages valoriels

Précisons quelques limites du cadre de mon intervention. Lorsque je parlerai d'éducation, il s'agira de pratiques éducatives collectives et non de pratiques individuelles. Ce point semble important à préciser puisqu'un certain nombre de praticiens de l'assistance travaillent sur l'accompagnement individuel de personnes qui présentent des problématiques de poids. Par ailleurs, lorsque je parle d'évaluation, je ne parle pas de recherches évaluatives, mais bien de l'évaluation utile à la progression d'une action. Ainsi une des définitions que nous utilisons souvent pour préciser notre positionnement en matière d'évaluation, vient d'une publication québécoise (3) : « *Évaluer c'est essentiellement porter un jugement pour ensuite décider de mesures à prendre qui découlent de ce jugement* ». En abordant l'évaluation par cette définition, nous sommes d'emblée obligés d'indiquer sous quel angle on va regarder la problématique que l'on évalue ; nous sommes amenés à préciser quel est l'objet, quelle est la définition de l'objet que l'on va évaluer. Dans un deuxième temps, on s'interrogera sur la valeur que l'on attribue à cet objet : à partir de quand va-t-on considérer que cet objet, produit de notre action, est satisfaisant ? Quel critère appliquerons-nous aux résultats de l'action éducative pour décider que nous en sommes satisfaits ?

Nous travaillons donc l'évaluation avec, en arrière plan, l'idée qu'elle est porteuse d'utilité sociale. Lorsqu'une évaluation est produite et donne lieu, par exemple, à un rapport, les différents acteurs autour de la table (qu'ils soient professionnels du soin ou de la santé publique, acteurs économiques, usagers, décideurs politiques ou acteurs institutionnels) doivent pouvoir s'approprier cette évaluation ; ils doivent reconnaître le sens que cette évaluation prend dans leur pratique. Pour pouvoir s'approprier cette évaluation, il faut qu'ils aient bien défini sous quel angle ils vont regarder la réalité à évaluer et comment eux, en tant qu'acteurs, vont se positionner par rapport à cela. Ainsi, si nous sommes réunis aujourd'hui pour évaluer l'éducation nutritionnelle, nous allons d'abord devoir décider ce que

chacun d'entre nous entend par éducation nutritionnelle, comment il regarde cette réalité de l'éducation nutritionnelle, ... et ce qui intéresse chacun dans l'évaluation que l'on va mettre en place.

Parmi les auteurs reconnus en éducation pour la santé, qui travaillent notamment dans des approches de type communautaire dont vous avez parlé ce matin, K Tones (7) insiste sur la nécessité de clarifier les valeurs et les modèles de référence avant d'entamer toute évaluation. La clarification préalable des valeurs est d'autant plus nécessaire quand on travaille sur l'évaluation d'une action éducative, car celle-ci se déploie au sein d'une culture, d'une société, de milieux de vie, qui ont leurs propres références en termes de valeurs, de normes, de comportements et de savoirs.

Toute action éducative est inscrite dans un contexte culturel et social. Ainsi l'éducation a une fonction d'homogénéité sociale, qui se développe en tension avec d'autres fonctions : l'émancipation des personnes, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes, l'émergence du sujet à partir de son inscription biologique, historique et sociale (5) (6).

Les résultats attendus d'une action éducative dépendront donc de la place que chacun donne à l'éducation au sein de sa vision du monde et de la nature humaine. Quelle théorie de l'action est sous-jacente à ses interventions en santé publique et plus particulièrement en éducation à l'alimentation ? En ce sens, J. Fortin (5) évoque quatre paradigmes d'organisation sociale qui permettent de questionner la manière dont on positionne l'éducation.

