

Dufourstrasse 30
Postfach 311
CH - 3000 Bern 6
Tel. +41 (31) 350 04 04
Fax +41 (31) 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52
Case postale 670
CH - 1001 Lausanne
Tél. +41 (21) 345 15 15
Fax +41 (21) 345 15 45
office@promotionsante.ch



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Promotion Santé Suisse

Guide pour la catégorisation des résultats

.....

Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention

Berne, juillet 2005

2^{ème} version revue et corrigée

Adaptée pour la France par L'INPES – janvier 2007

Auteurs

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Bern: Cloetta, Bernhard; Spörri-Fahrni, Adrian
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne: Spencer, Brenda
Promotion Santé Suisse: Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats	4
3.	Les quatre colonnes du modèle de catégorisation des résultats	5
4.	Définition d'un résultat/objectif/effet	7
5.	Utilisation du modèle de catégorisation	7
6.	Les catégories d'activités	10
7.	Les catégories et sous-catégories de résultats	11
7.1	Offres en matière de promotion de la santé – B1	11
7.2	Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions – B2	13
7.3	Potentiel social et engagement favorables à la santé – B3	15
7.4	Compétences individuelles en matière de santé – B4	17
7.5	Environnement matériel favorable à la santé – C1	19
7.6	Environnement social favorable à la santé – C2	20
7.7	Ressources personnelles et modèles comportementaux favorables à la santé – C3	22
8.	Santé	23
9.	Empowerment, participation et égalité des chances	24
10.	Ouvrages de référence sur l'outil de catégorisation	24
11.	Annexe I : Exemple d'application (fictif)	25
12.	Annexe II : Aperçu général des colonnes B et C (mots-clés) déterminantes pour les résultats	27

1. Introduction

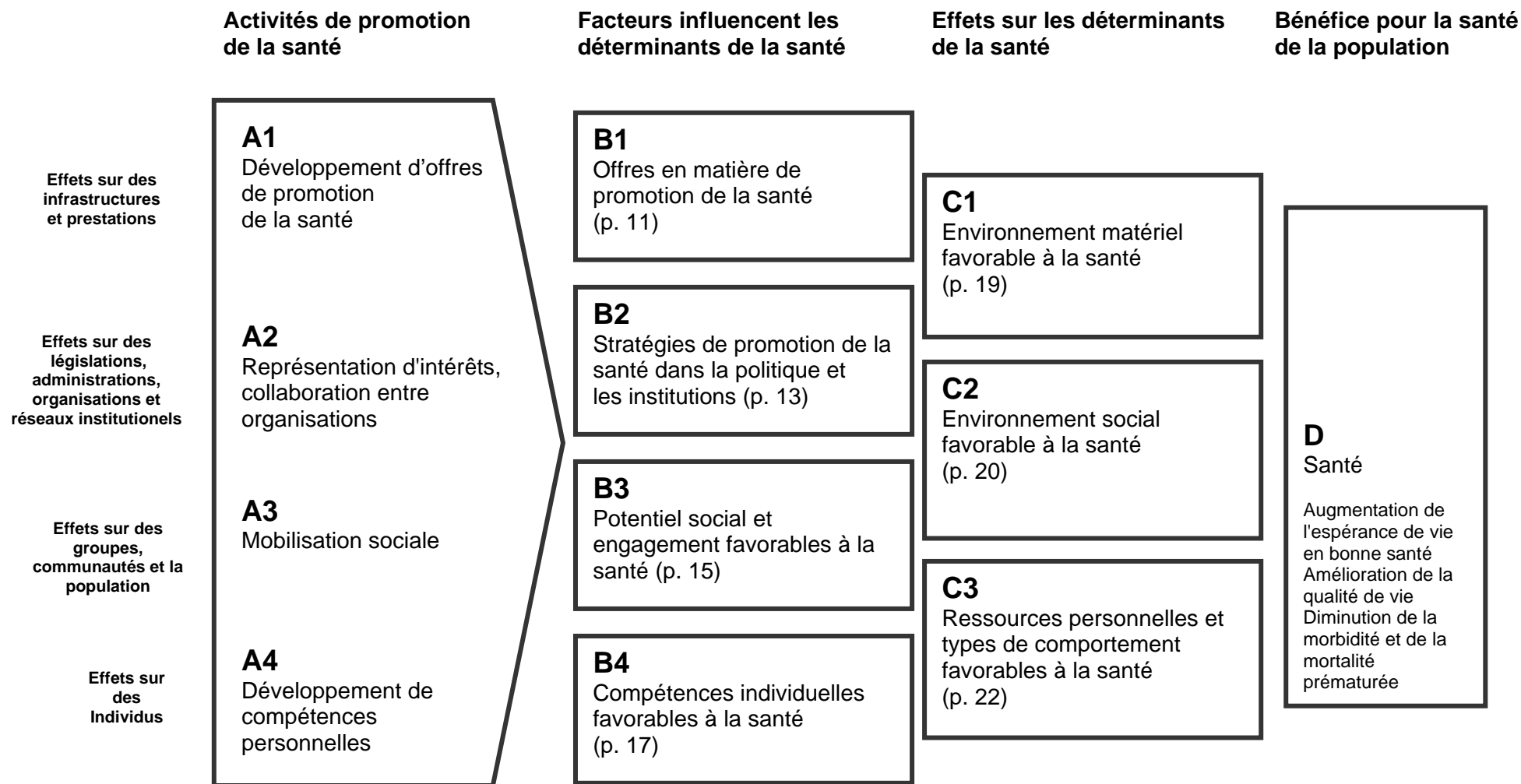
Le principal objectif des projets et des activités dans le domaine de la promotion de la santé est d'exercer une influence positive sur la santé de la population. Leur mode d'action est cependant très complexe et ne peut être simplement expliqué par une analyse de la relation de cause à effet:

- La promotion de la santé vise toujours une amélioration de la santé de la population ou de certains groupes de la population. En règle générale, cette amélioration peut être atteinte par une influence positive exercée sur des déterminants de la santé et sur d'autres facteurs pertinents.
- Les effets des projets de promotion de la santé ne sont en général pas immédiats mais se développent à long terme.
- En raison de l'influence d'un grand nombre de facteurs externes, il est difficile d'attribuer directement les résultats aux activités de promotion mises en œuvre.
- Par conséquent, les résultats de projets individuels de promotion de la santé ne peuvent pas être démontrés avec des données sur la santé se rapportant à l'ensemble de la population (p. ex. statistiques sur la santé).

Pour pouvoir néanmoins procéder à une saisie systématique des résultats des projets, un système de catégories a été élaboré sous le titre «Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention». Il a été développé à partir d'un modèle mis au point par Don Nutbeam¹. Ce modèle est basé sur l'hypothèse que la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires. Dans cet ordre d'idées, la promotion de la santé est comprise comme un processus d'apprentissage aux niveaux de l'individu, de groupes et d'organisations.

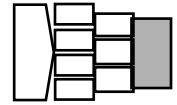
¹ Nutbeam, Don (2000) : Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 15, 259-267.

2. Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats



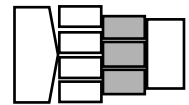
3. Les quatre colonnes du modèle de catégorisation des résultats

Compte tenu du fait que la promotion de la santé vise toujours l'amélioration de cette dernière, nous commençons les explications du modèle de catégorisation des résultats par la droite, c'est-à-dire par rapport à l'amélioration de la santé (colonne D).



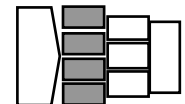
Amélioration de la santé de la population (colonne D)

Dans l'esprit d'une approche bio-psycho-sociale de la santé, cette colonne est réservée au but final de la promotion de la santé. Des résultats tels qu'une plus longue espérance de vie, une meilleure qualité de vie ou la baisse du taux de morbidité évitable (ou prématurée) dépendent de multiples facteurs (comportement et environnement) aux interrelations complexes; ils ne peuvent être atteints et contrôlés au plan épidémiologique que sur une plus longue durée.



