

# Evaluation interne de l'expérience du Programme national de recherche 1A sur la prévention des maladies cardiovasculaires

*Programme national suisse de recherche N° 1A. Groupe d'étude<sup>1</sup>*

## Introduction

Dès son origine, le Programme national de recherche 1A a impliqué un projet doté d'une nature double: il procède à l'implantation et à la mise en œuvre dans deux villes pilotes de formes d'action concrètes et durables visant à transmettre des habitudes de prévention ou de promotion de la santé; simultanément, il constitue un ensemble d'analyses scientifiques comprenant l'analyse de données épidémiologiques, mais surtout le test de toutes les expérimentations entreprises sur le milieu concerné. Ces deux aspects combinés doivent permettre d'élaborer un ou plusieurs modèles et des méthodes applicables dans des contextes différents. La partie expérimentale et méthodologique exige, pour se dérouler valablement, que plusieurs conditions soient remplies. La première fixe une durée limitée pendant laquelle les chercheurs et expérimentateurs peuvent intervenir, et au terme de laquelle ils doivent pouvoir analyser des résultats. La seconde condition amène à considérer la population, mais aussi les animateurs, comme des objets de recherche, sur qui peuvent être effectuées un certain nombre d'expériences et de mesures. Ces conditions, nécessaires pour assurer la validité scientifique de la recherche, ne sont pas forcément compatibles avec l'objectif de création d'un organisme travaillant à la diffusion de connaissances et d'usages dans le domaine de la prévention. En effet, les notions de prévention et d'éducation sanitaire proposées pour être expérimentées vont à l'encontre de certains habitus profondément intériorisés par les individus, de rapports sociaux, de pratiques, voire de marchandises, inscrits dans le système en place.

D'autre part, ce type d'opération, financée et planifiée de l'extérieur, soudainement immergée dans une «localité-pilote», animée ensuite par un comité ad hoc, prend le risque de déranger les structures institutionnelles, quitte à devoir supporter une réaction de mise à

l'écart par la collectivité. Enfin, le projet du PNR 1A exige l'interdisciplinarité et l'adaptation professionnelle dans une équipe constituée essentiellement de débutants, issus de pratiques professionnelles et de systèmes de valeurs divers, ignorant au départ tout des conditions de la mise en œuvre de ce type d'intervention nouvelle. La réussite de l'expérience scientifique impose donc d'aplanir les difficultés nées des réactions d'un milieu par ailleurs mal connu, de s'adapter aux circonstances, aux rythmes d'apprentissage de professionnels, et aux tâtonnements inévitables de l'innovation sociale. L'horizon de durée de l'expérience scientifique concorde mal avec celui de l'action sociale: celle-ci interdit de tout miser sur une évaluation immédiate et à court terme. De plus, si la prévention devient une forme de service public, donc de «service au public», elle ne peut se permettre de tester une population-objet que dans une mesure limitée, et seulement dans un but de vérification.

Cette double nature du projet, avec les exigences parfois opposées qui conditionnent la réalisation des deux dimensions de l'expérience, font que l'évaluation n'en est pas aisée.

Sur quels éléments de l'expérience peut-on en outre porter avec certitude un jugement d'évaluation qui permette de dire, après trois ans, à l'issue du Programme national de recherche 1A, que le modèle développé ou certains aspects sont reproductibles et valent la peine d'être multipliés dans des perspectives nationales? Quels sont donc les signes observables d'une «réussite», perceptibles dans le délai imparti à l'expérimentation scientifique, et qui permettent de juger suffisamment l'opération avant qu'elle ait porté ses derniers fruits dans la localité pilote? La brièveté du programme de recherche entre en conflit avec la validité de mesures d'évaluation à long terme. Trois ans semblent un délai fort bref pour qu'apparaissent nettement des changements d'habitudes ou de conditions de vie au niveau de la masse de la population, d'autant plus que les aspects réputés facteurs de risque (consommation de tabac, alimentation non équilibrée, stress, ignorance ou non-traitement de l'hypertension artérielle, sédentarité) sont liés à des formes culturelles ou structurelles bien établies. De plus, on doit s'interroger sur la possibilité d'évaluer l'efficacité spécifique de l'action préventive développée par le projet en regard des autres facteurs agissant dans un sens positif ou négatif sur la promotion de la santé.

A l'opposé de ces préoccupations, les personnes travaillant effectivement au déroulement de la campagne

<sup>1</sup> Directeurs de projet: F. Gutzwiller, B. Junod. Expert scientifique: F. H. Epstein. Coordinateurs locaux: A. Crisinel, K. Röthlisberger. Conseil scientifique: Th. Abelin, M. Bassand, L. Biland, H. R. Brunner, W. Bürgi, A. Delachaux, H. Howald, O. Jeanneret, H. Micheli, T. Moccetti, O. Oetliker, O. Ritter, G. Ritzel, J. L. Rivier, M. Schär, H. B. Staehelin, W. Vetter, L. K. Widmer. Analyse statistique: A. Marazzi/M. Lejeune. Directeur de programme: W. Schweizer.