- Le paradigme rationnel : ce sont des choix rationnels qui guident les conduites humaines ; grâce à l'apport d'informations, les personnes adaptent leurs savoirs, modifient leurs croyances et adoptent des comportements favorables à la santé.
- Le paradigme humaniste : le programme d'éducation pour la santé a pour but principal d'aider chacun à se réaliser lui-même ; la notion du libre choix ou du choix éclairé est au centre de ces pratiques et mériterait un exposé en tant que tel.
- Le paradigme de la dialectique sociale suppose que la personne va se construire petit à petit en interaction avec les environnements auxquels elle va être exposée, l'action éducative consistant à la mettre en contact avec des situations et contextes qui lui permettront d'évoluer.
- Le paradigme écologique va un pas plus loin et suppose que chaque personne va aussi, en retour, influencer ces environnements et sera donc capable de créer des conditions qui lui permettront dans notre cas, d'avoir une meilleure alimentation ou d'éviter l'obésité.

Selon le paradigme auquel vous rattachez votre action éducative, il est évident que les changements attendus et que vous souhaitez enregistrer au terme de votre action éducative vont être très différents.

## Évaluation, éducation et production de la santé

On pourrait considérer qu'il y a un acte éducatif à partir du moment où il va y avoir un aménagement intentionnel de situations (dites éducatives) qui visent à faire évoluer les personnes dans des domaines et sur des sujets qui sont très variés. On se trouve donc face à un panel assez large de situations qui mettent des personnes en action, des situations dans lesquelles on communique, des situations qui poussent les personnes à réfléchir.

Travailler en éducation à la santé place les pédagogues, les éducateurs face à un enjeu particulier : on leur demande que les actions éducatives soient productrices de santé et pas seulement qu'elles participent au développement de l'individu. En conséquence deux grandes voies traversent l'évaluation de l'éducation pour la santé. D'un côté, il s'agit d'identifier les changements produits et de l'autre de relever la trace par laquelle ces changements ont été rendus possibles ; quels sont les mécanismes qui ont rendu ces changements possibles... Quand on parle d'évaluation de l'éducation, on se situe sur l'un ou l'autre de ces axes. En matière d'éducation, l'évaluation rencontre en outre deux défis particuliers : isoler l'impact spécifique de l'éducation dans le changement ultime que l'on veut produire et pouvoir identifier les effets de l'acte éducatif sur le long terme.

### Identifier les effets de l'acte éducatif sur le long terme

À partir du moment où l'on prend pour référence non le producteur de l'acte éducatif, mais le sujet de l'éducation (la personne éduquée), force est de constater que les effets des actions éducatives dépendront de la manière dont la proposition éducative s'intègre dans les schèmes cognitifs et socio-affectifs de cette personne, dans son parcours de vie... Elle pourra donc tirer profit de la situation éducative dans laquelle nous la plaçons soit à court terme, soit à moyen terme, soit à long terme, ou alors elle n'en tirera jamais profit. En effet, à côté des actes éducatifs identifiés comme tels, formalisés, produits dans divers milieux de vie, les personnes sont exposées à de nombreuses influences non formalisées qui interfèrent avec l'acte éducatif ou le renforcent.

En éducation pour la santé, l'apparition de la plupart des bénéfices demande du temps. Les effets immédiats sont souvent temporaires. D'autres effets, plus lents à s'établir, sont souvent plus stables. (4) Il faut donc raisonner dans la durée, l'acte éducatif peut n'avoir aucune conséquence pratique à court terme, mais être capitalisé pour produire un changement plus tard (effet retard de l'éducation).

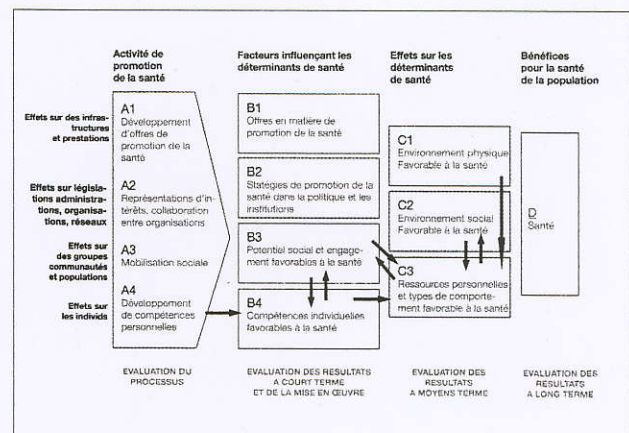
Lorsqu'on pose la question de l'évaluation de l'éducation pour la santé, il est donc important de bien distinguer les effets qu'il est pertinent d'enregistrer à court terme et ceux qui seront peut-être possibles à enregistrer sur un terme plus long (deux ans, cinq ans, dix ans).

