

“Evaluer l'éducation pour la santé : quelques modèles de référence”

Chantal VANDOORNE, chercheure à l'Ecole de santé publique
de l'Université de Liège, directrice de l'APES-Ulg

Les professionnels de l'éducation pour la santé, de la promotion de la santé ou de la santé publique sont d'origines disciplinaires très diverses. A certains moments, pour arriver à se comprendre en profondeur et à créer ensemble des schémas d'évaluation, il peut être nécessaire de retourner à ses schémas de référence, à ses paradigmes.

Ces façons d'interpréter les interventions sont à la rencontre de la santé et de l'éducation, au carrefour de l'évaluation avec les sciences politiques, sociales et l'épistémologie, et à l'intersection entre l'éducation et l'évaluation.

Si nous arrivons à mieux comprendre le sens que nous donnons à nos pratiques professionnelles, à les modéliser, il est alors possible de les comparer et d'arriver ensemble à des consensus et à des référentiels communs.

L'identité professionnelle se construit sur la théorisation des pratiques.

Qu'est-ce que l'acte d'évaluation ?

L'évaluation est un processus de production et de structuration d'informations, qui permet de poser un jugement de valeur sur la qualité d'une action, afin de conduire une action par des décisions.

Il est intéressant d'étudier les courants qui ont traversé l'évaluation dans le temps.

Voici quelques repères historiques :

- Au XVIII et XIX^{ème} siècle, l'évaluation est essentiellement assimilée à l'inspection sur des normes de fonctionnement ; ces idées d'inspection et de contrôle sont toujours dans la culture de l'évaluation, même si nous essayons de les dépasser.
- Le XIX et le XX^{ème} siècle voient le développement des statistiques et on préconise alors l'évaluation par des outils quantitatifs, on essaie de décrire la réalité le plus précisément possible, notamment par le biais des statistiques et de données descriptives.
- 1930 représente un tournant important car on commence à considérer l'évaluation par rapport à des objectifs fixés, elle commence à devenir une mesure de l'atteinte des objectifs d'un programme (Tyler).

- En 1960, notamment aux Etats-Unis, on assiste à un vaste mouvement de professionnalisation et de multiplication des modèles de l'évaluation ; ce mouvement s'est largement développé dans les sciences éducatives, dans les sciences sociales et sanitaires, en santé et en santé publique. Apparaissent alors des modèles d'évaluation du type *Goal free evaluation* de Scriven, ou évaluation formative/sommative, qui consiste en une évaluation indépendante des objectifs. On s'éloigne de Tyler et de l'évaluation par rapport aux buts. Il y a donc déjà en 1960 des modèles d'évaluation qui ne tiennent pas compte des objectifs.
- À partir de 1970, de nouveaux courants d'évaluation apparaissent, ceux notamment qui mettent en avant la notion d'évaluer pour décider. Stufflebeam montre qu'à différents types d'évaluation correspondent différents types de décision : des décisions de préparation du programme, des décisions de choix des stratégies, des décisions de régulation du programme, des décisions relatives à la continuité ou à la récurrence du programme... Cronbach sera l'un des premiers à dire que pour évaluer, il ne faut pas comparer des programmes, mais qu'il est important d'évaluer pour aider chaque programme à se développer (évaluer pour guider le développement plutôt que comparer).
- En 1980 apparaît une série d'autres mouvements mettant l'accent sur le changement (évaluer pour changer) : l'évaluation aide le programme à se développer mais permet aussi de modifier des pratiques collectives. C'est le courant soutenu par Patton qui a pris l'évaluation comme objet d'étude et a analysé notamment les relations entre les évaluateurs et les institutions qui leur commandaient les évaluations. Un autre courant de l'évaluation, celui des *stakeholders*, c'est-à-dire des partis prenants, a accordé une grande importance aux différents acteurs impliqués dans l'évaluation (décideurs politiques, institutionnels, professionnels, usagers...) et à leurs enjeux différents.
- En 1990 culminent des modèles qui mettent en avant l'évaluation participative, le modèle le plus abouti étant alors l'*empowerment evaluation* de Fetterman qui a beaucoup publié sur le sujet. On utilise l'évaluation pour nourrir le développement des compétences des professionnels et de la population, pour nourrir l'autodétermination : c'est l'évaluation renforçante. Dans les années 90, toute une série de courants d'évaluation vont ainsi s'apparenter aux évaluations participatives (ou *empowerment*).

