



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2013-2014

**Evaluation des effets des ateliers collectifs
menés dans le cadre du programme
d'éducation en santé du Centre de Médecine
Préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy sur
leurs participants.**

Soutenu en juin 2014

Mademoiselle Marjorie VAUTRIN

Maître de stage :

Dr Héla ABDENNEBI

Guidant universitaire :

Madame Sophie GENDARME

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement les Dr Abdennebi et Helfenstein, pour m'avoir accueillie en stage, pour m'avoir fait confiance, pour leur disponibilité et pour toute l'aide qu'ils m'ont apportée tout au long de mon stage. Merci beaucoup à eux.

Merci à tous les membres de l'équipe du DASPP (Laëtitia, Julie, Géraldine et Isabelle), pour leurs encouragements et leur accueil chaleureux. Je remercie, tout particulièrement, Laëtitia, pour toute l'aide qu'elle m'a apportée et sa gentillesse.

Merci aux autres stagiaires du service pour leur soutien et leur bonne humeur. Un merci tout particulier à Mélissa.

Merci à l'équipe animant les ateliers d'éducation en santé, Sophie et Brigitte, pour le temps qu'elles m'ont accordé aux différentes étapes de l'évaluation.

Je remercie également Mme Sophie Gendarme, en tant que guidant universitaire.

Enfin, un grand merci à mes proches, ma famille, mes amis, pour leur soutien infailible et leur patience.

Table des matières

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introduction | 1 |
| 2 | Contexte | 3 |
| 2.1 | Education en santé, les concepts | 3 |
| 2.2 | La loi de Santé Publique | 3 |
| 2.3 | Les instances impliquées | 3 |
| 2.3.1 | La Caisse Nationale des Travailleurs Salariés | 3 |
| 2.3.2 | Le Centre Technique d'Appui et de Formation | 4 |
| 2.3.3 | Les Centres d'Examens de Santé | 4 |
| 2.4 | Description de la procédure générale du programme au niveau national | 5 |
| 2.4.1 | Les objectifs généraux du programme | 5 |
| 2.4.2 | Ses 4 grandes étapes | 5 |
| 2.4.2.1 | Le conseil minimal et l'intervention brève | 5 |
| 2.4.2.2 | Les séances d'information collective | 6 |
| 2.4.2.3 | Les ateliers | 7 |
| 2.4.2.4 | L'orientation et accompagnement–Suivi–Bilan | 7 |
| 2.4.3 | Les évaluations mises en place | 8 |
| 2.5 | Mise en place du programme à l'UC–CMP | 8 |
| 2.5.1 | Les acteurs | 8 |
| 2.5.2 | La procédure d'inclusion | 9 |
| 2.6 | Evaluation menée | 9 |
| 2.6.1 | Son cadre | 9 |
| 2.6.2 | Ses objectifs | 10 |
| 2.6.3 | Sa valorisation | 10 |
| 3 | Méthodes | 11 |
| 3.1 | Evaluation du processus du programme | 11 |
| 3.2 | Evaluation des effets des ateliers d'Education En Santé | 13 |
| 3.2.1 | Objectifs de l'enquête | 13 |
| 3.2.2 | Choix de l'échantillon | 13 |
| 3.2.3 | Choix des sources de données | 13 |
| 3.2.4 | Autorisations d'utilisation des données | 13 |
| 3.2.5 | Critères et indicateurs retenus | 13 |
| 3.2.5.1 | Modifications comportementales | 13 |
| 3.2.5.2 | Atteinte des objectifs | 14 |
| 3.2.5.3 | Besoin de complément aux ateliers | 14 |
| 3.2.5.4 | Effets collatéraux | 14 |
| 3.2.6 | Les entretiens téléphoniques | 15 |
| 3.2.7 | La grille d'entretien | 16 |
| 3.2.8 | Procédure d'appels | 16 |
| 3.2.9 | Traitement des données | 16 |
| 3.2.9.1 | Saisie et catégorisation des résultats | 16 |
| 3.2.9.2 | Traitement statistique des données | 17 |
| 4 | Résultats | 18 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.1 | Evaluation de processus du programme | 18 |
| 4.1.1 | Moyens mis en œuvre | 18 |
| 4.1.1.1 | Ressources matérielles et financières | 18 |
| 4.1.1.2 | Ressources humaines et formations | 18 |
| 4.1.2 | Processus | 19 |
| 4.1.2.1 | Ecart avec la mise en place prévue au niveau national : | 19 |
| 4.1.2.2 | Pédagogie de l'action | 19 |
| 4.1.2.3 | Rapport d'activité de 2013 | 20 |
| 4.1.2.4 | Satisfaction des participants et des intervenants | 20 |
| 4.1.2.5 | Observation d'une session d'ateliers | 21 |
| 4.2 | Effets des ateliers | 21 |
| 4.2.1 | Description de la population étudiée | 21 |
| 4.2.2 | Modifications comportementales | 22 |
| 4.2.2.1 | Comparaison « avant/après » des réponses aux quatre questions du questionnaire Mieux Vous Connaître | 22 |
| 4.2.2.2 | Changements déclarés par les consultants | 22 |
| 4.2.3 | Atteinte des objectifs fixés par les consultants | 23 |
| 4.2.4 | Expressions de besoin de compléments aux ateliers | 24 |
| 4.2.5 | Effets collatéraux | 24 |
| 4.2.5.1 | Evolution de la santé perçue | 24 |
| 4.2.5.2 | Effets déclarés | 24 |
| 5 | Discussion | 25 |
| 5.1 | Cohérence du processus | 25 |
| 5.2 | Résultats principaux | 25 |
| 5.2.1 | Modifications comportementales et atteinte des objectifs des participants | 25 |
| 5.2.1.1 | Comparaison avant/après | 26 |
| 5.2.1.2 | Changements déclarés et atteinte des objectifs fixés | 26 |
| 5.2.2 | Effets collatéraux | 26 |
| 5.2.3 | Expression de besoin d'un complément aux ateliers | 27 |
| 5.3 | Analyse critique de l'évaluation menée | 27 |
| 5.3.1 | Limites de notre évaluation | 27 |
| 5.3.2 | Points forts de notre évaluation | 28 |
| 5.4 | Perspectives | 28 |
| 5.5 | Préconisations | 29 |
| 5.5.1 | Pour favoriser l'atteinte des objectifs opérationnels des ateliers | 29 |
| 5.5.2 | Pour la réalisation d'évaluations en routine | 29 |
| 6 | Conclusion | 30 |
| | Index des tables | 31 |
| | Index des illustrations | 32 |
| | Bibliographie | 33 |
| | ANNEXE I : LES QUATRE ETAPES DU PROGRAMME | I |
| | ANNEXE II : LE QUESTIONNAIRE « MIEUX VOUS CONNAITRE » | II |
| | ANNEXE III : LE PROCESSUS DE CHANGEMENT (PROCHASKA ET DI CLEMENTE) | III |
| | ANNEXE IV : DESCRIPTION SYNTHETIQUE DU CONTENU DES ATELIERS ET DES MOYENS PEDAGOGIQUES UTILISES PAR LES INTERVENANTS | IV |

| | |
|--|-------------|
| ANNEXE V: VERSO PERSONNALISE DU QUESTIONNAIRE MVC, UTILISE POUR LA PRE-INCLUSION DES CONSULTANTS | V |
| ANNEXE VI : LA GRILLE D'ENTRETIEN TELEPHONIQUE | VI |
| ANNEXE VII : PLANNING DE L'EVALUATION | XII |
| ANNEXE VIII : RAPPORT D'ACTIVITE POUR L'ANNEE 2013 | XIII |
| ANNEXE IX : OBJECTIFS EDUCATIONNELS ET SCHEMAS PEDAGOGIQUES DES ATELIERS D'EDUCATION EN SANTE | XIV |
| ANNEXE X : LES TROIS COMPETENCES A MOBILISER POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION EN SANTE, DANS LE CADRE D'UNE ACTION COLLECTIVE | XV |

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de la Santé

BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive

CES : Centre d'Examens de Santé

Cetaf : Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COG : Convention d'Objectifs et de Gestion

DASPP : Département des Actions de Santé et des Politiques Publiques

EPS : Examen Périodique de Santé

ERSP : Espace Régional de Santé Publique

FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MVC : Mieux Vous Connaître

NS : Note de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

UC-CMP : Union de Caisses-Centre de Médecine Préventive

1 Introduction

Selon l’OMS, « le surpoids et l’obésité sont le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial. Au moins 2,8 millions d’adultes en meurent chaque année. 35% des adultes sont en surpoids, et 11% sont obèses (2008). En outre, 44% de la charge du diabète, 23% de la charge des cardiopathies ischémiques et de 7% à 41% de la charge de certains cancers sont attribuables au surpoids et à l’obésité. ». (1)

En France, l’enquête nationale Obépi, réalisée en 2012, montre que le surpoids multiplie par 2.3 le risque d’hypertension artérielle, par 2.2 le risque de dyslipidémie et par 3 le risque de diabète. La probabilité d’avoir 3 facteurs de risque cardiovasculaires est 5 fois plus importante en cas de surpoids que chez des sujets de corpulence normale.(2)

Dans ses « Recommandations de bonne pratique », la Haute Autorité de Santé (HAS) affirme également que « l’excès de poids augmente la morbidité ». Le risque de connaître des problèmes de santé commence dès l’apparition d’une surcharge pondérale même très légère et augmente avec le poids. (3)

En outre, la littérature s’accorde à dire que la cause fondamentale du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. Il est reconnu que les « apports énergétiques excessifs (alimentation trop riche, trop dense en calories, boissons sucrées, grande taille des portions). », la « sédentarité », l’« arrêt ou la réduction de l’activité physique et sportive » sont des facteurs favorisant la prise de poids. Dans le même ordre d’idée, l’OMS affirme que, pour réduire la charge du surpoids et de l’obésité, il faut veiller à « limiter l’apport énergétique provenant de la consommation de graisses totales et de sucres, consommer davantage de fruits et de légumes [...], avoir une activité physique régulière ». (1) Les thématiques de l’alimentation et de l’activité physique sont donc prioritaires dans une logique de prévention primaire des maladies chroniques.

C’est pourquoi l’activité physique et l’alimentation font l’objet de multiples programmes internationaux et nationaux depuis une dizaine d’années. C’est une des stratégies mondiales de l’OMS. Le « Plan d’action 2008–2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles » a été mis en place afin de faire face aux maladies chroniques d’éviter les complications qui en découlent. Ce plan d’action s’appuie, entre autres, sur la Stratégie mondiale pour l’alimentation, l’exercice physique et la santé. Celle-ci incite toutes les parties intéressées à agir aux niveaux mondial, régional et local pour améliorer les équilibres alimentaires et favoriser la pratique d’exercice physique dans la population. Dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies, sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée en septembre 2011, il est reconnu qu’il importe au plus haut point de réduire le degré d’exposition de l’individu et des populations à une alimentation déséquilibrée et au manque d’exercices physiques. L’engagement y est pris de promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l’alimentation, l’exercice physique et la santé élaborée par l’OMS, y compris, le cas échéant, en adoptant de politiques et mesures visant à encourager dans l’ensemble de la population des habitudes alimentaires saines et la pratique accrue d’activité physique.

Introduction

En France, la prévalence du surpoids a fortement augmenté en l'espace d'une dizaine d'années. Elle est passée de 29.8% en 1997 à 32.3% en 2012. (4) Le « Plan National Nutrition Santé », lancé en 2001 par le gouvernement, s'inscrit dans le cadre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation et l'exercice physique. Dans le « PNNS3 », 3^{ème} édition du PNNS, prenant fin en 2015, figurent des objectifs tels que l'augmentation de la consommation de fruits et légumes, la réduction des apports en lipides et en sucres simples, l'augmentation de l'activité physique et la diminution de la sédentarité. (5)

Au niveau de la région Lorraine, la prévalence de l'obésité était de 17% en 2012 alors que celle-ci était de 15% au niveau national. La région Lorraine se place au 7^{ème} rang des prévalences les plus élevées du pays, bien qu'elle ait baissé légèrement depuis 2009 (-3.4%) alors qu'on l'a vue augmenter au niveau national (+5.3%). (4)

La prévention du surpoids et de l'obésité fait partie du schéma régional de prévention, élaboré par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) de Lorraine. Il y figure 3 volets. Le premier est de « diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité en promouvant des milieux et modes de vie favorables, en augmentant le niveau d'activité physique à tous les âges en favorisant l'offre d'activité physique, en accompagnant l'utilisateur à l'adoption de comportements favorables en matière d'alimentation et d'activité physique : intervenir notamment auprès des enfants et des adolescents et auprès des groupes les plus vulnérables. » Le deuxième est de « dépister précocement le surpoids chez l'enfant [...] » et le troisième consiste à « faciliter la prise en charge et le suivi des enfants dépistés mais également des adultes [...] ». (6)

A Vandœuvre-lès-Nancy, l'Union de Caisses-Centre de Médecine Préventive (UC-CMP), sous l'impulsion de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), propose un programme d'éducation en santé. Celui-ci, constitué, entre autres, de deux ateliers collectifs, traite de l'alimentation, de l'activité physique et de la santé bucco-dentaire et s'adresse aux consultants ayant bénéficié de l'Examen Périodique de Santé (EPS). Les ateliers s'adressent aux consultants de plus de 16 ans, en surpoids. Seules des évaluations « à chaud » ont été réalisées. Les responsables de l'UC-CMP ont souhaité évaluer si les ateliers dispensés avaient permis ou non la modification de comportements vis-à-vis des thématiques traitées. Telle a été notre mission durant ce stage de 2^{ème} année de Master Intervention et Promotion de la Santé, mesurer les évolutions comportementales, sur les thématiques de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé bucco-dentaire, des consultants ayant bénéficié d'un ou des deux ateliers d'Education en Santé.

2 Contexte

2.1 Education en santé, les concepts

L'OMS définit l'Education en Santé comme étant « l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé. ». Il s'agit d'aider chacun à choisir librement, consciemment, en agissant sur les facteurs de risque. Cette discipline de la Santé Publique s'inscrit dans une perspective d'amélioration globale de la santé, dans une démarche de prévention primaire. Elle s'intéresse aux attitudes et aux comportements de santé, aux modes de vie, actuels ou potentiels, des individus et rassemble des approches qui ont pour but d'aider, de motiver et d'informer la population à maintenir et à améliorer sa santé (Bury, 1988 ; Deccache, 1996). Cette approche globale peut être abordée par thèmes particuliers (la nutrition, le tabac, le sida, etc.), et/ou par catégories de population (les jeunes, les personnes en situation de précarité, etc.) et/ou par lieux de vie (l'école, l'hôpital, l'entreprise, etc.). Elle est construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes de la population. (Sandrin-Berthon, 2001). (7) L'éducation en santé peut avoir lieu dans le cadre d'une relation individualisée ou dans le cadre d'actions collectives.

Dans notre cas, il s'agit d'une action d'éducation en santé collective spécifique. Celle-ci faisant suite à une consultation auprès d'un médecin et d'une infirmière de prévention, à l'UC-CMP, ayant mené préalablement une action d'éducation en santé individualisée.

2.2 La loi de Santé Publique

La loi de Santé Publique permet la mise en place d'une démarche structurée pour la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France.

Deux objectifs y ont été définis comme « prioritaires » : réduire les inégalités de santé et réduire la mortalité et la morbidité évitables.

Le programme d'éducation en santé que nous étudions ici s'inscrit dans une logique d'atteinte du deuxième objectif cité et, plus particulièrement, à la morbidité évitable. (8)

2.3 Les instances impliquées

2.3.1 La Caisse Nationale des Travailleurs Salariés

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés est l'assureur de 4 personnes sur 5 en France. Elle finance 75% des dépenses de santé.(9) (Neuf millions de personnes, équivalent à 1 assuré sur 6, souffriraient d'une maladie chronique. En 2009, leur coût s'est élevé à 65.5 milliards d'euros et ne cesserait de s'accroître du fait d'une croissance annuelle de 5% du nombre de personnes atteintes. (10) L'enjeu pour la CNAMTS est de réduire l'incidence de ces maladies chroniques pour en réduire le coût. Cela passe par le développement de politiques de prévention primaire pour agir sur les facteurs de risque de ces maladies et ainsi éviter leur survenue.