### Isoler la place de l'éducation dans le changement que l'on veut produire

Ce défi réfère à ce que François Baudier a exposé ce matin : la variété des déterminants qui peuvent amener une amélioration des comportements alimentaires. Les stratégies éducatives ne représentent qu'une catégorie parmi ces multiples déterminants.

Ainsi, si des relations ont été établies entre le niveau éducatif d'une population et son état de santé ou les bénéfices que cette population tire des actions de prévention, il est cependant difficile de démontrer les effets d'une stratégie éducative précise sur des comportements de santé définis, tels que les comportements alimentaires. Pourquoi ?

Il est délicat d'isoler les effets de l'acte éducatif sur le comportement par rapport à d'autres facteurs d'influence tels que l'aménagement de l'offre, l'évolution du climat social (culture ou styles de vie prédominants). En effet, l'évolution d'un comportement tel que le comportement alimentaire est le fruit de multiples facteurs. Certains modèles conceptuels sont utiles pour positionner clairement les déterminants qui sont objet d'éducation par rapport à ceux qui dépendent d'autres dimensions de l'organisation collective. Nous prendrons pour exemple un modèle maintenant assez largement utilisé dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé, en tout cas dans la partie francophone, il a été conçu par des collègues suisses sur la base de travaux anglophones des deux dernières décennies (1).



Ce modèle permet de situer les dimensions à évaluer lorsque l'on se trouve face à un projet ou un programme qui vise à améliorer une problématique de santé ou de qualité de vie, par exemple l'augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité. Face à un tel programme, on peut enregistrer 4 niveaux d'effets considérés comme intermédiaires par rapport aux indicateurs sanitaires : des effets sur les infrastructures et les prestations de services ; des effets sur les législations et réglementations ; des effets sur les groupes, les communautés, les ensembles de population ; et enfin des effets sur les individus.

On remarque d'emblée que l'éducation peut surtout être mise en relation avec certains des quatre niveaux d'effets souhaitables pour atteindre l'efficacité en matière de santé publique : ce sont essentiellement les modifications individuelles et dans une moindre mesure les modifications sur la mobilisation des communautés.

Ce modèle fonctionne de la façon suivante : une première utilisation en analyse causale se pratique de droite à gauche. Plaçons par exemple l'obésité comme problématique de santé publique dans la case D. Sur la base de références scientifiques autant qu'il est possible, on essaye d'identifier trois catégories de déterminants de ce problème de santé.

C1. Des déterminants ayant trait à l'environnement physique au sens premier du terme.

C2. Des déterminants ayant trait à l'environnement social, Dans l'environnement social, on trouvera notamment la notion de climat social. Le climat social peut référer à la place donnée à l'alimentation dans la famille, dans un établissement scolaire, dans la cité, dans la vie professionnelle et dans l'entreprise. Il met en cause les habitudes, les normes, la culture qui entourent l'alimentation dans ces différents milieux de vie. Ce ne sont donc pas des paramètres physiques, mais plutôt des paramètres liés à l'organisation sociale et à la culture. On retrouve aussi dans cette partie du modèle les éléments liés à l'égalité en matière de bénéfices des offres et services, donc la lutte contre l'iniquité.

C3. Les ressources personnelles et les types de comportements favorables à la santé. On a donné ce matin des exemples qui concernaient les ressources personnelles, notamment dans l'approche réflexive par rapport à ses désirs, ses motivations, ses opinions.

Dans une deuxième étape de l'analyse causale, on est amené à se demander quels sont les éléments (appelés facteurs) que l'on doit activer pour arriver à des modifications sur la catégorie de déterminants décrits ci-dessus (C1, C2, C3). Quatre catégories de facteurs sont identifiées qui correspondent aux quatre types d'effet intermédiaires évoqués plus haut.

