

« Qu'est-ce qu'un atelier santé » ? L'expérience des Comités d'Éducation pour la Santé des Pays de la Loire

*“Evaluating health workshops”:
the experience of health education committees
in the Pays de la Loire region*

P. Lamour⁽¹⁾, **L. LeHélias**⁽¹⁾, **P. Berry**⁽¹⁾, **A. Cubas**⁽¹⁾, **P. Lombrail**⁽²⁾

Résumé : Les cinq comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) conduisent des projets d'éducation pour la santé destinés à des participants en difficultés sociales, dénommés « atelier santé ». Ces ateliers santé se déroulent sur plusieurs séances collectives pour un accompagnement et une reconnaissance attentive des besoins de santé de public ayant peu l'habitude de s'exprimer ou d'être entendu sur ce sujet. Une évaluation de 7 sur 47 ateliers est conduite par le CREDEPS-Nantes. Chacun des 7 ateliers bénéficie d'une préparation d'une durée moyenne de 31 heures-personnes. En moyenne, 9 séances, d'une durée de 2 heures trente, pendant 32 semaines, sont organisées avec 8 à 9 participants. 85 % des participants sont satisfaits en fin de séance. La moitié des 37 participants, interrogés six mois après les ateliers santé, déclare que leur état de santé s'est un peu ou beaucoup amélioré depuis. L'évaluation montre qu'il faut mieux définir les objectifs opérationnels afin de clarifier les intentions des intervenants vis-à-vis d'un public qui pourra d'autant mieux entrer dans un débat critique. Les ateliers répondent aux critères de définition d'un projet d'éducation pour la santé : négociation de la demande, participation des personnes bénéficiaires à divers stades du projet, durée moyenne et petit effectif compatible avec l'accompagnement dans le temps du public. Même si l'évaluation des résultats et des impacts reste soumise à des difficultés méthodologiques complexes, ces ateliers semblent avoir été très appréciés, par les participants comme par les demandeurs, avec des effets observés dans la vie de certains, incitant à la poursuite de ce type de projet.

Summary: *The five health promotion and education committees (CODES) from the Pays de la Loire region are carrying out health promotion projects involving socially disadvantaged people. These projects are referred to as ateliers santé (literally meaning "health workshops"). These interventions are conducted over a series of participatory*

(1) CREDEPS, 85, rue Saint-Jacques, 44093 Nantes Cedex 1, France.

(1) PIMESP, CHU de Nantes.

(2) PIMESP, CHU de Nantes.

sessions, which creates a more supportive structure to guide people with difficulties assisting them to better recognise and formulate their health needs, as they are normally part of a population group which is neither accustomed to expressing their health needs nor to being heard on this subject.

At present little is known about these projects; therefore the Inter-regional and departmental health education committee from Nantes chose to carry out an evaluation of 7 of the 47 existing "workshops". Each one of the seven interventions required an average of 31 hours of preparation. Overall, there were 9 sessions organised with 8 to 9 participants, each lasting for the duration of 2.5 hours, held over a period of 32 weeks. At the end of each session, 85% of the participants claimed that there were satisfied. When questioned six months after the end of their "workshop", half of the 37 participants reported that their perceived health status was a little or much better after having taken part in the process. The evaluation demonstrates that a more clear definition of the operational objectives is necessary in order to promote increased input from the participants and to clarify the intentions of the project team towards a population group which needs a means by which it can enter into this critical debate. The process appears to be in accordance with the criteria and goals of health promotion: negotiation of the content, participation of members of the target audience throughout various stages of the project, and adjustment of the size and scale of the project being to involve a small total number of participants in order to favour effective follow up. Although evaluating the effectiveness and impact of such interventions is difficult and complicated by complex methodological questions, these "workshops" seem to have been greatly appreciated both by those who requested them and those who participated in them, with encouraging results having been witnessed in the lives of certain participants, which all serves as an incentive to pursue this kind of project.

Mots-clés : éducation pour la santé - précarité.

Key words : health education - instability - disadvantaged population.

Introduction, objectif

Il est admis qu'un quart de la population en France est en situation de précarité sociale [10] et les inégalités en santé s'aggravent [13] dans un pays pourtant réputé pour l'excellence de son système de soins.

La prise de conscience des pouvoirs publics se traduit par différentes circulaires (dont celle relative à la loi n° 98-535 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions) et a conduit les décideurs à introduire des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Les PRAPS visent à développer des programmes de prévention en direction des populations précarisées par des interventions sur des problèmes ou des déterminants de santé ou des actions de santé globales, en particulier au niveau des communes ou des quartiers. Dans la région des Pays de la Loire, les quatre

Comités d'Éducation pour la Santé (CODES) et le CREDEPS-Nantes ont signé des conventions avec leur DDASS pour mettre en œuvre ce travail sous forme d'ateliers santé.

À notre connaissance, il existe peu de travaux publiés en France visant à décrire comment un dispositif législatif national, relayé par des programmes régionaux, à l'origine d'appels d'offres, a été mis en œuvre à l'échelon local et ce qu'il a produit. Le but de ce travail est d'évaluer les moyens et les procédures de l'expérience qui a été menée. Quarante-sept ateliers santé répondent aux critères d'inclusion suivants : être menés dans le cadre de conventions signées au titre d'une déclinaison départementale du PRAPS, avoir débuté entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2001 et correspondre à une action menée au contact direct d'un public en difficultés sociales.

Nous commencerons par décrire ce qu'est un atelier santé puis la méthode d'évaluation utilisée avant de rapporter les résultats de cette analyse sur 7 sites et de discuter de l'intérêt de poursuivre ces ateliers.