À travers ce bref parcours historique, on peut voir qu'il existe des positions très différentes en matière d'évaluation.

En ce qui concerne l'idéologie et l'évaluation, un sage de l'éducation pour la santé, K. Tones, indique dans son dernier ouvrage, en 2004, qu'au bout du compte, le choix d'un modèle est défini par les valeurs de référence des professionnels qui vont l'utiliser dans leur travail. Il nous engage à ne pas occulter les valeurs qui traversent nos pratiques professionnelles.

Par ailleurs, l'utilité sociale d'une évaluation dépend des conditions d'appropriation de cette évaluation par les acteurs. En effet, il faut pouvoir s'approprier l'évaluation, sinon la décision qui en découle ne sera pas mise en œuvre.

On peut aussi considérer que clarifier les valeurs et les modèles de référence est un incontournable de l'évaluation.

J'en viens maintenant à la question **“comment lier éducation et évaluation ?”**

Il faut d'abord s'interroger sur ce que l'on entend par éducation. Un acte éducatif est un aménagement intentionnel de situations d'action, de communication, de réflexion, pour permettre à un groupe ou à des personnes d'évoluer, dans des domaines variés (sur le plan de leurs connaissances, de leurs pratiques quotidiennes, de leurs comportements, de leurs attitudes, sur le plan socioaffectif, sur le plan des relations sociales etc.)

Par conséquent, évaluer l'acte éducatif consiste à vouloir identifier les évolutions et les changements que l'on a produits chez ces personnes ou chez ces groupes, mais également à relever la trace des différents processus qui ont permis ces changements.

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, on souhaite par ailleurs que les changements produits soient eux-mêmes producteurs de santé, que la manière dont la personne évolue soit garante d'un meilleur pilotage de sa santé.

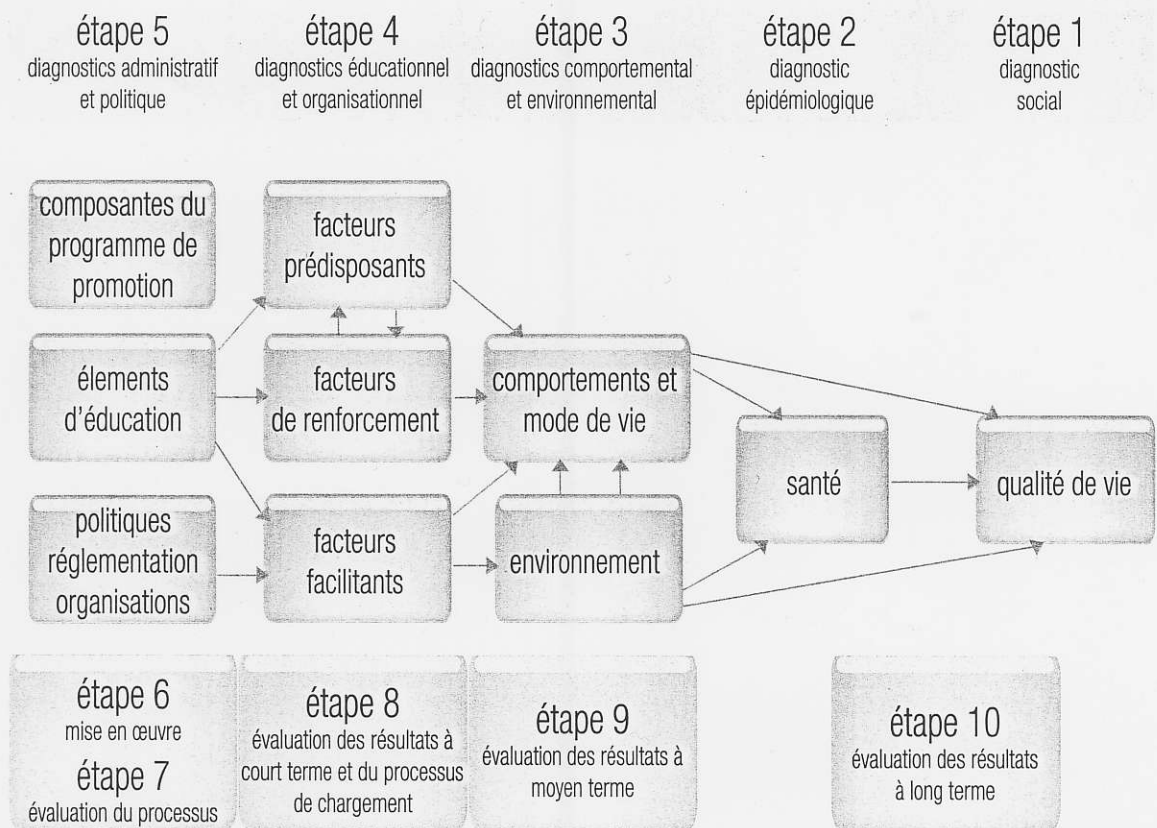
Cela constitue une difficulté supplémentaire en matière d'évaluation.