Manuscrit préparé par Philippe Lehmann.

Projet N° 4.077.0.76.01, subventionné par le Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Adresse pour la correspondance: Ph. Lehmann, Institut de recherche sur l'environnement construit, EPFL, avenue Eglise-Anglaise 14, 1006 Lausanne.

de prévention doivent pouvoir disposer au fur et à mesure d'indications de caractère évaluatif, afin de planifier et rectifier le contenu de l'action de type nouveau qu'elles ont mise sur pied. A des délais rapprochés, on devrait pouvoir «prendre la température» de la réussite de l'action et préciser le résultat propre attribuable à telle ou telle forme d'intervention, de sorte de la répéter, de la stopper, de la modifier ou d'en inventer de nouvelles.

Devant de tels impératifs contradictoires, l'évaluation doit forcément être très souple et diverse, recherchant une complémentarité de plusieurs formes de mesure ou de jugement, validés et étalonnés en fonction de critères affichés et pertinents. En outre, le choix des méthodes d'évaluation doit répondre aux difficultés particulières d'une opération où l'on cherche à agir sur des attitudes et des comportements, sur des structures d'action sociale et de communication. Il n'est alors pas permis de limiter l'évaluation aux seuls aspects chiffrables, mais il faut chercher également à saisir la signification et la cohérence des changements ou résistances observés.

L'évaluation dite «interne» de la campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires du PNR 1A, que nous allons présenter ci-dessous, s'inscrit en complémentarité (tabl. 1) avec une mesure de la prévalence des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, réalisée par des examens de santé initial et final de la population d'intervention et d'une population de contrôle (évaluation externe médicale), et avec une analyse sociologique du déroulement de l'action et de son intégration dans le contexte de la culture sanitaire et des institutions médico-sociales. Les objectifs propres de l'évaluation interne peuvent être résumés en trois axes:

- Quel est le public touché par la campagne de prévention, par ses diverses formes d'action, ou même par diffusion du message dans la collectivité?
- Quel impact a l'action de communication de messages relatifs à la prévention, selon les différents contenus et vecteurs, sur les connaissances, les attitudes et les comportements des personnes touchées par la campagne, sur les conditions de vie individuelles et collectives, etc.?
- Dans quelle mesure la campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires a-t-elle réussi à mettre en place dans les villes d'intervention une forme d'action sociale visant à la promotion de la santé capable de persister au-delà du PNR 1A, et quelle est la valeur, puis le résultat des différentes formes d'intervention qui ont été mises en œuvre?

Dans les développements qui suivront, selon ces trois axes, on fera voir comment l'évaluation interne est entreprise, en fonction de quels concepts et critères, avec quels instruments, et enfin quels sont les rôles définis aux évaluateurs extérieurs ou participant à l'action.

#### Evaluation externe médicale

Mesurer la diminution de la prévalence des facteurs de risque des maladies CV.  
Examens de santé initial et final dans les collectivités pilotes et dans deux collectivités témoins.

#### Evaluation sociologique

Analyse institutionnelle du déroulement de l'intervention.  
Intégration de la campagne de prévention dans le contexte institutionnel médico-social.  
Intégration de la prévention dans la culture et les pratiques sanitaires de la population.

#### Evaluation interne

Analyse de la clientèle.  
Mesure de l'impact pédagogique des formes d'action et des messages.  
Processus d'autoévaluation à très court terme utile à la planification de l'action.  
Evaluation à moyen terme de la réussite de la mise en place d'une forme d'action sociale visant à la promotion de la santé.

#### Evaluation politique

Décision des autorités politiques concernant la poursuite et la généralisation de la prévention sur le modèle développé par le PNR 1A.  
Votation populaire municipale à Aarau. Débat et vote au Grand Conseil vaudois

Tabl. 1. Les différents types d'évaluation de la campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires (PNR 1A)

### 1. Evaluation de la clientèle

L'identification de la clientèle, c'est-à-dire des personnes ayant recours d'une façon ou d'une autre aux services de la campagne de prévention ou participant à des activités proposées par elle, a été faite en sorte de servir simultanément à la gestion et à l'évaluation de l'action. Il s'agit en effet de pouvoir envoyer à ces gens les résultats d'un examen de santé, une convocation ou une information sur une activité de prévention projetée, enregistrer son inscription à un cours, etc. Les participants fournissent d'ailleurs spontanément leurs nom et adresse et ne cherchent pas l'anonymat. Cela ne vaut cependant que pour des activités où il est utile de disposer d'un enregistrement individuel. Dans d'autres cas, où la participation individuelle est informelle (visite d'un stand, réaction à des affiches) ou bien limitée dans le temps (tournoi sportif), les données individuelles ne peuvent être collectées. L'utilité d'une caractérisation de la clientèle à titre d'évaluation s'oppose ici à l'idée de ne pas harceler la population avec des procédés de mesure. En revanche, les résultats d'ensemble des examens de santé sont traités de manière confidentielle.