Méthodes

Définition d'un atelier santé

Il consiste à organiser une rencontre entre des professionnels de la promotion de la santé et un public en difficultés sociales. L'atelier santé, qui se déroule sous forme de plusieurs séances collectives, vise à être le lieu d'une reconnaissance attentive des besoins de santé de publics ayant peu l'habitude de s'exprimer ou d'être entendus sur ce sujet. Il a pour buts principaux le renforcement de l'estime de soi, le développement des compétences, des savoirs, savoir-faire et savoir-être. Il cherche à sensibiliser le public aux questions de santé, à développer une réflexion critique et des capacités à agir sur sa santé et son environnement. Cette rencontre est l'occasion d'échanges informels, pouvant conduire à entreprendre tous types d'actions créatives sur un thème de santé. Les méthodes d'intervention et le contenu des séances mises en œuvre sont multiples. Un atelier est organisé pour moins d'une trentaine de personnes rencontrées dans des dispositifs de retour vers l'emploi, des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), des associations caritatives, voire des quartiers, ou en milieu pénitentiaire. Les moyens utilisés par les intervenants pour l'animation des séances sont variés. Suivant les concepts d'éducation pour la santé [2], il s'agit de prendre en compte les représentations des participants, progressivement perçues grâce à un climat de

confiance créé au travers d'interventions, qui nécessitent un accompagnement dans la durée pour un nombre réduit de participants.

Choix des terrains d'évaluation

D'un commun accord entre les équipes des CODES et le CREDEPS chargé de cette évaluation, sept ateliers ont été choisis pour une évaluation de procédure. Il s'agit d'un foyer d'hébergement de femmes célibataires, d'un centre social, d'un chantier d'insertion, d'une association caritative, d'un Centre Communal d'Action Sociale, d'un atelier d'apprentissage de lecture et d'écriture et enfin d'un chantier collectif associatif.

Outils d'évaluation

Pour procéder à l'évaluation, nous avons élaboré quatre outils : une grille d'analyse des documents écrits, une « enquête-encadrant » auprès des professionnels au contact quotidien avec les usagers, une « grille-séance » ou grille d'analyse de chacune des séances d'un atelier santé et une « enquête-participant » auprès des personnes ayant bénéficié des ateliers santé. Celle-ci a été menée, par entretien, souvent « à distance » des ateliers, ce qui permet d'avoir une approche de ce que deviennent les effets ressentis pendant ou dans les suites immédiates de l'atelier. Au-delà de quelques indicateurs quantitatifs, ces outils utilisent des questions semi ouvertes et/ou des affirmations appréciées selon une échelle de cotation simple (0 : pas du tout, 1 : très partiellement, 2 : en grande partie et 3 : entièrement).

L'évaluation de la pertinence des objectifs est mesurée en comparant la façon dont sont conçus les objectifs des ateliers santé par les intervenants et par les encadrants. Les pre-

miers sont analysés au regard de 7 critères identifiés par Cherbonnier [5] qui supposent qu'un objectif doit être : centré sur les résultats, pertinent, réalisable, réaliste, défini dans le temps, visant une population précise et mesurable. Les seconds sont analysés en fonction de leur degré de cohérence et de complémentarité ou non avec les premiers. Ainsi l'outil d'évaluation des documents écrits a permis l'analyse de 25 objectifs rédigés. Elle fait l'objet de deux analyses par deux personnes différentes.

L'évaluation des procédures des ateliers santé a été analysée sous l'angle de leur préparation, du contenu des séances, ainsi que de l'implication ou non des participants dans le montage du projet et leur participation. Le recueil d'informations sur des « phrases clefs des participants pendant la séance » [16], permettent d'apprécier le déroulement des ateliers santé.

L'évaluation des résultats et de l'impact est centrée sur le degré de satisfaction des participants. Ce travail n'a ni la possibilité ni les moyens d'évaluer les résultats de ces interventions en termes de bénéfices objectifs à long terme sur la santé des participants, toute relation causale paraissant par ailleurs difficile à établir. Cependant le recueil d'informations sur des événements marquants survenus dans la vie des participants entre deux séances ou six mois après, permet de cerner quelques impacts.

Au total « l'enquête-encadrant » a été utilisée auprès de 22 encadrants, soit 3 en moyenne par site. La « grille-séance » a été utilisée par les 7 intervenants eux-mêmes. « L'enquête-participant » a permis de recueillir l'avis à distance de 37 participants, soit 60 % des ceux qui ont bénéficié de ces 7 ateliers santé. Sur les 37 participants rencontrés, 60 % sont des femmes

(comme pour l'ensemble des 47 ateliers) et 80 % ont entre 25 et 50 ans, 50 % vivent seuls et 90 % d'entre eux n'ont pas d'activité professionnelle.

Résultats

Les projets couvrent une période moyenne de 32 semaines, soit 7 mois. Un atelier dure moins de 3 mois et 2 ateliers durent plus d'un an.

Pertinence des objectifs

Tous les ateliers santé étudiés ont fait l'objet d'une rédaction écrite d'objectifs. Tous ont des objectifs spécifiques définis, 4 ateliers sur 7 n'ont pas défini d'objectifs généraux, et 3 ateliers sur 7 les ont complétés par des objectifs opérationnels.

En référence aux 7 critères, on note que les objectifs spécifiques définis sont plus centrés sur des activités que sur les résultats visés par les ateliers santé. Mais une lecture attentive montre qu'ils mêlent des objectifs très centrés sur les résultats attendus, comme par exemple : « *développer une image de soi positive préalable à un comportement favorable au maintien de sa santé* » et d'autres qui décrivent une activité prévue, comme par exemple : « *repérer des personnes ressources à l'intérieur comme à l'extérieur du foyer* ». La plupart des objectifs spécifiques contribuent « en grande partie » ou presque « entièrement » aux buts poursuivis. Aucun n'est énoncé sans aucun rapport avec les buts poursuivis. La plupart paraissent « en grande partie » réalistes et réalisables. Aucun ne fixe de limite de temps et un seul atelier précise explicitement le public rencontré dans l'atelier santé. Les objectifs sont jugés « très partiellement mesurables » et, tels qu'ils sont rédigés, ils ne permettent pas de préciser sur quel critère qualitatif ou quantitatif il serait possible de les mesurer précisément.

