

# Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé

DOSSIERS SANTÉ EN ACTION

Sous la direction de  
EMMANUELLE HAMEL  
ÉMILIE BODET  
MARIE-JOSÉ MOQUET

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**  
éditions

## **Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé**





# Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé

Sous la direction de  
EMMANUELLE HAMEL  
ÉMILIE BODET  
MARIE-JOSÉ MOQUET



Direction de la collection **Thanh Le Luong**  
Édition **Gaëlle Calvez** puis **Mariane Borie**

**Institut national de prévention  
et d'éducation pour la santé**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cet ouvrage  
sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Hamel E., Bodet É., Moquet M.-J., dir.  
*Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé.*  
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2012 : 116 p.

ISBN 978-2-9161-9234-5

## **Cet ouvrage a été réalisé sous la direction de**

**Emmanuelle Hamel**, chef du département « Formation et ressources », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**Émilie Bodet**, chargée de mission en promotion de la santé, département « Qualité et labellisation », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**Marie-José Moquet**, médecin, chef du département « Qualité et labellisation », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

## Les auteurs

Les fonctions et structures d'appartenance des auteurs externes à l'Inpes datent de l'époque de la rédaction du texte de cet ouvrage et ont parfois changé depuis. Celles des experts internes ont été en revanche actualisées.

**Émilie Bodet**, chargée de mission en promotion de la santé, département « Qualité et labellisation », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**Linda Cambon**, directrice scientifique, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps\*) de Lorraine

**Emmanuelle Hamel**, chef du département « Formation et ressources », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**Jean-Marie Le Gall**, responsable de la Mission « Innovation, recherche et évaluation » (MIRE), association Aides

**Marie-Josèphe Logez**, déléguée au développement fédératif, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnés\*)

**Marie-José Moquet**, chef du département « Qualité et labellisation », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**Christian Rossignol**, directeur national des activités, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa\*)

## Les relecteurs

Les fonctions et structures d'appartenance des relecteurs externes à l'Inpes datent de l'époque de la relecture du texte de cet ouvrage et ont parfois changé depuis. Celles des relecteurs internes ont en revanche été actualisées.

**Virginie Auffret**, coordinatrice, Défi Santé Nutrition (Bretagne)

**Murielle Bauchet**, consultante et chargée d'enseignement EHESP, École des hautes études en santé publique (EHESP\*), Formation, études et évaluation en santé (FEES\*)

**Christian Chauvigné**, responsable du centre d'appui à l'assurance qualité, École des hautes études en santé publique (EHESP\*)

**Manuela Cheviot**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**René Demeulemester**, président de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes\*)

**Annick Fayard**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**Christine Ferron**, directrice, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps\*) de Bretagne

**Maryse Karrer**, chargée de mission « Développement des compétences et amélioration des pratiques », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes



**Annie-Claude Marchand**, chef du service « Prévention et promotion de la santé », Agence régionale de santé (ARS\*) Champagne-Ardenne  
**Marie-José Moquet**, chef du département « Qualité et labellisation », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes  
**Thierry Prestel**, Directeur régional et actions nationales, association Aides  
**Florence Rostan**, chargée de mission en éducation pour la santé, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes  
**Valérie Simon**, chef de projet, réseau Carediab (Reims)  
**Zekya Ulmer**, chargée de mission pilotage réseau, pôle « Prévention et promotion de la santé », Direction santé, Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF\*)

## Remerciements

■ À tous les membres du groupe de travail « Démarche qualité et associations » ayant contribué à la lecture.

■ À tous les membres du comité de rédaction du guide *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* (2009). Les fonctions et structures d'appartenance des experts externes à l'Inpes datent de cette période. Celles des experts de l'Inpes ont en revanche été actualisées.