Il importe donc de savoir quelles parties de la population de la ville pilote sont en contact avec la prévention, et si certains milieux qu'on voudrait toucher plus

particulièrement sont effectivement atteints. Dans ce but on a cherché à mieux identifier les personnes participant formellement à des activités de prévention organisées ou s'adressant individuellement au centre de prévention. Cette identification se limite à une saisie de données démographiques et socio-économiques, et ne vise pas à tenir des dossiers individuels de «cas» à l'image des services d'assistance sociale ou médicale. De plus, les participants sont informés de ce que l'on désire connaître d'eux, par principe de transparence. Des «questionnaires d'identification des participants» ont donc été établis, qui complètent la cartothèque des inscriptions. On y note l'âge, le sexe, la nationalité, la profession, le type familial des participants ainsi que de canal d'information qui les a amenés à fréquenter le centre de prévention.

Ce type de prise de données a très bien fonctionné à Aarau, où l'on compte actuellement environ 1000 participants identifiés de cette manière. A Nyon, on a peut-être mal expliqué ou mal compris la relation entre ce questionnaire d'identification et l'évaluation de la prévention. Plusieurs animateurs l'ont senti comme un «contrôle policier» et n'ont pas voulu insister auprès des participants pour qu'ils s'y soumettent. Plutôt que de chercher à simplifier les questionnaires, il fallut leur substituer un autre mode de collecte d'information, en allant compléter les données au Contrôle des habitants des communes de domicile. En effet, l'identification de la clientèle intéresse pourtant vivement l'équipe d'animation, qui cherche à connaître par ce moyen quel genre de public est susceptible ou non de partici-

per à des activités organisées et vers quels milieux sociaux orienter l'action pendant la troisième année de l'action afin d'atteindre de nouvelles couches de population. Cet objectif a motivé une exploitation intermédiaire des informations sur la clientèle, utilisable pour planifier le travail durant la dernière période du PNR 1A et pour la suite. Pour faire cette analyse, il fallut retranscrire intégralement les données rassemblées sur un fichier informatique, comprenant les inscriptions aux diverses activités de la campagne de prévention et les variables démographiques et socio-économiques. Ce fichier est établi de façon à pouvoir être complété par les participations nouvelles en 1980. 1185 fiches ont été établies pour Nyon, le même procédé est en cours à Aarau, assurant une comparabilité des analyses. La comparaison sera cependant faite seulement sur les effectifs totaux, à la fin du PNR 1A.

Des premiers tableaux de données sur Nyon, on peut relever quelques premières constatations: 1185 personnes figurent, en décembre 1979, dans les fichiers, c'est-à-dire ont pris contact personnellement d'une manière ou d'une autre avec le centre de prévention cardio-vasculaire. 976 d'entre elles ont participé à des cours, groupes, conférences ou examens de contrôle, dont deux tiers à une seule activité et un dixième à plus de trois activités. Le *tableau 2* indique les principales distributions, selon l'ensemble des activités et pour trois «disciplines», les cours d'alimentation normale, de training autogène et de relaxation musculaire. La *figure 1* fournit un histogramme des participants selon les classes d'âge.

## 2a. Répartition en pourcent des participants à la campagne de prévention cardio-vasculaire à Nyon.

Etat en décembre 1979

Participants	Total	Toutes activités confondues			Alimentation	Relaxation musculaire	Training autogène
		1 seule activité	2 ou 3 activités	4 à 9 activités			
	(n = 976) 100 %	(n = 644) 100 %	(n = 237) 100 %	(n = 95) 100 %	(n = 102) 100 %	(n = 171) 100 %	(n = 145) 100 %
Total							
Femmes	68	65	73	78	95	81	61
Hommes	32	35	27	22	5	19	39
Ménagères	41	40	39	49	60	45	28
Ouvriers	9	10	7	4	6	6	6
Employés	20	19	24	18	19	21	24
Couche moyenne	17	17	17	17	11	19	27
Couche supérieure	6	6	7	6	1	5	10
Suisses	89	88	91	94	96	88	90
Etrangers	11	12	9	6	4	12	10
Examen de base <sup>1</sup>	41	31	53	79	66	40	42
Non	59	69	47	21	34	60	58

<sup>1</sup> Participants ayant fait l'examen de santé initial, spontanément ou sollicités.

Tabl. 2. Exemples d'exploitation de l'analyse de la clientèle à Nyon

2b. Répartition des catégories socio-professionnelles dans la population nyonnaise (d'après l'enquête sociologique sur la culture et les pratiques de santé, octobre 1979).

Ménagères	22 %
Ouvriers	19 %
Employés	19 %
Couche moyenne	26 %
Couche supérieure	11 %

Remarque: La comparaison des distributions de la clientèle et de la population nyonnaise est très légèrement biaisée par le fait qu'un tiers des membres de la clientèle vient de 41 communes autour de Nyon, dont la répartition des groupes socio-économiques n'est pas indiquée ici.