L'analyse des objectifs exprimés par les 22 encadrants enquêtés montre qu'ils sont « *en grande partie* » cohérents par rapport aux objectifs tels qu'ils étaient rédigés par les intervenants. Deux ateliers sont jugés « entièrement » cohérents. La cohérence sur 2 autres est jugée « *très partielle* » au vu des déclarations des encadrants comme : « *faire prendre conscience des risques qu'il y a à faire des excès* » ou « *travailler sur l'amélioration des conditions de travail* ». Dans l'esprit des évaluateurs, la cohérence s'entend aussi en termes de complémentarité ou d'incompatibilité. Ainsi on peut noter quelques objectifs pertinents relevés au cours des entretiens qui ne figurent pas sur les documents écrits comme : « *permettre à l'équipe encadrante de s'approprier une méthode et des supports pour poursuivre l'action* », ou « *changer quelques habitudes dans la vie du foyer* ».

Préparation des ateliers santé

Quatre ateliers sur 7 ont bénéficié d'un comité de pilotage regroupant en moyenne 3 à 4 personnes. La moyenne d'heures consacrées par l'ensemble des intervenants et encadrants pour préparation, supervision, réunion de bilan en cours ou en fin de projet est de 31 heures-personnes. Un atelier y consacre moins de 10 heures et 2 ateliers y consacrent plus de 50 heures. Il n'y a pas de lien entre l'existence ou non d'un comité de pilotage et le volume d'heures de préparation. Tous les ateliers ont informé les participants de vive voix, que ce soit par l'intermédiaire de l'équipe encadrante ou directement par des rencontres entre les intervenants et les participants, avant la mise en place de l'atelier santé, ce qui leur permet d'intervenir sur la préparation (cas de 3 ateliers).

Déroulement d'un atelier santé

Toutes les équipes ont réalisé le nombre de séances prévues préalablement dans un protocole avec les encadrants, soit 9 séances en moyenne par atelier. Un seul fait exception : les 5 séances prévues ont donné lieu à 21 séances, soit 4 fois plus que prévu, du fait de la création de sous-groupes. Du fait du fonctionnement atypique de cet atelier, par rapport aux autres, il n'a pas été retenu dans les calculs suivants. En moyenne une séance dure 2 heures 30. En dehors des temps de préparation de séance, il y a eu 265 heures-personnes de conception et de suivi de l'atelier santé pour 985 heures-participants, soit un rapport de 1 à 3,7. Un atelier comptabilise 36 heures de préparation et suivi pour 365 heures d'intervention, soit un rapport de 1 à 10, quand un autre bénéficie de 68 heures de préparation et suivi pour 50 heures d'intervention. Ceci inclut le temps de préparation individuel de l'intervenant évalué en moyenne à 1 h 30 par séance. Le nombre moyen de personnes pouvant potentiellement bénéficier de ces ateliers au moment souhaité est de 8 à 9 personnes pour 8 participants effectivement présents. Il n'est pas observé de diminution du nombre de participants présents au fil de l'atelier.

Animation des ateliers santé

Six ateliers sur 7 ont pris l'avis des participants sur les thèmes pouvant être abordés au cours des séances sous forme d'un débat collectif. Tous les ateliers ont utilisé des outils pédagogiques précis et ont adapté leurs interventions au fur et à mesure du déroulement du projet. Deux ateliers ont aussi partagé ces adaptations avec les participants. Cinq ateliers, ayant relevé régulièrement l'indicateur de participation du public, permettent d'établir une moyenne globale jugée « bonne »

par les intervenants. Quatre ateliers sur 7 ont utilisé des grilles de satisfaction des participants au cours d'au moins 2 séances ; 18 séances sur 43 en bénéficient et le taux moyen de réponses « à connotation positive » des participants, quelles que soient les questions, est de 80 %. Ces données ont été complétées par la lecture des nombreuses notes prises par les intervenants au fil des séances. Les points positifs se partagent entre des remarques tant sur le fond : « *expression d'intérêts très personnels par les usagers* » ou « *meilleure compréhension de certaines attitudes liées à la consommation de toxiques* » que sur la forme : « *qualité de la participation ; variété des points de vue entendus ; beaucoup de respect dans le déroulement des débats* ». Sur la forme, ils témoignent d'une évolution positive au fil des séances : « *certains s'expriment plus concrètement sur leur état de santé ; forte croissance du groupe ; prise en charge spontanée par le groupe d'un certain nombre de démarches (courrier, contacts téléphonique, etc.) ; le public n'hésite plus à interpeller les intervenants sur leur propre conception des sujets ; nette amélioration de « l'image de soi » des participants qui se traduit concrètement (coiffure, tenue vestimentaire, maquillage)* ». Les points négatifs se partagent entre des remarques tant sur le fond : « *des problèmes trop personnels sont exprimés ; le manque de vocabulaire de certaines personnes limite l'exercice du débat ; une personne ne s'y retrouve pas du tout...* » que sur la forme : « *méthode utilisée peu adaptée ; séance trop courte pour avoir réellement un impact ; public peu intéressé par la délivrance d'une information « toute faite »*, ou témoigne d'une évolution négative au fil des séances : « *attention à l'habitude qui s'installe au fil des séances* ». Le tableau I liste quelques exemples de faits marquants survenus

au cours des séances que les intervenants ont noté ainsi que des phrases clefs prononcées par les participants.