B1. Les offres spécifiques de promotion de la santé, en ce compris la formation des professionnels.

B2. Les stratégies que développent les politiques et les institutions (engagements contraignants, modifications organisationnelles, réseau pour développer la promotion de la santé).

B3. Le développement du potentiel social (mobilisation de groupes de la population autour de questions de promotion de la santé, appropriation de ces questions par la population, collaboration de nouveaux acteurs).

B4. Les compétences individuelles favorables à la santé : connaissance, aptitudes, attitudes, etc.

Dans le dernier rectangle sur la gauche, on place toutes les activités qui peuvent être réalisées pour mettre en place ces facteurs.

Pour clarifier la question des objets de l'évaluation de l'éducation pour la santé, on peut situer, dans ce schéma, les parties concernées par les buts et stratégies éducatives. Ce sont

- parmi les effets à moyen terme : la modification des ressources personnelles et des comportements favorables à la santé (C3),
- parmi les effets à court terme, c'est-à-dire de façon intermédiaire entre les activités prévues en A et les déterminants prévus en C : des connaissances, habitudes, aptitudes individuelles (B4).

Mais il faut aussi considérer que les activités éducatives ont une influence sur le potentiel social (lien entre B4 et B3 puis par ricochet avec C2) : c'est dans les relations, dans l'engagement d'une personne avec ses pairs, avec les gens de ses différents milieux de vie que l'action éducative influence l'environnement social favorable à la santé (support social, climat social, égalité des chances).

Une fois que l'on aborde la question éducative au sens plein du terme, c'est-à-dire une éducation qui permet à chaque personne de créer son parcours de vie et de développer son potentiel, on peut en attendre des effets non seulement sur des comportements précis reconnus comme favorisant la santé, mais aussi sur son engagement par rapport à la collectivité.

Le raisonnement mené pour situer la place de l'évaluation d'une action éducative est le suivant : pour qu'une personne adopte un comportement favorable à la santé (C3), il est nécessaire que la personne ait développé des compétences de tous ordres ou ressources personnelles (C3) qui puissent rendre ce comportement possible dans le contexte qui est tracé par le C1 et le C2. Mais inversement, il va falloir aussi que les relations avec son environnement lui permettent d'exprimer ce type de comportement : que son environnement social (C2) et son environnement physique (C1) soient favorables, facilitants pour la réalisation de ce comportement. Ces mécanismes sont illustrés par la présence de flèches à double sens.

En synthèse, on peut dire que lorsque nous sommes sollicités pour concevoir une évaluation qui touche à une pratique éducative collective, on essaye de définir quels effets cette pratique peut avoir sur le court terme, dans des dimensions telles que B3 et B4, ou sur le moyen terme, dans des dimensions telles que C2 et C3. Toutefois, très souvent on n'a pas la possibilité d'aller observer, pour une action précise, les résultats à moyen terme et on est presque obligé de se limiter à des effets situés au niveau de B4. Ou alors on est limité à évaluer la mise en place des actions éducatives.

*In fine*, ce schéma permet de prendre conscience de la difficulté d'isoler l'impact de l'acte éducatif (colonne A) par rapport à un certain nombre de déterminants (colonne C) pour pouvoir dire avec certitude que c'est cet acte éducatif qui a eu un effet sur les comportements de santé. Pour évaluer un acte éducatif, on essaie alors de mettre en évidence d'autres types de facteurs intervenant à un niveau intermédiaire (colonne B).

## Diversifier les objectifs éducatifs à évaluer

Parmi les types d'effets que l'on peut enregistrer à court terme et à moyen terme, on a parfois tendance à se centrer sur des objectifs de type cognitif (connaissances, transmission de savoirs) pour laisser de côté des objectifs socio-affectifs ou sensori-moteurs. Pour enrichir l'évaluation des actions d'éducation alimentaire, on cherchera à observer, mesurer, apprécier les impacts sur différentes facettes qui constituent un être humain (2).