D'une première analyse, il ressort que presque tous les milieux sociaux sont présents dans la clientèle, laquelle se recrute d'ailleurs dans 42 communes de la région nyonnaise. Il y a cependant une surreprésentation des ménagères et des employés, relativement à l'importance de ces catégories à Nyon. Le milieu ouvrier, aussi nombreux dans la population que le milieu employé, est largement sous-représenté. Cela tient sans doute à la participation des femmes, double de celle des hommes. On peut également noter les différences de profil des clientèles selon le type d'activité. Les trois exemples choisis (sur une trentaine d'activités possibles) illustrent en particulier une opposition entre les ménagères et les couches moyennes et supérieures.

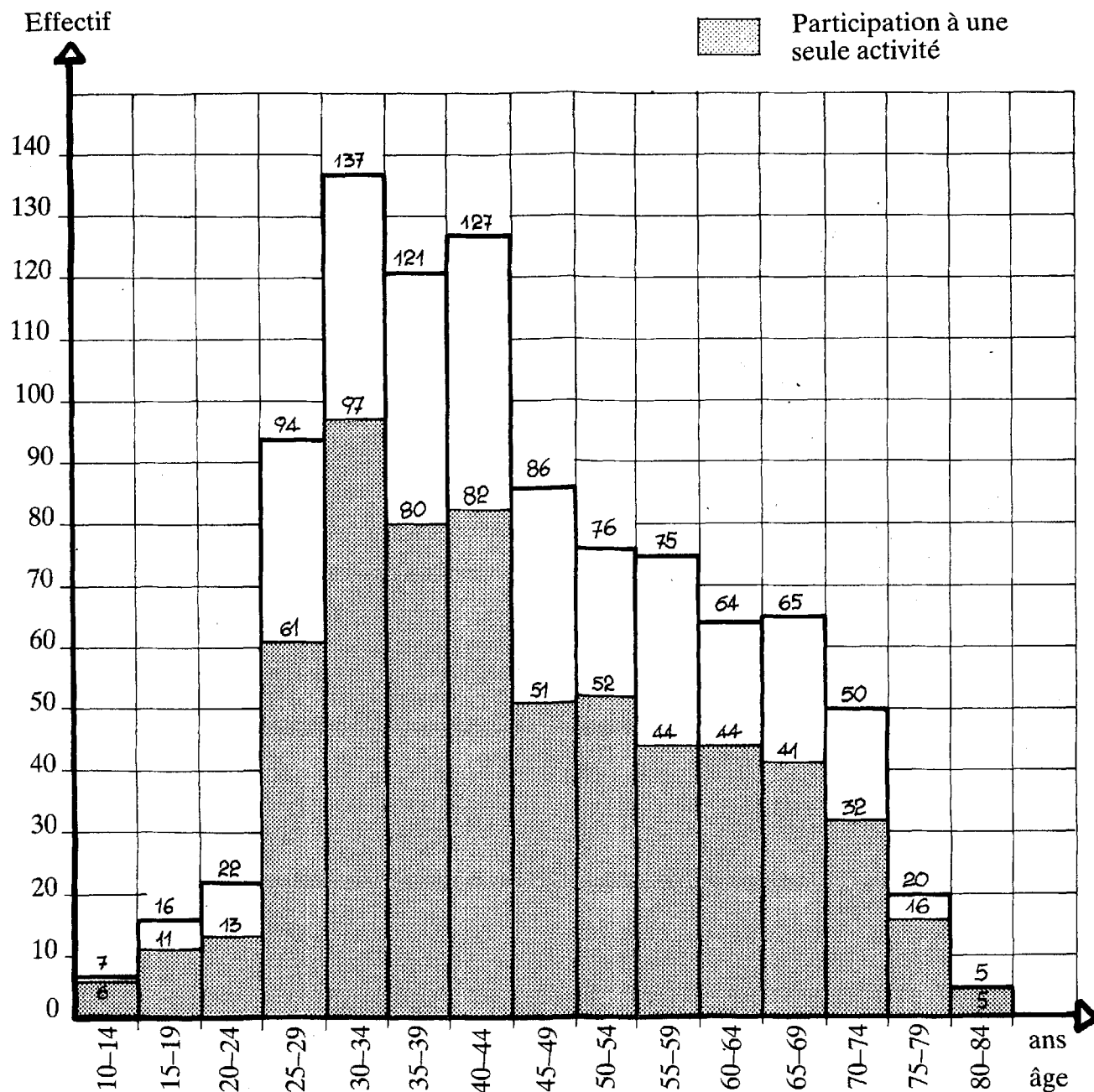


Fig. 1. Histogramme des classes d'âge des participants à la campagne de prévention cardio-vasculaire à Nyon Etat en décembre 1979

Des observations similaires pourront être faites à Aarau à partir du moment où le fichier des participants sera exploité. Cependant, du fait de l'importance qu'y ont pris les actions de masse, pour lesquelles on n'a pas cherché à identifier les participants de façon détaillée, on ne pourra disposer de tels profils que pour un aspect seulement de l'action argovienne, représentant 5 à 10 % des personnes effectivement touchées.