« Les priorités de l'Assurance Maladie portent « sur les plans visant à développer les différentes approches de prévention dans le domaine des pathologies chroniques, et notamment, des ALD. » (11)

Conventionnellement, la prévention médicale individualisée est intégrée dans la pratique des médecins généralistes. Toutefois, note le Haut Conseil de la santé publique: « En aval se pose la question du suivi du patient, dans l'atteinte d'objectifs, voire la prise en charge d'une

Contexte

pathologie à venir. Là encore, le médecin, que ce soit dans le cadre d'une consultation dédiée ou non, doit pouvoir s'appuyer sur une offre organisée afin d'assurer le suivi de son patient notamment en termes d'éducation pour la santé et de modification des comportements. Les Centres d'Examens de Santé, qui certes ne couvrent pas tout le territoire, pourraient servir de recours en la matière. » (12)

La CNAMTS conclut avec l'Etat une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) pour une durée de 4 ans. Celle-ci détermine les objectifs de gestion, les moyens de fonctionnement pour les atteindre et les actions à mettre en œuvre. C'est dans ce cadre que le programme expérimental d'Education en Santé dans les CES a été mis en place. Il s'inscrit dans la poursuite des orientations de la Convention d'objectifs et de gestion COG 2006-2009 au sein desquelles il est prévu que les « Centres d'examens de santé proposeront une offre de service aux médecins traitants sur les actions de prévention qu'ils ne pourront pas prendre en charge : éducation en santé et éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques, sur la base de référentiels établis ou validés par la HAS et l'INPES, en partenariat avec les autres acteurs engagés dans ces activités . »

2.3.2 Le Centre Technique d'Appui et de Formation

Le Centre Technique d'Appui et de Formation (Cetaf) a été créé en 1994 à l'initiative de la CNAMTS et est une association privée à but non lucratif. Il a pour objectif d'accompagner les CES dans leurs missions de mise en œuvre d'examens périodiques de santé adaptés à la population reçue, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé.

Il assure la déclinaison opérationnelle des orientations nationales de l'Assurance Maladie pour les CES. A ce titre, il propose à la CNAMTS des plans d'action pour les CES ainsi que des outils pour le suivi des activités qui en découlent. Il réalise également des études et assure l'animation, la coordination et le soutien (technique, méthodologique et en formation et outils) des CES, nécessaires à la mise en œuvre des orientations nationales. (13)

2.3.3 Les Centres d'Examens de Santé

A l'origine, l'Examen Périodique de Santé consistait à décrire l'état de santé des individus au moyen de différents examens. Cependant, depuis plusieurs années, l'action éducative est intégrée aux différents échanges entre les consultants et les professionnels de santé. L'examen périodique de santé est devenu un moyen privilégié pour l'évaluation des « risques » susceptibles de peser dans le déterminisme des maladies chroniques ou d'assurer un accompagnement des personnes aux risques identifiés. Il constitue donc un moment opportun à la proposition de dispositif(s) complémentaire(s) du suivi du médecin généraliste. Il est un levier de l'action de prévention de la CNAMTS.

De plus, les CES disposent d'atouts leur permettant de proposer cette offre: ils possèdent une bonne connaissance des publics fragilisés sur le plan psychosocial et médical, une expérience dans la prévention et le dépistage des facteurs de risque et des pathologies chroniques ; une démarche qualité partagée (certification ISO 9001) et des locaux adaptés à des interventions éducatives.

Ce programme d'éducation en santé, à la demande de la CNAMTS, vise donc, d'une part à aider les CES à structurer leur offre de services en matière d'éducation pour la santé, de l'autre à diffuser des pratiques professionnalisées au sein du réseau des CES dans une perspective d'offre de service au médecin traitant. Ainsi, un protocole d'expérimentation d'une action collective en éducation en santé dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation et

Contexte

de la santé bucco-dentaire fut élaboré en 2010. Le choix de cette dernière thématique se justifie du fait de son lien fort avec l'alimentation. En France, les problèmes dentaires viennent en tête des affections les plus souvent déclarées par les personnes de 45 à 74 ans. (14) Deux maladies sont incriminées ; la carie dentaire et les affections parodontales, qui, accompagnées de la destruction des tissus de soutien de la dent, constituent l'une des causes principales de la perte des dents parmi les 40-45 ans, parfois cofacteurs de la progression du diabète, du développement de certaines maladies cardiovasculaires et de troubles respiratoires. La santé bucco-dentaire agit en synergie avec la nutrition au travers des caries dentaires, des défauts de formation de l'émail, de l'érosion dentaire et des maladies parodontales. Les prises alimentaires fréquentes représentent un facteur de risque partagé par la santé bucco-dentaire et le surpoids. (15)

Le protocole expérimental avait pour objectif principal d' « expérimenter une structuration de la démarche d'éducation en santé des CES visant à la professionnalisation et à harmoniser l'offre éducative de l'ensemble des CES, en partenariat avec les autres acteurs engagés dans ces activités, dans une logique d'offre de service au médecin traitant ». 8 CES ont participé à cette expérimentation. Il s'agit des CES de Lille, Rennes, Périgueux, Bordeaux, Marseille, Bourg-en-Bresse, Lyon et Nancy-Vandœuvre. L'expérimentation de ce programme a pris fin en 2012 et a conduit à son extension à d'autres CES.

2.4 Description de la procédure générale du programme au niveau national

2.4.1 Les objectifs généraux du programme

L'action mise en place par le groupe projet s'attache à

- « comprendre et décoder avec la population les représentations, les freins, qui font barrage à des attitudes et des comportements positifs pour la santé ; elle favorisera l'expression de tous, sur des perceptions et des représentations de la maladie, de ses déterminants et du système de santé (soins, prévention et conditions d'accès),
- développer les compétences liées aux savoirs (les connaissances), aux savoir-être (les attitudes, les représentations et croyances) et aux savoir-faire (les aptitudes et habiletés) à travers des activités éducatives inscrites dans les préoccupations et l'environnement des personnes ainsi que dans le temps ;
- donner une cohérence avec d'autres dimensions de la santé, c'est-à-dire : mettre en œuvre des actions globalisantes de promotion de la santé. Il convient alors d'envisager comment le travail développé à partir d'une thématique (alimentation) peut prendre du sens et de la cohérence avec d'autres axes, d'autres dimensions de la santé.
- Accompagner par un suivi personnalisé et/ou orienter vers les relais dans une optique de changement. L'éducation pour la santé est nécessairement un travail d'équipe, un processus long dans lequel chaque professionnel a sa place et son temps d'intervention, aucune intervention ne devant être construite comme une fin en soi.

2.4.2 Ses 4 grandes étapes

Le programme est défini en 4 grandes étapes (annexe I) : le conseil minimal, les séances d'information collective, les ateliers et l' « Orientation-Accompagnement-Suivi ».

2.4.2.1 Le conseil minimal et l'intervention brève

-Ses critères d'inclusion :

Il est dispensé à tous les consultants âgés de 16 ans et plus et à différents moments du bilan.

Contexte

-Son déroulement :

Dès l'accueil, le consultant se voit remettre le questionnaire spécifique « Mieux vous connaître » (**annexe II**) dont l'objectif est d'induire des questionnements éventuels sur les 3 thèmes de l'alimentation, l'activité physique et la santé bucco-dentaire, et de mettre la personne en projet de réfléchir à ces questions au cours de l'EPS. Dans un second temps, le petit-déjeuner peut constituer un support, pour certains CES, un temps, un lieu pédagogique concernant une expression de l'hygiène alimentaire à adopter, accompagné des recommandations relatives à l'activité physique et à la santé bucco-dentaire (offre alimentaire et conformité avec les recommandations du PNNS, affichages ou accompagnement éducatif).

Troisièmement, lors des examens paracliniques, et selon les éléments relevés par les infirmières, est pratiquée une information minimale personnalisée qui permet au consultant de se situer dans ses besoins de santé et les possibilités pour y répondre.

Enfin, la dernière étape est celle de l'intervention brève du dentiste et du médecin au cours de l'examen dentaire ou clinique constituant des temps de synthèse des risques relevés, éventuellement multiples et associés, permettant au consultant de mieux connaître son état de santé général y compris bucco-dentaire. Le médecin s'attache surtout à évaluer la motivation au changement de comportement et à une orientation dans le système de soins (d'abord médecin traitant) et/ou vers un accompagnement identifié (programme du CES ou autre).

-Ses objectifs :

- Eveiller l'intérêt par un questionnement et une information personnalisée sur le sujet ;
- Permettre au consultant de se repérer par rapport à son activité physique, son alimentation, sa santé bucco-dentaire ;
- Faire connaître les ressources locales et celles du CES à proposer immédiatement, ou en différé, suite à la réflexion induite.

Suite au conseil minimal, selon l'état motivationnel du consultant dans sa démarche de changement (**annexe III**), le consultant peut être orienté vers une information collective ou vers les ateliers. Il n'est pas exclu qu'un consultant ayant participé à une information collective puisse participer ensuite aux ateliers.

2.4.2.2 Les séances d'information collective

-Ses critères d'inclusion :

Elles sont destinées aux personnes en surcharge pondérale déclarant une activité physique insuffisante et/ou une alimentation mal équilibrée et/ou un défaut de suivi dentaire, et qui ont exprimé leur intérêt pour ces séances. Il a été estimé que 25% des consultants seraient éligibles (données EPS 2006-2007).

-Son déroulement :

Les séances d'information collective courtes sont prévues pour être réalisées le jour de l'EPS, favorisant ainsi un plus fort présentisme. Les séances plus longues seront organisées à distance de l'EPS, sur rendez-vous. Toutefois il est possible de les planifier le jour de l'EPS pour des groupes constitués de jeunes 16-25 ans, dans la mesure où ceux-ci répondent aux critères d'inclusion.

Une séance (environ une demi-heure) permet au consultant d'identifier les déterminants de sa santé et leurs inter-relations dans les 3 thèmes retenus.

-Leurs objectifs sont :

- Permettre à la personne d'identifier les déterminants de santé dans les champs de l'activité physique, de la nutrition et de la santé bucco-dentaire ;

Contexte

–Inciter la personne à s’engager dans une démarche éclairée, autonome, de prise en charge de sa santé.

2.4.2.3 Les ateliers

Les ateliers accueillent jusqu’à dix personnes.

Pour y participer, les consultants, le jour de leur EPS, doivent répondre aux critères suivants :

–Critères d’inclusion :

- Age supérieur à 16 ans
- Indice de Masse Corporelle (IMC) compris entre 25 (inclus) et 29.9 (inclus) qui définit le surpoids
- Motivation du consultant (phase de préparation (décision) ou d’action selon le modèle de Prochaska et Di Clemente) (**annexe III**)

–Critères d’exclusion :

- Non maîtrise de la langue française
- Consultant suivi pour diabète et/ou hypertension artérielle et/ou hypercholestérolémie (rappelons que nous nous situons à un niveau de prévention primaire où le consultant ne souffre d’aucune pathologie)

Déroulement :

Ils incluent 2 séances de 2 à 3 heures environ, à 1 semaine d’intervalle. Ils ont lieu au sein des locaux du Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre. Il est à noter que les consultants ont la possibilité de réaliser un seul des ateliers et/ou de « rattraper » un atelier sur une session ultérieure.

Le premier atelier, concernant l’activité physique, a une durée de 2h30. Le second, concernant l’alimentation et la santé bucco-dentaire, dure quant à lui 3h (**annexe IV**).

Après avoir bénéficié des deux ateliers, les consultants remplissent un questionnaire de satisfaction. Celui-ci sera retourné au Cetaf qui réalise l’évaluation sur le plan national.

Pour les consultants ayant donné leur accord, un courrier est envoyé à leur médecin traitant, informant ce dernier de la participation de son patient au programme et des thématiques abordées.

–Les objectifs des 2 ateliers sont :

- Favoriser le changement des représentations ;
- Aider la personne à identifier ses contraintes/ressources pour atteindre le changement comportemental ;
- Valoriser les attitudes positives pour suggérer des améliorations ;
- Accompagner la personne qui le désire à modifier ses comportements.

2.4.2.4 L’orientation et accompagnement–Suivi–Bilan

L’orientation concerne la sensibilisation à recourir à un professionnel de santé et/ou une structure associative, et l’intérêt de suivre ultérieurement les animations collectives du CES ou d’un partenaire.

Le suivi consiste à proposer un support d’information du médecin traitant sur les étapes de l’action éducative dont son patient aura bénéficié au CES ainsi qu’un support de suivi des bénéficiaires des ateliers partagé avec le médecin traitant et les partenaires externes.

Il est à noter que les CES ont une certaine marge d’adaptation vis-à-vis des activités à introduire. En effet chaque CES n’a pas les mêmes ressources en terme de personnels, en terme matériel mais surtout au niveau organisationnel (certains CES réalisent l’EPS sur une journée entière, d’autres sur une demi-journée, d’autres encore font revenir les consultants pour la visite médicale quelques temps après la réalisation de la partie clinique de l’EPS). Certaines

Contexte

étapes du protocole peuvent donc ne pas être mises en place ou être mises en place de façon différente. De même, les intervenants peuvent avoir des compétences différentes (par exemple il peut y avoir la présence d'une diététicienne, d'un éducateur médico-sportif [...]).

2.4.3 Les évaluations mises en place

L'évaluation de ce programme est effectuée par le Cetaf. Elle est constituée d'une évaluation de la satisfaction, faite sous forme de questionnaires à différentes étapes du programme, et d'un relevé d'indicateurs d'activité.

En effet, les CES font parvenir au Cetaf des indicateurs d'activité tous les 3 mois pour l'année en cours, comprenant le nombre de conseils minimaux réalisés, le nombre de séances courtes et longues réalisées, le nombre d'ateliers, les taux de participation, le nombre de professionnels engagés dans les activités entre autres.

Le Cetaf réalise également des évaluations de satisfaction « à chaud » concernant l'examen de santé mais également concernant les informations collectives et les ateliers. Trois questionnaires de satisfaction sont remis. Le premier est remis après que les consultants aient eu un examen clinique avec le médecin (et le dentiste dans le cas où un examen avec un dentiste est réalisé). Le second est remis à la fin des informations collectives et le troisième à la fin des ateliers. Dans tous les cas, les consultants remplissent les questionnaires sur place et les professionnels les collectent avant que les consultants ne quittent le centre. (16)

2.5 Mise en place du programme à l'UC-CMP

A Nancy, le programme d'éducation en santé est piloté au sein du Département des Actions de Santé et des Politiques Publiques (DASPP). Le DASPP est en charge de plusieurs activités :

- l'Education thérapeutique pour les patients atteints de diabète de type 2 ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) depuis leur repérage, au cours de l'EPS, jusqu'aux dernières « séances bilan » avec les patients.
- l'aide au sevrage tabagique ;
- la vaccination antigrippale ;
- la mise en place de programmes en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) tels que des dispositifs de dépistages comme celui de la BPCO (« la journée du souffle ») ou encore des mélanomes (« la journée du mélanome) entre autres.
- la dispensation de formations à des professionnels de santé, tels que des médecins des infirmières, des éducateurs ou tout autre professionnel, au sein d'entreprises ou d'organismes soucieux d'améliorer les compétences de leurs employés ;
- l'éducation en santé.

2.5.1 Les acteurs

Tous les professionnels médicaux (infirmières, médecins et chirurgiens-dentistes) du centre effectuent l'étape du « conseil minimal ». Les ateliers sont quant à eux animés par un chirurgien-dentiste et une infirmière spécialisée en éducation pour la santé. Les étapes mises en place à Nancy sont les étapes de l'action telles que prévues au niveau national, exceptées celles du conseil lors du petit-déjeuner et des séances d'information collectives. Ces dernières ne sont pas effectuées pour des raisons organisationnelles, bien qu'une réflexion soit menée sur la possibilité d'intégrer des séances d'information collectives longues dans le futur.

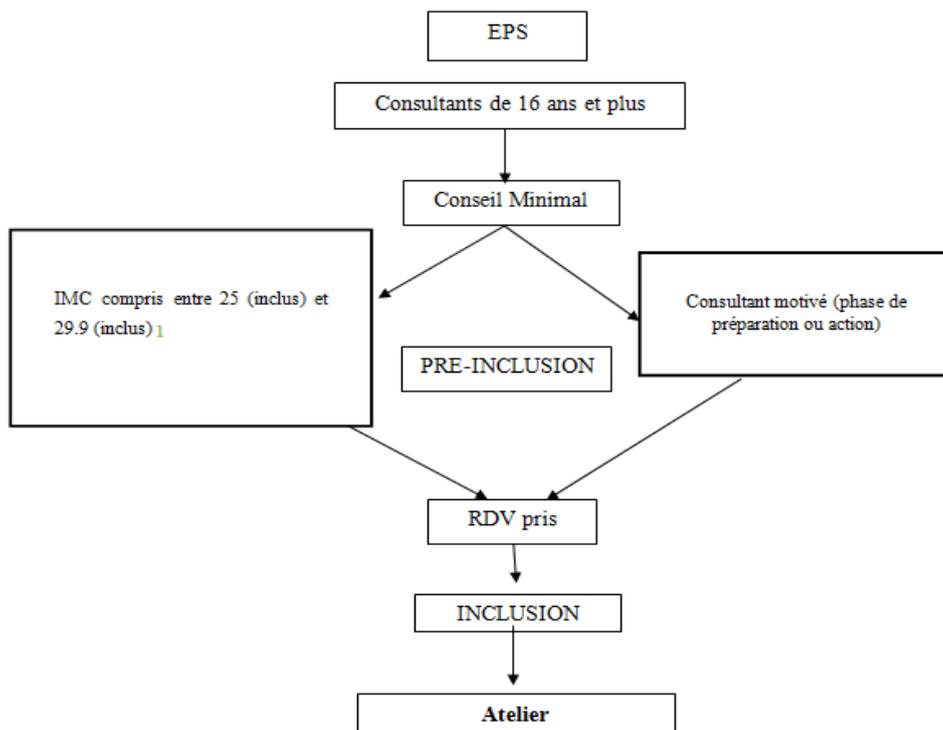
Contexte

2.5.2 La procédure d'inclusion

Lors de l'EPS, afin de pré-inclure les consultants dans les ateliers, les infirmières disposent d'un outil créé spécifiquement à Nancy. En effet, l'équipe a créé un « verso » (annexe V) au questionnaire « Mieux Vous Connaître » afin de structurer et d'uniformiser la procédure de pré-inclusion des consultants.