- La dimension physique et le rapport qu'une personne a au corps, par exemple
  - Être conscient des changements dans ses propres perceptions des saveurs ;
  - Se sentir à l'aise avec l'image de son propre corps ;
  - Identifier ses propres besoins alimentaires en fonction de son âge, de son poids et de son mode de vie.
- La dimension psychique, le rapport aux affects, au domaine des émotions, par exemple
  - Avoir conscience de la relation entre un aliment donné et le plaisir qu'il procure ;
  - Être capable d'exprimer ce que l'on ressent quand on boit et quand on mange.
- La dimension cognitive, celle qu'on travaille le plus souvent, c'est-à-dire le rapport au savoir, par exemple
  - Identifier l'origine végétale ou animale des aliments ;
  - Être capable de comprendre les techniques de publicité utilisées par les distributeurs.
- La dimension sensorimotrice ou le savoir-faire, par exemple :
  - Identifier le goût, distinguer les différentes saveurs ;

- Savoir reconnaître la qualité d'un aliment (fraîcheur, couleur, odeur).
- La dimension sociale : le rapport au collectif a été largement évoqué dans les exposés de ce matin, à propos du repas en tant que moment de communication, de vie collective et de structuration de la vie sociale. Il s'agit en fait de dimensions socio-affectives, auxquelles on pourrait ajouter des dimensions sociétales.
  - Avoir conscience de ses responsabilités et de ses limites en matière de choix alimentaire ;
  - Être conscient des inégalités dans la distribution mondiale des aliments ;
  - Être conscient de l'impact de la consommation des aliments sur la protection de l'environnement.

### Questionner la portée de l'action éducative

En synthèse et conclusion, reprenons la manière dont l'OMS a défini l'éducation dans **la déclaration de Sundsvall (1991)**.

« L'éducation est un élément déterminant pour favoriser les changements politiques, économiques et sociaux [*paradigme écologique*] qui rendent possible l'instauration de la santé. Les objectifs et les stratégies de l'éducation pour la santé doivent traduire ces principes généraux. Ils doivent mettre en place un processus qui crée les conditions pour que des personnes ou une communauté apprennent à développer leur bien-être et leur santé [*paradigme humaniste*]. Ils doivent favoriser la prise d'autonomie et la responsabilité collective. La santé passe donc par le développement individuel et collectif des aptitudes à exercer une action sur les facteurs de santé [*paradigme de la dialectique sociale*] » (6).

Les objectifs et les stratégies de l'éducation doivent traduire ces principes généraux, ils doivent mettre en place un processus qui crée les conditions pour que les personnes et les communautés apprennent à développer leur bien-être et leur santé. Ils doivent favoriser la prise d'autonomie et la responsabilité collective. Et donc, l'éducation passe par le développement individuel et collectif des aptitudes à exercer une action sur les facteurs de santé. On se rapproche là de l'éducation à la citoyenneté dans les établissements scolaires. D'ailleurs dans les collèges et les lycées, on travaille avec le CESC qui jumelle l'éducation à la santé et l'éducation à la citoyenneté.

*L'éducation est un élément déterminant qui favorise les changements politiques, économiques et sociaux.* On est donc bien dans le paradigme écologique qui va rendre possible l'instauration de la santé. Lorsque nous pratiquons l'éducation nutritionnelle, avons-nous pour objectif des changements individuels ou souhaitons-nous aider l'individu à acquérir plus de prise sur son milieu de vie et sur son environnement ? Et en conséquence, quel est le focus de notre évaluation ?

### Références

1. Ackermann *et al.* (2005), Guide pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. 2ème version revue et corrigée. Berne : Promotion Santé Suisse.
2. (1998), Curriculum en Spirale : les ingrédients essentiels de l'éducation nutritionnelle à l'école. Luxembourg : Commission européenne Direction générale V Santé et sécurité.