## 2. Evaluation de l'action pédagogique

La campagne de prévention mise en place dans le cadre du PNR 1A se caractérise essentiellement par une finalité pédagogique: communiquer des connaissances et des attitudes nouvelles susceptibles de favoriser des comportements adéquats, c'est-à-dire ne constituant pas des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Le processus de communication travaille avec des média très divers, allant de la consultation individuelle à la distribution de tracts ou l'affichage de slogans. Evaluer la communication, ce sera savoir si le message a été perçu, écouté, suivi; s'il correspond à la faculté de compréhension des destinataires et à ses modes d'expression. Deux aspects entrent en ligne de compte pour contribuer à un échec ou une réussite de la communication: la qualité de l'émission et la résistance à la réception. Mais il ne faut pas en oublier un troisième, qui concerne plutôt l'échec ou la réussite de la prévention: la conformité du message émis et reçu avec l'objectif de l'action sociale désirée, qui concerne donc plutôt le contenu de la communication.

Pour cerner ces problèmes, la solution qui est la plus vite tombée sous le sens fut d'interroger les participants sur leur appréciation de la forme des messages et leur réaction au contenu, notamment l'impact qu'ils ont pu avoir sur leur mode de vie. Des questionnaires ont été rédigés et appliqués, à Aarau comme à Nyon, de façon spécifique selon les domaines, généralement à la fin des sessions ou après un certain délai. Dans la majorité des cas, ces questionnaires peuvent contribuer à l'autoévaluation des participants. C'est le cas notamment pour les groupes de désaccoutumance au tabac ou de diététique pour maigrir. Le *feed-back* qu'ils offrent aux animateurs de la prévention a permis d'améliorer ou de réorienter certaines formes d'activités. Mais ces questionnaires ne représentent généralement pas, cependant, une mesure précise et systématique de la modification des comportements individuels comme conséquence de l'action préventive.

Les jugements sur l'action, les opinions sur la campagne ou sur la prévention, les impressions des participants sur l'utilité de tel cours par rapport à leurs attentes, etc., sont fréquemment plus importants. Pour cette raison, la formulation des questions a évolué au fur et à mesure du développement de nouvelles formes d'activités.

La lecture des réponses et la reformulation de nouvelles questions a constitué par ailleurs à Nyon le support pour un travail de formation-supervision de l'animation. Lors de colloques, les animateurs ont été

amenés à préciser leurs attentes à l'égard de l'évaluation de leur travail par les personnes mêmes auxquelles ils s'adressent, et par là à mieux cerner les objectifs pédagogiques et la notion de réussite de la prévention. Ces questionnaires sont, pour les animateurs dans les deux villes, la forme la plus tangible d'une évaluation qualitative, maîtrisée et élaborée de façon commune par eux-mêmes. Ils sont simples et appropriés aux activités spécifiques dont ils ont la responsabilité. Pour ces raisons, on leur attribue une grande importance, même si parfois ce genre de *feed-back* tombe un peu dans la routine. Ils représentent le contrepied de l'évaluation finale par un nouvel examen médical de la population.

L'importance de ces questionnaires qualitatifs réside peut-être plus encore dans les réflexions qu'ils suscitent au sujet des différents domaines d'intervention. En reprenant les opinions des participants, en clarifiant les objectifs pédagogiques des actions, les animateurs peuvent dépasser l'évaluation de la forme de la communication pour s'interroger sur les objectifs et conditions de la prévention. Ce fut le cas particulièrement à Nyon pour l'action dans le domaine de l'hypertension et pour les cours de *training autogène* dans le cadre de l'entreprise Zyma. Les animateurs qui ont travaillé dans ces domaines ont d'ailleurs consigné leurs réflexions dans des documents qui, par la suite, constituent des références importantes [2,3]. Les réflexions des animateurs ont été également enregistrées à Aarau; ceux-ci ont rempli, à la fin de chaque activité, un rapport et un questionnaire concernant leurs impressions personnelles, leurs observations et expériences.

Pour connaître l'impact des actions de propagande de masse sur le stress et le tabac (affiches, publicité dans le journal, distribution de tracts dans tous les ménages, autocollants, etc.), l'équipe d'Aarau a organisé par deux fois un sondage d'opinion par interviews téléphoniques auprès d'un échantillon probabiliste de 200 personnes: avaient-elles vu les différents messages de la campagne? Se souviennent-elles des titres, du contenu? Ont-elles gardé les documents reçus? Quelles furent leurs réactions? (*tabl. 3.*)

De ce sondage, il ressort que, après la seconde campagne de propagande antitabac, 68 % des interviewés ont prêté une attention à la campagne, et que les messages les plus remarquables ont été les affiches et les articles dans le journal, avec des taux de perception de 54 et 37 %. Le mot d'ordre «*cessez de fumer*» est resté en mémoire, textuellement ou non, de 42 % des interviewés. Cependant, parmi les fumeurs interrogés, ce message provoque visiblement une réaction de défense et apparaît à la majorité d'entre eux comme une «*rengaine habituelle*» («*üblichen Spruch*»); 35 % seulement des fumeurs se sentent «*personnellement concernés*» par ce mot d'ordre. Les résultats de ce sondage encouragent les animateurs argoviens à poursuivre leur action par de telles campagnes de propagande, dans la perspective d'un effet à long terme. L'évaluation de l'intervention semble donc positive.