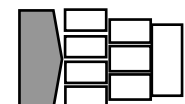
Modification des déterminants de la santé (colonne C)

Un résultat indiqué dans la colonne C est une modification positive établie d'un déterminant de la santé reconnu dans un contexte et/ou un groupe de population donné. Un déterminant de la santé est reconnu lorsqu'il est étayé empiriquement et/ou théoriquement, autrement dit lorsqu'il existe des études, des évaluations ou des modèles scientifiquement validés pouvant faire référence pour des contextes et groupes cibles donnés en France.



Modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé (colonne B)

Sont indiqués dans cette colonne les résultats directs des activités de promotion de la santé. Les catégories et sous-catégories offrent un espace pour des indicateurs qui ont un potentiel d'influence positif sur les déterminants de la santé.

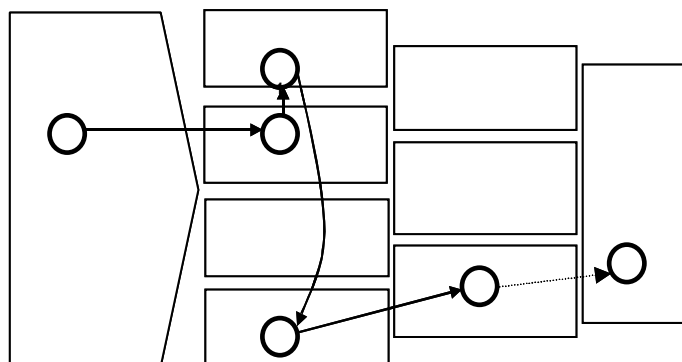


Activités de promotion de la santé (colonne A)

Les activités de promotion de la santé sont destinées à atteindre les objectifs du projet, elles permettent de réaliser le projet et le font avancer. Cette colonne ne doit pas obligatoirement être remplie pour la documentation des objectifs et des résultats.

Ce sont les deux colonnes B et C qui sont destinées au classement des résultats planifiés et effectivement atteints (même imprévus) dans les projets de promotion de la santé. Chaque colonne est subdivisée en catégories et sous-catégories. Les améliorations effectives de la santé de la population doivent être indiquées dans la colonne D.

Un simple enchaînement d'effets, par ex. A2 à B2 à C2 à D sera certainement exceptionnel, il faut plutôt s'attendre à des interactions plus complexes. C'est ainsi, par ex., que des activités de médiation (« 'advocacy ») (A2) peuvent engendrer un engagement immédiat et formel de décideurs (B2), ce qui aura pour conséquence la création d'offres de prestations (B1). Cette offre, à son tour, peut venir renforcer les compétences individuelles favorables à la santé (B4), et, à long terme, augmenter les ressources personnelles en matière de santé (C3). Cette augmentation des ressources, pour sa part, contribue visiblement à une amélioration de la santé (D).



Le modèle permet de localiser des problèmes de santé, des résultats *planifiés* (objectifs) et des résultats effectivement *atteints*, et sur cette base, de les mettre en perspective. Il est ainsi possible de constater les résultats et les lacunes, évaluer les effets et les interrelations et, par conséquent, localiser les résultats importants sur le plan théorique et empirique.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux - niveau des projets, niveau du programme, niveau d'une structure – voire pour la planification et l'évaluation de stratégies nationales ou régionales ou locales. A ces différents niveaux, le modèle peut servir à faire une analyse de situation, à planifier, piloter et évaluer un projet, à en démontrer l'impact et donc aussi à légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics. Finalement, le modèle est utile pour positionner clairement une structure, un projet ou programme individuel dans un cadre général et pour les comparer avec d'autres structures, projets ou programmes.

4. Définition d'un résultat/objectif/effet

Un **résultat** est la modification d'une caractéristique qui peut être concrètement constatée à la suite d'une activité de promotion de la santé. Un résultat positif peut donc signifier que :

- une caractéristique souhaitée, absente jusqu'à présent, s'est développée ;
- une caractéristique s'est modifiée dans le sens souhaité ;
- une caractéristique non souhaitée a diminué ou a même disparu.

Il peut s'agir, dans ce cas, de caractéristiques importantes pour la santé de personnes, de groupes de la population ou d'organisations, de dispositions légales, d'opinions publiques, de caractéristiques physiques ou sociales, naturelles ou créées, etc. En règle générale, les résultats sont en rapport avec les objectifs définis pour le projet. Mais des résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs, peuvent également intervenir sans avoir été planifiés. Lors de la discussion sur les résultats, la question de l'atteinte du groupe-cible est d'une importance primordiale : il est en effet fondamental que les résultats puissent être constatés auprès des groupes ou des structures visés, et pas n'importe où, par ex. auprès de personnes facilement atteignables où la modification souhaitée ne représente pas une priorité.

Il est important de faire une différence entre résultats et activités. Il ne s'agit pas ici de répertorier tout ce qu'un projet veut faire ou a fait (mesures et activités), mais ce qui est visé (objectifs) ou réalisé (résultats).

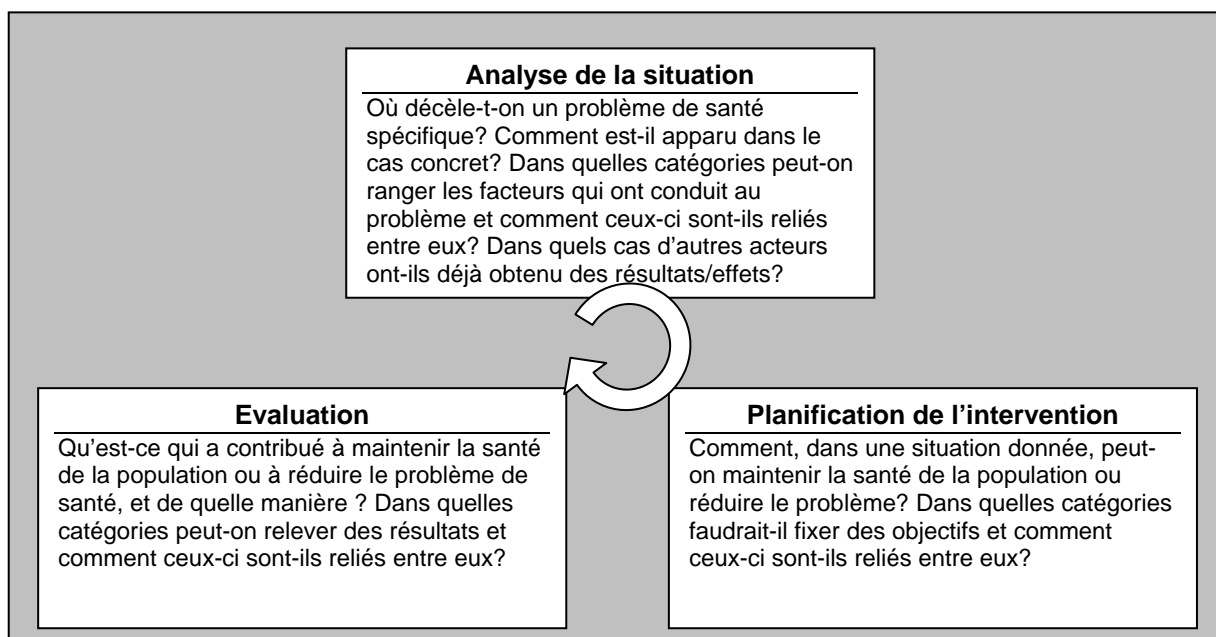
Un **objectif** est le résultat souhaité du projet, en d'autres termes la description de l'état désiré ou escompté devant être atteint au terme du projet.

Par **effet**, on entend un résultat vu sous l'angle de son efficacité. Comme le modèle de résultats se focalise généralement sur des résultats en termes de santé, les termes effets et résultats sont utilisés comme synonymes. Par effets à long terme, on entend des effets/résultats qui dépassent l'horizon temps des projets et activités considérés.

5. Utilisation du modèle de catégorisation

Le modèle de catégorisation des résultats est un instrument d'analyse qui sert au développement de la qualité. Dans ce sens, il devrait susciter une réflexion commune. Idéalement, il ne sera donc pas utilisé seulement par la direction de projet ou l'évaluateur mais discuté plutôt dans le cadre d'une séance de l'équipe de projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet, etc.

Le modèle peut servir de manière générale à faire l'analyse d'une situation, à planifier une intervention et à évaluer un projet.