3. Gaudreau L, Lacelle N (1999). *Manuel d'évaluation participative et négociée*. Montréal : Université du Québec.
4. Green LW (1977). Evaluation and measurement : some dilemmas for health education. *AJPH*, 67(2):155-61.
5. Fortin J (2005). Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. Chapitre 2, pp. 51-65. In « Jourdan D ; Tubiana M ». *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. (Collection Ecole & Santé). Toulouse : Editions Universitaires du Sud (EUS).
6. Haglund BJA, Pettersson B, Finer D, Tillgren P (1997). Créer des environnements favorables à la santé - Exemples donnés à la Troisième Conférence internationale sur la promotion de la santé - Sundsvall, juin 1991. Genève : OMS.
7. Tones K, Green J (2004). *Health promotion: Planning and strategies*. London: Sage,

## Débat

### Jean-Loup Allain (L'Alliance 7)

J'aimerais savoir comment ce système d'évaluation peut s'appliquer à l'alimentation. Je veux juste dire deux mots sur ce que l'on a déjà dit ce matin, la relation avec la santé sur le tabac, l'alcool est binaire. Là nous sommes en multifactoriel. L'évaluation de l'éducation alimentaire ne présente-t-elle pas de difficultés particulières ?

### Chantal Vandoorne

J'ai travaillé en 1990 sur la dispersion d'un programme qui s'appelait « Améliorer l'environnement alimentaire dans les communautés scolaires ». L'Outil de Catégorisation des Résultats de Promotion santé Suisse n'existait pas encore ; cependant on en retrouvait les différentes composantes dans les schémas que nous avons produits pour monter l'évaluation. On regardait si, au bout d'un travail de deux ans avec les communautés éducatives, l'environnement avait changé, ce que l'on proposait à la cantine, ce que l'on proposait sur les temps de collation. On regardait ce que les élèves avaient monté comme projet participatif en lien avec l'alimentation et on regardait aussi la place que la communauté éducative donnait à l'alimentation dans son projet pédagogique global. Les composantes du climat social méritaient donc notre attention tout comme les composantes nutritionnelles. Donc, ce type de modèle s'applique très bien à l'alimentation surtout à la prévention et à l'éducation pour la santé en matière d'alimentation, lorsqu'on ne se trouve pas face à des cas pathologiques ou difficiles.

### Gérard Reach

Dans le schéma où vous avez montré les quatre colonnes A, B, C et D, il n'y avait pas de flèche entre la colonne C et la colonne D. Est-ce volontaire ou est-ce implicite ? Et lorsqu'on évalue les programmes d'éducation évalue-t-on les résultats en termes de ce que les gens sont censés apprendre à faire, à se comporter seulement ? On ne regarde pas les effets sur la santé qui est le D et qui devrait quand même être au final le point le plus important ? Ou est-ce que j'ai mal compris ?

### Chantal Vandoorne

Vous n'avez pas mal compris. Pour les besoins de l'exposé, je n'ai activé les flèches qu'autour des quelques catégories du modèle qui touchaient plus particulièrement

l'éducation. Bien sûr, quand on travaille la planification en temps réel, on reliera les trois catégories de déterminants C avec la case D « santé ». Le propos de mon exposé était justement d'essayer de vous convaincre que, pour évaluer les stratégies éducatives, il y avait intérêt à prendre d'autres indicateurs que le niveau des indicateurs santé, quelquefois les comportements quand on peut enregistrer des effets à moyen terme (mais ce n'est pas possible pour tous les comportements) et surtout des éléments intermédiaires liés aux opinions, aux attitudes, aux compétences, aux ressources personnelles et à la dynamique collective.

C'est en relation avec votre question que j'ai tenu à préciser que mon exposé concernait les pratiques éducatives collectives. En effet, si vous travaillez l'accompagnement éducatif d'un enfant obèse ou en surpoids, vous espérez quand même pouvoir au bout de quelques mois enregistrer un effet sur sa santé ; et ce sera sans doute possible parce que c'est une personne bien particulière dont le problème s'inscrit dans un contexte aux contours précis. A partir du moment où l'on travaille en stratégie éducative collective et préventive avec des populations qui sont plus ou moins bien ciblées, les effets sur la santé vont se faire sentir bien longtemps après. Par conséquent, en général, on n'arrivera pas à définir si l'effet bénéfique obtenu va dépendre des stratégies éducatives ou va plutôt dépendre des mesures réglementaires qui seront établies en même temps ; ou encore d'un changement des mentalités et du climat culturel.