Quant au stress, au sujet duquel les Argoviens ont reçu successivement quatre tracts dans leurs boîtes aux lettres «Qu'est-ce que le stress?» «Planifiez vos journées», «Faites parfois une pause», «Récompensez-vous», le même sondage révèle que 48 % des interviewés se rappellent avoir reçu ces documents et un tiers d'entre eux affirment en avoir lu un ou plusieurs. La moitié des interviewés peut aussi redire spontanément

l'idée maîtresse de cette propagande, à savoir de lutter contre le stress. Cependant, si l'on cherche à entrer plus dans le détail, 8,5 % se souviennent spontanément des messages «Faites parfois une pause» et «Qu'est-ce que le stress?» et 4,5 % des deux autres messages. Ces petits chiffres ne sont peut-être pas très significatifs vu la taille de l'échantillon (200 personnes interrogées).

3a. Sondage de juillet 1979

Question N° 2: Ces derniers temps a eu lieu à Aarau une campagne de propagande contre la cigarette. Avez-vous remarqué des affiches, des annonces dans le journal ou des films-réclame au cinéma à ce sujet? (plusieurs réponses possibles).

	Ont vu			N'ont rien vu	Total des personnes interrogées
	des affiches	des annonces dans le journal	des films-réclame		
	%	%	%	%	100% =
Total	45,0	32,0	1,5	43,0	200
Hommes	43,1	29,5	3,1	47,4	95
Femmes	46,7	34,3	-	39,0	105
Jusqu'à 24 ans	36,2	23,4	6,4	53,2	47
25-34 ans	45,2	29,0	-	41,9	62
35 et plus	49,4	38,5	-	38,5	91
Couches moyennes et supérieures	46,7	33,3	-	46,7	30
Employés	50,0	34,5	1,7	39,6	58
Ouvriers	16,0	12,0	-	76,0	25
Autres, dont ménagères	49,4	35,6	2,3	34,5	87
Ecole primaire	21,7	8,7	-	73,9	23
Ecole secondaire ou professionnelle	48,4	36,7	1,6	39,8	128
Gymnase ou université	46,9	30,6	2,0	36,7	49

3b. Sondage de décembre 1979

Question N° 2: Ces derniers temps a eu lieu à Aarau une campagne de propagande contre la cigarette. Avez-vous remarqué des affiches, des annonces ou des articles dans le journal ou des réclames par dias dans les cinémas à ce sujet? (plusieurs réponses possibles).

	Ont vu				N'ont rien vu	Total des personnes interrogées
	des affiches	des annonces dans le journal	des articles dans le journal	des réclames au cinéma		
	%	%	%	%	%	100% =
Total	54,0	29,5	37,0	6,5	26,5	200
Hommes	56,0	33,6	39,6	9,5	24,1	116
Femmes	51,2	23,8	33,3	2,4	29,8	84
Jusqu'à 24 ans	62,5	27,5	25,0	10,0	27,5	40
25-34 ans	50,8	28,8	40,7	1,7	30,5	59
35 et plus	52,5	30,3	39,4	8,1	23,2	99
Couches moyennes et supérieures	55,3	31,9	38,3	6,4	25,5	47
Employés	50,0	31,3	45,3	6,3	26,6	64
Ouvriers	56,3	25,0	25,0	12,5	18,8	16
Autres, dont ménagères	56,2	27,4	31,5	5,5	28,8	73
Ecole primaire	(50,0)	(50,0)	(25,0)	-	(25,0)	4
Ecole secondaire ou professionnelle	52,8	27,8	37,1	5,7	26,4	140
Gymnase ou université	57,1	32,1	37,5	8,9	26,8	56

Tabl. 3. Exemples d'exploitation des résultats de sondages d'opinion concernant la propagande antitabac à Aarau

Comme résultat à d'autres questions, il apparaît encore que les fumeurs se disent plus «stressés» que les non-fumeurs, mais qu'ils ont aussi moins porté attention aux documents envoyés à domicile concernant le stress. Cette observation incite à prévoir, par la suite, des messages différents pour les «stressés-fumeurs» et pour les «stressés-non-fumeurs», lesquels représentent chacun un huitième de la population argovienne interrogée.

De cette enquête, il ressort enfin que l'impact des messages est systématiquement plus fort chez les personnes de formation scolaire plus élevée et/ou de couche sociale moyenne ou supérieure.