**Virginie Auffret**, diététicienne, Défi Santé Nutrition (Bretagne)  
**Michel Boulanger**, directeur du Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD\*) « Le Pélican » (Chambéry), membre du conseil d'administration de l'Association nationale des intervenants en toxicologie et addictologie (ANITÉA\*)  
**Linda Cambon**, directrice scientifique, Ireps\* de Lorraine  
**Élodie Crochet**, chargée de mission prévention, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa\*)  
**Catherine Curtenelle**, Mission « Associations et représentation des usagers », Direction générale de la santé (DGS\*)  
**Alexandra Détry**, psychologue clinicienne, Holisme Communication  
**Nathalie Latour**, Déléguée générale, Association nationale des intervenants en toxicologie et addictologie (ANITÉA\*)  
**Françoise Laurent**, présidente du Mouvement français pour le planning familial (MFPF\*)  
**Chloé Lebeau**, chef de projet service développement fédéral, Association française des diabétiques (AFD\*)  
**Jean-Marie Le Gall**, responsable de la mission « Innovation, recherche, évaluation », association Aides

**Marie-Josèphe Logez**, déléguée au développement fédératif, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes\*)

**Marie-Pierre Martinet**, secrétaire générale du Mouvement français pour le planning familial (MFPF\*)

**Jean-Jacques Nansot**, chef de la Mission « Associations et représentation des usagers », Direction générale de la santé (DGS\*)

**Olivier Romain**, directeur du Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA\*) « Les Wads » (Metz), membre de l'Association nationale des intervenants en toxicologie et addictologie (ANITÉA\*)

**Christian Rossignol**, directeur national des activités, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa\*)

**Olivier Smadja**, chargé de mission, Cird / Crips Île-de-France

**Agnès Sztal**, chargée de mission, Crips Île-de-France

**Manuela Verdol**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

■ À tous les relecteurs de la première version (V.O) du guide (juin 2008). Les fonctions et structures d'appartenance des relecteurs externes à l'Inpes datent de 2008 et ont parfois changé depuis. Celles des relecteurs internes ont en revanche été actualisées.

**Günter Ackermann**, chef de projet « Qualité et évaluation », Promotion Santé Suisse

**Pierre Arwidson**, directeur des affaires scientifiques, Inpes

**Léopold Carbonnel**, chargé de mission « Santé et cohésion sociale » auprès du préfet de région Provence-Alpes-Côte d'Azur

**René Demeulemester**, président de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes\*)

**Jean-Pierre Deschamps**, professeur honoraire de santé publique

**Annick Fayard**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**Catherine Gerhart**, chef du département « Territoires et milieux », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**Arnaud Huyghues-Despointes**, Direction de la vie associative, de l'emploi et des formations (DVAEF\*), ministère en charge de la Jeunesse et des Sports

**Michel Laforcade**, directeur général, Agence régionale de santé (ARS\*) Limousin

**Gaëlle Langlois**, consultante formatrice, Institut Renaudot

**Annie-Claude Marchand**, chef du service « Prévention et promotion de la santé », Agence régionale de santé (ARS\*) Champagne-Ardenne

**Véronique Meyer**, Direction des Sports, ministère en charge des Sports

**Marie-José Moquet**, chef du département « Qualité et labellisation », Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

**Marc Nagels**, dirigeant du Réseau 17 mars Conseil

**Danielle Piette**, professeur, Université libre de Bruxelles (ULB\*)  
**Emmanuel Ricard**, délégué « Prévention et promotion des dépistages », Ligue contre le cancer

**Isabelle Vincent**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

■ **À Madeleine Mélézan**, assistante, Direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes

# Préface

*La mesure 15 issue des États généraux de la prévention de 2006 a pour objectif de « faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention ». C'est dans ce cadre que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a été chargé par la Direction générale de la santé (DGS\*) de coordonner les travaux de mise en place de la démarche qualité. Il a ainsi mené un travail collaboratif avec une dizaine d'associations ayant répondu à un appel public à participation. Ce travail a abouti à l'élaboration d'un guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé, construit par et pour des associations. Ce guide Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? est diffusé par l'Inpes depuis novembre 2009. Il représente un premier pas en faveur du développement progressif d'une culture qualité dans ce secteur.*