Ce phénomène a été manifeste dans le cadre de la prévention des accidents de la vie courante. Dans la dernière décennie du siècle dernier, on a enregistré une diminution des accidents de la vie courante, mais il y avait eu pendant cette décade, non seulement une multiplication de stratégies éducatives mais aussi une multiplication de pratiques réglementaires. Ainsi, lorsqu'on travaille à l'échelle d'une région ou d'une population, il devient très difficile d'isoler les effets à moyen terme des actions éducatives. On pourrait les isoler de façon expérimentale, mais c'est vraiment très compliqué de monter une expérimentation dans ce domaine, même dans des pays qui sont mieux nantis en matière d'évaluation comme c'est le cas aux USA et au Canada. Cette limitation va de pair avec le fait que la stratégie éducative n'est jamais efficace à elle seule. Tout comme la stratégie réglementaire n'est jamais efficace à elle seule. Pour obtenir des effets sur la santé, il est donc essentiel que la stratégie éducative sur le plan collectif soit jumelée avec d'autres stratégies.

### **Gilles Créttenand (Centre alimentation et mouvement, Valais, Suisse)**

Le modèle de Green dont s'inspire le modèle « Promotion Santé Suisse » définit en bout de course comme objectif non pas la santé mais la qualité de vie. C'est une nuance qui va encore plus loin que la santé d'après ce modèle. Ce modèle est aussi à mon sens plus micro plus proche de la personne ou de la petite société, du petit groupe sur lequel on peut travailler par rapport au programme ou au modèle « promotion santé suisse » qui est plutôt macro où on peut travailler en état « analyse » ou en état « action ». Que pensez-vous de ces définitions de la qualité de vie comme référentiel et non plus la santé en tant que telle ?

### **Dominique-Adèle Cassuto**

Par rapport à l'évaluation, ce qui est important c'est l'indicateur. Cela rejoint tout à fait ce que dit Gilles Créttenand parce que l'éducation nutritionnelle ou je préférerais plutôt l'éducation alimentaire parce que ce que vous évaluez c'est plutôt ce qui s'est passé autour de l'aliment plutôt qu'au niveau des glucides, des lipides et des protéines. Donc si l'indicateur est le poids, c'est embêtant parce qu'on est en train de se rendre compte en ce moment qu'il y a beaucoup plus de petites filles maigres que d'enfants obèses qui augmentent.

### **Chantal Vandoorne**

Précisons que je n'ai pas dit qu'il fallait prendre le poids comme indicateur.

Le modèle de Promotion Santé Suisse que je viens de vous présenter vient en filiation par rapport au modèle de Green et Kreuter, mais il est passé par un autre spécialiste anglo-saxon D Nutbeam. Le modèle dans sa version suisse est très récent. Les professionnels en promotion de la santé sont en train d'essayer de l'expérimenter dans différents cas de figure. Je l'ai utilisé avec des gens qui construisaient des programmes limités sur une communauté et nous sommes en train de l'utiliser pour construire la programmation autour de la promotion cardiovasculaire en Communauté francophone de Belgique. Dans les deux cas, il nous est utile parce qu'il nous permet de varier les différents paramètres à prendre en compte et de vérifier si on n'en oublie aucun.

Par rapport à la question sur la qualité de vie, je vous ai présenté ici une version un peu fruste en un temps très limité. En fait dans le modèle original, la qualité de vie se situe dans la case D en dessous de Santé. Les Suisses indiquent aussi qualité de vie en dessous de santé, mais le terme générique reste santé. Effectivement dans la pratique de mon équipe, la notion de qualité de vie est préférentiellement utilisée car elle correspond mieux au concept de santé globale.