Analyse de la situation : relevé de problèmes/situations de santé dans le cas d'espèce

Le modèle est employé surtout pour analyser des résultats planifiés ou déjà réalisés. Mais grâce à sa systématique, il peut aussi servir à déceler l'émergence de problèmes/ états de santé. Dans ce cas, on décrira dans la colonne D l'état de santé en question, et dans les autres encadrés et colonnes, les facteurs qui ont une influence déterminante sur cette situation (déterminants de la santé dans la colonne C, facteurs d'influence sur les déterminants dans la colonne B). Toujours dans le cadre de l'analyse de situation, on peut établir dans quelles catégories quels autres acteurs sont déjà actifs et obtiennent des résultats (analyse du contexte).

Planification de l'intervention : relevé des effets et interrelations d'effets attendus

Dans la phase de planification d'un projet, le modèle est utilisé pour relever les effets/résultats visés et les relier entre eux.

On distingue deux niveaux :

1. Les effets visés à plus long terme (induits par le projet mais dépassant la durée du projet).
2. Les objectifs du projet en termes de santé (résultats planifiés pour les groupes cibles jusqu'au terme du projet).

En travaillant avec le modèle, ces niveaux doivent être strictement séparés; on peut par ex. les mettre en évidence avec différentes couleurs. La question qui nous intéresse est la suivante: sur quels objectifs finaux en matière de santé (D) et sur quels déterminants de santé (C) le projet doit-il avoir de l'influence et comment les objectifs partiels peuvent-ils y contribuer concrètement? C'est la question des interrelations sous-jacentes d'un projet.

Les étapes de l'application du modèle dans la phase de planification sont les suivantes :

- Effets à long terme : montrer comment le projet peut influencer positivement sur la santé de la population ou de groupes de population, et partant, contribuer à des effets à long terme. En reportant ceux-ci dans le modèle, on esquisse le cadre dans lequel le projet vise des effets.

- Objectifs du projet (éventuellement concrétisés au moyen d'indicateurs) : énumération des objectifs et leur attribution aux catégories et sous-catégories du modèle. Chaque objectif, chaque indicateur, doit être classé précisément dans une sous-catégorie. Si cela ne paraît pas possible, l'objectif/l'indicateur doit être contrôlé et si nécessaire reformulé (cf. critères SMART²). La description des catégories et sous-catégories, ainsi que les exemples, permettent le classement approprié. Si besoin est, on peut aussi classer les activités dans les catégories correspondantes (niveau A).
- Interactions : représentation des interrelations connues ou admises entre les objectifs du projet et les effets visés à long terme (visualisation avec des flèches). Ces interrelations devront être si possible étayées empiriquement. A défaut d'évidences (ou de bases théoriques), il faudra argumenter de façon plausible les effets supposées d'une autre manière.

Dans la phase de planification d'un projet, il s'agit non seulement de justifier les interventions choisies, mais aussi d'explicitier l'omission d'objectifs dans telle ou telle catégorie.

Evaluation : vérification des résultats et interrelations des résultats (autrement dit du modèle)

Pour l'évaluation d'un projet, on fera le relevé des résultats effectivement atteints que l'on attribuera aux catégories et sous-catégories. On s'intéressera aux questions suivantes :

- Dans quelles catégories et sous-catégories y a-t-il une accumulation de résultats?
- Dans quelle mesure les résultats atteints correspondent-ils aux objectifs visés?
- Dans quelle mesure les interrelations supposées ont-elles été confirmées ou n'ont-elles pas été trouvées?
- D'autres interrelations se sont-elles révélées, qui nécessitent un élargissement du modèle?
- Constate-t-on des effets non planifiés, positifs ou négatifs?

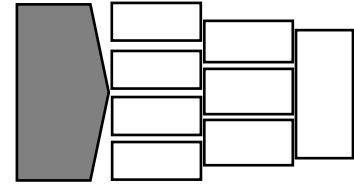
En vue de continuer ou d'améliorer un projet, on peut aussi poser les questions suivantes :

- Vu les expériences faites avec le projet, faut-il repenser ou réviser les interrelations supposées?
- Y a-t-il des raisons de déplacer les priorités du projet pour atteindre les effets visés à long terme?

Important : le modèle peut également être utilisé pour des évaluations et bilans intermédiaires, et non seulement finaux. Les résultats intermédiaires pourront alors être réinvestis dans le pilotage du projet.

² La formulation des objectifs/indicateurs selon les 5 critères SMART (Spécifique, Mesurable, Ambitieux, Réaliste et défini dans le Temps) permettent de s'assurer de leur qualité
Source : <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/stage2/3278.html>

6. Les catégories d'activités



Cette colonne permet de classer les activités réalisées dans un projet. Il est primordial de différencier les activités réalisées des objectifs/résultats. La formation des enseignant(e)s des écoles professionnelles, par ex., est une activité dont le résultat pourrait être formulé comme suit : 90% des enseignant(e)s ont intégré les nouveaux contenus dans leurs modules d'enseignement.

Etant donné que le modèle se concentre sur la catégorisation des résultats, nous avons renoncé à différencier les catégories des activités. Lors de l'utilisation du modèle des résultats, un classement des activités en fonction des catégories définies peut représenter une aide, mais n'est pas indispensable.

A1 Développement d'offres de promotion de la santé

→ Font partie de cette catégorie : la planification, la réalisation d'offres et de prestations infrastructurelles de promotion de la santé et de prévention. Elles peuvent s'adresser tant à la population qu'à des professionnels.

Exemples

- Développement d'offres de conseil.
- Accroissement d'offres d'activités physiques.
- Formation d'intervenants relais.
- Création d'une banque de données publique, facile d'accès, sur des thèmes de santé, projets et acteurs de promotion de la santé.

A2 Représentation d'intérêts, collaboration entre organisations

→ Il s'agit ici d'activités de diffusion et d'ancrage de questions de promotion de la santé dans la politique, l'administration et les organisations.
→ Les activités comportent par ex. la sauvegarde/défense d'intérêts, la coordination et la coopération.

Exemples

- Création de réseaux institutionnels.
- groupe de pression ('Lobbying') et médiation ('advocacy').
- Création de services de coordination. nationaux/régionaux ou de plate-formes.

A3 Mobilisation sociale

→ A l'encontre d'A2, ces activités ne concernent pas des unités organisationnelles formelles, mais les bénéficiaires des activités de promotion de la santé, à savoir la population ou certains groupes de population.

Exemples

- Mise sur pied de groupes d'entraide.
- Travail communautaire / travail de quartier.
- Processus de participation dans des communes.
- L'action « Ville Active du PNNS » (Plan National Nutrition Santé) est soutenue dans la perspective d'une extension au niveau national.

A4 Développement de compétences personnelles

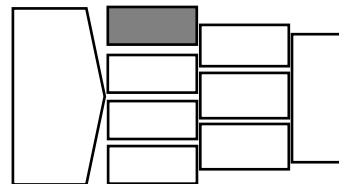
→ Ces activités concernent directement certains individus. Elles comprennent des informations sur la santé, l'éducation à la santé, des conseils, la promotion de la santé et sont axées sur le développement de compétences de vie relatives à la santé.

Exemples

- Réalisation de programmes d'activité physique adaptés au quotidien.
- Programmes de maîtrise du stress.
- Conseils en alimentation et pour l'activité physique
- Réunion d'information sur le projet de développement durable mis en place dans le cadre d'Agenda 21 local.
- Campagnes d'information concernant les influences sociales sur la santé.

7. Les catégories et sous-catégories de résultats

7.1 Offres en matière de promotion de la santé – B1



Le terme d'offre englobe des prestations ou des produits développés, exploités et/ou diffusés par des organismes professionnels de promotion de la santé.

- Ces prestations peuvent être des centres d'information, des services-conseils, des plates-formes d'échange à l'attention de professionnels, etc.
- Par produit, nous entendons des fiches d'information, des brochures et autres imprimés, des sites Internet, des jeux vidéos, des articles pour se protéger des influences néfastes pour la santé, du matériel pour acquérir un comportement favorable à la santé, etc.