*Force est de constater que si la recherche de la qualité est un enjeu largement partagé par les acteurs de la promotion de la santé, associatifs ou institutionnels, la mise en place d'une démarche formalisée est relativement nouvelle dans ce champ. À l'inverse d'une approche purement normative, la démarche qualité telle qu'elle est envisagée ici, c'est-à-dire fondée sur un socle de valeurs et de principes communs, et accordant une place centrale aux populations concernées, est un moyen de répondre aux impératifs de dialogue interne et de (re)fondation régulière de la confiance entre associations, pouvoirs publics et populations. La démarche qualité en promotion de la santé est une démarche complémentaire à la démarche évaluative permettant de se questionner sur ses pratiques et son fonctionnement interne de manière structurée.*

*Le développement de la qualité nécessite d'explicitier ses enjeux et ses fondements pour permettre à ceux qui le souhaitent d'y adhérer en la considérant non comme un cadre de contrainte*

---

1. Vous trouverez en annexe p. 109 une liste des acronymes et abréviations utilisés dans le présent ouvrage pour tous les mots signalés par une étoile.

*supplémentaire, mais bien comme une véritable opportunité pour une amélioration continue de la qualité du service rendu aux populations concernées.*

*Suite à ce constat, l'Inpes a réalisé cet ouvrage, Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé, en collaboration avec des associations. Son objectif est de mettre à disposition des connaissances sur les fondements de la qualité, et plus particulièrement de la qualité en promotion de la santé. Cet ouvrage est donc avant tout un vecteur pour le transfert de connaissances. Il est également l'occasion de mettre en évidence les principes fondamentaux qui ont guidé ce projet, principes qui sont essentiels en promotion de la santé et peuvent utilement guider de nombreux projets. Ainsi, une démarche participative et formative a permis au groupe de travail de structurer sa réflexion et de développer ses compétences dans le domaine de la qualité, grâce à l'analyse de la littérature spécialisée et des expériences existantes. En cohérence avec les principes d'équité et de durabilité, l'accessibilité du guide et l'accompagnement des utilisateurs se font via des supports gratuits, comme cet ouvrage, mais aussi des sessions de formation nationale de formateurs à l'utilisation du guide d'autoévaluation de la qualité. Le projet s'inscrit également dans une perspective de plaidoyer en faveur de la promotion de la santé pour favoriser la reconnaissance de cette approche en France.*

*Ce projet a pu se concrétiser grâce à un fort investissement des associations et à la participation particulièrement assidue de leurs représentants. Ceci a permis de forger une dynamique collective aboutissant à une véritable co-construction d'un guide partagé, relu par des experts extérieurs et testé par une quarantaine d'associations. En résulte aussi la constitution d'un réseau dynamique de formateurs dans les régions qui impulsent et soutiennent l'engagement dans la démarche qualité. Je remercie donc chaleureusement l'ensemble des acteurs associatifs impliqués dans ce projet et sais d'avance pouvoir compter sur eux, tout comme ils peuvent compter sur l'engagement de l'Inpes pour poursuivre cette mobilisation et permettre l'intégration de la démarche qualité dans les pratiques.*

**Thanh Le Luong**

Directrice générale de l'Institut national  
de prévention et d'éducation pour la santé

# Sommaire

I	<b>Préface</b>
17 I	<b>Contexte de la mise en place de la démarche qualité</b>
17 I	États généraux de la prévention
18 I	Contexte de l'élaboration du guide <i>Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?</i> et modalités de validation
19 I	Pourquoi cet ouvrage <i>Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé ?</i>
21 I	<b>Contexte associatif français</b>
21 I	Modèle associatif français : la loi de 1901
22 I	Paysage général associatif français
23 I	Associations intervenant dans le domaine de la santé
26 I	Relations entre les associations du domaine de la santé et les pouvoirs publics
29 I	<b>Promotion de la santé : une approche fédératrice</b>
30 I	Prévention
33 I	Éducation pour la santé
35 I	Promotion de la santé