Impacts attribuables aux ateliers santé

Des faits marquants ou des effets attribués aux ateliers santé ont été recueillis auprès des 22 encadrants des 7 ateliers évalués (tableau II). Ils semblent témoigner globalement de l'instauration d'une dynamique collective favorisant la prise de conscience voire certaines initiatives individuelles de participants relevant du soin ou plus largement de déterminants de la santé.

Les 37 participants interrogés six mois après les ateliers gardent des souvenirs précis : 90 % d'entre eux se rappellent le nom de l'intervenant(e), 97 % peuvent citer des thèmes abordés et se rappellent le nombre de personnes présentes, 95 % gardent un bon ou très bon souvenir de l'expérience. La plupart ont une « bonne » appréciation globale des ateliers (95 %, dont 46 % « très bonne » pour les femmes contre 35 % pour les hommes : 52 % de « très bon souvenir »). Ils les jugent utiles (90 %), peuvent citer une ou deux choses utiles apprises pendant les séances (82 %) même si certains déclarent qu'il y a eu aussi des choses inutiles (37 %). La moitié d'entre eux en ont parlé à leur entourage et la majorité (85 %) est prête à proposer ce type d'ateliers à des personnes qu'elles connaissent. « *Apprendre des choses nouvelles* » et « *rencontrer des gens* » sont les 2 priorités des participants avant « *mieux comprendre des choses qui vous intéressent* » et « *pouvoir parler de questions qui vous préoccupent* » (figure 1). « *Qu'il sache vous écouter* » est la première qualité attendue de l'intervenant, sans différence entre les hommes et les femmes (figure 2). Sur l'utilité d'autres ateliers

Tableau I : Exemples de propos recueillis par les intervenants concernant les participants.

<p>◆ Faits marquants repérés par les intervenants lors des séances</p> <ul style="list-style-type: none"> - beaucoup de questions profondes sur la relation mère/fille, sur l'image de soi - apport très personnel de quelqu'un sur sa propre consommation de médicaments - le jeu des photos comparatives « enfance/aujourd'hui » démontre l'ampleur de la dégradation physique subie par ces usagers - une femme déclare que cela « <i>ne lui apporte rien du tout</i> » - une femme explique « <i>son déclic</i> » dans la compréhension du stress
<p>◆ Phrases clefs des participants prononcées lors des séances</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>ce que vous faites est très bien, même si j'étais un peu réservé au début...</i> » - « <i>ce qui se passe dans la tête, c'est important et plus difficile à régler qu'un problème de santé</i> » - « <i>nous n'avons pas à régler des petits stress, mais des choses très graves</i> » - « <i>les ateliers me servent à apprendre des choses, à m'exprimer mieux, à dire ce que je pense</i> » - « <i>maintenant qu'on a abordé ce sujet, je peux en parler, sinon, non</i> » - « <i>c'est bien d'avoir des documents, c'est mieux de rencontrer les gens</i> »

Encadré : Exemples de propos recueillis auprès des participants.

<p>◆ des avis positifs sur leur santé globale</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>je me sens mieux dans ma peau</i> - <i>je me sens mieux car j'ai pris conscience de la vision négative que j'avais sur moi-même</i> - <i>j'ai appris des choses aux autres, cela m'a redonné confiance en moi</i>
<p>◆ des compétences acquises au cours des séances</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>j'ai appris à lire des notices (alimentation)</i> - <i>j'ai appris des choses sur la famille</i> - <i>j'ai mieux appris à équilibrer un repas</i> - <i>j'ai compris comment m'affilier à la CMU et renouveler ma carte</i>
<p>◆ des avis mitigés sur leur santé globale</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>j'ai appris des choses sur le sommeil mais je ne dors toujours pas mieux</i> - <i>j'ai appris des choses mais que je ne peux pas appliquer à la maison</i>
<p>◆ des arguments avancés pour convaincre d'autres personnes de participer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>on apprend beaucoup de choses</i> - <i>on a des réponses sans être pris pour des idiots</i> - <i>c'est différent de ce qu'on a d'habitude. Il n'y a pas de bourrage de crâne</i> - <i>cela fait réfléchir</i>
<p>◆ Exemples de facteurs explicatifs avancés par ceux qui pensent que leur état de santé s'est « beaucoup » ou « un peu amélioré » depuis ces ateliers santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>j'ai changé ma manière d'être</i> - <i>cela m'a permis de connaître d'autres personnes</i> - <i>j'ai un meilleur moral, j'ai plus d'envies</i> - <i>je mange mieux et j'ai meilleur sommeil</i> - <i>je fume moins et je fais des efforts sur mon alimentation</i> - <i>je fais plus attention à mon hygiène de vie</i>

une seule femme pense « *qu'il n'est pas utile d'organiser d'autres ateliers santé sur le même modèle concernant d'autres sujets* ». Parmi les 31 réponses, les thèmes proposés relèvent de champs très vastes : biomédical (cancer, sida, vaccins, dépistage), habitudes de vie (alcool, tabac, sommeil, stress, alimentation, sexualité, risque), vie sociale (délinquance, problèmes de société, enfants, pollution, handicap,

difficultés de vie en général, travail), vie personnelle et familiale (vieillesse, « look », problèmes familiaux, relations parents-enfants). Leurs propos sur les questions ouvertes « en quoi les ateliers ont-ils été utiles ou inutiles », « quels seraient vos arguments pour convaincre d'autres usagers de venir » ou « Si votre état de santé s'est amélioré ou dégradé, pouvez-vous expliquer pourquoi ? » sont portés dans l'encadré.

Tableau II : Propos tenus par des encadrants lors de l'enquête sur site.