Dans de nombreux projets, la première phase est destinée à élaborer et à développer de telles offres. Le résultat consiste, dans un premier temps, à avoir pu mettre sur pied cette offre. Dans le modèle des résultats, seuls sont répertoriés les résultats en rapport avec les effets et l'utilité des activités mises en place, et non pas le simple fait que des offres existent (outputs).

Les offres peuvent s'adresser à des groupes-cibles ou à des intervenants relais. Par intervenants relais, on entend des tierces personnes (bénévoles ou autres professionnels) spécialement formées pour dispenser certaines offres de santé (p. ex. enseignants, animateurs de maisons de jeunes, ...).

B1-1 Notoriété de l'offre

- Notoriété de l'offre et de ses caractéristiques auprès de tous les groupes-cibles importants.
- Délimitation : il s'agit des caractéristiques de l'offre par rapport aux caractéristiques de la personne sous B4-1.

Exemples

- Les utilisateurs potentiels connaissent le nom et l'identité visuelle de l'offre.
- Ils se souviennent de son contenu.
- Ils savent quand et comment ils peuvent accéder à cette offre et en profiter.
- Les médias et services spécialisés, qui peuvent attirer l'attention des utilisateurs potentiels, connaissent l'offre.
- Les milieux importants connaissent l'offre – par ex. les autorités (financement) ou la presse (formation de l'opinion publique).

B1-2 Accessibilité de l'offre et atteinte des groupes-cibles

- Accessibilité temporelle (heures d'ouverture).
- Accessibilité géographique (trajet vers l'offre).
- Attrait (image et présentation adaptées au groupe-cible sur le plan psychologique, social et culturel).
- Coût financier accessible.
- Correspondance entre les groupes-cibles atteints et les groupes-cibles prévus.

Exemples

- Le groupe cible peut sans problème jouer au jeu proposé sur Internet.
- Les heures d'ouverture du service-conseil sont adaptées au groupe cible visé.
- La plate-forme sur Internet est attrayante pour les membres du réseau.
- La campagne a permis d'atteindre 85 % des groupes cibles prévus.
- Les personnes qui utilisent le système d'information font partie du groupe-cible.

B1-3 Utilisation de l'offre et satisfaction des utilisateurs

- Nombre et caractéristiques des personnes utilisant une offre.
- Fréquence, durée et type d'utilisation des offres.
- Par satisfaction des utilisateurs, on entend ici une évaluation subjective, ressentie (à la différence de B1-1 et B1-2, où il s'agit plutôt de «faits objectifs»).
- Il s'agit de la satisfaction générale aussi bien par rapport à l'offre que par rapport à certains éléments spécifiques de celle-ci.
- Ici aussi, il s'agit de la satisfaction par rapport aux résultats et aux effets de l'offre et non pas de la satisfaction par rapport à certaines caractéristiques de processus.

Exemples

- Les personnes qui utilisent le système d'information font partie du groupe cible défini.
- L'offre est utilisée à 85% de sa capacité.
- Le nombre d'appels téléphoniques pour des demandes d'information au service-conseil a augmenté de 20% par rapport à l'année précédente.
- La satisfaction par rapport aux résultats des activités de formation continue est élevée.
- 95% des usagers sont disposés à recommander l'offre à d'autres personnes.

B1-4 Pérennisation de l'offre

- Base assurée et stable sur le plan organisationnel.
- Mise en réseau avec des médiateurs potentiels et autres prestataires dans ce champ d'activité.
- Reprise ou poursuite de l'offre ou de son idée par d'autres prestataires.

Exemples

- L'offre (de mouvement) est intégrée dans une organisation connue.
- Les prestataires de service sont en réseau avec d'autres prestataires.
- L'offre est organisée à plus long terme (par ex. règlement du financement, aspects géographiques/temporels, etc.).
- Le public reconnaît que l'offre est judicieuse et utile.
- D'autres organismes spécialisés ont repris le concept de l'offre et la proposent également.

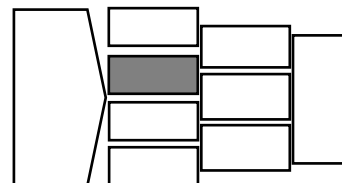
B1-5 Amélioration des compétences professionnelles pour promouvoir la santé

- Amélioration des compétences spécifiques des intervenants relais notamment en rapport avec la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'offres/activités de promotion de la santé, de manière générale ou pour des groupes cibles et des thèmes spécifiques.
- Délimitation: à la différence de B4 et C3, il ne s'agit pas ici de compétences concernant leur propre santé, mais des compétences spécifiques des intervenants relais pour mener des actions de promotion de la santé pour et avec d'autres.

Exemples

- Les enseignants disposent des compétences requises pour traiter en classe de thèmes en rapport avec la promotion de la santé.
- Les personnes clés dans la commune sont capables de conduire le processus de participation de manière autonome.
- Les responsables de camps de jeunes sont en mesure d'assumer la mise en œuvre compétente de modules concernant la promotion de la santé.

7.2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions – B2



La politique (policy), au sens où nous l'entendons ici, comporte les stratégies et les efforts :

- des collectivités territoriales et de l'Etat ;
- d'institutions, d'organisations, d'associations et de réseaux (publics et privés).

Elle vise le pilotage de structures étatiques ou d'entreprises. Elle comporte pour le moins des objectifs, des activités, des ressources en personnel et en matériel ainsi que des règles d'interactions pour toutes les personnes concernées. Les acteurs principaux d'une telle politique ne sont pas, en premier lieu, des professionnels de la promotion de la santé. Ces derniers ne font qu'encourager l'autonomie et l'activité de ces acteurs principaux, dans le but de créer des conditions favorables à la santé.

B2-1 Engagement ferme de décideurs et/ou de personnalités clés

- Une personnalité clé exerce une influence sur certains milieux et institutions et peut leur servir de porte-parole.
- L'influence, le pouvoir, le prestige peuvent agir sur le plan politique, public ou par le biais de relations privées.
- Peuvent donc avoir de l'influence des personnes issues des milieux politiques, économiques, culturels, sportifs, scientifiques.
- Prise de position ferme, c'est-à-dire publique et positive.

Exemples

- La direction s'engage publiquement à s'occuper de la promotion de la santé.
- Une confirmation écrite a été donnée pour l'élaboration d'un projet de promotion de la santé dans l'entreprise.
- Sur la base d'une initiative parlementaire, le gouvernement a décidé l'organisation d'Etats Généraux de l'alcool.
- Plusieurs personnalités connues de divers milieux de la vie publique se sont officiellement engagées à soutenir le thème choisi.
- Plusieurs organisations ont décidé de créer un réseau pour atteindre ensemble des objectifs définis.

B2-2 Bases écrites contraignantes pour des actions significatives

- Il s'agit ici de documents élaborés avec soin et en détail, tels que principes fondamentaux, chartes, plans, concepts, lois, ordonnances, règlements, etc.
- Le contenu de ces documents est révisé, négocié et approuvé par les décideurs, il peut entrer en vigueur.

Exemples

- La direction a défini une charte pour la promotion de la santé dans l'entreprise.
- Le conseil municipal a approuvé le plan d'activités pour la promotion de la qualité de vie dans la commune.
- Les représentants du patronat et des syndicats se sont mis d'accord sur les principes et les procédures concernant la promotion de la santé dans les entreprises affiliées.
- Le réseau des Hôpitaux promoteurs de santé s'est engagé à créer un bureau de coordination et a décidé des moyens de financement.
- Le programme régional de prévention du sida a été approuvé par les partenaires.
- La procédure concernant les plaintes pour harcèlement moral au travail dans l'entreprise a été revue.

B2-3 Modifications organisationnelles fonctionnelles

- Les ressources financières, en matériel et en personnel sont effectivement utilisées pour des activités de promotion de la santé.
- Des conditions de travail externes, des modalités ou des processus de travail ont effectivement été modifiés.