<b>39  </b>	<b>Définitions, concepts et méthodes de reconnaissance associés à la qualité</b>
<b>39  </b>	<b>Définitions et concepts associés à la qualité</b>
40	Qualité
41	Assurance qualité
41	Management de la qualité / <i>Total Quality Management</i>
42	Démarche d'amélioration continue de la qualité
44	Qualité des pratiques
<b>45  </b>	<b>Méthodes de reconnaissance associées à la qualité</b>
45	Autoévaluation
45	Labellisation, accréditation, certification
49	Différences essentielles entre ces différentes méthodes de reconnaissance
<b>53  </b>	<b>Proposition d'une démarche qualité en promotion de la santé</b>
<b>55  </b>	<b>La démarche qualité : approche complémentaire des démarches d'évaluation</b>
55	Émergence des exigences d'évaluation et de méthodologies d'intervention
56	Limites et ajustements nécessaires concernant l'évaluation en promotion de la santé
59	Intérêt et enjeux de développer la qualité : faire reconnaître la promotion de la santé et ses acteurs
<b>60  </b>	<b>La démarche qualité en promotion de la santé</b>
60	Contextualisation des différentes notions du point de vue du groupe de travail
63	Définition d'objectifs spécifiques de la démarche qualité en promotion de la santé

64		Impact sur la structuration du guide d'autoévaluation de la qualité des actions
66		Une assurance qualité partagée
78		Les supports permettant une démarche qualité
81		<b>Le guide d'autoévaluation de la qualité : un outil complémentaire aux outils existants</b>
82		<i>EQUIHP</i> : une check-list pour les projets en promotion de la santé
83		<i>Preffi 2</i> : une utilisation pour le questionnement systématique dans la phase de préparation d'un projet
88		Outil de catégorisation des résultats : un outil d'analyse globale de programmes ou de projets
89		<i>Precede / Proceed</i> : une méthode de planification qui contribue à la qualité des processus mais qui ne permet pas de porter une appréciation sur le niveau de qualité
91		Synthèse des différents outils et méthodes utilisables en promotion de la santé
91		<b>Perspectives de déploiement de la mise en place de la démarche qualité en promotion de la santé en région</b>
95		<b>Conclusion</b>
97		<b>Annexes</b>
99		Démarche de validation du guide <i>Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?</i>
103		Glossaire
109		Liste des acronymes et abréviations utilisés dans le présent ouvrage
113		Liste des tableaux, figures et encadrés





# Contexte de la mise en place de la démarche qualité

## ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA PRÉVENTION

La recherche de la qualité est une préoccupation largement partagée par les acteurs intervenant en prévention. Derrière une notion *a priori* évidente, se cache en fait une pluralité de définitions et d'objectifs hétérogènes selon que l'on se place du point de vue des populations concernées, des porteurs de projets ou des financeurs. Cet enjeu revêt une acuité particulière compte tenu du contexte français marqué par une approche biomédicale de la santé et imprégné d'une logique plus curative que préventive. En plus de leur reconnaissance insuffisante, les activités d'éducation pour la santé et de prévention souffrent d'une organisation et d'un mode de financement complexe et fragile : multiplicités des financeurs ayant chacun des logiques et des modes de fonctionnement spécifiques, systèmes d'appels d'offres annuels pour choisir et financer les activités, grande variabilité dans le temps et l'espace des actions soutenues, absence de visibilité à terme pour des activités qui nécessitent, la plupart du temps, des délais de développement et de diffusion pluriannuels pour atteindre l'efficacité recherchée en termes d'amélioration de l'état de santé.

De façon symptomatique, les travaux des États généraux de la prévention (EGP\*) en 2006 ont donné peu de place aux associations, ce qui a été mis en exergue par plusieurs réseaux associatifs issus notamment du champ de l'addictologie. Au final, ces préoccupations ont été intégrées dans la liste des mesures faisant suite aux EGP\* et présentées lors du Conseil

des ministres du 3 janvier 2007. Ainsi, la quinzième mesure<sup>2</sup> recommande-elle de « faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention ». Elle comporte deux volets : l'un relatif à l'amélioration des modalités de financements et l'autre à la mise en place d'une démarche qualité pour les associations.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) s'est vu confier la mise en place d'une démarche qualité, articulée autour de deux volets : l'élaboration d'un « référentiel qualité partagé », par un comité de pilotage national (associations et administration), et d'une *procédure de « labellisation » des associations*. Les travaux initiés par l'Inpes, en concertation avec la direction générale de la Santé (DGS\*) et les associations, ont conduit à l'élaboration du guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé.

## CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DU GUIDE COMMENT AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VOS ACTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ ? ET MODALITÉS DE VALIDATION

Ce guide [1] est le fruit d'un travail collectif associant diverses associations [encadré 1], la DGS\* et l'Inpes. Son élaboration est volontairement fondée sur une démarche formative et participative, dont les modalités de validation sont rappelées dans la section suivante.

### ENCADRÉ 1

#### Liste des neuf associations ayant participé à la rédaction du guide d'autoévaluation

- Aides : <http://www.aides.org>
- Association française des diabétiques (AFD\*) : <http://www.afd.asso.fr>
- Fédération Addiction (anciennement Anitea : Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) : <http://www.federationaddiction.fr>
- Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa\*) : <http://www.anpaa.asso.fr>
- Centre régional d'information et de pré-
- vention du sida (Crips\*) Île-de-France : <http://www.lecrips-idf.net>
- Défi Santé Nutrition (DSN\*) : <http://www.defisantenutrition.fr>
- Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES\*) : <http://www.fnes.fr>
- Holisme Communication : <http://www.holisme.org>
- Planning familial : <http://www.planning-familial.org>

2. Ministère de la Santé et des Solidarités. *États généraux de la prévention. Cinq priorités et quinze mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention* [communiqué de presse]. Paris, 3 janvier 2007 : 49 p.  
En ligne : [http://meridianaweb.free.fr/ABDOL/Documents/2007\\_0103\\_Prevention\\_dossier.pdf](http://meridianaweb.free.fr/ABDOL/Documents/2007_0103_Prevention_dossier.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

La démarche de validation s'est appuyée sur des experts et des représentants associatifs n'ayant pas participé à la rédaction du document. Elle s'est déroulée en deux temps : une relecture du guide par des experts, puis la réalisation d'un pré-test auprès d'associations intervenant en promotion de la santé. Cette démarche est détaillée en annexe p. 99.

## **POURQUOI CET OUVRAGE DÉMARCHE QUALITÉ POUR LES ASSOCIATIONS INTERVENANT EN PROMOTION DE LA SANTÉ ?**

La mise en place de la démarche a tout d'abord nécessité de définir le champ concerné (prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé) puis de repérer et de s'approprier les concepts et les méthodes de l'amélioration de la qualité en général, afin d'analyser et synthétiser toutes les composantes susceptibles de contribuer à l'amélioration recherchée de la qualité du service rendu en promotion de la santé.

L'ouvrage met notamment à disposition les connaissances et réflexions du groupe de travail. Il concerne tous ceux qui veulent en savoir plus sur la qualité et, plus spécifiquement, sur la qualité en promotion de la santé. Il s'adresse ainsi aux :

- acteurs associatifs en charge du développement de la démarche d'amélioration de la qualité dans leur association ;
- formateurs et conseillers méthodologiques qui accompagnent la mise en place de la démarche qualité dans les associations ;
- acteurs institutionnels travaillant en partenariat avec les associations qui veulent mieux comprendre cette approche.

L'ouvrage est constitué de quatre chapitres :

- le premier détaille les *spécificités* de l'organisation et de l'action associatives ;
- le second aborde les notions de *prévention*, d'*éducation pour la santé* et de *promotion de la santé*. Il permet de décrire et de définir le champ concerné par le projet de façon générale voire théorique ;
- le troisième explicite de façon générale les définitions et concepts liés à *la qualité* (qualité, démarche qualité, certification, labellisation, etc.) ;
- le quatrième expose *la démarche qualité en promotion de la santé*.

---

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 07/06/2012.

- [1] Hamel E., coord. *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour les associations*. Saint-Denis : Inpes : 2009, 40 p.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>

# Contexte associatif français

Afin de permettre à une grande diversité d'acteurs et d'organisations du secteur associatif de se concerter et de construire collégialement un outil commun (le guide d'autoévaluation de la qualité), l'Inpes a lancé un appel à participation.

Ainsi, avant d'aborder la définition des références qualité ayant trait aux interventions, il est proposé, dans cette partie, de présenter la spécificité des acteurs associatifs et de mettre en évidence les relations étroites qu'ils entretiennent avec le champ de la promotion de la santé et l'ensemble des valeurs qu'ils partagent avec ce dernier.