Le nombre de sessions d'ateliers et de bénéficiaires s'en est fortement accru en l'espace de trois ans. En 2011, 12 individus ont participé à au moins un atelier d'éducation en santé. En 2012, ce nombre s'élève à 43, avec 5 sessions d'ateliers pour passer, en 2013, à 70 individus avec 8 sessions.

Les consultants éligibles pour les ateliers d'éducation en santé sont tous contactés, après quelques mois, via le centre d'appel de l'UC-CMP, par ordre chronologique de leur date d'examen périodique de santé. L'opératrice leur précise les dates de sessions et leur propose de participer à une des sessions à venir. Le consultant est alors inclus dès lors qu'il donne son accord pour inscription à une session. Un courrier de convocation lui est ensuite adressé auquel est joint une « fiche- rendez-vous » rappelant les objectifs des ateliers. L'inclusion d'un consultant à une session d'ateliers en éducation pour la santé se fait donc de la manière suivante :



¹ : IMC définis par l'OMS pour les personnes dites en « surpoids »

Illustration 1. Schéma d'inclusion d'un consultant dans les ateliers d'éducation en santé

2.6 Evaluation menée

2.6.1 Son cadre

En accord avec le Directeur de l'UC-CMP, les professionnels en charge de ce programme à Nancy ont souhaité évaluer ses effets sur les participants, avec notamment, le changement ou non de leur comportement vis-à-vis des trois thématiques. Les professionnels concernés ont un besoin de connaissances à propos du programme et sont ouverts au changement et à instruire des décisions suite à l'évaluation, notamment à une réorientation possible du contenu

Contexte

des ateliers ainsi qu'à une réflexion sur un suivi, accompagnement post-ateliers des consultants.

Ces professionnels ont souhaité prendre du recul. Pour favoriser cette prise de recul, l'évaluation a été confiée à une personne extérieure au service.

L'évaluation d'efficacité à proprement parler avec une « imputabilité des effets », initialement envisagée, ne peut être menée. En effet celle-ci relève de la recherche évaluative et aurait nécessité la comparaison d'un groupe établi ayant bénéficié du programme à un groupe témoin. L'évaluation réalisée porte sur les effets produits par les ateliers d'éducation en santé, que ce soit au niveau des effets prévus ou imprévus.

Nous mènerons donc ici une évaluation des effets des ateliers sur les participants, avec notamment une évaluation de leurs impacts. A partir de cette analyse, des recommandations seront formulées.

Nous nous sommes intéressés aux consultants ayant suivi le programme jusqu'aux ateliers. En effet, ceux-ci étaient avant leur participation aux ateliers, supposément, en phase de « préparation » voire d'« action » dans la boucle du modèle de Prochaska et Di Clemente (**annexe III**). Ils étaient donc susceptibles de changer leurs comportements. La mesure de changements comportementaux éventuels ne pouvait se faire que sur cette population. Une de nos premières interrogations a été de savoir quel délai fixer entre la participation des bénéficiaires des ateliers et le moment de l'enquête. Le délai devait nous laisser le temps d'exploiter les données recueillies. Ainsi, il a été décidé que ce délai entre le dernier atelier passé et l'entretien évaluatif avec les consultants serait de 3 mois. Cette durée, pouvant être qualifiée de « court terme », permettra également une moindre influence du milieu extérieur sur l'individu enquêté.

2.6.2 Ses objectifs

Objectif principal :

Mesurer les évolutions comportementales, à 3 mois, des consultants ayant bénéficié d'un ou des deux ateliers d'Education en Santé, en novembre 2013, décembre 2013 et janvier 2014, sur les thématiques de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé bucco-dentaire, au Centre de Santé de Vandoeuvre-lès-Nancy.

Objectifs secondaires :

Déterminer si la participation des consultants aux ateliers d'éducation en santé a permis un changement de comportement, dans les trois thématiques.

Identifier les effets imprévus éventuels de ces ateliers sur les comportements des consultants.

Déterminer des éléments pouvant permettre l'amélioration des pratiques des intervenants et/ou l'amélioration du contenu des ateliers d'éducatons en santé.

Evaluer le besoin exprimé par les consultants quant à un complément de ces ateliers afin de proposer des pistes d'amélioration.

2.6.3 Sa valorisation

Les résultats de l'évaluation seront présentés aux décideurs, aux acteurs et aux bénéficiaires du programme sous différentes formes. En effet, un exposé oral de ces résultats est prévu pour l'équipe mettant en œuvre le programme à l'UC-CMP. Quant aux bénéficiaires des ateliers et aux membres de la direction de l'UC-CMP, il est question d'un résumé des résultats fourni sous forme écrite.

3 Méthodes

L'évaluation commandée s'attache à évaluer les effets (efficacité et impact) des ateliers d'éducation en santé mis en place. C'est une évaluation d'étape, sommative, 1 an après la reprise du programme par le service « DASPP » de l'UC-CMP. Cependant, avant d'évaluer les résultats et les impacts d'un programme il est nécessaire d'étudier sa mise en œuvre et les efforts déployés car c'est en les reliant aux effets que l'évaluation prend son sens.

Ainsi deux types d'évaluation seront menés ici. Une évaluation de processus, faisant appel à des sources de données internes et une évaluation, dite, de terrain, des effets, mêlant sources de données internes et résultats d'enquête. Cette dernière est transversale, à trois mois des ateliers et est rétrospective, faisant appel à la mémoire des consultants,

A des fins méthodologiques, nous nous sommes référés au guide intitulé « l'évaluation en 9 étapes, document pratique pour l'évaluation des actions de santé et social » élaboré dans le cadre de l'Espace Régional de Santé Publique (ERSP) de Rhône-Alpes. (17)

3.1 Evaluation du processus du programme

Cette évaluation a été mise en place afin d'en comprendre l'éventuelle relation existante avec les effets observés et les réorientations possibles.

Lors de la conduite de cette évaluation, nous nous sommes attachés à décrire quels moyens humains, matériels et financiers étaient déployés. Nous avons également comparé dans quelle mesure était mis en œuvre le programme à Vandoeuvre en comparaison à ce qui était prévu au niveau national. Dans un second temps, un point a été fait sur la pédagogie employée. Enfin, nous avons considéré la participation des consultants aux ateliers et leur satisfaction pour l'année 2013 ainsi que celle des intervenants.

Les sources de données utilisées à ces fins sont des documents internes, tels que le rapport d'activité pour l'année 2013, des documents émanant du Cetaf, le référentiel de compétences en éducation pour la santé (7) mais aussi une observation d'une session d'ateliers afin d'en observer le déroulement, l'implication des différents acteurs et l'utilisation des outils.

Méthodes

Voici, ci-dessous, un tableau résumant les critères et indicateurs retenus pour répondre à nos questions.

Tableau I. Critères et indicateurs retenus pour l'évaluation du processus du programme concernant les ateliers d'éducation en santé.

| Composante évaluée | Question posée | Critère choisi | Indicateur choisi | Source de données |
|-----------------------------|--|---|--|---|
| Moyens mis en oeuvre | Quelles ressources sont-utilisées ? | Ressources humaines | Nombre de personnels disponibles et leurs qualifications | Rapports internes |
| | | Formation des professionnels aux savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires pour mener à bien une action d'éducation en santé sur les trois thématiques envisagées. | Nombre de personnels formés | Rapports internes |
| | | Disponibilités des locaux utilisés. | Fréquence de disponibilité de la salle les jours voulus. | Rapports internes |
| Processus | Les ateliers ont-ils été implantés tels que prévus au niveau national ? | Ecart entre le programme mené au CMP de Vandoeuvre et celui prévu au niveau national. | % de conformité au programme national prévu | Rapports internes |
| | Les méthodes pédagogiques employées sont-elles appropriées ? | Pédagogie de l'action. | Taux de conformité aux recommandations de bonne pratique pour des actions de ce genre au regard des formations suivies et du suivi d'une session par l'enquêtrice. | Référentiel de compétences en éducation pour la santé |
| | Dans quelle mesure les ateliers sont-ils mis en place ? | Fréquence session dans l'année 2013 | Nombre de sessions au cours de l'année 2013 | Rapport d'activité interne |
| | Dans quelle mesure les consultants ont-ils participé à ces sessions ? | Participation des consultants. | Taux de participation des consultants pour 2013 Taux de participation à 1 ou 2 ateliers | Rapport d'activité interne |
| | Les ateliers conviennent-ils aux consultants ? | Satisfaction des consultants à la sortie du deuxième atelier. | % satisfaction pour l'année 2013 et comparaison avec la moyenne nationale. | Rapports internes |
| | Le intervenants sont-ils satisfaits du fonctionnement, de la mise en œuvre des ateliers et trouvent-ils le contenu adapté aux participants ? | Satisfaction des professionnels animant les ateliers. | Nombre de professionnels satisfaits et commentaires. | Consultation de terrain (Echanges en groupe et auto-questionnaires) |

3.2 Evaluation des effets des ateliers d'Education En Santé

Afin d'évaluer les effets produits par ces ateliers d'éducation en santé, une enquête de terrain a été décidée auprès des bénéficiaires de l'action avec une comparaison avant/après.

3.2.1 Objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'enquête ont été les suivants :

- Evaluer la modification des comportements
- Evaluer l'atteinte des objectifs opérationnels fixés par les consultants lors des ateliers.
- Evaluer les effets collatéraux éventuels.
- Donner des éléments de réponse à la question de l'intérêt d'envisager un suivi ou toute autre action en complément des ateliers.

3.2.2 Choix de l'échantillon

La population de l'étude est constituée des participants des sessions des mois de novembre et décembre 2013 ainsi que celle du mois de janvier 2014. Cela représentait au total 31 personnes à enquêter. Nous avons donc été exhaustifs au vu du petit nombre d'individus qu'il nous était possible d'interroger.

3.2.3 Choix des sources de données

Après lecture des documents produits ces deux dernières années en matière d'évaluation des activités d'éducation pour la santé au sein des CES, nous avons pu distinguer deux types de sources de données. En effet, il y avait celle fournissant des données administratives et médicales et celle fournissant des données permettant la constitution d'indicateurs nécessaires pour notre enquête de terrain.

Nous avons utilisé le premier type de données à fin décrire notre échantillon à l'aide de données administratives (sexe, âge, lieu de résidence, statut familial [...]) et de données médicales (IMC) contenues dans les dossiers des consultants. En revanche, à des fins de suivi d'indicateurs repris lors de notre enquête, nous avons utilisé les données du questionnaire « Mieux Vous Connaître » (**annexe I**). Ce questionnaire, utilisé par les professionnels pour ouvrir le dialogue sur l'activité physique, l'alimentation et la santé bucco-dentaire avec les consultants, comporte quatre questions ouvertes sur ces thématiques. Il est remis et complété par les consultants au début de leur examen périodique de santé. Nous avons également repris la « Note de Santé perçue » par les consultants dans le dossier du consultant.

3.2.4 Autorisations d'utilisation des données

Le Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre dispose d'une autorisation et d'un référent formé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'enquête, réalisée dans le cadre du CMP, est couverte par cette autorisation, bien qu'elle soit nominative.

3.2.5 Critères et indicateurs retenus

Partant de ces sources de données identifiées, voici les questions que nous avons retenues et la façon dont nous les avons traitées.

3.2.5.1 Modifications comportementales

Les bénéficiaires des ateliers ont-ils modifié leurs comportements ?

Méthodes

Nous avons tenté de répondre à cette question de 2 manières différentes. Nous avons, dans un premier temps, comparé les réponses aux 4 questions du questionnaire Mieux Vous Connaître (annexe), auxquelles les consultants avaient répondu lors de l'EPS, aux réponses à ces 4 questions, reposées selon les mêmes formulations, lors de l'entretien téléphonique 3 mois après. Puis, au moyen d'une question fermée cette fois-ci, posée lors de nos entretiens, nous avons demandé aux enquêtés s'ils avaient effectué des changements dans leurs comportements vis-à-vis des 3 thématiques concernées.

3.2.5.2 Atteinte des objectifs

Les bénéficiaires des ateliers ont-ils atteint les objectifs qu'ils s'étaient fixés à l'issue des ateliers ?

Lors de l'entretien téléphonique, nous faisons appel à la mémoire des consultants, en leur demandant s'ils s'étaient fixés des objectifs lors des ateliers, s'ils les ont mis en pratique et la mesure dans laquelle ils les ont mis en pratique. Nous leur avons également demandé à combien ils mesureraient cette pratique sur une semaine ou sur un mois et/ou en terme de durée selon les objectifs fixés (par exemple, à raison de deux fois par semaine pendant une heure) afin de pouvoir estimer le pourcentage d'atteinte de ces objectifs. Pour chaque réponse donnée, nous avons demandé quelles étaient les raisons, les freins ou les facteurs facilitant, selon le cas.

3.2.5.3 Besoin de complément aux ateliers

Les bénéficiaires expriment-ils un besoin de suivi-bilan ou réorientation ?

Nous avons demandé aux participants s'ils ressentaient le besoin d'un soutien ou d'un complément post-atelier et si oui, de quelle forme.

3.2.5.4 Effets collatéraux

Quels effets collatéraux peuvent avoir eus les ateliers ?

Nous avons demandé aux consultants quelle « Note de Santé » ils se donneraient au moment de l'enquête afin de la comparer à celle recueillie lors de l'EPS dans le dossier du patient. La santé perçue est une mesure subjective de l'état de santé global d'une personne (ref). L'autoévaluation de la santé peut refléter certains aspects de cette dernière qu'il est difficile de saisir cliniquement, tels que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social. Diverses études ont montré qu'il s'agit d'une mesure fiable et valide, associée à la détérioration fonctionnelle, à la morbidité et à la mortalité. En outre, la santé perçue permet souvent de mieux prédire les comportements de demande d'aide et l'utilisation des services de santé que les mesures cliniques.

La santé perçue est une mesure relative : des données probantes donnent à penser que les individus évaluent leur santé en fonction des circonstances dans lesquelles ils se trouvent, de leurs attentes et de leurs pairs

La distribution de la note de santé va de 0 à 10. Classiquement, un seuil naturel est établi entre 6 et 7. Cette valeur seuil a été définie selon la distribution de la variable qui est bimodale. Une note de santé strictement inférieure à 7 indique un mauvais état de santé perçu. Ainsi nous verrons si cette note a évolué, notamment pour les sujets dont cette note était inférieure à 7 au moment de l'examen périodique de santé. (18)

Nous avons également évoqué, avec les consultants, l'influence éventuelle des ateliers dans leur vie de tous les jours, si cela avait provoqué des changements d'autres comportements et la nature de ces effets.

Méthodes

Nous pouvons dresser le tableau ci-dessous, résumant les critères, indicateurs et sources retenus.

Tableau II. Critères et indicateurs retenus pour l'évaluation des effets des ateliers d'éducation en santé sur les participants

| Question posée | Critères | Indicateurs | Sources de données |
|---|--|---|--|
| Les bénéficiaires des ateliers ont-ils modifié leurs comportements ? | Evolution des comportements et des perceptions | Nombre de personnes ayant modifié leurs comportements et leurs perceptions. Significativité des différences observées entre l' « avant ateliers » et l' « après ateliers » | Questionnaire « Mieux vous connaître » / Entretiens téléphoniques |
| | Changements déclarés | Nombre de « oui »/Nombre de « non » | Entretiens téléphoniques |
| Les bénéficiaires des ateliers ont-ils atteint les objectifs fixés ? | Atteinte des objectifs | % atteinte objectifs Nombre de personnes s'étant fixé un objectif Nombre de personnes ayant mis en pratique leurs objectifs, nombre d'occurrences des freins et des facteurs facilitant évoqués | Entretiens téléphoniques |
| Les bénéficiaires expriment-ils un besoin manifeste de suivi-bilan ou réorientation ? | Besoin de suivi-bilan-réorientation | Nombre de « plutôt » oui/non, nombre d'occurrences des différents types de déclarations effectuées. | Entretiens téléphoniques |
| Quels effets collatéraux peuvent avoir les ateliers ? | Evolution de la Note de Santé | Nombre de personnes dont la NS a évolué. Significativité de la différence observée avant et après les ateliers. | Feuille de route (dossier patient)/ Entretiens téléphoniques |
| | Présence d'effets déclarés | % oui/non, nombre d'occurrences pour chaque effet déclaré selon sa nature. | Entretiens téléphoniques |

3.2.6 Les entretiens téléphoniques

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires des ateliers seront des entretiens téléphoniques semi-directifs. Cela est motivé par la taille restreinte de notre échantillon de 31 individus. Pour que nous puissions conclure statistiquement sur cette étude qualitative, un nombre minimum de 30 individus nous était nécessaire. Joindre les individus par téléphone augmentait nos chances de pouvoir nous entretenir avec eux (plus fort présentisme). Les entretiens téléphoniques permettent un centrage sur une écoute attentive. En effet, l'interrogation à domicile crée des conditions naturelles de dialogue. De plus s'entretenir par téléphone permet d'interroger aussi bien les personnes qui ne se seraient pas déplacées ou qui n'auraient pas

Méthodes

retourné un questionnaire et de demander un apport de précisions lorsque les réponses le requièrent.