Deux défis sont notamment à relever :

- Isoler la place de l'éducation dans la production de la santé : dans un programme de santé, l'éducation occupe une place mais n'occupe pas toute la place, donc il est difficile d'isoler l'effet de l'éducation par rapport à l'effet de mesures organisationnelles, à l'effet d'une meilleure disponibilité des services, à l'effet de la culture ambiante...

- Identifier les effets de l'acte éducatif sur le long terme : la deuxième difficulté tient au fait que quand on produit un acte éducatif il va avoir des effets immédiats, mais également des effets à beaucoup plus long terme ; en effet, c'est peut être 10 ou 20 ans plus tard qu'une personne va se rappeler d'une expérience réalisée à l'école dans une action d'éducation pour la santé et qui va influencer sa manière de gérer son tabagisme, l'alimentation de ses enfants etc. On ne sait donc pas relever toutes les traces produites par un acte éducatif.

L'éducation n'est donc qu'un élément parmi d'autres qui va produire le bénéfice de santé. Le schéma ci-dessous montre bien depuis les années 80 cette place relative mais importante de l'éducation :



Modèle de planification PRECEDE/PROCEED de GreenA, L. et Kreuter, M. (1991)

Quelle vision de l'action éducative en santé ?

Il est important, si l'on veut clarifier nos valeurs, de savoir quelle vision nous avons de l'action éducative en santé.

J'ai choisi de reprendre une série de **quatre paradigmes détaillés par Fortin** en 2005 :

- le choix rationnel
- la réalisation de soi
- la dialectique sociale
- l'approche écologique

Selon son paradigme de référence, qui dépend fortement de sa formation et de son expérience professionnelles, les changements attendus au terme de l'acte d'éducation seront différents.

Dans le **paradigme rationnel**, on se demande quel est le rapport que la personne entretient avec une série de normes dites biomédicales. L'épidémiologie permet de faire la relation entre un certain nombre de facteurs de risques et des problèmes de santé. Parmi ces facteurs de risques, on trouve les facteurs comportementaux ; donc on aimerait bien que les personnes puissent modifier leur comportement pour diminuer la probabilité de rencontrer tel ou tel problème de santé.

Eduquer, et je suis ici caricaturale, c'est informer pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé.

Dans ce cadre, l'évaluation consiste à vérifier si l'on a augmenté ou modifié des connaissances, des facteurs de risques comportementaux. Un tel paradigme peut paraître dépassé mais continue pourtant à diriger l'action de nombreux professionnels de santé publique.