## **MODÈLE ASSOCIATIF FRANÇAIS : LA LOI DE 1901**

Une association est un regroupement de personnes animées par une volonté commune d'actions et d'objectifs. Si la liberté d'association est l'un des principes fondamentaux affirmés par le préambule de la Constitution, elle a néanmoins connu une histoire mouvementée. Proclamée par l'Assemblée constituante en 1790, la liberté de s'associer fut rapidement mise en cause en raison des craintes suscitées par l'activité des clubs et des sociétés populaires ou par la perspective de reconstruction des anciennes corporations, interdites par la loi Le Chapelier de 1791. Ce n'est que trente ans après l'instauration de la Troisième République et grâce aux efforts de Pierre Waldeck-Rousseau que la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 a pu être adoptée. Ce droit est fondé sur les principes issus de 1789 : primauté de l'individu, de ses droits, de sa liberté d'adhérer ou de sortir d'une association, limitation de l'objet de l'association à un objet

défini, égalité des membres d'une association, administration de l'association par libre délibération de ses membres.

La loi de 1901 est fortement marquée par les idées libérales : c'est la liberté qui prévaut et notamment celle du contrat. Ainsi, l'association y est-elle définie comme « la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices ». Une association est libre de s'organiser. Elle choisit son but, décide de son mode d'organisation et de son fonctionnement, formalisé dans ses statuts et complété éventuellement par un règlement intérieur. Elle peut les modifier si besoin est, ou aussi souvent qu'elle le souhaite. Actuellement, la création d'une association ne peut être subordonnée à une autorisation préalable, comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel dans sa décision du 16 juillet 1971.

L'autre caractéristique majeure affirmée dans la loi de 1901 est l'absence de tout but lucratif. Le modèle associatif se fonde sur la solidarité, le désintéressement financier voire le don dans une perspective fondamentalement différente de la logique marchande et commerciale établie sur la recherche du profit [1]. La vie associative repose ainsi largement sur le bénévolat et l'engagement militant de ses membres.

Par ailleurs, le fonctionnement associatif est en lui-même « un creuset de la démocratie » [1] identifiable par des instances et des processus collégiaux de décision. La dimension démocratique s'exprime également par la place et le rôle des associations dans la société. Émanation de la société civile, elles constituent une force d'expression et de régulation entre l'État et les citoyens. Les associations contribuent au lien social et au développement. Elles s'engagent notamment à :

- respecter la non-discrimination des personnes dans l'engagement associatif ;
- ouvrir l'accès à la citoyenneté au plus grand nombre, en particulier aux jeunes et à ceux qui ont le plus de difficultés à se faire entendre ;
- assurer la complémentarité des ressources humaines ;
- améliorer l'équilibre entre les femmes et les hommes dans l'exercice des responsabilités<sup>3</sup>.

## PAYSAGE GÉNÉRAL ASSOCIATIF FRANÇAIS

En 2007, il était composé de près de 1 100 000 associations dont 84 % s'appuient uniquement sur le bénévolat, assuré par quelques 14 millions de

3. Le 1<sup>er</sup> juillet 2001, la Conférence Permanente des Coordinations Associatives (CPCA<sup>®</sup>) a signé avec le Premier ministre la charte d'engagements réciproques à l'occasion du centenaire de la loi de 1901.

En ligne : <http://www.cPCA.asso.fr/la-cPCA/charte-d-engagements-reciproques-entre-l-etat-et-les-associations-regroupees-au-sein-de-la-cPCA> [dernière consultation le 07/06/2012].

personnes, pour réaliser les projets. Un nombre relativement peu important d'associations (172 000) a recours à l'emploi salarié, de façon régulière ou non, représentant ainsi 1 050 000 emplois. La plupart des associations sont de petite taille : 60 % d'entre elles emploient moins de cinq salariés. Le budget moyen par association sans salarié est modeste : il s'élève à 11 700 euros, contre 282 000 euros pour les associations employeurs [2].