3.2.7 La grille d'entretien

Pour mener cette enquête téléphonique, une grille d'entretien a été réalisée (**annexe VI**). Celle-ci a été, dans un premier temps, validée par l'équipe projet du DASPP. Puis, dans un deuxième temps, elle a été testée auprès des individus ayant participé à la session d'octobre 2013. Ce test a permis d'apporter des améliorations au contenu de la grille d'entretien mais également de tester le dispositif d'enregistrement téléphonique (logiciel audacity) et le traitement statistique par le logiciel Epi info et le traitement manuel des données recueillies et catégorisées.

3.2.8 Procédure d'appels

Deux vagues d'appels ont été effectuées auprès des individus constituant notre échantillon (**annexe VII**). En effet, la durée d'un entretien ayant été estimée à 30 minutes et pour que les entretiens soient tous réalisés dans les mêmes conditions, nous avons procédé à des prises de rendez-vous la semaine précédant la semaine dite des « 3 mois post-ateliers » afin de s'assurer de la disponibilité des consultants pour notre entretien avec eux. Ainsi, les individus enquêtés avaient choisi le jour et l'heure (dans la semaine indiquée par l'enquêtrice) durant lesquels l'entretien téléphonique avait eu lieu. Au début de chaque entretien, un rappel du caractère anonyme des échanges est effectué. Dans le même ordre d'idée, l'enquêtrice demande avant que l'entretien ne commence, si la personne autorise l'enregistrement ou non de la conversation téléphonique selon les directives de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). (19) L'enregistrement permettant une écoute plus active et une retranscription plus fidèle de l'échange.

Enfin, les règles éthiques d'une enquête ont été prises en compte. Les données recueillies ont été restituées de manière anonyme et sont confidentielles. De même, un retour sur les résultats de l'enquête a été prévu auprès des participants à l'étude.

3.2.9 Traitement des données

3.2.9.1 Saisie et catégorisation des résultats

Les entretiens sont retranscrits dans les heures suivant les entretiens dans des fichiers Microsoft Word, chaque fichier étant identifié à l'aide du numéro du bilan du consultant concerné.

Les données recueillies avant et après les ateliers correspondaient aux «notes de santé » et aux réponses aux quatre questions du questionnaire « Mieux Vous Connaître ».

Ces dernières ont été catégorisées suivant la démarche initiée mais non poursuivie par le Cetaf, d'analyse de ces questionnaires. Nous l'avons réalisé manuellement, pour notre part, en nous inspirant de la classification effectuée par le Cetaf à l'aide du logiciel Sphinx et de ses codifications et en considérant les informations de durée et de fréquence quand celles-ci étaient disponibles.

Méthodes

Ainsi les réponses aux quatre questions du logiciel Sphinx ont été catégorisées de la manière suivante :

Tableau III. Modalités de catégorisation des données recueillies

| | |
|---|---|
| Q1. Activité Physique pratiquée | Intense/Modérée/Faible |
| Q2 Ressenti lors de la pratique d'une activité physique | Positif/Neutre/Positif et Négatif/Négatif/Sans avis. |
| Q3 Habitudes alimentaires | Groupes d'aliments si évoqués. <u>Avis</u> : Positif/A améliorer/ Négatif |
| Q4 Santé bucco-dentaire | <u>Perception</u> : Positive/Neutre/Négative/Non évoquée <u>Besoin de soins</u> : Oui/ Non(en cours/réalisés)/Non évoqué <u>Suivi</u> : Régulier/Occasionnel/Pas de suivi/Non évoqué <u>Hygiène</u> : Brossage régulier/Non régulier/Non évoquée |

Les données qualitatives relevant des attentes, des freins, des facteurs facilitant, de la forme d'accompagnement éventuellement sollicitée et les effets collatéraux, ont été regroupés par champs lexicaux et ordonnés selon le nombre d'occurrence.

Les données catégorisées sont ensuite saisies dans le logiciel Epi data.

3.2.9.2 Traitement statistique des données

Afin de décrire (pourcentages, moyennes, écart-types [...]), les variables nous avons analysé les données, préalablement saisies dans un fichier de données au moyen du logiciel Epi data. Pour comparer les éléments recueillis « avant » et « après », nous avons effectué, manuellement, des tests pour séries appariées, chaque sujet étant son propre témoin. Pour la variable « note de santé », quantitative, nous avons utilisé un test de Wilcoxon au risque de première espèce α égal à 5%. Pour les variables qualitatives ordinales, nous avons calculé l'écart réduit ϵ , en comparant le nombre de paires « +/- » et « -/+ ». La valeur de l'écart réduit était comparée à 1.96.

4 Résultats

4.1 Evaluation de processus du programme

4.1.1 Moyens mis en œuvre

4.1.1.1 Ressources matérielles et financières

Les locaux utilisés dans le cadre des ateliers sont mis à disposition, par le centre, toute l'année, sur fond propre. La salle est **disponible à 100 %** tout au long de l'année car réservée aux dates prévues des ateliers.

Pour ce qui est des supports et questionnaires distribués aux consultants, ils sont fournis par le Cetaf.

Les ateliers d'éducation en santé font partie des activités du centre de médecine préventive de Vandoeuvre. Ils sont, par conséquent, financés dans le cadre de la dotation globale des Fonds National de Prévention et d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS).

4.1.1.2 Ressources humaines et formations

La pré-inclusion des consultants est effectuée par 12 infirmières formées par les intervenantes des ateliers, sur le contenu des ateliers et à l'identification des stades motivationnels selon le modèle de Prochaska et Di Clemente (**annexe III**).

Les ateliers d'éducation en santé sont, quant à eux, animés par une dentiste et une Infirmière Diplômée d'Etat. Toutes deux ont reçu des formations dispensées par le Cétaf avant la mise en œuvre du programme. Il s'agissait d'une formation initiale, en présentiel, de 5 jours à Paris ainsi qu'une formation de 3 jours à Saint-Etienne. A celles-ci s'ajoutent, des formations complémentaires dites « flash » en web conférences à raison de 2 à 3 fois dans l'année et de web réunions faisant l'état des points forts et des difficultés rencontrés dans les centres de santé mettant en œuvre les ateliers.

Les formations initiales dispensées traitaient de l'approche motivationnelle (annexe objectifs pédagogiques formation) avec ses principes et ses méthodes, le repérage des stades du changement en utilisant le modèle de Prochaska et l'accompagnement des consultants dans leur démarche de changement. Ces formations abordaient également les techniques de communication et de conduite de groupe, les notions et repères, vis-à-vis des trois thématiques abordées, le contenu, les outils pédagogiques à utiliser et l'organisation des ateliers en termes de répartition temporelle pour chaque thématique.

Il est à noter que les deux professionnels, animant les ateliers, ont participé à l'élaboration du contenu du « kit méthodologique » dans sa partie ateliers. Celui-ci fait office de référentiel pour la mise en œuvre des ateliers d'éducation en santé, entre autres, dans les centres d'exams de santé.

Résultats

4.1.2 Processus

4.1.2.1 Ecart avec la mise en place prévue au niveau national :

Tableau IV. Comparaison des modalités prévues au niveau national à celles réalisées à l'UC-CMP de Vandoeuvre

| Niveau national | Vandoeuvre |
|---|---|
| <p><u>Activités prévues</u> : 2 ateliers d'éducation en santé espacés d'une semaine de 2 à 3 heures chacun. Le premier atelier porte sur l'activité physique, le second traite de l'alimentation et de la santé bucco-dentaire.</p> | <p><u>Activités réalisées</u> : 2 ateliers sont réalisés à 1 semaine d'intervalle. Le premier atelier, concernant l'activité physique, a une durée de 2h30. Le second, sur l'alimentation et la santé bucco-dentaire a une durée de 3h. L'équipe en place réalise une session d'ateliers par mois. <u>Conformité</u> : 100%</p> |
| <p>Les ateliers doivent inclure 10 personnes maximum.</p> | <p>Sur l'année 2013, on dénombre, en moyenne, 9 individus par session. Il y a cependant une session où on a pu voir le nombre de participants s'élevé à 11. <u>Conformité</u> : 88.5%</p> |
| <p>Utilisation des outils fournis soit le « passeport forme » et le « cahier pratique »</p> | <p>Le cahier pratique est utilisé tel que prévu. Les intervenantes ne font réaliser que 2 tests sur les 6 prévus dans le « passeport forme ». <u>Conformité</u> : 65%</p> |
| <p><u>Groupes cibles</u> : tout consultant motivé ayant un IMC compris entre 25 (inclus) et 29,9(inclus), n'ayant pas de suivi en cours pour le diabète, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie.</p> | <p><u>Groupes atteints</u> : les consultants, pré-inclus par les infirmières, sont identifiés sur des fiches conçues spécifiquement à Vandoeuvre (annexe V). Toutes ces fiches sont collectées et tous les individus, sans exception, sont contactés par téléphone afin de bénéficier des ateliers. <u>Conformité</u> : 100%</p> |
| <p><u>Ressources prévues</u> : financement et ressources humaines et matérielles des CES</p> | <p><u>Ressources mobilisées</u> : Une infirmière spécialisée en prévention, une dentiste à raison de 5h30 par mois travaillant au sein du centre. <u>Conformité</u> : 100%</p> |

4.1.2.2 Pédagogie de l'action

Selon le référentiel de compétences en éducation pour la santé (7) élaboré par l'INPES en 2006, trois compétences sont à mobiliser pour la mise en œuvre d'actions collectives en éducation pour la santé. Ces compétences sont les suivantes :

–« Concevoir une démarche d'éducation pour la santé en collaboration avec d'autres acteurs professionnels. »

–« Amener les personnes, dans un cadre collectif, à identifier leurs conceptions, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé. »

–« Mettre en œuvre et animer, avec des groupes de personnes favorisant l'implication de chacun, des actions visant à la préservation de leur santé. »

Résultats

Au regard des objectifs éducationnels et des schémas pédagogiques fixés (annexe IX), la programme a bien été réalisé en respect de ces trois compétences requises (conformité 100%), (annexe X), dans toute action collective d'éducation pour la santé.

4.1.2.3 Rapport d'activité de 2013

Au cours de l'année 2013, 8 sessions de deux ateliers ont été réalisées. Sur les 120 individus inscrits, 70 ont participé à au moins un atelier. Le **taux de participation** est de **58.3%**. Cinquante-trois individus (soit 76% de l'effectif ayant participé au premier atelier) ont assisté au deuxième atelier.

4.1.2.4 Satisfaction des participants et des intervenants

- Satisfaction des participants :

D'après les évaluations de processus réalisées par le Cétaf, nous pouvons comparer les éléments de satisfactions nationaux à ceux nancéiens (tableau V). Il apparait, globalement, que le pourcentage moyen de personnes très satisfaites au niveau national soit nettement plus élevé qu'à Nancy. Néanmoins, 100% des consultants sont satisfaits des ateliers pour les thématiques de l'activité physique et de l'alimentation alors qu'on note la présence de consultants peu satisfaits au niveau national. On remarque que les personnes « peu satisfaites » sont plus nombreuses pour la thématique de la santé bucco-dentaire que pour les deux autres thématiques.

Tableau V. Comparaison de la satisfaction générale des consultants vis-à-vis des ateliers pour les trois thématiques, entre l'ensemble des CES et l'UC-CMP de Vandoeuvre

| | Activité Physique | | Bucco-dentaire | | Alimentation | |
|----------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------|---------------------------|--------------|---------------------------|
| | Nancy | Tous les CES ¹ | Nancy | Tous les CES ¹ | Nancy | Tous les CES ¹ |
| Très satisfait (%) | 45.9 | 62 | 53.9 | 57.3 | 48.9 | 61.9 |
| Satisfait (%) | 54.1 | 36.9 | 44.2 | 39.8 | 51.1 | 36.4 |
| Peu satisfait (%) | 0.0 | 1.1 | 1.9 | 2.6 | 0.0 | 1.7 |
| Pas du tout satisfait (%) | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Pas d'opinion (%) | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 0.0 | 0.0 |

¹CES : Centre d'Examens de Santé

A la question « Ces ateliers vous motivent-ils à poursuivre votre démarche de prise en main (amélioration) de votre santé ? », 96.3% des consultants nancéiens répondent « oui » ou « oui, beaucoup » (contre 95.2% au niveau national). 3.7% d'entre eux répondent « oui, un peu » (contre 4.8% au niveau national). Que ce soit au niveau national ou nancéien, aucun consultant n'a répondu « Non, pas du tout » ou n'a ignoré cette question.

-Satisfaction des intervenants :

Concernant la satisfaction des intervenants quant à l'organisation des ateliers, une des deux animatrices dit en être satisfaite. La deuxième, quant à elle, dit en être « entre peu satisfaite et satisfaite ». Les deux animatrices soulignent rencontrer des difficultés dans leur conduite de groupe lorsque les participants sont au-delà de 10. Elles déclarent que cela nuit à l'expression de certains participants et provoque des échanges en petits groupes. Dans un autre ordre d'idée, une animatrice affirme que les listes des participants inscrits fournies ne sont pas toujours « claires ». Elle précise, en évoquant un manque d'information sur la fluctuation de l'effectif entre deux ateliers d'une même session, certains individus participant à un seul

Résultats

atelier, d'autres ayant participé à une session antérieure à celle en cours, rattrapant un atelier manqué.

Concernant le contenu des ateliers, toutes deux le trouvent adapté pour la majorité des participants, « quand ceux-ci ne s'attendent pas à plus, à voir une diététicienne ou un éducateur médico-sportif », affirme l'une des deux animatrices.

A la question « avez-vous des remarques pour améliorer le contenu ou l'organisation des ateliers ? », l'infirmière, faisant également partie des infirmières pré-incluant les consultants dans les ateliers lors de l'EPS, signale que pour la pré-inclusion, les moyens dont les infirmières disposent ne sont pas suffisamment fins pour savoir quel niveau d'activité physique, par exemple, pratique le consultant afin de lui éviter de participer à l'atelier « activité physique » qui ne lui serait pas nécessaire.

4.1.2.5 Observation d'une session d'ateliers

Rappelons que cette observation n'avait pas vocation à évaluer les pratiques des professionnels mais plutôt d'observer le déroulement des ateliers et l'utilisation des outils fournis par le Cetaf. Les consultants étaient impliqués dans les ateliers et interagissaient de façon dynamique avec les intervenants. L'enquêteur a pu constater la non-réalisation de certains tests physiques durant le premier atelier et que les participants ne formulaient pas toujours d'objectif par écrit à la fin des ateliers.

4.2 Effets des ateliers

4.2.1 Description de la population étudiée

L'échantillon était constitué de 13 hommes et de 18 femmes. La moyenne d'âge avoisinait les 60 ans à plus ou moins 10 ans. Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont, respectivement, les classes des retraités, des professions dites intermédiaires, et des employés. Les individus concernés résidaient, pour la plupart, en Meurthe-et-Moselle. L'IMC moyen de l'échantillon était de 27.3 kg/m² (tableau VI).

Tableau VI. Caractéristiques de la population étudiée

| | | | Moyenne | Ecart-type | Pourcentage (%) |
|--|-------------------------------|------|---------|------------|-----------------|
| Sexe (n=31) | Homme | 13.0 | | | 41.9 |
| | Femme | 18.0 | | | 58.1 |
| Age (n=31) | | | 58.8 | 10.0 | |
| | Minimum | 29.0 | | | |
| | Maximum | 73.0 | | | |
| Niveau d'étude (n=31) | Médiane | 61.0 | | | |
| | Bac ou moins | 24.0 | | | 77.4 |
| | Bac + 1 et plus | 7.0 | | | 22.6 |
| Catégorie socioprofessionnelle (n=31) | Cadres | 4.0 | | | 12.9 |
| | Profession intermédiaires | 8.0 | | | 25.8 |
| | Employés | 5.0 | | | 16.1 |
| | Retraités | 12.0 | | | 38.7 |
| | Sans activité professionnelle | 2.0 | | | 6.5 |
| IMC(kg/m ²) (n=31) | Minimum | 25.2 | 27.3 | 1.4 | |
| | Maximum | 29.8 | | | |
| | Médiane | 27.6 | | | |

Résultats

Le taux de participation à l'étude était d'environ 96.8%. En effet, 30 consultants avaient accepté de participer aux entretiens téléphoniques, sur les 31 individus envisagés. Nous n'avons réussi à joindre le consultant manquant.