Exemples

- Un cercle de santé a été mis en place dans l'entreprise.
- Le conseil municipal a accordé un crédit annuel de 10 000 € à la commission chargée de la promotion de la santé.
- De nouveaux horaires de travail plus souples, qui facilitent le maintien de l'équilibre travail-loisirs, ont été mis en place.
- De nouvelles règles sont en vigueur concernant les plaintes de harcèlement psychologique.
- L'interdiction d'utiliser certains matériaux de construction nocifs est appliquée.
- Les limites d'émissions de bruit lors de l'utilisation de haut-parleurs sont respectées.
- Dans la commune, le référent du programme « Ville Santé » dispose des ressources nécessaires.

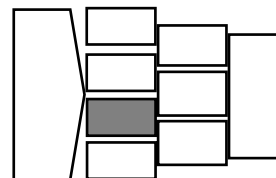
B2-4 Echanges et coopérations efficaces

- Cette catégorie concerne l'existence d'échanges d'informations et de coopérations en matière de promotion de la santé.
- Un aspect important : la collaboration intersectorielle.

Exemples

- La Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE) collabore régulièrement avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).
- Les collectivités territoriales participent régulièrement au comité des programmes du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).
- Le pôle régional de compétence en éducation pour la santé est efficacement soutenu par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).
- L'échange systématique d'information au niveau interdépartemental est satisfaisant pour toutes les personnes concernées.

7.3 Potentiel social et engagement favorables à la santé – B3



Le potentiel social est la capacité de groupes de la population – petits ou grands – à s’engager avec efficacité pour leurs besoins, et à trouver des solutions aux problèmes communs. Il s’agit de caractéristiques essentielles à leur «empowerment» (autonomisation). La notion d’engagement concerne l’aspect motivationnel de cette capacité, soit la disponibilité à devenir actif et la confiance placée dans un engagement commun.

Le développement de ces capacités par le biais d’interventions, en particulier par des campagnes dans les médias, peut être défini par les étapes suivantes: connaître – accepter – soutenir – prendre en charge – participer. Les premières phases de ce processus sont également désignées par le terme de «sensibilisation».

Cette catégorie concerne exclusivement des groupes de population, et non pas des professionnels de la promotion de la santé.

B3-1 Existence de groupes actifs se chargeant de questions ou de thèmes de promotion de la santé

- Il s’agit de groupes d’intérêt ou d’initiatives populaires qui partent de la base de la population.
- Ce groupe peut fonctionner de manière autonome.
- Il est capable de développer des activités vers l’extérieur.

Exemples

- Un groupe d’entraide s’est constitué.
- Le regroupement des parents d’élèves pour des trajets scolaires sûrs a tenu l’assemblée constitutive de son association.
- Il a été décidé d’un programme d’action pour l’année à venir.
- Le groupe informel de décideurs de la région se retrouve régulièrement pour aborder des questions de société en lien avec la santé.
- Les réunions de quartier abordent régulièrement les questions de santé.

B3-2 Collaboration de nouveaux acteurs

- Il s’agit ici de participation dans le sens de collaboration, de partage et de gestion commune, ainsi que de formes d’auto-organisation de groupes de population.
- De la mobilisation de personnes jusqu’alors non actives résulte un engagement. Il s’agit d’une part de personnes appartenant à des groupes jusqu’à présent sous-représentés ou en situation de précarité (femmes, migrantes, marginaux) et d’autre part de personnes de la vie publique (sportifs d’élite connus, ...).

Exemples

- Des personnes jusqu’alors non actives s’engagent.
- Deux représentants de trois groupes sous-représentés siègent maintenant au comité.
- Des jeunes ont participé à l’élaboration du programme de la manifestation.

B3-3 Diffusion des questions de promotion de la santé auprès de groupes de la population

- On entend ici des idées, des besoins exprimés, des propositions, des exigences, des programmes.
- Impact des questions de promotion de la santé auprès du public: le plus grand nombre possible de personnes concernées en prennent connaissance et se forment une opinion à ce sujet.
- Les questions de promotion de la santé peuvent être diffusées par des services officiels (les autorités), des organisations privées (associations de santé) ou par des groupes locaux.
- Délimitation : il s'agit ici de la notoriété du contenu d'un thème, la notoriété d'une offre (prestations, produits) fait partie de B1-1.

Exemples

- Les questions de promotion de la santé sont régulièrement reprises dans le bulletin d'information de la commune et à la radio locale et sont largement débattues.
- 45% des habitants savent que la question est actuellement discutée en public et qu'elle y occupe une place importante.
- A l'occasion d'un débat public sur le thème, toutes les positions importantes ont été exprimées.
- Le thème est régulièrement présent dans les journaux.

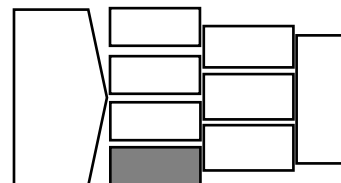
B3-4 Appropriation des questions de santé par des groupes dans la population

- Est prise en compte ici la norme sociale, c'est-à-dire ce qui est généralement considéré comme juste.
- La question de promotion de la santé devrait au moins être admise comme valable, à savoir être reconnue par une majorité de la population, être « prise au sérieux ».
- Idéalement, elle devrait être considérée comme prioritaire par une majorité de la population.
- Délimitation : il s'agit de caractéristiques d'un groupe de population, par rapport aux caractéristiques d'une personne sous B4-2.

Exemples

- 80% des habitants considèrent que la question est relativement importante.
- Les plus importants leaders d'opinion/meneurs parmi les élèves évoquent régulièrement et publiquement la question.
- Le nombre de demandes actives provenant de la population sur la question (aux initiateurs ou à d'autres services compétents) a nettement augmenté.

7.4 Compétences individuelles en matière de santé – B4



Par compétences en santé, nous entendons des connaissances, des opinions, à savoir des valeurs et des aptitudes jouant un rôle essentiel pour la santé de l'individu. En font partie les compétences relatives à la manière de se « gérer » en tant qu'individu bio-psycho-social et de gérer son environnement social et matériel. C'est-à-dire qu'une personne pourrait faire quelque chose pour sa santé si elle en avait la volonté et les possibilités.

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

- Il s'agit, d'une part de connaissances concrètes sur des faits, des sujets ou des contenus importants pour pouvoir agir.
- D'autre part, il s'agit aussi de connaissances sur les procédures, les méthodes et les stratégies.
- Délimitation: caractéristiques de la personne par rapport aux caractéristiques de l'offre sous B1-1.

Exemples

- Les élèves connaissent les services spécialisés auxquels ils peuvent faire appel.
- Les élèves connaissent le message diététique « 5 fruits et légumes par jour ».
- Les citoyens savent quels sont les facteurs sociaux qui influencent la santé dans leur quartier.
- Les parents et les enseignants savent qu'une initiative « enfants en santé » a été lancée dans leur ville.

B4-2 Attitudes et intentions positives par rapport aux thèmes importants pour la santé

- Pour pouvoir agir, ce que l'on sait doit être évalué de manière suffisamment positive pour que son application soit jugée bénéfique et utile.
- Dans le cas de comportements à éviter, une attitude positive doit également exister comme alternatives.
- Délimitation: il s'agit des caractéristiques de la personne par rapport aux caractéristiques d'un groupe de population sous B3-4.

Exemples

- Des jeunes hommes estiment les messages qui leur sont adressés sur l'alimentation comme positifs.
- Les femmes connaissent l'utilité d'examen réguliers de prévention.
- Les jeunes qui fréquentent les discothèques acceptent de renoncer pour leur santé à des drogues stimulantes inconnues.
- Les hommes ont une attitude positive face à l'utilisation de préservatifs.
- 60% des fumeurs interrogés déclarent avoir envie de s'arrêter de fumer.

B4-3 Nouvelles aptitudes personnelles et/ou sociales

- On utilise ici le terme de compétences de vie .
- Les compétences personnelles se réfèrent à la capacité d'agir pour soi-même (prendre des décisions difficiles ou analyser ses sentiments).
- Les aptitudes sociales concernent les interactions et la communication avec d'autres personnes, elles requièrent donc un vis-à-vis (individu ou groupe de personnes).
- Délimitation : il s'agit de modifications individuelles des personnes par rapport aux modifications collectives sous B2-4.