L'objet social des associations, tel qu'il est défini dans leurs statuts, est varié et recouvre des champs diversifiés. La plupart des associations concernent les secteurs sportif, récréatif et culturel qui représentent 60 % du nombre total des associations. Les associations d'action sociale et de santé sont moins nombreuses (environ 123 800, soit moins de 15 % du total), mais elles sont souvent fortement professionnalisées et de grande taille. Elles réalisent plus du tiers du budget cumulé des associations. Dans ces associations, la part représentée par les financements publics (subventions publiques, financements contractuels, vente de prestations ou prix de journée) correspond à près de 67 % de leurs ressources et est largement supérieure à celle des autres types d'associations (51 %). En moyenne, ces structures existent depuis vingt-quatre ans et la proportion des femmes présidentes y est de 44 % (contre 31 % pour l'ensemble des associations en France) [2].

Force est de constater que le paysage associatif français recouvre des entités et des dynamiques hétérogènes que l'on peut cependant tenter de catégoriser. L'étude de V. Tchernonog [3] a permis de distinguer trois types d'associations :

- celles dont le projet s'articule avec l'action publique. On les retrouve essentiellement dans les secteurs sanitaire, social et culturel, où « les publics visés, souvent fragiles ou en difficultés, sont différents des membres adhérents » [4] ;
- celles dont le projet comporte un fort contenu militant. Il s'agit essentiellement de la défense des droits et des causes humanitaires. Ces associations représentent 5 % du budget mais près de 30 % du nombre d'organismes et du volume de travail offert ;
- les petites associations de membres dont le projet est orienté vers la pratique d'une activité, essentiellement de sports et loisirs.

Si cette typologie généraliste est utile en première approche, elle ne permet toutefois pas de rendre pleinement compte de la diversité des associations intervenant dans le domaine de la santé.

## **ASSOCIATIONS INTERVENANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ**

En France, de nombreuses associations loi de 1901, généralistes ou spécialisées, élaborent et portent des projets en prévention, en éducation pour la santé et



en promotion de la santé. Il est difficile d'avoir des données exhaustives sur le nombre d'associations concernées. L'estimation varie selon les sources et les critères : de 3 500 associations financées par les groupements régionaux de santé publique selon la direction générale de la Santé<sup>4</sup> à 14 000 associations de malades, de patients, de familles de patients et de soutien, recensées par l'Annuaire des associations de santé [5]. Il s'agit en très large majorité d'associations locales qui mettent en œuvre des programmes de santé de proximité sur les territoires. Les plus importantes d'entre elles sont regroupées au niveau national en fédérations, unions, réseaux, etc. On dénombre cependant moins d'une quarantaine de réseaux d'envergure nationale ou interrégionale.

Ces associations ont finalement assez peu fait l'objet d'analyse globale, les documents disponibles étant le plus souvent des monographies sur l'une d'entre elles ou autour de certaines thématiques, par exemple les associations de lutte contre le sida. D'après E. Lecimbre [6], dans le domaine de la santé, les associations constituent un ensemble très hétérogène en termes d'histoire, de représentativité, de champs d'action et de moyens. Retenant une approche chronologique, cet auteur distingue les associations apparues au début du xx<sup>e</sup> siècle (essentiellement caritatives ou philanthropiques et se situant comme « auxiliaires du milieu soignant ») de celles ayant vu le jour dans les années 1960 (davantage centrées sur la revendication des droits des malades à être mieux informés et à participer aux décisions qui les concernent). Les années 1980 sont marquées par l'émergence des associations de lutte contre le sida qui se positionnent en tant que partenaires de droit des pouvoirs publics, du corps médical et des organismes de recherche. À la fin de cette décennie, s'amorce alors une recomposition du champ associatif de la santé sur la voie ouverte par la lutte contre le sida, par l'évolution des stratégies de certaines associations, mais aussi en réaction à la prise de conscience d'une transformation du champ de la santé (précarité, exclusion, maladies chroniques) et à l'évolution de la prise en charge médico-sociale (annonce de la fin de l'État providence, etc.).