Vingt-cinq consultants ont assisté aux deux ateliers. Quatre ont assisté uniquement au premier et un, uniquement au deuxième atelier.

4.2.2 Modifications comportementales

Les bénéficiaires des ateliers ont-ils modifié leurs comportements ?

4.2.2.1 Comparaison « avant/après » des réponses aux quatre questions du questionnaire Mieux Vous Connaître

Lors de notre étude statistique en séries appariées, avec le calcul de l'écart réduit \mathcal{E} , nous n'avons constaté aucune différence significative entre les réponses données aux quatre questions avant et après que les consultants aient bénéficié des ateliers. Il est cependant intéressant de noter que les notions de « suivi régulier » et de « brossage régulier des dents » sont plus évoquées en post-ateliers. En effet, 10 personnes supplémentaires évoquent avoir un suivi régulier après avoir bénéficié des ateliers (tableau VII).

Tableau VII. Comparaison, avant et trois mois après les ateliers, des réponses catégorisées des participants au questionnaire « Mieux Vous Connaître »

| | | Données recueillies lors de l'EPS ¹ | Données recueillies lors de l'entretien. | |
|--|-----------------------------|---|--|----|
| Q1-Pratique de l'activité physique : n=30 | Intense | 4 | 6 | |
| | Modérée | 22 | 21 | |
| | Faible | 4 | 3 | |
| Q3-Avis sur l'alimentation : n=30 | Positif | 18 | 17 | |
| | A améliorer | 6 | 5 | |
| | Négatif | 5 | 8 | |
| | Sans avis | 1 | 0 | |
| Q4-Avis sur l'état des dents : n=30 | Perception | Positive | 15 | 19 |
| | | Neutre | 6 | 2 |
| | | Négative | 3 | 7 |
| | Suivi | Non évoquée | 6 | 2 |
| | | Régulier | 5 | 15 |
| | | Occasionnel | 0 | 0 |
| | | Non évoqué | 25 | 15 |
| Hygiène | Brossage régulier des dents | 1 | 5 | |
| | Non évoqué | 29 | 25 | |

¹ : Examen Périodique de Santé

4.2.2.2 Changements déclarés par les consultants

Parmi les consultants ayant bénéficié des ateliers concernés, 11 (soit 37.9%) déclarent avoir effectué un changement de comportement en matière d'activité physique. Ce nombre s'élève à 11 en matière dans le domaine bucco-dentaire et à 13 (soit 50%) en matière d'alimentation.

Résultats

Les consultants sondés ont été plus nombreux à se fixer des objectifs en termes d'alimentation. Ils sont 9 à s'être fixé un objectif et l'avoir mis en place dans le domaine de l'activité physique, 11 dans le domaine bucco-dentaire et 13 en matière d'alimentation (illustration 2)

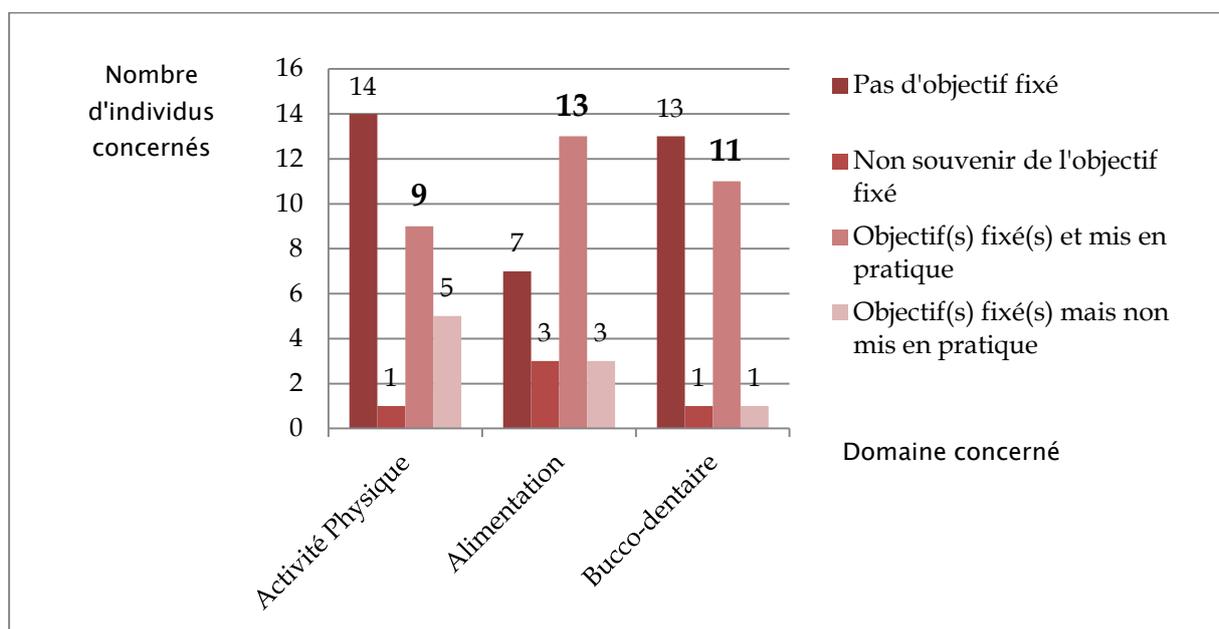


Illustration 2. Description de la répartition des consultants ayant fixé ou non des objectifs dans les trois domaines ciblés

4.2.3 Atteinte des objectifs fixés par les consultants

Les bénéficiaires des ateliers ont-ils atteint leurs objectifs ?

Les consultants s'étant fixés des objectifs les ont atteints en moyenne à 47% en ce qui concerne l'activité physique, 63% pour l'alimentation et 80% en ce qui concerne les objectifs relevant du domaine bucco-dentaire (tableau VIII).

Tableau VIII. Description de l'atteinte des objectifs fixés dans les trois domaines ciblés.

| | Moyenne | Médiane | Ecart type | Minimum | Maximum |
|---|---------|---------|------------|---------|---------|
| Activité Physique (% d'atteinte) n=14 | 46.9 | 43.0 | 43.5 | 0.0 | 100.0 |
| Alimentation (% d'atteinte) n=16 | 63.3 | 86.0 | 37.9 | 0.0 | 100.0 |
| Bucco-dentaire (% d'atteinte) n=12 | 80.3 | 100.0 | 37.2 | 0.0 | 100.0 |

Les leviers, favorisant l'atteinte des objectifs, les plus cités par ordre décroissant étaient la « participation aux ateliers », la « volonté de se maintenir en bonne santé », des « événements familiaux ou extérieurs aux ateliers », les encouragements du conjoint et le fait que l'objectif soit « accessible, facile à atteindre ». Dans les freins à la mise en place des objectifs fixés, on trouve, par ordre décroissant du nombre d'occurrences, le « manque de motivation », les « raisons médicales », le « manque de temps ou d'organisation » et le « manque de moyens financiers ».

Résultats

Quant aux raisons du non fixation d'objectifs, viennent en tête le « maintien de comportement(s) », le « manque de motivation », une « participation aux ateliers par curiosité, sans but » et les « raisons médicales ».

4.2.4 Expressions de besoin de compléments aux ateliers

– Les bénéficiaires ont-ils un besoin manifeste de suivi-bilan ou réorientation ?

Parmi les individus enquêtés, la moitié (15 individus) aurait souhaité bénéficier d'une « suite aux ateliers ». Parmi ces 15 personnes, 6 ont évoqué un entretien avec une diététicienne, 4 avec un éducateur médico-sportif, 2 un atelier supplémentaire sur une thématique particulière (stress et sommeil) et enfin 2 consultants auraient souhaité effectuer un bilan à un an avec les mêmes professionnels que ceux des ateliers.

4.2.5 Effets collatéraux

Quels effets collatéraux peuvent avoir les ateliers ?

4.2.5.1 Evolution de la santé perçue

Sept individus avaient une note de santé perçue déclarée inférieure à 7 lors de leur bilan de santé. Lors de l'entretien six d'entre eux ont déclaré une note de santé supérieure à celle donnée lors de leur examen périodique de santé. Le test de Wilcoxon ne nous a pas permis de conclure à une évolution significative (p-value=0.065)

4.2.5.2 Effets déclarés

Huit personnes (soit 27%) déclarent des effets collatéraux. Pour sept d'entre elles, un effet sur leur entourage proche est évoqué. Pour 6 des consultants concernés, cet effet est positif, leurs proches (conjoint, enfants, frères ou sœurs) ont été inclus dans leur démarche de modification de comportements favorable à la santé. Dans un cas sur les sept, le consultant enquêté déclare avoir mis en place des changements qui ont nuit à son entourage par la diminution du temps passé avec celui-ci suite à la pratique de nouvelles activités. Enfin, un consultant évoque avoir ressenti un sentiment de réconfort, suite aux ateliers, grâce au côtoiement d'individus rencontrant les même problèmes comportementaux que lui.

5 Discussion

5.1 Cohérence du processus

Le programme est cohérent au regard des ressources matérielles et financières mobilisées, des formations des professionnels rigoureuses et mises à jour régulièrement, et de la fidélité du programme nancéen à ce qui était prévu au niveau national. On note cependant l'absence de réalisation de certains tests physiques lors du premier atelier alors que ceux-ci sont nécessaires pour que les participants évaluent leur niveau de forme.

Certains éléments sont cependant réalisés à l'initiative de l'UC-CMP comme l'utilisation d'un support facilitant la pré-inclusion des consultants dans le programme par les infirmières (annexe 3). Celui-ci doit d'ailleurs être sous peu informatisé par la structure.

La satisfaction des consultants est élevée, puisque, sur l'année 2013, elle avoisine les 100%. Cependant, les questionnaires de satisfaction n'étant remis qu'à l'issue du deuxième atelier, la satisfaction des consultants ayant bénéficié uniquement du premier atelier n'est pas prise en compte. Ils représentent environ 25% (17 individus) du total des consultants sur l'année 2013.

Les réponses aux questionnaires de satisfaction des intervenants, en plus de la réunion d'équipe réalisée au début de l'évaluation, mettent en évidence des points à améliorer. Ceux-ci concernent notamment des informations fournies aux consultants sur le contenu des ateliers lors de la pré-inclusion des consultants et l'inclusion d'un nombre de participants supérieur à 10.

Le taux d'inscription, sur cette même année (58.3%) paraît faible bien que des précautions soient prises (rappel de rendez-vous aux consultants 8 jours avant le premier atelier). Se pose alors la question de l'état motivationnel des consultants pré-inclus. On pourrait supposer, en effet, l'existence d'un manque au niveau de la pré-inclusion. Les consultants, n'étant pas venus participer aux ateliers, étaient-ils réellement en phase de « préparation » suivant les différents stades motivationnels de Prochaska (**annexe III**). Nous pouvons relier ceci à deux causes potentielles. Soit les infirmières ne possèdent pas les connaissances suffisantes pour pré-inclure les consultants selon les critères définis, soit cela proviendrait de la fenêtre temporelle, dont celles-ci disposent pour échanger avec les consultants sur leur motivation à produire des changements comportementaux, qui est relativement courte. Cependant, une formation sur l'entretien motivationnel d'une journée et demie devrait être réalisée auprès de l'ensemble du personnel médical courant 2014.

5.2 Résultats principaux

5.2.1 Modifications comportementales et atteinte des objectifs des participants

Ces résultats sont à considérer avec prudence au regard du faible nombre d'individus enquêtés. De plus, rappelons que les résultats, issus d'analyses descriptives, ne sont pas le fruit d'analyses statistiques en séries appariées (n=30) comme celles réalisées pour la comparaison « avant/après ».

De plus, il est à noter que l'évaluation menée ne permettait pas de qualifier les changements comme étant « favorables à la santé ».

Discussion

5.2.1.1 Comparaison avant/après

Sur les quelques variables considérées, avant les ateliers et 3 mois après, aucun changement statistiquement significatif n'a pu être mis en évidence. Cette conclusion est cependant à nuancer au regard de la qualité des indicateurs, discutée ci-après dans la partie « limites ». En revanche, une observation est à souligner. Trois mois après les ateliers, dix individus, soit un tiers des participants, évoquent avoir un suivi régulier chez leur dentiste. Cela ne signifie pas qu'ils aient eu recours à leur dentiste depuis leur participation aux ateliers d'éducation en santé, au regard des commentaires notifiés dans les dossiers médicaux des consultants par les professionnels, mais cela traduirait plutôt une certaine prise de conscience de l'importance d'avoir un suivi régulier chez le dentiste.

5.2.1.2 Changements déclarés et atteinte des objectifs fixés

Globalement entre 11 et 13 individus (entre 40 et 50%) ont déclaré avoir effectué des changements comportementaux alors qu'ils sont entre 9 et 13 à s'être fixé des objectifs et les avoir mis en place. Cette différence est observée dans le domaine de l'activité physique. Cela s'explique de deux façons. Un des deux sujets concernés a mis en place une activité non initialement prévue dans ses objectifs opérationnels. Quant au deuxième le changement effectué était des changements négatifs (diminution de l'activité physique) pour des raisons médicales.

En matière d'atteinte des objectifs, nous nous sommes rendus compte, lorsque nous demandions aux consultants quels avaient été leurs objectifs, que ces derniers n'étaient pas toujours opérationnels. Cela a engendré une difficulté dans l'évaluation quantitative de l'atteinte des objectifs, les objectifs n'étant pas toujours suffisamment précis. Ce manque de précision peut s'avérer être également une difficulté pour le consultant dans la mise en place de changements comportementaux. L'objectif fixé doit être facile à atteindre pour le consultant et précis.

Les pourcentages varient très fortement. C'est pourquoi les moyennes en sont peu représentatives. Il est plus intéressant de s'intéresser aux médianes concernant l'atteinte des objectifs. On s'aperçoit alors que le pourcentage médian le plus faible est observé pour l'activité physique et le plus élevé dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Les objectifs en matière d'activité physique seraient plus facilement atteignables que ceux fixés dans les domaines de l'alimentation et de la santé bucco-dentaire.

Les ateliers sont évoqués, le plus fréquemment, comme facteur déclencheur du changement comportemental avec l'envie, la motivation, de se maintenir en bonne forme physique. Les freins à la mise en place d'objectifs et à la non fixation d'objectifs est principalement d'ordre motivationnel ce qui relance les questions de la motivation à la pré-inclusion.

5.2.2 Effets collatéraux

Concernant la « note de santé perçue » par les consultants, nous ne pouvons affirmer que celle-ci soit modifiée significativement ($p=0.065$). Cependant, le risque d'affirmer « à tort » qu'il y existe une réelle évolution avant et après la participation aux deux ateliers avoisine les 5%. On peut se demander ce que cela aurait pu produire sur un échantillon plus grand en émettant l'hypothèse que la santé perçue (pour les individus déclarant une note de santé perçue initiale inférieure à 7) des consultants puisse être affectée par leur participation aux ateliers.

Discussion

Parmi les effets collatéraux déclarés par les 8 consultants concernés, il est intéressant de noter qu'ils sont de nature positive pour 7 d'entre eux. Les ateliers ont profité indirectement à l'entourage des participants.

5.2.3 Expression de besoin d'un complément aux ateliers

Quatorze individus auraient souhaité bénéficier d'une suite à ces ateliers. Cependant, 8 l'affirment spontanément alors que 6 n'y avaient pas pensé avant qu'on ne leur pose la question. Les deux formes d'aide le plus souvent évoquées sont un coaching avec une diététicienne ou avec un éducateur médico-sportif, mais les deux types d'aide n'ont jamais été cités conjointement. Un type d'aide spécifique n'est donc pas clairement établi.

5.3 Analyse critique de l'évaluation menée

5.3.1 Limites de notre évaluation

- Liées à la nature de l'étude et à l'enquêteur

L'étude menée, rétrospective, faisant appel à la mémoire des consultants, constitue un faible niveau de preuve. La population atteinte par l'étude, de 30 individus, est faible, mais étudiée avec des méthodes en séries appariées, peut s'avérer être puissante.

La catégorisation des résultats dépendait du jugement, quoiqu'inspirée par une catégorisation réalisée par le Cétaf, de l'enquêteur. Cela peut influencer les résultats.

- Liées à des facteurs externes aux ateliers

Les changements observés ne peuvent être attribués à l'action seule des ateliers. En effet, des conseils minimaux dans les champs étudiés sont effectués par les professionnels de santé, lors de l'examen périodique de santé. Il serait intéressant de comparer un groupe témoin ayant bénéficié de l'EPS seul à un autre groupe ayant participé aux ateliers en plus de l'EPS.

Aussi, dans un autre ordre d'idées, on a pu constater que, dans les leviers et les freins évoqués par les consultants, intervenait le milieu extérieur.

- Liées aux indicateurs utilisés

Une difficulté a été rencontrée lorsque nous avons voulu évaluer le pourcentage d'atteinte des objectifs, comme évoqué ci-avant, par le manque d'opérationnalité des objectifs fixés par certains consultants.