Les conclusions tirées à Aarau d'une telle évaluation tendent à confirmer le choix d'une campagne de propagande pour lutter progressivement contre les habitudes de tabac et la sensibilité au stress, quitte à améliorer certains messages. En regard de l'ensemble de la publicité et propagande, l'attention qui a été accordée aux mots d'ordre de l'action «Aarau eusi gund Stadt» semble plutôt élevée. Pour la suite, les principes à suivre viseront à mieux atteindre des groupes-cible particuliers et à améliorer la formulation de certains slogans. L'idée de mêler l'humour à la propagande de la prévention semble favorable, permettant de cristalliser une idée par un «gag» dont on se souviendra plus facilement. Cependant, cela ne devrait pas exclure l'information de base, surtout sur la notion de stress, dont le besoin semble affirmé.

### 3. Autres aspects de l'évaluation interne

On a montré jusqu'ici quels sont les instruments documentaires utilisables pour une évaluation interne de l'action de prévention. Il semble évident que les traces écrites dont on dispose sont très partielles, et que l'on ne peut s'en contenter pour obtenir une mesure précise du degré et des conditions de réussite de l'expérience mise en place dans le cadre du PNR 1A. La question s'est alors posée, en vue d'un meilleur travail d'évaluation et d'histoire permanentes de la campagne de prévention: Faut-il insister pour obtenir des documents plus complets, plus systématiques, meilleurs sous une forme ou une autre, etc.? La réponse devait tenir compte du rendement des différents types de documents jusqu'alors et des conditions de leur exploitation par les animateurs. Il est surtout apparu que, hormis les indications sur la participation effective des «clients», il n'y avait pas chez les animateurs une volonté expresse de procéder à un archivage des observations, destiné à une évaluation qui serait finalement extérieure à l'équipe d'animation. On retrouve là l'opposition entre l'expérimentation scientifique et le développement d'un processus d'action sociale. Pourtant, on ne peut pas dire qu'il y ait un refus d'évaluer l'action. Au contraire, l'évaluation est admise comme permanente, devant conduire à des réorientations de certaines formes d'activité après analyse des résultats, évaluation des difficultés et des potentialités, recherche de solutions, etc. Des exemples peuvent être pris à Nyon (à propos des cours de

tension et de l'action de la Zyma) ou à Aarau (à propos des méthodes de désaccoutumance au tabac): l'élaboration de projets d'actions se base sur une évaluation des actions passées. Ce qui permet à cette évaluation immédiate et collective de se faire dans l'équipe d'animation des campagnes de prévention, c'est le rôle qu'y joue un superviseur, posant des questions, demandant des explications ou des justifications, appelant un exposé précis des objectifs pédagogiques ou autres, etc. Ce n'est qu'après ce dialogue dirigé que les animateurs peuvent, seuls ou en groupe, préparer de nouvelles propositions, ou bien réévaluer les interventions proposées.

L'intervention d'un évaluateur dans le cadre d'une équipe d'animation ne peut que chercher à valoriser les réflexions faites par les animateurs, à les stimuler et à amener des thèmes et critères de jugement, en posant des questions, en dirigeant les conversations, afin d'amener un progrès dans ce type d'autoévaluation permanente. Le pas à franchir alors est de dépasser une évaluation des activités (dans quelle mesure le résultat obtenu correspond-il au résultat escompté?) et d'arriver à une évaluation de la prévention. C'est à cette tâche que se sont attelés les sociologues rattachés au PNR 1A dans le cadre de leur analyse du déroulement de la campagne de prévention à Nyon et à Aarau. Choissant le rôle d'interlocuteurs plutôt que d'observateurs, il est apparu que l'essentiel de leur apport pouvait être, à ce moment de l'intervention, de proposer des thèmes de réflexion pour l'évaluation centrés sur le contenu de la prévention, la finalité des actions entreprises, le modèle d'action sociale et sanitaire mis en avant, etc. plutôt que sur le degré de réalisation d'objectifs pédagogiques ou la qualité de la communication ou de l'animation de groupe. Il semble en effet que cela soit sur cet aspect de l'évaluation que l'accent ait manqué jusqu'à maintenant: Que propose-t-on au public et aux participants en rapport avec la santé et la maladie? Comment répond-on aux problèmes spécifiques qu'ils se posent? Quelles sont les parts du médical, du social et de l'existential dans les principes de vie proposés? Comment sont abordées les dimensions du présent et de la prévention de risques à venir? Comment est fait le lien entre la bonne santé, le bien-être et le risque de maladies graves? Y-a-t-il une spécificité de la prévention «cardio-vasculaire» ou promotion de la santé plus large, mais aussi plus diffuse?, etc.