Exemples

- Les participants à la formation savent utiliser pour un thème important les concernant, un modèle de solution de problèmes.
- Les participants à la formation refusent de boire de l'alcool lorsqu'ils doivent conduire un véhicule.
- En situation de crise, les participants à la formation savent utiliser des méthodes adaptées pour désamorcer le conflit.
- Les élèves participants au programme «Mieux Vivre Ensemble». sont capables de marquer leur désapprobation sans recourir à la violence.

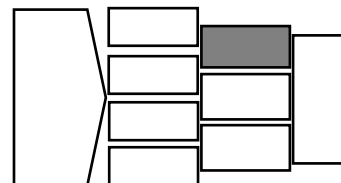
B4-4 Renforcement de la confiance en soi par rapport à des sujets ou des actions déterminants pour la santé

- Il s'agit ici de l'efficacité personnelle et de l'attente de résultats, de la confiance dans le fait qu'une action déterminée, en ce qui me concerne, sera certainement efficace et que je pourrai la réaliser moi-même dans ma vie quotidienne.
- De manière générale, il s'agit du sentiment d'être suffisamment informé pour agir personnellement, d'être capable d'évaluer pour soi le pour et le contre d'une action.
- Délimitation : à l'encontre de B3-4, il s'agit ici de la confiance en soi.

Exemples

- Les personnes s'exposant au soleil sont sûres que les mesures de protection qu'elles prendront contre les coups de soleil sont efficaces.
- Les participants au programme de sevrage tabagique estiment que ce programme est efficace et qu'ils peuvent le réaliser.
- Les jeunes femmes estiment qu'elles seront dorénavant capables de refuser une relation sexuelle non protégée.
- Chaque personne concernée est convaincue que l'action recommandée aura réellement l'effet positif souhaité.

7.5 Environnement matériel favorable à la santé – C1



Par environnement matériel, nous entendons ici :

- l'environnement physique naturel, et
- l'environnement construit et modifié par les activités humaines.

Les résultats peuvent concerner le travail, la formation, l'école, le ménage, l'habitat, les loisirs, la mobilité, etc.

C1-1 Réduction des influences physiques et chimiques nocives

- La production et/ou les émissions sont réduites à la source ou des mesures de protection efficaces collectives sont prises pour le groupe-cible concerné.
- Il s'agit, d'une part, d'émissions concrètes de rayonnements, d'ondes électromagnétiques, de sons et de bruit, et d'autre part de substances nocives telles que l'ozone et les poussières dans l'air, de nitrate dans l'eau, d'additifs ou résidus dans les denrées alimentaires.
- Délimitation: un comportement individuel de protection (p. ex. mettre de la crème solaire) ne fait pas partie de cette catégorie mais de la catégorie C3-1.

Exemples

- L'exposition au bruit des habitants d'une rue à grande circulation a diminué (réduction par une limitation de la vitesse, protection grâce à des double-fenêtres, des murs, des tunnels).
- Les atteintes de l'audition ont diminué parmi les personnes qui fréquentent les discothèques.
- Les valeurs limite des nitrates dans l'eau d'alimentation ne sont jamais dépassées.

C1-2 Maintien et amélioration des ressources naturelles

- Par ressources naturelles, on entend ici les ressources fondamentales de vie telles que l'eau, l'air, la forêt, un espace vital suffisant, des espaces de détente, ...
- Délimitation : résultats dans une optique écologique globale, par rapport à C1-1, où la réduction de certains facteurs de nuisance est au centre des préoccupations.

Exemples

- L'espace vert a été maintenu et n'a pas été sacrifié au profit d'un projet de construction.
- La qualité de l'eau de baignade s'est améliorée.
- Grâce au classement officiel de la forêt communale en parc naturel et à l'action de nettoyage réalisée par les écoles, cette forêt est maintenant un lieu calme et de détente.

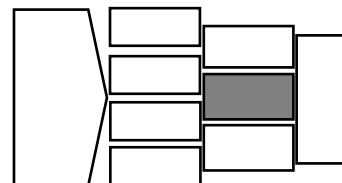
C1-3 Installations et produits favorables à la santé

- Il s'agit d'offres, d'installations et de produits qui contribuent au bien-être et à la santé.
- Ils dépassent un effet purement préventif et offrent de bonnes possibilités de détente, d'équilibre, d'activité ou de conditions favorables à la santé.
- Ils facilitent visiblement de meilleurs choix pour la santé.
- Ce sont en principe des acteurs non professionnels de la promotion de la santé qui proposent ces offres ou diffusent ces produits (au contraire de B1).
- Délimitation: ressources matérielles créées par les hommes, contrairement à C1-2, qui sont des ressources naturelles.

Exemples

- Réseau de pistes cyclables, incitant les cyclistes à quitter la route.
- Places de jeux et de sport dans une commune pour divers groupes-cibles, entraînant ainsi un accroissement de leur utilisation.
- Activités et installations efficaces, favorables au sport et à l'activité physique (douches) dans une entreprise (par ex. pour joggeurs, cyclistes) et effectivement utilisées.

7.6 Environnement social favorable à la santé – C2



Par environnement social, on entend ici les offres généralisées de soutien social, le style dominant des rapports entre les personnes et le climat social général. Il s'agit donc de l'entité sociale (commune, entreprise) et pas seulement d'éléments ponctuels ou isolés.

Les résultats peuvent concerner le travail, la formation, l'école, le ménage, l'habitat, les loisirs, la mobilité, etc.

C2-1 Soutien social, réseaux sociaux, intégration sociale

- Amélioration du soutien social dans les groupes-cibles.
- Manifestations, offres et installations présentes dans l'ensemble des entités sociales, encourageant et favorisant les contacts, les rencontres et les échanges avec d'autres personnes et stimulant l'aide réciproque :
 - qui facilitent la demande d'aide ou de soutien professionnel et/ou
 - qui favorisent l'intégration de groupes marginaux de la population.
- Ce sont des acteurs non professionnels de la promotion de la santé qui proposent ces offres (contrairement à B1).

Exemples

- Dans le quartier, un réseau de voisinage s'est mis en place pour aider les personnes âgées.
- Dans tous les quartiers, les espaces de rencontre sont bien fréquentés par les divers groupes de la population.
- 8 résidents sur 10 affirment avoir au moins deux personnes dans le voisinage sur lesquelles elles peuvent compter en cas de besoin.
- Les familles ayant des problèmes de santé sont efficacement soutenues dans la commune.

C2-2 Climat social

- Le climat social est l'expression de l'atmosphère émotionnelle générale qui règne dans une entité sociale (entreprise, commune).
- Normes et valeurs favorisant la santé, cohésion sociale.
- Des modifications peuvent s'opérer dans le climat social de l'entreprise ou de la commune, dans les rapports « hiérarchiques » (supérieurs/subordonnés, politiciens/citoyens), dans le degré de confiance et d'identification avec la commune ou l'entreprise (sentiment du « nous », cf. aussi « capital social »).
- Délimitation : il s'agit ici de modifications collectives d'une entité sociale. Les modifications de connaissances, d'opinions et de comportement de personnes ou de petits groupes sont classées sous B4.

Exemples

- Dans des entreprises, la culture psycho-sociale positive, qui favorise le bien-être sur le lieu de travail et diminue le niveau de stress, augmente.
- Dans l'ensemble, les habitants se sentent en sécurité.
- Un climat de solidarité est manifeste et la solidarité est vécue concrètement.
- La collaboration est empreinte d'appréciation et de valorisation réciproques.
- A l'école, il règne un climat qui encourage l'activité physique; les initiatives en faveur de plus d'activité physique sont généralement bien accueillies et soutenues.

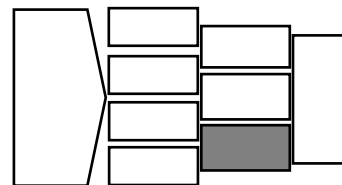
C2-3 Accès aux ressources sociales générales

- Cette catégorie concerne l'accès de tous les groupes de population aux ressources favorisant la santé (travail, formation, revenu, logement, services de santé, etc.), autrement dit l'égalité des chances en termes de santé au niveau de la société (déterminants de la santé au niveau macro).
- Contrairement à C1 (matériel/infrastructurel) et C2 (soutien/intégration), il s'agit de l'égalité en rapport avec des facteurs socioéconomiques et culturels (cf. discrimination socio-économique, pauvreté relative, ...).
- Délimitation : les catégories C2-1 et C2-2 se rapportent à des facteurs relatifs à l'environnement social plus proche (micro/méso).