Aussi, les indicateurs choisis peuvent être discutés, notamment ceux utilisés pour la comparaison pré et post-ateliers. En effet, ceux-ci sont issus d'une source de données, exception faite pour la note de santé, non prévue à l'usage d'une évaluation. Car, rappelons-le, le questionnaire utilisé est constitué de questions ouvertes afin d'ouvrir le dialogue entre les professionnels de santé et les consultants sur les thématiques choisies et pour la dispensation de conseils minimaux et/ou la pré-inclusion dans les ateliers d'éducation en santé. Les questions ouvertes ont rendu la catégorisation des résultats fastidieuse car les réponses étaient très variables et ne contenaient pas toujours tous les éléments permettant d'en faire une analyse fine. Par exemple, pour la catégorisation de l'activité physique, la fréquence et la durée de la pratique étaient rarement évoquées. De même, l'effet de classes « faible-moderée-intense » ne laisse pas percevoir les variations peu importantes.

Cela met en cause la fiabilité (précision notamment) et la sensibilité des indicateurs. Cela ne peut être détaché, également, de la complexité de l'objet de l'étude que constituent les comportements.

On regrette de ne pouvoir comparer les IMC des participants, afin d'en analyser l'évolution. En effet, la prise en charge de ces examens, par la CPAM, suivant une périodicité de 5 ans,

Discussion

exceptionnellement un an, une mesure transversale répétée tous les ans ou tous les 6 mois est impossible si on veut que celle-ci soit réalisée toujours dans le même contexte, c'est-à-dire au cours de l'examen périodique de santé.

- Liées aux acteurs évalués

Lors de notre évaluation, nous nous sommes intéressés aux participants et aux intervenants des ateliers. Cependant, aucune évaluation n'a été menée auprès des infirmières pré-incluant les consultants dans les ateliers. C'est elles qui proposent les ateliers et constituent un point clé dans le processus du programme, en ce qui concerne les ateliers. Nous avons vu combien cela était important pour que les ateliers soient adaptés aux participants et leur permettent d'aboutir à des changements de comportement.

5.3.2 Points forts de notre évaluation

- Taux de participation à l'étude

Toutes les personnes contactées ont participé à l'étude sauf pour un individu que nous n'avons réussi à joindre. De plus, l'enquêteur n'a pas rencontré de difficultés dans le déroulement des entretiens. Les consultants ont pris facilement rendez-vous et étaient très dynamiques dans l'ensemble. Cela peut traduire également la satisfaction des participants au programme.

- Entretiens téléphoniques

Les entretiens téléphoniques ont permis à l'enquêteur de demander aux participants des précisions lorsque les réponses de ceux-ci étaient incomplètes. Cela n'aurait pu être fait si l'évaluation avait été menée par le biais d'auto-questionnaires.

De plus, certains participants ont évoqué le fait que l'entretien téléphonique a relancé leur motivation à produire des changements.

- Exploitation détaillée des réponses

Le fait que l'échantillon ait été petit a permis une exploitation fine des réponses apportées. Le traitement des données s'est fait le plus souvent, manuellement.

5.4 Perspectives

L'étude menée n'a pu approuver statistiquement des changements comportementaux significatifs mais des études randomisées tendent à affirmer l'efficacité de certaines interventions dans ces domaines. En effet, une revue systématique de 9 études entre 1996 et 2006 (20) effectuée pour une population répondant à des critères d'inclusion similaires aux nôtres a été réalisée. Cette étude, publiée en 2008, relate des résultats positifs produits à l'issue de quatre études. Ces dernières concernaient des interventions traitant, dans un cas, de l'alimentation seule, et dans les trois autres cas, d'interventions mêlant activité physique et alimentation. Leurs évaluations étaient produites pour deux d'entre elles à court terme (3 mois à 1 an) et à long terme pour les deux autres. Cette étude avait pour objectif d'identifier les interventions efficaces dans la littérature, en matière de prévention primaire de l'obésité, décrites et révisées par des pairs.

Il est intéressant de noter qu'une petite étude (Leemarkers et al.) (21), axée sur l'augmentation de l'exercice physique et la réduction de l'apport en graisses, avait les mêmes résultats significatifs en matière de diminution de l'IMC, que ce soit pour les individus ayant bénéficié de réunions en groupes que pour ceux ayant bénéficié d'appels téléphoniques rétroactifs. Les auteurs concluent avec prudence, du fait du faible nombre d'études prises en compte et de leur grande hétérogénéité en termes de conceptions des études et des populations ciblées, qu'il semblerait que les interventions durables et intensives, telles que celle de Howard et al (22),

Discussion

menant une intervention auprès de groupes entre 8 et 15 personnes, consistant en 18 rencontres au cours de la première année et 4 par an pour les autres années (l'intervention se déroule sur 7.5 années) soient susceptibles d'être efficaces.

Dans le cas de l'intervention que nous avons étudiée, le nombre d'ateliers ne peut être facilement augmenté en raison de l'encadrement national dans lequel figure le programme. En revanche, des entretiens téléphoniques post ateliers peuvent être réfléchis au vu des éléments issus de cette étude mais également des remarques effectuées par les participants à notre évaluation lors des entretiens téléphoniques.

5.5 Préconisations

5.5.1 Pour favoriser l'atteinte des objectifs opérationnels des ateliers

Les intervenants devront réaliser tous les tests indiqués dans les documents remis par le Cétaf pour que les consultants puissent prendre conscience, le plus fidèlement possible, de leur niveau de forme physique au cours du premier atelier.

Il serait intéressant de mener une étude complémentaire auprès des infirmières qui réalisent la pré-inclusion. En effet, il semblerait que des problèmes soient rencontrés à ce stade. Un recadrage semble nécessaire au sujet de l'évaluation des stades motivationnels mais aussi des modalités de participation et du contenu des ateliers, lorsque celles-ci les proposent aux consultants. La formation à venir, pourrait prendre en compte ces éléments nouvellement apportés. Il est important que l'offre corresponde à la demande pour améliorer l'atteinte des objectifs de la population ciblée.

Dans un autre ordre d'idées, un manque de précision des objectifs des consultants a été constaté quand ceux-ci s'en étaient fixés. Il faudrait donc veiller à ce que chaque participant se fixe au moins un objectif et que celui-ci soit le plus opérationnel possible et soit atteignable, en donnant aux consultants des consignes claires sur la nécessité de quantifier leurs objectifs (durée, fréquence), quand cela est possible.

Le besoin de complément post-atelier avec une diététicienne ou un éducateur médico-sportif doit être confirmé sur un échantillon plus grand. En outre, tout atelier ou activité complémentaires ferait appel à des financements complémentaires. A défaut, de pouvoir le mettre en place, on pourrait réfléchir à la diffusion d'un carnet d'adresses, de praticiens partenaires dans les champs visés.

5.5.2 Pour la réalisation d'évaluations en routine

Pour l'évaluation de satisfaction des consultants, déjà existante, il serait intéressant de prendre en considération celle des consultants n'ayant bénéficié que du premier atelier. Pour ce faire, il faudrait subdiviser le questionnaire initial en deux et collecter les questionnaires complétés pour chaque atelier afin d'avoir la satisfaction de tous les consultants.

Une évaluation d'efficacité des ateliers de routine pourrait être mise en place. Un questionnaire pourrait être rempli au début de chaque atelier avec une partie « connaissances » et une partie « pratiques ». En matière de pratiques, nous pourrions reprendre le questionnaire de Ricci et Gagnon pour catégoriser l'activité physique pratiquée ; les enquêtes alimentaires pourraient, quant à elles, être de l'ordre d'un « rappel des 24 heures » ou de questions portant sur la fréquence de consommation de certains groupes d'aliments. Pour les pratiques dans le domaine bucco-dentaire, une question pourrait être posée sur l'hygiène bucco-dentaire avec la fréquence de brossage des dents et une autre sur la régularité du suivi, avec la fréquence de visite chez un dentiste.

6 Conclusion

Les résultats obtenus attestent de l'utilité du programme avec près d'un changement comportemental déclaré sur deux, bien que la taille de notre échantillon soit faible, et qu'il n'est possible de conclure, de façon statistique, à des changements. Il paraît essentiel, à présent, de définir des indicateurs fiables et sensibles afin d'évaluer plus efficacement les effets des ateliers en comparant les comportements de façon plus précise. C'est l'ambition qu'a la structure. Celle-ci sera novatrice en la matière. L'évaluation proposée pourra être réalisée dans les autres CES proposant ces mêmes ateliers d'éducation en santé. Le grand échantillonnage donnera alors une puissance statistiquement intéressante à une évaluation d'ordre national.

Index des tables

| | |
|---|----|
| Tableau I : Critères et indicateurs retenus pour l'évaluation du processus du programme, concernant les ateliers d'éducation en santé | 12 |
| Tableau II : Critères et indicateurs retenus pour l'évaluation des effets des ateliers d'éducation en santé sur les consultants | 15 |
| Tableau III : Modalités de catégorisation des données recueillies | 17 |
| Tableau IV : Comparaison des modalités de mise en œuvre du programme au niveau national et celles réalisées à l'UC-CMP de Vandoeuvre | 19 |
| Tableau V : Comparaison de la satisfaction générale des consultants vis-à-vis des ateliers pour les trois thématiques, entre l'ensemble des CES et l'UC-CMP de Vandoeuvre | 20 |
| Tableau VI : Caractéristiques principales de la population étudiée | 21 |
| Tableau VII : Comparaison, avant et trois mois après les ateliers, des réponses catégorisées des participants au questionnaire « Mieux Vous Connaître » | 22 |
| Tableau VIII : Description de l'atteinte des objectifs fixés par les consultants dans les trois domaines ciblés | 23 |

Index des illustrations

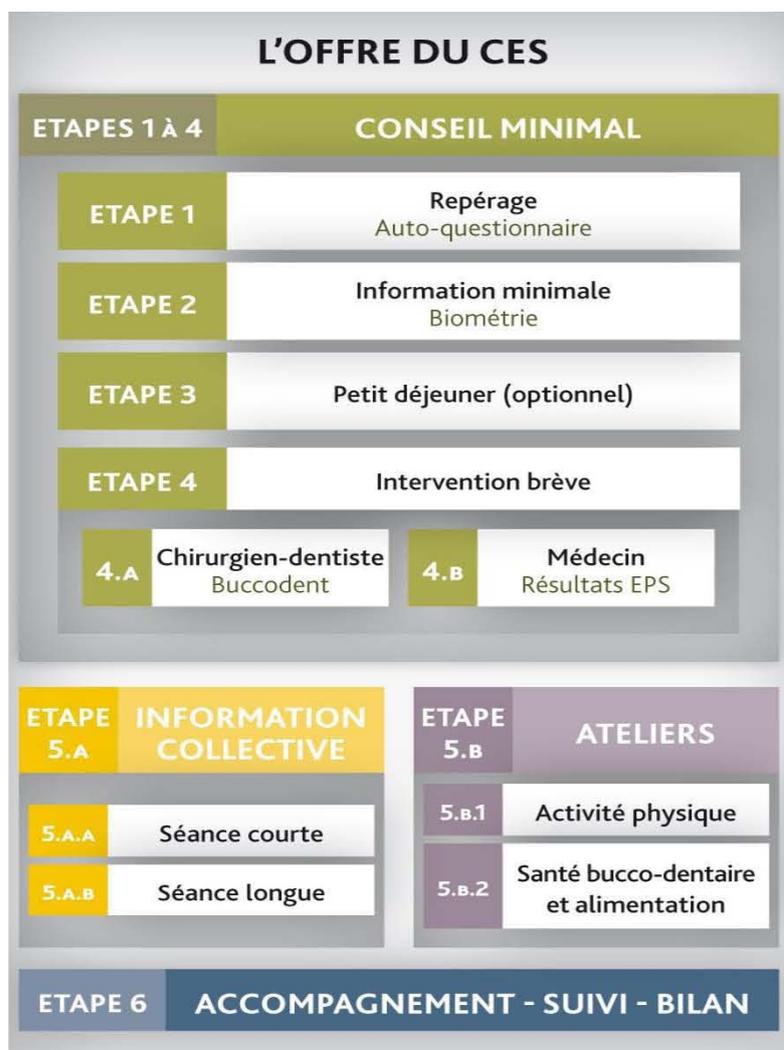
| | |
|---|----|
| Illustration 1 : Schéma d'inclusion d'un consultant dans les ateliers d'éducation en santé | 11 |
| Illustration 2 : Description de la répartition des consultants ayant fixé ou non des objectifs dans les trois domaines ciblés | 23 |

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Aide mémoire n°311. Centre des médias. [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
2. Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales. Obésité : un fléau qui prend du poids. Le bulletin de l'ORSAS. Décembre 2013 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.orsas.fr/actualites/38-bulletin-orsas-n%C2%B05-d%C3%A9cembre-2013.html>
3. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Synthèse des recommandations de bonne pratique [Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf
4. INSERM, KANTAR HEATH, ROCHE. Obépi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. [Internet]. Available from: http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf
5. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015 [Internet]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
6. Agence Régionale de la Santé de Lorraine. Prise en charge de l'obésité : mise en ligne d'un outil pour les soignants [Internet]. 2012. Available from: <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Prise-en-charge-de-l-obesite.146138.0.html>
7. INPES. Référentiel de compétences en éducation pour la santé [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 3]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>
8. Direction Générale de la Santé. Loi relative à la politique de santé publique 9 août 2004. Objectifs et Enjeux [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar 14]. Available from: www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Brochure_dgs.pdf
9. L'Assurance Maladie. Sécurité Sociale. Ameli.fr. L'assurance maladie en ligne [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 14]. Available from: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differents-regimes-de-l-assurance-maladie.php>
10. HAS. Maladies chroniques : une vision renouvelée du parcours de soins. Lettre d'information de la HAS n°33 [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 14]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins
11. Conseil de la CNAMTS. Contribution de l'Assurance Maladie à la politique de santé et de prévention. Note d'orientations. 2004.

12. Haut Conseil de la Santé Publique. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Rapport. [Internet]. 2009. Available from: http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcsp20090325_ConsultPrev.pdf
13. Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé. Le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé [Internet]. [cited 2014 Mar 2]. Available from: https://www.cetaf.fr/ged.php?login=vvv&catagenda=678404593d4722c&pk_organ=9&pkcatag=5244
14. Ministère de la Santé et des Solidarités. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan national Bien Vieillir 2007–2009 [Internet]. Available from: http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
15. Aschcroft A, Harris R, Dailey Y. One-to-one dietary interventions undertaken in a dental setting for a change in dietary behaviour and the prevention of dental caries and erosion (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD006540. DOI: 10.1002/14651858.CD006540
16. Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé. Evaluation : planning de remontée des données d'activité et des questionnaires de satisfaction.
17. Espace Régional de Santé Publique de Rhône-Alpes. L'EVALUATION en 9 étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social. [Internet]. 2008. Available from: http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_08.pdf
18. Beaud B, Fournier B, Aubry C, Henny J. Santé perçue et grossesse : Etude de quelques déterminants comportementaux et environnementaux dans une population de femmes enceintes. Santé Publique. 1998;10:49–70.
19. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. L'enregistrement des conversations téléphoniques sur le lieu de travail [Internet]. Available from: <http://www.cnil.fr/documentation/fiches-pratiques/fiche/article/enregistrement-des-conversations-telephoniques-sur-le-lieu-de-travail/>
20. Lemens V.E.P.P, Oenema A, Klepp KI, Henriksen HB, Brug J. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. Obesity reviews. 2008;9:446–455.
21. Leemarkers EA, Jakicic JM, Viteri J., Wing RR. Clinic-based vs home based interventions for preventing weight gain in men. Obes Res. 1998;6:346–352.
22. Howard BV, Manson JE, Stefanick MI, Beresford SA, Frank G, Jones B., Rodabough R., Snetselarr I, Thomson C., Tinker L, Vitolins M., Prentice R. Low fat dietary pattern and weight change over 7 years: the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. JAMA. 2006;295:39–49.

ANNEXE I : LES QUATRE ETAPES DU PROGRAMME



ANNEXE II : LE QUESTIONNAIRE « MIEUX VOUS CONNAITRE »



Merci de le remettre complété à la secrétaire

Questionnaire « Mieux vous connaître »

Bouger, manger, se brosser les dents sont des actes habituels que nous réalisons au quotidien, parfois sans en mesurer l'importance pour maintenir notre état de santé.

A titre expérimental, votre CES a mis en place un programme de conseils et d'accompagnement adapté. Ce questionnaire vous permettra de faire le point et d'échanger avec des professionnels de santé, tout au long de votre parcours au CES.