<p>♦ Effets positifs concernant l'ensemble des participants</p> <ul style="list-style-type: none"> - les participants ont retrouvé confiance en eux, beaucoup ont changé et durablement - l'atelier leur a permis de mieux développer leur projet personnel - cela a permis de mettre à plat de fausses idées - les participants ont appris des choses qui leur sont très utiles en pratique - il y a eu beaucoup de prises d'initiatives dans les suites de ces ateliers - cela ouvre pour certains des perspectives personnelles d'avenir comme des envies de formation, de projet de travail, etc. - les ateliers ont suscité globalement un fort intérêt et un haut degré de satisfaction - les ateliers ont créé une cohésion positive du groupe au sein de cette structure collective - les ateliers sont un moteur de décision individuelle de soin, de meilleure hygiène - certains ont travaillé chez eux pour faire avancer le projet au sein de l'atelier santé - il y a eu des mises en valeur de leurs savoir-faire - certains thèmes sont maintenant plus faciles à aborder comme leur consommation d'alcool - les résidentes ont sévèrement critiqué l'alimentation du foyer dans les suites de l'atelier santé - les participants des ateliers en ont beaucoup parlé à ceux qui ne pouvaient pas y participer
<p>♦ Effets positifs concernant des participants en particulier</p> <ul style="list-style-type: none"> - une participante a totalement changé d'image (tenue vestimentaire, coiffure, etc.) - une participante s'est longuement exprimée sur le problème de l'alcool - une femme a entamé des démarches de soins en lien avec un thème abordé lors d'un atelier - une femme a moins mal au dos et fait des exercices de souffle lorsqu'elle est stressée - deux femmes, ayant refusé le frottis du bilan de santé, l'ont ensuite accepté grâce aux ateliers - deux personnes ont trouvé du travail depuis...
<p>♦ Effets négatifs concernant l'ensemble des participants avec des effets globaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - globalement ces ateliers ont eu peu d'impact - les hommes n'ont pas beaucoup apprécié ces ateliers - il y a eu des problèmes de gestion de groupe et d'animation - les informations ne sont pas mises en pratique - ce n'est pas tellement que les femmes mangent mieux, elles savent qu'elles mangent mal, c'est la seule chose qui a changé... - les femmes connaissent les lieux de soins, mais elles n'y vont pas pour autant

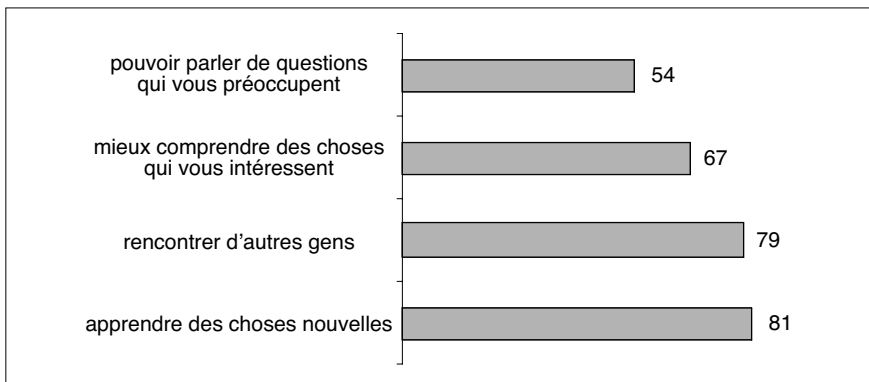


Figure 1 : Attentes des participants (28 participants répondent à la question : « Pourriez-vous classer, par ordre d'importance, ce qui vous semble le plus important lorsque vous participez à un atelier santé ? » (De 4 pour le plus important, à 1 pour le moins important).

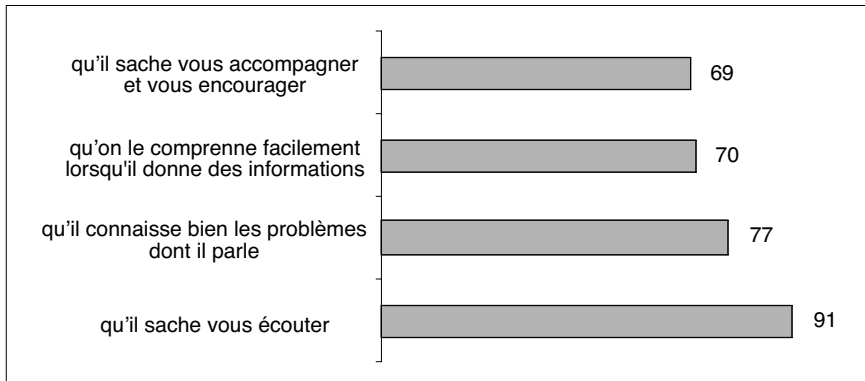


Figure 2: Qualités attendues des animateurs (26 participants répondent à la question: « Quelles sont pour vous les qualités les plus importantes de l'animateur de cet atelier ? » (De 4 pour le plus important à 1 pour le moins important).

Discussion

Limites méthodologiques

Le champ d'analyse de ces ateliers s'est restreint à 7 sur les 45 ayant eu lieu à la même période. Ils n'ont pas été tirés au sort, mais choisis par les intervenants de terrain, afin d'atténuer la perception de « contrôle normatif » habituelle dans ce type de démarche. Cependant les caractéristiques principales comme nombre de personnes, sexe, nombre de séances et durée des séances de ces 7 ateliers sont identiques à celles de l'ensemble des 47 ateliers santé menés dans la région à la même période.