Toutes ces questions ont été amenées après une prise de connaissance systématique mais aussi en profondeur des activités réalisées (surtout à Nyon), de leur contenu, de leur esprit, de leur évolution. Elles ont été posées diversement selon les domaines d'activités, mais aussi selon le rythme de prise de conscience des problèmes par les animateurs. Cela s'est passé lors de conversations spontanées ou lors d'interviews préparées, dont les résultats ont ensuite été réintroduits dans de nouvelles discussions. Dans le cas nyonnais, ces échanges ont abouti à la rédaction de plusieurs documents, par les sociologues d'une par [7], mais

aussi par les responsables de l'action locale actuelle et future, visant à poser les bases du cahier des charges de l'action préventive après le PNR 1A. A Aarau, vu l'éloignement des sociologues lausannois, ce processus est plus limité, mais surtout décalé dans le temps. Une évaluation interactive doit encore être faite comparativement à celle qui a été faite à Nyon. Il est clair que cette forme d'évaluation ne peut aligner des chiffres, mais qu'elle vise plutôt à qualifier le concept de «réussite» afin que les responsables des actions locales puissent également juger de l'ensemble de leur intervention et ne pas se limiter aux seuls aspects mesurables comme l'importance de la clientèle ou la baisse du nombre de porteurs de facteurs de risque. De l'avis des membres de l'action nyonnaise, il a fallu effectivement attendre la troisième année de l'intervention pour pouvoir commencer à poser ces problèmes, après deux ans consacrés essentiellement à des improvisations, des tests, des recherches, voire des apprentissages, en contact permanent avec le public, mais également avec un milieu institutionnel face auquel la campagne de prévention devait constituer et légitimer un rôle social nouveau. Au terme de cette période, alors que l'on devait décider déjà de la continuation de la campagne de prévention au-delà de la période expérimentale, il est apparu nécessaire de forger un tel instrument d'évaluation, de préciser les critères de jugement sur l'ensemble de l'expérience, afin de passer de l'évaluation des actions isolées à l'évaluation de la prévention comme projet social.

### Conclusion

Si l'on totalise toutes les informations rassemblées ou en voie de l'être sur la clientèle, sur l'impact pédagogique et sur le déroulement de l'intervention, peut-on dire que l'on est en mesure d'évaluer valablement la campagne de prévention cardio-vasculaire du PNR 1A? Il est difficile d'y répondre et, de toute manière, il faut se contenter de ce qu'on peut recueillir ou percevoir, même à très court terme, dans la logique d'une évaluation continue servant à orienter la planification des activités de prévention pour les trois ou six mois à venir. Il semble particulièrement important que cette attitude d'autoévaluation soit pleinement assumée par les animateurs locaux et par les responsables du programme de recherche qui les encadrent. Et l'on

peut dire, semble-t-il, qu'à partir de cette troisième année de l'intervention, ce seuil est généralement atteint.

C'est en fonction de cette capacité de juger de la réussite et de la valeur des deux interventions pilote que les animateurs nyonnais et argoviens se sont sentis à même de proposer dès maintenant aux autorités politiques de trancher au sujet de la poursuite de l'action préventive sous les formes mises au point dans le cadre du PNR 1A. La ville d'Aarau s'est prononcée par un vote populaire positif sur le financement municipal d'une animation sociale, sportive, diététique, etc. visant à promouvoir la santé. Et le Grand Conseil vaudois est appelé, par les députés de Nyon, à décider de la participation financière cantonale à des actions locales de prévention et de promotion de la santé sur le modèle de celle de Nyon.

Ces deux tests politiques constituent une quatrième forme d'évaluation, qui est paradoxalement la plus décisive, mais simultanément la plus émotionnelle ou idéologique. Quoi que fassent les collaborateurs du PNR 1A face à ces échéances, ils ne peuvent fournir à temps aux milieux politiques les conclusions des évaluations médicale ou sociologique, et l'évaluation interne n'est pas non plus achevée. Les premiers acquis de cette dernière jouent cependant déjà un rôle dans la formation de l'opinion des décideurs.

### Bibliographie

- [1] *Bretscher Georges, et Gutzwiller Felix*, Aarau eusi gsund Stadt/ NFP 1, Nichtraucherkampagne Dezember 1979, Antistress-Aktionen 1978/1979, Bericht und Auswertung, 8 pages, 6 février 1980.
- [2] *Crisinel Annette, Grosjean Roger, Perrot Muriel, et Toni Marie-Madeleine*, Rapport sur l'expérience des cours de Training Autogène à la Zyma, Nyon, juin 1980.
- [3] *Dormond Yolande*, L'expérience d'un groupe de patients hypertendus, in Cahiers médico-sociaux, 23e année (N° 4), 1979, p. 283-287.
- [4] *Konso*, Antiraucherkampagne Aarau, Bâle, 20 juillet 1979.
- [5] *Konso*, Antiraucherkampagne Aarau II, Bâle, 15 janvier 1980.
- [6] *Lehmann Philippe*, Documents pour le travail d'évaluation à Nyon, EPFL-IREC, Lausanne, 8 pages, 20 décembre 1979.
- [7] *Lehmann Philippe, Corajoud Geneviève, et Brulhardt Marie-Claude*, Prévention et promotion de la santé, quelques aspects d'une pratique sociale, L'expérience nyonnaise de prévention des maladies cardio-vasculaires, EPFL-IREC, Lausanne, 43 pages, 27 mars 1980.