Exemples

- L'accès des migrants aux offres de santé s'est rapproché de celui de la population générale.
- Le chômage des jeunes est en baisse.
- Les différences de revenus et de formation ont diminué.
- L'accès des migrants aux offres de formation s'est amélioré.
- La politique économique et sociale des pouvoirs publics répond aux besoins des familles monoparentales.
- La ville dispose d'un nombre suffisant de logements sociaux ou de logements à des prix avantageux.

7.7 Ressources personnelles et modèles comportementaux favorables à la santé – C3



Par ressources personnelles, on entend les ressources physiques et psychiques ainsi que les compétences et aptitudes sociales de l'individu. Le terme modèle comportemental englobe l'ensemble des comportements établis et indique qu'un comportement est toujours lié à d'autres. Les résultats peuvent concerner le travail, la formation, l'école, le ménage, l'habitat, les loisirs, la mobilité, etc.

C3-1 Ressources personnelles favorables à la santé

Ressources physiques et psychiques favorables à la santé, par ex. :

- Caractéristiques/attitudes personnelles tels qu'une attitude positive face à la vie, l'optimisme, la capacité de jouir de la vie, la joie de vivre.
- Capacités de « coping » : stratégies personnelles adéquates pour répondre aux exigences (propres et de tiers), sollicitations, stress.
- Sens de la cohérence, confiance en soi et en ses capacités (self-efficacy)
- Compétences sociales: capacité d'établir des relations, de les entretenir et de les utiliser (perception appropriée de l'entourage social, tolérance à la frustration, ...).
- Bonne forme physique: système immunitaire fonctionnant bien, poids correct.
- Délimitation : C3-1 désigne un ensemble de caractéristiques personnelles fondamentales alors que C3-2 se rapporte à des comportements spécifiques.

Exemples

- Les habitants du quartier osent désormais utiliser les offres de rencontre et demander de l'aide au voisinage.
- Les jeunes hommes sont devenus plus conscients des enjeux d'une alimentation saine.
- Les enfants ont acquis la certitude qu'ils pourront, en cas de crise, compter sur un adulte impartial dans leur entourage.
- Grâce au Plan National Nutrition Santé, le nombre de personnes ayant un indice de masse corporelle correct s'est accru ou stabilisé sur l'année
- Les parents sont physiquement en mesure de jouer avec leurs enfants, de faire des tours à bicyclette ...
- Les personnes âgées demeurent en bonne forme physique.

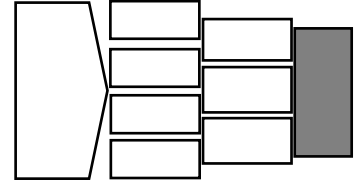
C3-2 Amélioration des comportements favorables à la santé

- Renforcer et préserver un comportement favorable à la santé par l'activité physique, la détente, une alimentation saine.
- Se mobiliser personnellement pour des conditions de vie favorables à la santé.
- Réduire ou mettre fin à un comportement nocif pour la santé ou lié à des risques, par ex. se montrer agressif comme usager de la route, fumer, 'ignorer' les recommandations en matière de santé, etc.
- Se protéger personnellement contre les risques.
- Délimitation : contrairement à B3 (accents sur l'engagement social en faveur de la santé sur un thème), l'accent porte ici sur le changement durable d'un comportement individuel.

Exemples

- A l'école, les bagarres entre élèves ont diminué.
- Les jeunes suivent la règle « 5 fruits/légumes par jour ».
- En France, les seniors qui travaillent ont plus souvent une activité physique.
- Dans les entreprises, les collaborateurs jusqu'alors plutôt passifs réagissent plus activement à des conditions de travail défavorables à la santé.
- Une diminution du nombre de fumeurs a été établie parmi les élèves du secondaire.
- La population se protège mieux du soleil direct.
- Les cyclistes sont plus nombreux à porter un casque.

8. Santé



La promotion de la santé et la prévention visent toujours l'amélioration de la santé de la population ou de certains groupes de population. Selon la définition que donne l'Organisation Mondiale de la Santé, il s'agit de l'amélioration durable du bien-être psychique, physique et social. Les connaissances scientifiques actuelles dans le domaine de la santé étayent également cette approche.

Les indicateurs utilisés ici pour mesurer cette amélioration sont, d'une part une augmentation de la durée de vie en bonne santé de la population ou un nombre plus élevé d'années de vie sans maladies ou incapacités, ainsi que des indicateurs d'une qualité de vie plus élevée sur le plan de la santé. D'autre part, il s'agit d'indicateurs de la réduction du taux évitable de morbidité ainsi que de mortalité prématurée.

Les modifications mesurables et durables de la santé de la population ne peuvent en général pas être attribuées directement à certains projets spécifiques de promotion de la santé. Les modifications sont en général le résultat d'un grand nombre de facteurs qui influencent la santé, c'est-à-dire aussi bien des facteurs concernant le comportement individuel que les conditions de vie, d'apprentissage, de travail. Grâce à de nombreuses études, nous savons aujourd'hui quels sont les facteurs qui exercent visiblement une influence positive ou négative sur la santé de la population. C'est ce que l'on nomme les déterminants de la santé. Les modifications de ces déterminants sont répertoriées en tant que résultats d'interventions de promotion de la santé dans la partie C. Mentionnons toutefois que des résultats positifs d'un ou plusieurs déterminants de la santé peuvent être « neutralisés » par une influence parallèle et négative d'autres interventions et secteurs sur ces (ou d'autres) déterminants de la santé, par ex. dans le domaine du travail, où des progrès en matière de promotion de la santé dans l'entreprise sont contrebalancées par un stress accru dû par l'insécurité de l'emploi.

Exemples

- L'espérance de vie en bonne santé des françaises et des français a augmenté.
- Le nombre de personnes de plus de 75 ans sans maladies chroniques ou handicaps a augmenté.
- Les personnes d'âge avancé ont une bonne condition physique de façon stable.
- Le nombre de personnes entre 40 et 50 ans affectées dans leur quotidien par des douleurs dorsales a nettement diminué.
- Le taux de suicide parmi les jeunes diminue.
- La qualité de vie en matière de santé s'est améliorée dans la commune.

9. Empowerment, participation et égalité des chances

Les principes de base «empowerment» et «participation» n'ont pas été mentionnés jusqu'à présent dans le modèle de catégorisation des résultats. Ces concepts ne peuvent en effet pas être explicitement attribués à une catégorie de résultats de l'outil pour plusieurs raisons expliquées ci-après.

Empowerment

L'empowerment ne désigne pas seulement le résultat d'une intervention, mais en premier lieu une approche d'intervention, et, de manière plus générale encore, une attitude lors de l'intervention³. L'empowerment devrait donc être d'une part classé dans les activités, mais apparaît également dans certaines catégories de résultats liés à la population (en particulier B3 et B4).

Participation

Il en va de même avec le concept de participation, aujourd'hui un élément important ou une caractéristique de qualité des activités de promotion de la santé. Elle peut également devenir un résultat, dans le sens où elle se manifeste par sa présence ou par son renforcement relatif à la disposition ou la capacité de participer activement et d'influencer la société (par ex. B4).

Egalité des chances

L'égalité des chances en matière de santé ne peut être classée dans une seule catégorie mais se manifeste aussi bien au niveau du potentiel social (B3) et des compétences individuelles (B4) que dans toutes les catégories du niveau C (par ex. environnement matériel/infrastructuel, soutien social, accès à l'emploi et à la formation, ressources personnelles,...).

10. Ouvrages de référence sur l'outil de catégorisation

Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Spörri, Adrian; Ruckstuhl, Brigitte; Broesskamp-Stone, Ursel; Ackermann, Günter: Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 27. Jg 3/2004.

Cloetta B, Spencer B, Spörri A, Ruckstuhl B, Broesskamp U, Ackermann G. Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé. Promotion & Education XII:2, in press.

³ Voir Stark 2003. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.