La subjectivité de certains critères peut également être discutée. Ainsi l'intervenant est parfois invité à apprécier lui-même le « degré global de participation des bénéficiaires » à la séance ou indiquer son « degré de satisfaction par rapport au déroulement global de sa séance ». Dans la pratique, l'auto-évaluation par l'intervenant lui-même d'un certain nombre d'observations donne souvent une bonne indication sur le déroulement de celles-ci. Il en est de même pour l'évaluation des ob-

jectifs, qui ont fait l'objet d'une cotation « subjective » de la part des évaluateurs. Cette méthode ne prétend à aucune justification « scientifique » mais a révélé des appréciations qui ont beaucoup interrogé et fait progresser les intervenants de ces ateliers.

Quelques indicateurs quantitatifs ont été recueillis. Chacune de ces informations « brutes » a peu de sens isolément et indépendamment du contexte. Ainsi une séance, qui a réuni 5 personnes, peut paraître un échec dans une résidence qui accueille 200 personnes. Ce n'est pas un échec dans un foyer d'hébergement d'urgence d'une dizaine d'usagers particulièrement marginalisés. C'est l'évolution de ces paramètres entre différentes séances au sein d'un même projet ou entre 2 projets proposés dans des lieux différents qui est intéressante à analyser. De même le taux de personnes attendues par rapport au nombre de personnes effectivement présentes traduit mieux l'intérêt ou non d'intervenir.

Les effets perçus à distance par les participants ont été appréciés en menant des entretiens. Des difficultés

techniques n'ont pas permis de retrouver l'ensemble des participants à ces ateliers « à distance de l'intervention ». Par définition, ce public a été rencontré dans des dispositifs particuliers transitoires (foyer d'hébergement, chantier d'insertion, etc.). Les encadrants sont souvent tenus à un devoir « éthique » de ne pas communiquer les adresses où vivent les participants, quand ils les connaissent... Il n'y a aucune donnée précise sur les 40 % de non-répondants dont on peut penser qu'ils font peut-être partie des plus vulnérables. Enfin les réponses obtenues sur les questions ouvertes sont souvent « pauvres », parfois absentes, sans doute parce que l'interview et/ou l'écrit sont des modes de communication difficiles avec certains publics. Il existe aussi une tendance générale « à la réponse positive », car il est plus difficile de critiquer des intervenants qui ont sans doute su créer une relation positive et de confiance avec le public, même si les interviews n'ont pas été menées par eux.

Affinement des objectifs

Les objectifs sont jugés « très partiellement mesurables ». Cette limite est fortement relativisée dans la littérature [6] en Éducation pour la Santé quand il s'agit d'évaluer des actions de promotion de la santé. La visée normative d'évaluations relevant de techniques quantitatives n'a que peu de rapport avec le cadre d'intervention proposé par les ateliers santé. Il est cependant difficile d'identifier des critères qualitatifs à partir des objectifs spécifiques, tels qu'ils sont rédigés. Ces oublis ou la faiblesse des objectifs au regard de 3 des 7 critères suggèrent que les promoteurs de ces actions doivent tenter de préciser des objectifs opérationnels en correspondance avec leurs objectifs spécifiques. Cet exercice leur permettrait

de mieux clarifier leurs intentions vis-à-vis d'un public qui pourra d'autant mieux entrer dans un débat critique que ces objectifs auront été précisés. Il est possible que l'absence de précision tienne au souhait de ces équipes de rendre le public réellement partenaire de leurs interventions et donc de ne pas « enfermer » leurs ateliers dans un schéma trop prédéterminé. Il s'agirait alors de se garder une marge de manœuvre pour faciliter la participation des bénéficiaires à la définition même des objectifs de l'action et d'adopter le principe, dès le début du projet, que ces objectifs ont vocation à évoluer. Il serait alors intéressant d'analyser les objectifs opérationnels tels qu'ils ont été formulés à l'origine du projet et ce qu'ils sont devenus au fil du temps. Enfin, il existe une bonne cohérence dans l'expression des objectifs par les encadrants par rapport à ce qui a été écrit. Ceci témoigne de la réalité d'une approche en éducation pour la santé qui prend le temps d'analyser une demande (qui est souvent révélée par les encadrants avant d'être formulée par les participants) et qui propose des objectifs d'intervention qui ont été compris et intégrés par ceux qui accompagnent le public au quotidien. L'existence fréquente d'un comité de pilotage et celle de documents écrits sur tous les sites d'intervention semblent témoigner de la réalité d'une étape de dialogue et de négociation avant la mise en place des ateliers santé. Cette étape, souvent absente dans les projets d'intervention en santé publique, est pourtant un gage de réussite et permet aux uns et aux autres de clarifier leurs intentions et leurs possibilités d'intervention.

Préparation et déroulement

Les ateliers santé sont préparés. C'est ce que l'on peut conclure de différents indicateurs. Comme l'ont montré les ré-

sultats, ce taux moyen n'est pas proportionnel, au nombre d'heures personnes passées avec les participants. Ce qui peut s'expliquer par le fait que certains ateliers santé, totalement nouveaux, vont demander plus de préparation qu'un atelier ayant déjà été expérimenté, que les méthodes de préparation ne sont pas standard d'un atelier à l'autre et dépendent des intervenants. Enfin la préparation d'un atelier est la même qu'il y ait beaucoup ou peu de participants. Tous ces paramètres font l'objet de discussions serrées avec les financeurs.

Les publications ne cessent d'insister [7, 12, 17, 20] sur l'importance de la participation faute de quoi il ne s'agit pas véritablement d'un programme « d'éducation pour la santé ». On sait que sur le terrain cette participation est difficile, « gênée » par diverses contraintes (comme l'obligation perçue ou réelle d'assister aux ateliers). Celle-ci semble avoir été systématiquement recherchée et l'assistance aux séances particulièrement élevée et régulière.