Dans le paradigme de **la réalisation de soi**, paradigme humaniste du libre bien être, il s'agit d'aider les personnes à se réaliser, à se développer, à trouver ce qui a du sens pour elles. Cela se confond avec la définition globale et positive de la santé de l'OMS d'un état complet de bien être physique, mental et social. Il s'agit d'un courant qui touche à la réalisation de soi, à la conscience et à la connaissance de soi.

Eduquer consiste ici à développer des compétences diversifiées, à augmenter la motivation des personnes et leur capacité à prendre des décisions en rapport avec la santé : le travail sur l'image de soi, sur sa place dans un groupe de pairs... sont autant d'éléments rencontrés dans cette conception de l'éducation. L'évaluation n'est ici pas facile, car les paramètres liés à la réalisation de soi sont également liés à l'intime, à la personnalité ; par ailleurs, ce courant insiste beaucoup sur le libre choix en matière de santé, et pose les questions éthiques telles que "quelle est la légitimité, quelles sont les limites du libre choix de la personne en matière de santé ?"

Dans un troisième paradigme, celui de **la dialectique sociale**, on situe la personne dans son milieu de vie et on interroge son degré de liberté au sein du groupe social d'appartenance. Ce paradigme intègre donc aussi les dimensions collectives dans la construction de la santé.

La pédagogie de la libération de Paolo Frere ou tout le courant dit “d’empowerment” se réfèrent à ce paradigme. Eduquer, c’est optimiser les savoirs, en interaction avec l’exercice du pouvoir sur l’environnement matériel et social.

L’évaluation dans ce cas a ceci de difficile que l’empowerment est à la fois un processus d’action et un résultat : c’est en aidant les personnes à acquérir et à identifier leur zone de pouvoir sur leur vie quotidienne qu’elles vont aussi acquérir effectivement plus de pouvoir. Des exemples de ce type existent en France, notamment au travers des actions promues par certains comités d’éducation pour la santé : évaluation d’ateliers de prises de paroles, d’actions de santé communautaire...

Le dernier paradigme, le **paradigme écologique**, va un peu plus loin que le précédent car il considère que la personne se construit en interrelations avec différents milieux de vie, et pas seulement son milieu d’appartenance immédiat, cette interaction générant le développement, la maturation, les apprentissages.

La toute puissance de la personne est un peu en retrait. Eduquer revient ici à tenir compte des impondérables qui peuvent surgir dans un parcours de vie et qui peuvent entraîner des modifications de décisions. On rompt avec le schéma rationnel, selon lequel une personne bien préparée prendra toujours les décisions favorables à la santé.

Je n’ai pas encore vu d’évaluation centrée sur ce type de paradigme, car il accorde la place à toute une série d’influences, formelles et non formelles, et étalées dans le temps.

La conception de Bronfenbrenner qui prévaut depuis plus de trente ans figure à la base de ce paradigme (diapositive ci-contre) : l’individu appartient à une famille, va à l’école, vit dans un quartier, et tout ceci représente autant de milieux de vie, qui nouent entre eux des interactions pouvant être autant de facteurs de décisions pour la personne. Ces petits milieux de vie sont inscrits dans un “exosystème”, un système plus large comme par exemple la région PACA ou la France, disposant d’une série de services, de dispositifs administratifs, associatifs... qui vont influencer les milieux de vie immédiats de la personne. Il y a également une culture ambiante pouvant être plus ou moins favorable à la santé. Et à cela s’ajoute la dimension chronologique, qui fait que l’histoire de l’individu va l’entraîner à prendre à un moment telle ou telle direction.

Ceci est une illustration du paradigme écologique.