Votre activité physique

1. Dans votre vie de tous les jours, quelle(s) activité(s) physique(s) ou sportive(s) pratiquez-vous ?

2. Quand vous « bougez » que ressentez-vous ?

Votre alimentation

3. Que pensez-vous de vos habitudes alimentaires ?

Votre santé dentaire

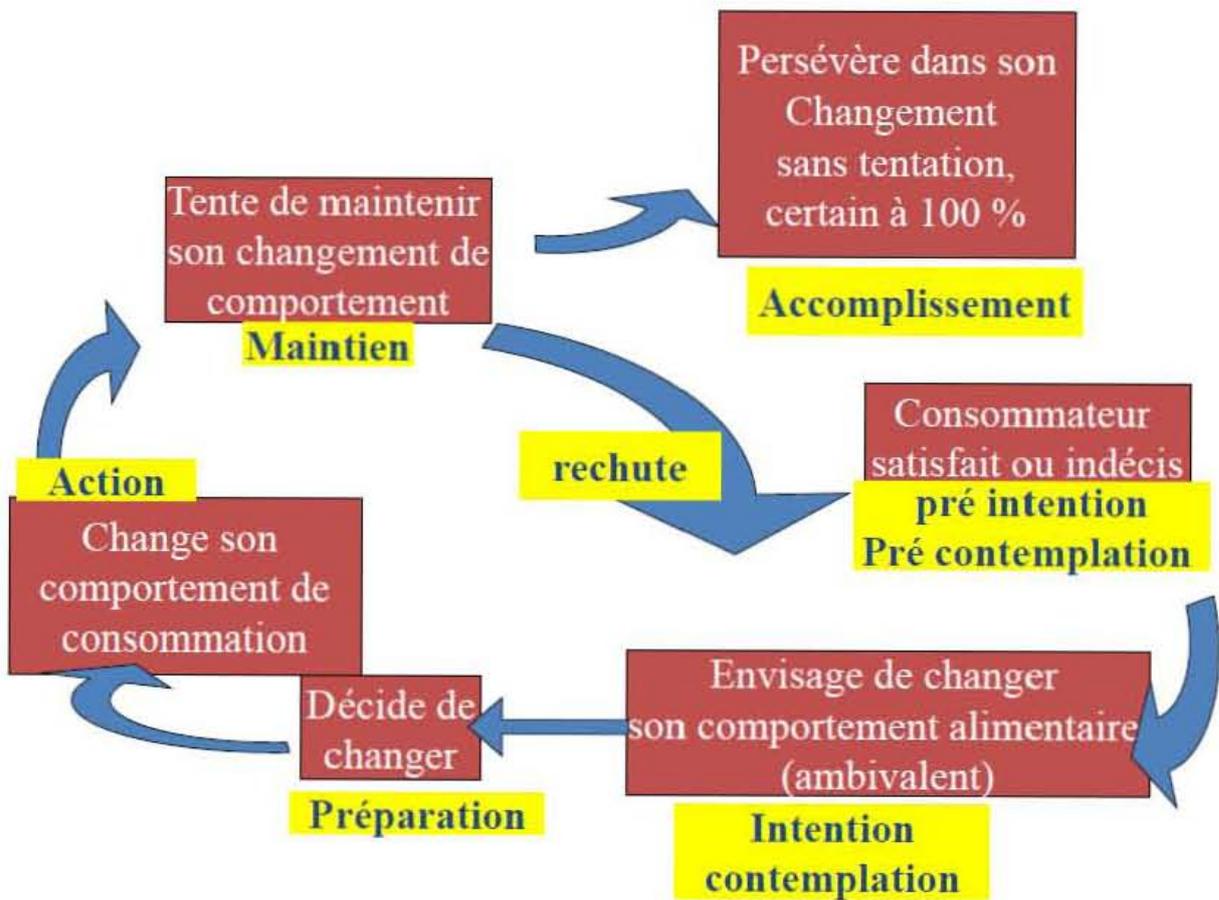
4. Que pensez-vous de l'état de vos dents ?

Partie à remplir par le CES

| | | | | | | | | | |
|--------|-----|---|---|----|------|----|-----|-----|---------|
| N° CES | EES | J | S | CV | Alim | BD | ICC | ICL | Atelier |
|--------|-----|---|---|----|------|----|-----|-----|---------|



ANNEXE III : LE PROCESSUS DE CHANGEMENT (PROCHASKA ET DI CLEMENTE) ¹



¹ : Document issu de la documentation du Cétaf-CES de Lille

ANNEXE IV : DESCRIPTION SYNTHETIQUE DU CONTENU DES ATELIERS ET DES MOYENS PEDAGOGIQUES UTILISES PAR LES INTERVENANTS

| Atelier 1 (durée : 2h30) | Atelier 2 (durée : 3h) | |
|---|--|---|
| <p>Activité physique <u>Objectif spécifique :</u> Evaluer son niveau de forme. Identifier les points à prendre en compte pour l'améliorer par une pratique régulière d'une activité physique.</p> | <p>Santé bucco-dentaire <u>Objectif spécifique :</u> Comprendre l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et du suivi annuel.</p> | <p>Equilibre alimentaire <u>Objectif spécifique :</u> Identifier les points à prendre en compte pour stabiliser son poids et tendre vers un équilibre alimentaire.</p> |
| <p><u>Contenu :</u> Eléments abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressentis, représentations - avantages (bienfaits) - inconvénients (freins) - intensité - conseils | <p><u>Contenu :</u> Eléments abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hygiène - hérédité - lien avec la santé - lien avec l'alimentation - régularité du suivi | <p><u>Contenu :</u> Eléments abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - besoins physiologiques - bilan énergétique, - différents groupes d'aliments - comment équilibrer son alimentation. |
| <p><u>Animations :</u> Evaluation de la condition physique des consultants à l'aide de tests sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la souplesse - la force musculaire - l'équilibre dynamique et l'agilité - l'endurance (test de la marche (6 minutes) avec l'utilisation de l'échelle de Borg | <p><u>Animations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Photolangage : « choisissez 1 à 2 photos en fonction de ce que les dents évoquent pour vous » - Simulation brosse de dents sur une grosse mâchoire en plastique. | <p><u>Animation :</u> -Jeu de cartes, « construire sur une journée votre alimentation type (petit déjeuner, déjeuner, repas, entre les repas) ».</p> |
| <p><u>Pour les 3 thématiques :</u> formulation d'objectifs à atteindre en fin de séance. Supports distribués aux consultants : le « passeport forme » et le « cahier pratique » élaborés par le Cetaf, en plus des brochures, élaborées dans le cadre du PNNS, mises à disposition.</p> <p>Support méthodologique des animatrices : « kit méthodologique » (document Cetaf)</p> | | |

ANNEXE V: VERSO PERSONNALISE DU QUESTIONNAIRE MVC,
UTILISE POUR LA PRE-INCLUSION DES CONSULTANTS

**ETIQUETTE
PATIENT**

> **A remplir par l'infirmière du CMP :**

Nom de l'IDE :

- IMC compris entre 25 (ndu) et 29.9 (nda) : Oui IMC = Non
- Maîtrise la langue française : Oui Non
- Suivi pour diabète Non Oui
- Suivi pour HTA Non Oui
- Suivi pour Hypercholestérolémie Non Oui

↓
5 cases cochées
 PATIENT ELIGIBLE

↓
1 case cochée ou +
 PATIENT NON ELIGIBLE

⇨ **SI PATIENT ELIGIBLE**

Lui proposer de participer aux 2 ateliers collectifs (10 personnes par atelier). Le 1^{er} atelier collectif porte sur l'activité physique, et le 2^{ème} atelier sur l'alimentation et la santé bucco-dentaire. Ils ont pour objectif d'accompagner et d'aider les patients à mettre en place les changements souhaités.

Le patient est intéressé par au moins 1 atelier

PATIENT PRE-INCLUS

Le patient n'est pas intéressé par les ateliers

PATIENT NON PRE-INCLUS

MOTIF : Pas motivé

Autre :

⇨ **SI PATIENT PRE-INCLUS**

- Numéro de téléphone auquel le patient peut être joint : **Port** : ____ / ____ / ____ Fixe ____ / ____ / ____
 - Adresse mail :
 - Horaires auxquels le patient peut être joint :
 - Le patient accepte que son médecin traitant soit informé de sa participation aux ateliers : Oui Non
- Si « Oui », merci d'indiquer les coordonnées du médecin traitant :

Dr

Adresse :

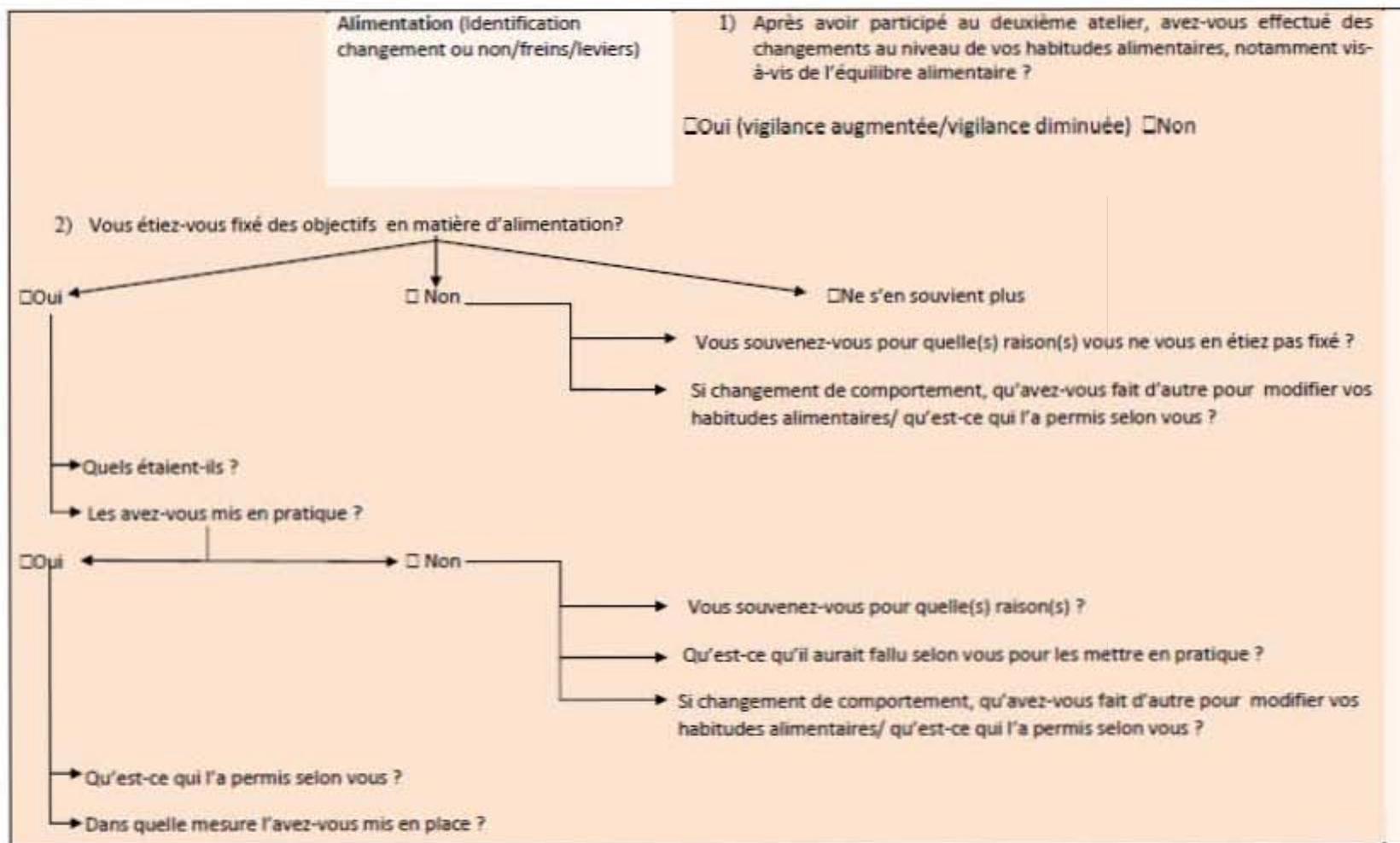
> **A compléter par le DASPP et l'équipe Education en Santé :**

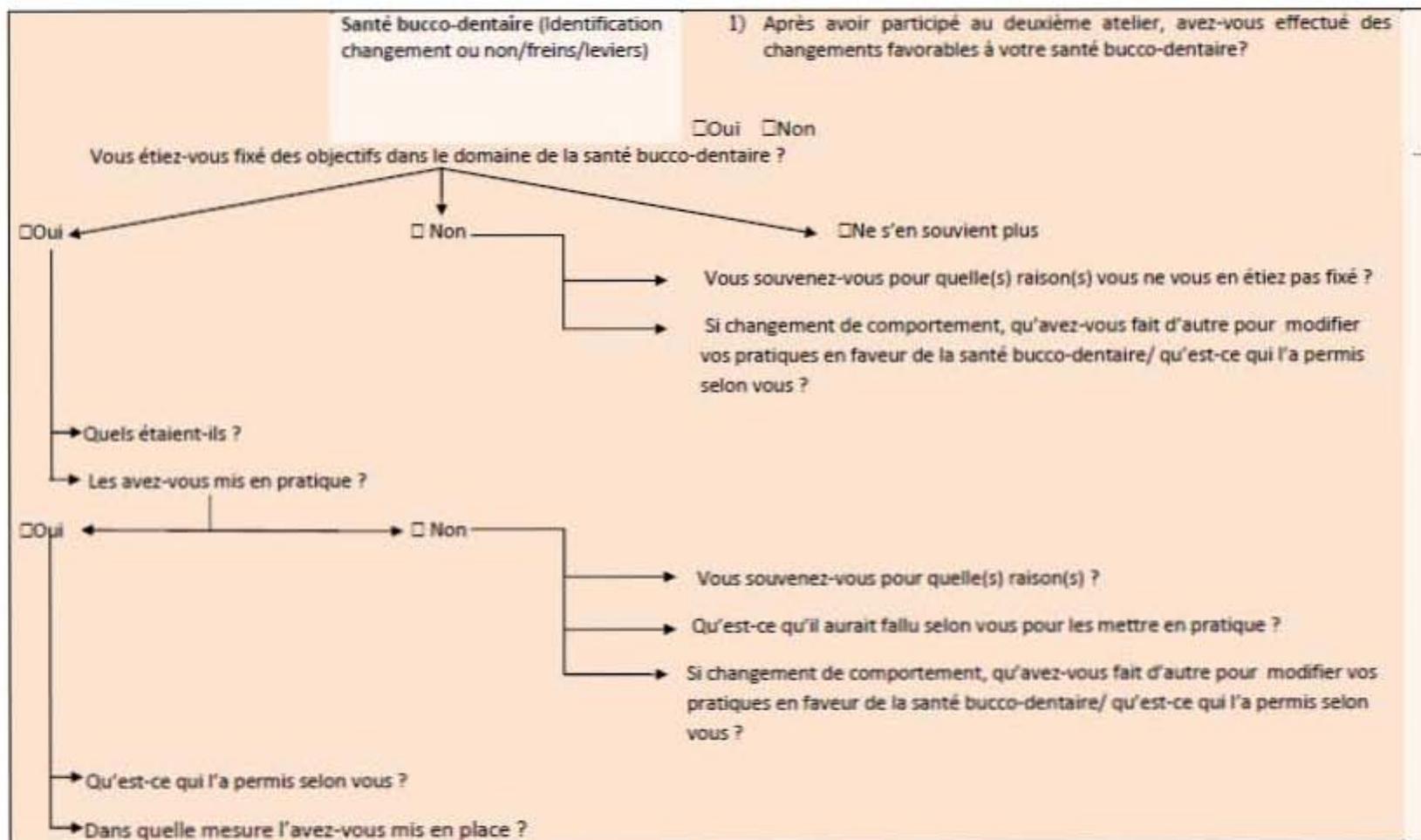
Suite appel téléphonique du ____ / ____ / ____ **PATIENT ACCEPTE** **INCLUS** **PATIENT REFUSE** **NON INCLUS**

| DATES | NOTES | INITIALES |
|-------|-------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|--|--|
| indicateurs 3 mois après) | | 2) Quand vous « bougez » que ressentez-vous ? 3) Que pensez-vous de vos habitudes alimentaires ? 4) Que pensez-vous de l'état de vos dents ? |
| Réponses : | | |
| 1) | | |
| Intensité pratique : <input type="checkbox"/> intense <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> faible | | |
| 2) | | |
| Ressenti : <input type="checkbox"/> négatif-neutre <input type="checkbox"/> sans avis <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> positif et négatif | | |
| 3) | | |
| Description : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif et négatif <input type="checkbox"/> non évoqué | | |
| Consommation (groupe(s) alimentaire(s) éventuellement cité(s)) : | | |
| 4) | | |
| Perception SB : <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> non évoquée | | |
| Besoin de soins : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (en cours ou réalisés) <input type="checkbox"/> non évoqué | | |
| Suivi : <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> occasionnel (quand douleurs) <input type="checkbox"/> pas de suivi <input type="checkbox"/> non évoqué | | |
| Hygiène : <input type="checkbox"/> brossage régulier <input type="checkbox"/> non régulier <input type="checkbox"/> non évoqué | | |
| Note de Santé : (Objectifs : Voir s'il y a eu un impact sur ressenti état bonne santé) | | A combien estimez-vous votre état de santé, compte tenu de votre âge, si vous deviez vous donner une note de 0 à 10 ? 0 étant égal à mauvaise et 10 à très bonne. Réponse : ... |