Les résultats des différents indicateurs quantitatifs mesurés (durée moyenne d'une séance, nombre moyen de séances, la durée moyenne totale d'un atelier et le nombre moyen de personnes présentes) vont bien dans le sens d'un projet d'éducation pour la santé, qui repose sur la conception d'un accompagnement dans la durée facilitant la rencontre entre l'éducateur pour la santé et la personne, peu compatible avec de grands effectifs, à l'inverse d'un projet de « transmission de connaissances » qui est compatible avec des interventions courtes devant un plus large public [4].

La qualité du déroulement d'une séance a pu être appréciée grâce au recueil d'informations écrites qualitatives dont se remémore l'intervenant à la fin de chaque séance.

Quand elles sont présentes, l'analyse de ces notes écrites rappelle que ces interventions sont avant tout des rencontres humaines, ce qu'illustre cette remarque « *C'est bien d'avoir des documents, c'est mieux de rencontrer les gens* ». Il semble qu'un atelier joue pleinement son rôle quand il sait allier un débat de fond sur des questions, qui laissent la place aux savoirs et savoir-faire des usagers, et qu'il sait aussi s'enraciner dans des apports concrets pour la vie quotidienne des participants. Ainsi, par exemple les ateliers, qui au travers d'un travail sur l'image de soi font découvrir ce qu'est le maquillage à une femme qui n'avait sans doute jamais abordé cela avant, ou un atelier qui donne quelques « recettes concrètes quotidiennes » pour diminuer les stress (exercice de souffle, etc.) après avoir évoqué le mal être, ont été particulièrement plébiscités par les professionnels comme par les participants.

Résultats et impact

Les ateliers santé ont-ils des résultats mesurables ?

L'évaluation des résultats obtenus par les ateliers santé, comme pour toute démarche d'éducation pour la santé, bute régulièrement sur la critique de ses limites méthodologiques. Comme le rappelle un travail récent mené par l'INSERM, [11] « il ne faut pas confondre la conclusion « *aucune différence n'a pu être observée entre ceux qui ont bénéficié d'un programme de prévention et ceux qui n'en ont pas bénéficié* » avec « *le programme n'est pas efficace* ». Il faut distinguer le fait « *de ne pas être évaluable* » avec le fait de « *ne pas être efficace* » [18]. Un certain nombre d'actions de promotion de la santé reposent sur des hypothèses validées. Des programmes expérimentaux ont permis parfois de faire la preuve qu'ils obtiennent auprès de certains publics, des résultats

observables sur leur santé [15]. Pourtant la plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître que dans le domaine de la promotion de la santé « *cette incapacité à prouver la relation de cause à effet se retrouve dans l'évaluation : si un programme de prévention est mené auprès d'une population donnée, on ne peut être sûr qu'il va se traduire par une amélioration de l'état de santé. Si l'état de santé de la population auprès de laquelle intervient une équipe de prévention s'améliore, on ne peut en déduire que cela est dû aux actions menées et n'est dû qu'à elles.* » [16]. Ainsi, vouloir rapporter, dans un lien direct de causalité, des effets de ces interventions en terme d'amélioration de la santé, est très aléatoire. De nombreuses publications soulignent le caractère multifactoriel de la santé [19], bien au-delà de seuls facteurs biomédicaux [3], sur lesquels un seul programme ne pourra jamais agir exhaustivement. Elles soulignent les difficultés d'une évaluation de résultats [14], ne serait-ce que du fait de la sensibilité des instruments utilisés ou du contrôle problématique des variables susceptibles d'intervenir sur le phénomène évalué, sans parler de la taille de l'échantillon permettant de mettre en évidence des différences statistiquement significatives. Ces auteurs qualifient de ce fait « *les schémas expérimentaux classiques d'inappropriés* ».

Impact sur la vie des participants

Au-delà des questions éthiques soulevées par l'évaluation quant aux choix des informations à recueillir [21], quant à la production d'un jugement de valeur et aux prises de décisions qu'elle engendre [8], nous avons fait le choix de recueillir des remarques et des propos, tirés des rencontres avec les encadrants au contact quotidien avec les participants ayant bénéficié de ces ateliers santé, ou issus des notes écrites à la fin d'une séance par

l'intervenant ou tirés des enquêtes à distance auprès des participants. Ces données n'ont aucune valeur statistique. Le poids d'une remarque n'engage que la personne qui l'a faite et n'a pas plus ni moins de valeur qu'une autre. Le nombre plus important de remarques positives est à relativiser par le fait que certains intervenants ont pu passer sous silence des remarques particulièrement négatives sur leur séance. De même le nombre important de non répondants parmi les participants peut faire craindre une autocensure de l'opinion des personnes insatisfaites par ces ateliers. Ces remarques sont cependant le reflet de ce que des témoins privilégiés, les encadrants, ont observé pendant et après les ateliers santé, de ce que les acteurs principaux, les intervenants, ont retenu de l'animation de leur séance et de ce que les principaux intéressés, les usagers, ont tiré de ces ateliers-santé. Il en ressort une impression globale de satisfaction confortée par la constance de la présence des participants au fil des ateliers et les taux élevés d'items positifs sur les évaluations proposées dès la fin de certaines séances. Ces évaluations, même si elles ne mesurent souvent que le degré de satisfaction « à chaud » et donnent peu d'indications sur le bénéfice réel que vont tirer les personnes de ce travail, gagneraient à être plus systématiques. Le côté répétitif, à chaque séance, peut faire baisser la motivation des participants pour le remplir, mais cela reste un outil très utile pour renforcer la construction de pensées critiques et autonomes des personnes y compris sur le travail auquel ils participent.

Les réponses positives de l'enquête auprès des participants, que ce soit le bon souvenir qu'ils en gardent, un sentiment d'utilité pour leur santé ou le fait d'être prêts à conseiller à

d'autres d'en bénéficier et de souhaiter l'organisation d'autres séances, renforcent l'hypothèse que ces ateliers sont ressentis par les participants comme intéressants et utiles.