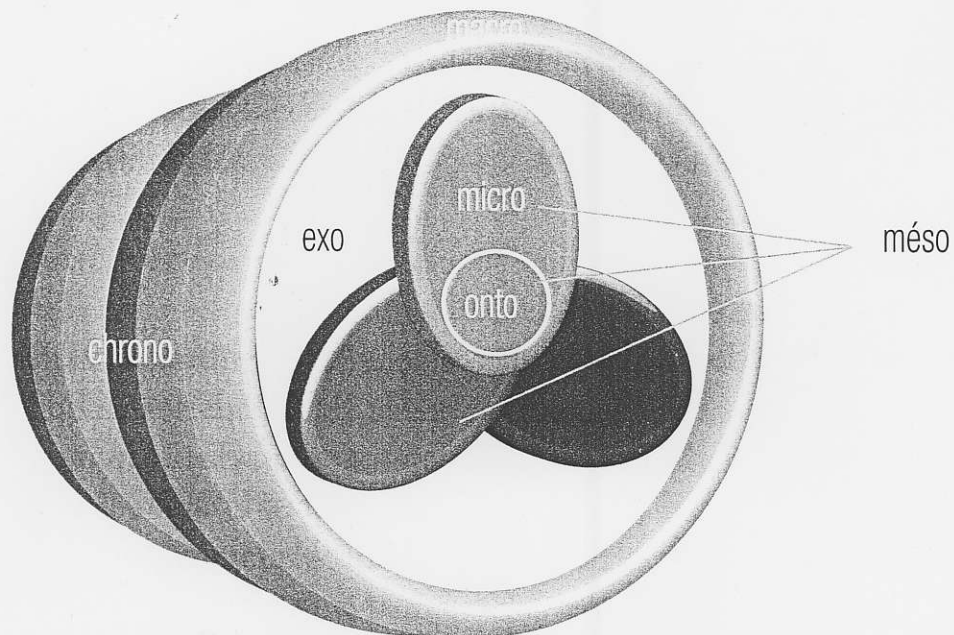


Schéma : M. Demarteau, M. Muller - d'après U. Bronfenbrenner

Métissons nos paradigmes...

Présenter les différents courants historiques en évaluation ne doit pas vous inciter à vous inscrire ou à vous reconnaître dans l'un ou dans l'autre de ces paradigmes. L'objectif est de vous aider à avoir un regard un peu approfondi sur vos pratiques et de vous rendre compte que certains aspects de celles-ci sont originaires de tel paradigme, et d'autres de tel autre.

Dans la déclaration de Sundsvall de l'OMS, peu connue mais essentielle, une définition de la santé évoque le métissage entre ces paradigmes. Selon cette déclaration, *“l'éducation est un élément déterminant pour favoriser les changements politiques, économiques et sociaux (paradigme écologique), ou rendre possible l'instauration de la santé. Les objectifs, les stratégies de l'éducation pour la santé, doivent traduire ces principes généraux et mettre en place un processus qui crée les conditions pour que des personnes et des communautés apprennent à développer leur bien être et leur santé (paradigme humaniste). Ils doivent favoriser la prise d'autonomie, la responsabilité collective. La santé passe par le développement individuel et collectif des aptitudes à exercer une action sur les facteurs de santé (paradigme de la dialectique sociale).”*

Dans nos modèles de référence se rencontrent ainsi ces différents paradigmes. Par exemple : lorsque l'on analyse le modèle de catégorisation des résultats de Promotion santé suisse, qui va faire l'objet d'une présentation ultérieure, on distingue, à la lueur de ces paradigmes, les différents endroits où les résultats de l'action éducative sont situés, certains se rapprochant plus de tel ou tel paradigme.

Zeina MANSOUR, directrice du CRES PACA

J'ai découvert l'outil de catégorisation des résultats de Promotion santé suisse l'année dernière, alors qu'il était présenté par le Dr René Demeulemeester à un groupe de travail à la Direction Générale de la Santé. Cet outil m'a immédiatement semblé être une évidence, d'abord parce qu'il prenait en compte, sans hiérarchie et au même moment, l'ensemble des déterminants de la santé ; ensuite, parce qu'il rejoignait le modèle de planification "*Precede and proceed*" de Green.

La région PACA a rapidement adopté cet outil, en l'utilisant dans le cadre de l'évaluation du PRAPS II, et en proposant la mise en place de formations, plusieurs d'entre elles étant prévues pour 2007/2008 dans tous les départements de la région.