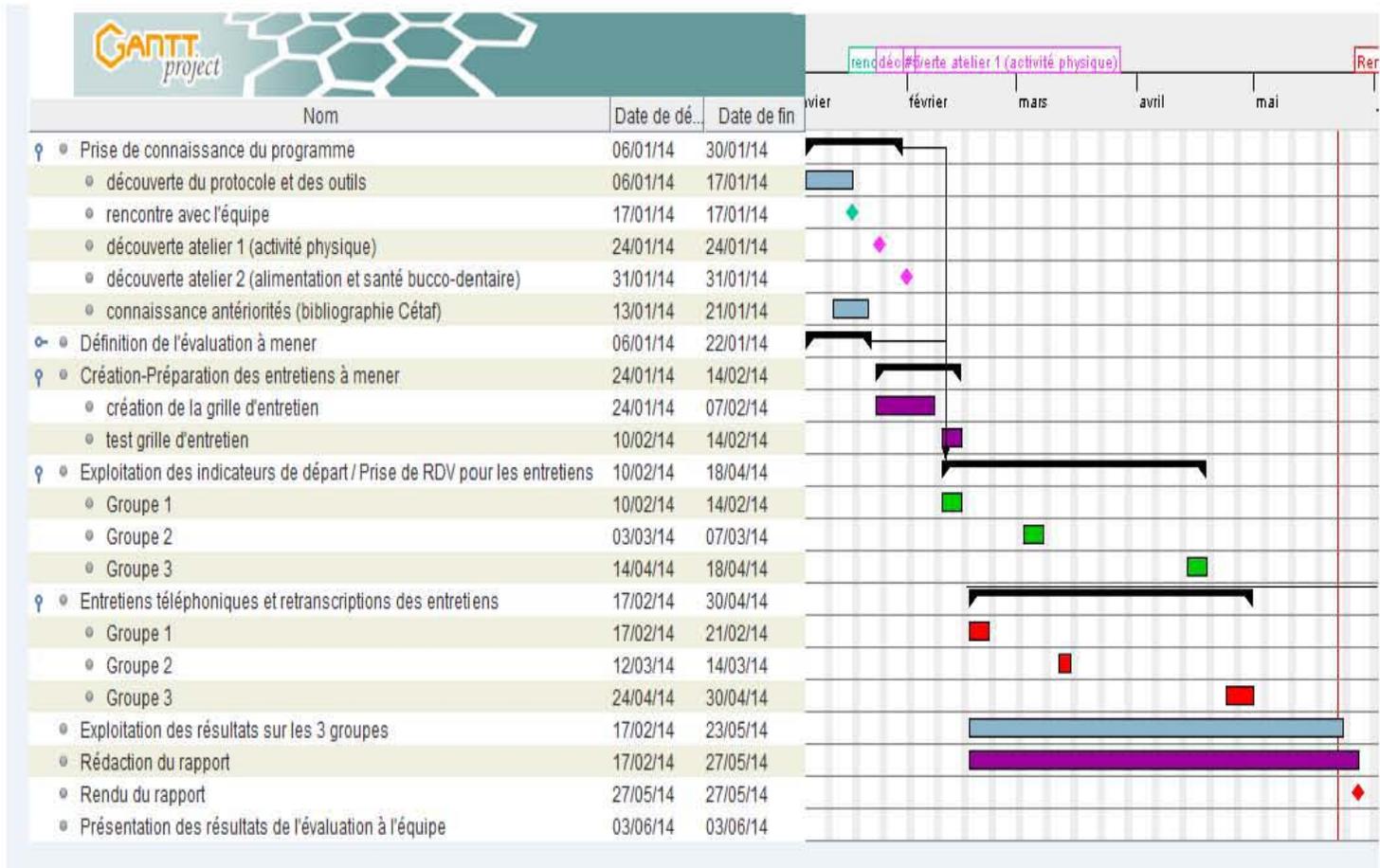
| Changements comportementaux déclarés par les consultants | Activité Physique (Identification changement ou non/freins/leviers) | 1) Y-a-t-il eu des changements au niveau de votre activité physique après cet atelier ? |
|---|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> Oui (régression/augmentation) <input type="checkbox"/> Non |
| | | 2) Lors de l'atelier « Activité physique », vous étiez-vous fixé des objectifs ? |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne s'en souvient plus |
| | | Vous souvenez-vous pour quelle(s) raison(s) vous ne vous en étiez pas fixé ? Si changement de comportement, qu'avez-vous fait d'autre pour modifier votre activité physique/ qu'est-ce qui l'a permis selon vous ? |
| Quels étaient-ils ? | | |
| Les avez-vous mis en pratique ? | | |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| | | Vous souvenez-vous pour quelle(s) raison(s) ? Qu'est-ce qu'il aurait fallu selon vous pour les mettre en pratique ? Si changement de comportement, qu'avez-vous fait d'autre pour modifier votre activité physique/ qu'est-ce qui l'a permis selon vous ? |
| Qu'est-ce qui l'a permis selon vous ? | | |
| Dans quelle mesure l'avez-vous mis en place (nombre de fois par semaine/nouvelles activités)? | | |





| | | |
|---|---|---|
| | <p>Motivation à poursuivre les efforts de changements comportementaux et évaluation de l'évolution de la motivation (issue ateliers/3 mois après)</p> | <p>Sur une échelle de 0 à 10 quelle était votre motivation à changer à l'issue des ateliers pour l'ensemble des thématiques (activité physique, alimentation, domaine bucco-dentaire) (0 étant « absolument pas motivé » et 10 étant « fortement motivé »)</p> <p>Réponses :</p> <p>A combien estimez-vous votre motivation à poursuivre ces changements à l'heure actuelle ?</p> <p>Réponses :</p> |
| <p>Besoin suivi-bilan-orientation (objectif : déterminer si une suite serait nécessaire)</p> <p>Réponses :</p> <p>1)</p> <p><input type="checkbox"/>Totalemnt <input type="checkbox"/>En partie <input type="checkbox"/>Pas dut tout</p> <p>2)</p> <p><input type="checkbox"/>autre forme d'aide : coaching tel/orientation vers diet/assoc/carnet d adresses de pros</p> <p><input type="checkbox"/>sur une thématique particulière :</p> <p><input type="checkbox"/>pas de besoin formulé</p> | <p>Identifier si une suite, un suivi serait à envisager, voire une orientation</p> | <p>1) Les ateliers ont-ils répondu à vos attentes ?</p> <p>2) Auriez-vous souhaité bénéficier d'une « suite » à ces ateliers ? Si oui, de quelle forme ? (un atelier sur une thématique particulière/ atelier bilan à 6 mois/ autre forme d'aide de type coaching tel avec diét ou un éducateur médico-sportif...)</p> |
| <p>Effets collatéraux sur d'autres comportements</p> <p>Réponses :</p> | | <p>Avez-vous modifié d'autres comportements ou les envisagez-vous (tabac pour fumeurs/alcool si consommation déclarée) ? Ces ateliers ont-ils eu d'autres effets dont nous n'aurions pas parlé ?</p> |

ANNEXE VII : PLANNING DE L'EVALUATION



ANNEXE VIII : RAPPORT D'ACTIVITE POUR L'ANNEE 2013

| | JANVIER | FEVRIER | MARS | T1 | AVRIL | MAI | JUIN | T2 | JUILLET | AOUT | SEPTEMBRE | T3 | OCTOBRE | NOVEMBRE | DECEMBRE | T4 | TOTAL |
|---|---------|---------|------|-----|-------|-----|------|-----|---------|------|-----------|-----|---------|----------|----------|-----|-------|
| Nombre de patients éligibles | 100 | 105 | 130 | 335 | 133 | 85 | 145 | 363 | 143 | 98 | 130 | 371 | 129 | 113 | 86 | 328 | 1397 |
| Nombre de patients pré inclus | 3 | 31 | 41 | 75 | 32 | 27 | 44 | 103 | 44 | 32 | 25 | 101 | 29 | 15 | 22 | 66 | 345 |
| Nombre de patients inclus | 4 | 18 | 4 | 26 | 24 | 18 | 18 | 60 | 0 | 20 | 14 | 34 | 22 | 7 | 6 | 35 | 155 |
| Nombre d'ateliers | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Activité Physique | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 8 |
| Equilibre alimentaire + Hygiène Bucco-dentaire | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 8 |
| Nombre d'inscrits | 10 | | 14 | 24 | | 13 | 16 | 29 | 0 | 0 | 16 | 16 | 16 | 16 | 19 | 51 | 120 |
| Nombre de participants | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atelier Activité Physique | 8 | | 9 | 17 | | 9 | 9 | 18 | 0 | 0 | 6 | 6 | 11 | 8 | 10 | 29 | 70 |
| Atelier Equilibre alimentaire + Hygiène Bucco-dentaire | 6 | | 5 | 11 | | 9 | 6 | 15 | 0 | 0 | 4 | 4 | 7 | 8 | 8 | 23 | 53 |
| A au moins 1 atelier | 8 | | 9 | 17 | | 9 | 9 | 18 | 0 | 0 | 6 | 6 | 11 | 8 | 10 | 29 | 70 |

ANNEXE IX : OBJECTIFS EDUCATIONNELS ET SCHEMAS PEDAGOGIQUES DES ATELIERS D'EDUCATION EN SANTE

| | |
|---|--|
| <p><u>Activité Physique :</u></p> <p>1 Faire de l'activité physique un moment d'échange et de convivialité. / Inscrire la marche dans l'activité physique habituelle.</p> <p>2 S'appuyer sur le vécu du test de la marche pour faire s'exprimer les personnes sur leur perception de l'effort. /Faire s'exprimer les participants sur les freins et leviers d'une activité physique régulière.</p> <p>3 Faire ressortir les bénéfices de l'activité physique. / Permettre d'identifier les points à prendre en compte pour l'améliorer par une pratique régulière./ Faire le lien avec les autres thématiques.</p> <p>4 Permettre à la personne d'évaluer son niveau de forme. / Encourager à la pratique en toute sécurité pour contribuer à améliorer l'endurance cardiorespiratoire et musculaire, la force et la souplesse, l'équilibre et la qualité de vie.</p> <p>5 Aider la personne à trouver par elle-même les moyens et solutions au quotidien lui permettant de modifier son activité physique.</p> <p>6 Aider la personne à identifier les ressources locales sur lesquelles s'appuyer pour mettre en oeuvre son projet personnel. /Rappeler le rôle du médecin traitant.</p> | <p>Test de la marche. Remue-méninges Valorisation des savoirs / Transfert de connaissances. Administration de tests collectifs de la condition physique. Définition d'objectifs personnels pragmatiques, accessibles, atteignables, notamment pour les publics confrontés à des contraintes d'ordre socioéconomique.</p> |
| <p><u>Alimentation :</u></p> <p>1 Faire émerger et valoriser les différences dans les pratiques alimentaires.</p> <p>2 Permettre aux participants de s'approprier les connaissances et les compétences nutritionnelles utiles pour promouvoir la santé.</p> <p>3 Aider la personne à identifier UN SEUL point à prendre en compte pour stabiliser la situation du moment et tendre vers un équilibre alimentaire./ Aider la personne, en s'appuyant sur les acquis du groupe, à trouver par elle-même les moyens et solutions au quotidien permettant d'avoir une alimentation la mieux adaptée possible à sa situation et à ses besoins.</p> | <p>Faire s'exprimer les personnes. Valorisation des savoirs et pratiques, Transfert de connaissances. Construire avec les participants des réponses adaptées à leurs besoins et à leurs attentes.</p> |
| <p><u>Bucco-dentaire :</u></p> <p>1 Faire prendre conscience de l'importance des dents dans la vie de tous les jours /Importance des composantes et moyens d'une bonne santé dentaire. /Recommandations pour la santé bucco-dentaire./ M'T dents./ Droits aux soins et devoirs.</p> <p>2 Aider la personne à identifier les points à prendre en compte pour améliorer sa santé bucco-dentaire. /Aider la personne à trouver par elle-même les moyens et solutions adaptés à sa situation et à ses besoins.</p> | <p>Faire s'exprimer la personne Remue-méninges, valorisation des savoirs et pratiques, transfert de connaissances. Fixation d'objectifs personnels.</p> |

ANNEXE X : LES TROIS COMPETENCES A MOBILISER POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION EN SANTE, DANS LE CADRE D'UNE ACTION COLLECTIVE

| Finalité: Favoriser, par des actions éducatives collectives, une prise de conscience et un renforcement des capacités d'agir pour préserver et améliorer sa santé | |
|--|---|
| Activités dans lesquelles se révèlent les compétences | Compétences requises pour la fonction |
| <p>Aide à la prise de conscience des représentations et des facteurs influençant sa santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibiliser et mobiliser les acteurs et s'impliquer dans un travail pluridisciplinaire et coopératif. ■ Constituer l'équipe projet. ■ Définir les priorités et les objectifs en lien avec les acteurs concernés. ■ Planifier les étapes et le suivi du projet en lien avec les acteurs concernés. ■ Identifier les moyens humains, financiers et matériels à mobiliser. ■ Identifier si les conditions de réussite du projet ou de l'action sont réunies et, éventuellement, différer l'action pour en assurer le bon déroulement. ■ Présenter et justifier le projet aux différents acteurs impliqués. ■ Apporter des réponses aux questions des autres acteurs concernés. ■ Organiser et préparer les moyens et les ressources, y compris pédagogiques, nécessaires à la conduite de l'action. ■ Contribuer à la résolution d'imprévus. ■ Entretenir la mobilisation des acteurs impliqués dans le projet. | <p>Compétence 3.1</p> <p>Concevoir une démarche d'éducation pour la santé en collaboration avec d'autres acteurs professionnels.</p> |
| <p>Accompagnement de l'engagement éventuel dans la démarche d'éducation pour la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser et animer des échanges (débat, ateliers...) permettant aux personnes d'exprimer et de confronter leurs conceptions en matière de santé. ■ Repérer, à partir des réactions des personnes, leur compréhension des thèmes abordés. ■ Observer les attitudes, comportements et réactions des personnes pour ajuster son intervention. ■ Amener les personnes à découvrir d'autres modes de fonctionnement en matière de santé. ■ Aider les personnes à élaborer des hypothèses et des méthodes pour agir sur leur environnement. | <p>Compétence 3.2</p> <p>Amener les personnes, dans un cadre collectif, à identifier leurs conceptions, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé.</p> |
| <p>Mise en œuvre d'actions</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mobiliser les différentes ressources pour réaliser des actions planifiées. ■ Favoriser l'implication et la participation de chacun au sein du groupe en valorisant les expériences et en s'appuyant sur les ressources des personnes. ■ Repérer, à partir des réactions des personnes, leur compréhension des thèmes travaillés. ■ Ajuster son mode d'intervention en fonction des possibilités laissées par le cadre institutionnel. ■ Suggérer, le cas échéant, la rencontre avec d'autres professionnels (médecins, psychologues, etc.). | <p>Compétence 3.3</p> <p>Mettre en œuvre et animer, avec des groupes de personnes favorisant l'implication de chacun, des actions visant à la préservation de leur santé.</p> |

RESUME

Réduire la prévalence du surpoids, diminuer la sédentarité et favoriser l'équilibre alimentaire sont des objectifs prioritaires en Santé Publique.

En 2011, le Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy, sous l'impulsion de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, a mis en place un programme d'éducation en santé, pour ses consultants en surpoids, sur les thèmes de l'activité physique, l'alimentation et la santé bucco-dentaire. Ce mémoire rapporte l'évaluation des effets, produits sur les comportements des participants, des ateliers collectifs prévus dans ce programme. Une évaluation du processus et des effets (efficacité et impacts) a été réalisée à ces fins par le biais d'une revue des documents internes et d'une enquête auprès des participants. Les résultats de cette évaluation ont permis de formuler des recommandations pour la mise en place et l'amélioration des évaluations de routine et l'atteinte des objectifs opérationnels fixés par les consultants lors des ateliers.

MOTS CLEFS : PROGRAMME D'EDUCATION EN SANTE, EVALUATION DES EFFETS, SURPOIDS, COMPORTEMENT, VANDOEUVRE

ABSTRACT

To reduce the prevalence of overweight, to decrease the settled way of life and to favor well-balanced diets are priority objectives in Public Health.

In 2011, the Centre de Médecine Préventive in Vandoeuvre -lès- Nancy, under the leadership of the Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, has implemented a health education program for its consultants overweight on the themes of physical activity, nutrition and oral health. This thesis reports the evaluation of the effects, produced on the behavior of participants, of collective sessions planned within the framework. A process evaluation and impact (effectiveness and impact) was performed for these purposes through a review of internal documents and a survey with the participants. The results of this assessment led to formulate recommendations for the implementation and improvement of routine assessments and the achievement of the operational objectives fixed by the consultants during collective sessions.

KEYWORDS : HEALTH EDUCATION PROGRAM, EFFECTS ASSESMENT, OVERWEIGHT, BEHAVIOUR, VANDOEUVRE

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

UC-Centre de Médecine Préventive
3 rue du doyen Jacques Parisot
54500 Vandoeuvre-lès-Nancy