11. Annexe I : Exemple d'application (fictif)

Projet: «La forme et la santé à l'école»	
Problème initial	Augmentation du nombre d'enfants en surpoids
Milieu	École
Groupes cibles	Enseignants, parents et élèves des écoles primaires de la commune X
Visions / effets visés à long terme	Un plus grand nombre d'élèves a une corpulence normale. Les élèves mangent de façon plus variée et équilibrée et font plus d'activité physique.
Objectifs / résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> Tous les conseils d'écoles primaires de la commune X ont approuvé la participation de leur école au projet «La forme et la santé à l'école». Le principe d'une alimentation variée et équilibrée (conforme aux repères du PNNS) a été mis en oeuvre avec succès dans les écoles primaires de la commune. 90% des enseignants connaissent les rapports entre l'activité physique, l'alimentation et la santé et sont capables d'appliquer ce savoir dans leur enseignement et des actions santé. Grâce aux ateliers spéciaux «La forme et la santé», les parents de 60% au moins des élèves s'impliquent dans le projet. Dans la foulée des ateliers «La forme et la santé», toutes les écoles de l'Académie se sont engagées dans des activités de promotion de la santé à l'école. Les parents qui ont participé aux ateliers ont mis au point, avec leurs enfants, des mesures pour plus d'activité physique et une alimentation plus variée et équilibrée. 90% des enseignants ont participé à un des ateliers départementaux de préparation au projet «La forme et la santé à l'école».

1) Pour planifier l'intervention avec le modèle, on commence par ranger les **visions/effets visés à long terme** dans les catégories correspondantes:

Vision 1	Un plus grand nombre d'élèves a une corpulence normale et une bonne forme physique	C3-1
Vision 2	Les élèves mangent de façon plus variée et équilibrée et font plus d'activité physique	C3-2
Vision 3	Le cadre de vie à l'école (aménagement des installations et organisation du temps scolaire) favorise ce type de comportement	C1-3

2) Ensuite, **les objectifs de santé du projet** sont reportés dans le modèle. Chaque objectif est attribué à une sous-catégorie. Si cela ne paraît pas possible, il convient de contrôler l'objectif et de le reformuler (cf. critères SMART⁴). La description des catégories et sous-catégories, ainsi que les exemples, permettent le classement approprié du résultat. Si besoin est, on peut aussi attribuer les **activités** aux catégories des activités (niveau A).

Objectifs / résultats attendus		
Objectif 1	Tous les conseils d'écoles primaires de la commune X ont approuvé la participation de leur école au projet «La forme et la santé à l'école».	B2-2
Objectif 2	Le principe d'une alimentation variée et équilibrée (conforme aux repères du PNNS) a été mis en oeuvre avec succès dans les écoles primaires de la commune.	C3-2
Objectif 3	90% des enseignants connaissent les rapports entre l'activité physique, l'alimentation et la santé et sont capables d'appliquer ce savoir dans leur enseignement et des actions santé.	B1-5
Objectif 4	Grâce aux ateliers spéciaux «La forme et la santé», les parents de 60% au moins des élèves s'impliquent dans le projet.	B3-2
Objectif 5	Dans la foulée des ateliers «La forme et la santé», toutes les écoles de l'Académie se sont engagées dans des activités de promotion de la santé à l'école	B2-2
Objectif 6	Les parents qui ont participé aux ateliers ont mis au point avec leurs enfants des mesures pour plus d'activité physique et une alimentation plus variée et équilibrée.	B4-2
Objectif 7	90% des enseignants ont participé à un des ateliers départementaux de préparation au projet «La forme et la santé à l'école».	B1-3

⁴ Cf. www.quint-essenz.ch – voir note 2 page 9.

Activités		
Activité 1	Entretiens avec le responsable des écoles au niveau de la commune et les directions des établissements scolaires	A2
Activité 2	Au moins 6 ateliers départementaux de préparation pour les enseignants	A1
Activité 3	Dans chaque école, au moins 2 ateliers «La forme et la santé» pour les enfants et parents, en collaboration avec l'équipe de projet du corps enseignant.	A1/A4
Activité 4	Information des parents	A3

3) On peut alors saisir les principales corrélations entre les objectifs du projet et les effets à long terme et les reporter dans le modèle (ces corrélations doivent être plausibles, idéalement étayées par la théorie et l'expérience) : par ex. l'objectif 1 est une condition importante pour les objectifs 2 et 7 ; l'objectif 7 est une condition pour la réalisation de l'objectif 3 qui est à son tour nécessaire pour l'activité n° 3, etc.

Les trois étapes de planification décrites plus haut peuvent être représentées comme suit sur la trame du modèle de résultats (visions, objectifs et activités dans des couleurs différentes) :

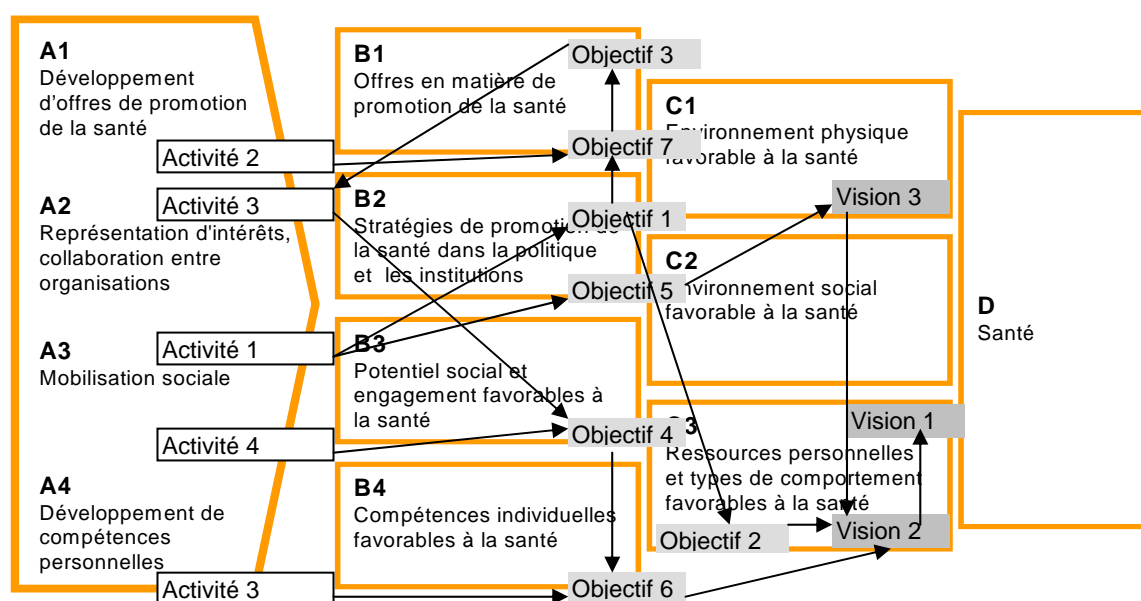


Schéma : corrélations entre objectifs, activités et effets.

Un tel schéma aide à clarifier si la planification de l'intervention est cohérente et bien comprise dans toutes ses étapes. Par ex. : y a-t-il des objectifs aux niveaux C ou D, qui, faute de corrélations, ne peuvent plus être plausiblement atteints? Tel serait par ex. le cas si nous avions comme objectif, dans notre exemple de projet, un environnement scolaire plus sain mais sans indications claires sur les moyens de réalisation (par ex., seuls des ateliers avec les parents seraient prévus).

Lors de l'évaluation du projet, les résultats effectivement obtenus sont reportés dans le modèle et les corrélations mises en évidence:

- les expériences faites dans le cadre du projet donnent-elles lieu à revoir ou corriger les corrélations supposées? Par ex. : les ateliers ont-ils effectivement contribué à ce que les enfants fassent plus d'activité physique dans la vie de tous les jours ?
- Faut-il envisager d'autres objectifs pour atteindre les effets visés à long terme? Faudrait-il par ex.. agir davantage sur les structures scolaires pour influencer plus durablement sur les comportements ?
- Quels effets secondaires, positifs ou négatifs, se sont-ils manifestés? Par ex. : les parents ont-ils pris l'initiative de se former et de développer des activités propres ?

12. Annexe II : Aperçu général des colonnes B et C (mots-clés) déterminantes pour les résultats