Aux effets positifs individuels notés par les encadrants (tableau II) sur des faits parfois minimes (« *il y a eu beaucoup de prises d'initiatives dans les suites de cet atelier* ») correspondent des remarques des participants (encadré) qui traduisent la réalité d'effets dans leur vie quotidienne (« *savoir respirer, je refais souvent ses exercices chez moi* »). Cela peut faire penser que d'autres « détails » non déclarés, ont pu aussi « bouger » dans leur vie. Quelques effets positifs sur des faits de plus grande importance ont été notés par les encadrants (« *une personne a entamé des démarches de soins en rapport avec un thème abordé lors d'un atelier* »). Ces événements sont plus rares mais justifient pleinement l'intervention pour ceux qui en ont tiré un tel bénéfice.

Le fait que les femmes et les hommes attendent principalement des intervenants qu'ils « sachent les écouter », confirme l'hypothèse, sur laquelle repose l'éducation pour la santé, que tout individu a des compétences avant d'être quelqu'un à convaincre [1, 9]. La diversité des thèmes que les participants souhaiteraient voir abordés lors de prochains ateliers santé confirme l'intérêt d'une approche globale et pas seulement bio-médicale des thèmes de santé.

Il reste cependant difficile aux participants, comme peut-être à certains intervenants, de mieux préciser « en quoi ces ateliers ont été utiles » ; même si des participants déclarent que leur état de santé s'est « beaucoup » ou « un peu » amélioré depuis

ces ateliers. Mais comme l'exprimait très bien l'une des femmes rencontrées, « *Il s'est passé beaucoup de choses plus importantes dans ma vie que ces ateliers santé depuis qu'ils ont eu lieu* ».

Impact sur les encadrants

Ces ateliers ont un impact sur les structures où ils se sont déroulés. Souvent, ces effets sont soulignés grâce à l'apport « extérieur » que représentent les intervenants ce qui pose le problème de la pérennité de ces interventions et de leur capacité de transfert vis-à-vis des personnes ressources des lieux où elles ont été mises en place.

Conclusion

Construire un projet autour de la santé, dans la durée, avec la participation des personnes en difficultés sociales et des professionnels qui les accompagnent n'est pas simple. Évaluer les objectifs, les procédures et les résultats de ces projets nécessite du temps et des outils appropriés qui sont encore à construire. Cette évaluation conduite dans les Pays de la Loire est un premier travail qui montre que les projets d'ateliers santé se sont déroulés en conformité avec les principales caractéristiques d'un projet d'éducation pour la santé : temps de préparation et d'analyse d'une demande, participation des bénéficiaires, accompagnement dans la durée, impact sur l'environnement et la vie des participants. Même si l'évaluation des résultats reste très relative quand on prend conscience de la diversité des déterminants de la santé, il n'en reste pas moins que ce travail incite, selon les auteurs, à la poursuite de ces ateliers santé.

REMERCIEMENTS

Les auteurs adressent leurs sincères remerciements à : R. Daigneau, C. Daviet, C. Fouache, M. Huteau, C. Priat, A. Rocard qui ont animé chacun les ateliers santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arwidson P. Le développement des compétences psychosociales. In: Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Paris: ESF éditeur, 1997: 73-83.
 2. Brixi O, Sandrin-Berthon B, Baudier F. La charte d'Ottawa : quelques repères en éducation pour la santé. *La Santé de l'Homme* 1996; 325 : 10-5.
 3. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concept et méthodes. Paris: Dunod, 2002.
 4. Bury J. Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planification. Bruxelles: De Boeck Université, 1992. (Collection *Savoirs & Santé*).
 5. Cherbonnier A. Agir en promotion de la santé : un peu de méthode. *Question Santé* 1997.
 6. Deccache A. Pour mieux choisir son évaluation : définition et rôles des évaluations en éducation pour la santé. Bruxelles: APES, 1989.
 7. Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient. « Origine et histoire ». Bruxelles : De Boeck Université, 1989 : 14-26. (Collection *Savoirs & Santé*).
 8. Demarteau M. Évaluer : une question d'éthique. *La Santé de l'Homme* 2000 ; 345 : 36-8.
 9. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Paris: Vigot, 1999.
 10. Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : Éditions ENSP, 1998.
 11. INSERM. Éducation pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Paris: Éditions Inserm, 2001 : 99-133.
 12. Institut Théophraste Renaudot. Pratiquer la santé communautaire. Paris: *Chronique Sociale*, 2002.
 13. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Inégalités et disparités sociales en santé. Paris : Inserm-La Découverte, 2000.
 14. Liesse A, Vandoorne C. L'approche expérimentale est-elle adaptée à l'évaluation des actions d'éducation pour la santé? *Éducation Santé* 1999 ; 143 : 5-8.
 15. Michaud PA, Klaue K. La recherche rend-elle la prévention efficace? *Dépendances* 2001 : 8-12.
 16. Nock F. Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris: *Mutualité Française*, 2000.
 17. Oberlé D, Laurent Becq A, Lothon-Demerliac C. La démarche communautaire en santé, un état d'esprit. *La Santé de l'Homme* 2001 ; 351 : 13-40.
 18. Rada J, Ratima M, Howden-Chapman P. Evidence-base purchasing of health promotion : methodology for reviewing evidence. *Health Promot Int* 1999; 14 : 177-87.
 19. Renaud M. Pour un nouveau paradigme de la santé. *Prévenir* 1995 ; 28 : 37-49.
 20. Société Française de Santé Publique. Développement social et promotion de la santé. La démarche communautaire. Vandœuvre-lès-Nancy: SFSP, 2001. (Collection *Santé et Société*).
 21. Vandoorne C. Entrer dans l'évaluation par les enjeux. *Priorités Santé* 2002 ; 3 : 14-5.
-