À partir des approches d'auteurs comme J. Barbot [7] et A. Pinell [8], qui mettent en évidence différents principes fondateurs et formes d'engagement des acteurs, il est possible d'affiner cette approche et de distinguer :

- des associations de type plutôt caritatif : elles s'engagent sur un principe de bienfaisance et / ou de charité. Elles peuvent s'adresser à une population particulière définie selon des caractéristiques sociales (pauvreté, précarité, lieu de vie, origine, etc.) ou de santé (une maladie, un besoin de santé). Le mode d'approche des besoins est généralement compassionnel, leurs membres ne partageant pas la plupart du temps le problème de la population

---

4. Source : système d'information des plans régionaux de santé publique (SI-PRSP), données 2007.

visée. Les associations les plus anciennes, qu'elles soient d'obédience religieuse ou laïque, ont souvent été fondées dans cet esprit. On peut prendre comme exemples la Ligue nationale contre le cancer à son origine ou encore la Croix-Rouge ;

■ des associations de type humanitaire : d'apparition plus récente, elles mobilisent généralement des acteurs du champ de la santé ou de l'action sociale sur la base de leurs qualifications professionnelles. Cet engagement, bénévole ou rémunéré, se fait sur des principes de citoyenneté et de militantisme social. Certaines organisations mixent ces caractéristiques avec des principes relevant de l'éducation populaire. Les exemples les plus connus en France sont Médecins sans frontières ou Médecins du monde ;

■ des associations de type communautaire : elles sont réunies par plusieurs principes dont un sentiment d'appartenance de leurs membres confrontés à une même problématique de santé (une pathologie, un lieu de vie ou d'exposition), une volonté de défense des droits, voire un objectif de transformation sociale, un objectif d'*empowerment*<sup>5</sup> et de développement de l'autonomie des acteurs ainsi que la revendication d'une expertise profane adossée sur le vécu des problèmes. Les modes d'action de la démarche communautaire ne sont pas propres au champ de la santé et ont fait l'objet de théorisations et de modélisations, notamment en éducation populaire<sup>6</sup>. Certaines associations pouvant être rattachées à cette catégorie se définissent sur le mode particulier des « associations de victimes de... ». On peut noter que si certaines d'entre elles, comme Aides, revendiquent leur approche de santé communautaire, bien d'autres la portent implicitement ;

■ des associations de type médico-social : souvent historiquement issues du champ caritatif, tout en gardant des caractéristiques organisationnelles conformes à la loi de 1901, elles sont devenues des auxiliaires de la puissance publique pour mettre en œuvre des politiques publiques dans le champ de la santé (handicap, addictions) et du social. C'est le cas par exemple des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS\*). Certaines de ces associations conservent une marge d'autonomie et de proposition sur certains secteurs de leur activité, d'autres sont plus assujetties à leurs autorités de tutelle. On peut citer, comme exemples d'associations de ce type, l'Anpaa\* ou la Fédération Addiction ;

■ des associations de type parapublic : ces associations, si tant est que le terme puisse garder un sens ici, sont souvent construites *a posteriori* pour donner un cadre légal à une activité associant différents opérateurs

---

5. « Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie, et donc acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique ». Commission européenne, Rusch E, coord. *Glossaire européen en santé publique* [base de données], 2003.

En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/> [dernière consultation le 07/06/2012].

6. Pour des exemples d'actions et d'analyses de pratiques inspirées de l'approche de Paulo Freire, voir notamment la référence bibliographique [9].

répondant à des missions de service public, mais dépendant de secteurs ou de régimes administratifs différents. Elles ne s'affranchissent pas pour autant de valeurs qui leur sont propres, notamment communautaires pour certaines.

Les contours de la classification sont donc en réalité assez flous. Cependant, elle permet de repérer de grandes orientations étant entendu que chaque association peut évoluer dans le temps d'un type vers un autre ou peut avoir simultanément des actions qui combinent plusieurs types. Par exemple, des actions communautaires peuvent être menées par des associations de type humanitaire ou médico-social. Tous ces éléments induisent plusieurs logiques d'actions.

## RELATIONS ENTRE LES ASSOCIATIONS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET LES POUVOIRS PUBLICS

Ces relations sont complexes, parfois ambivalentes, et s'articulent autour de deux pôles : le premier concerne la contribution des associations au fonctionnement de la démocratie sanitaire [10, 11] via leurs fonctions de représentation des usagers et d'expression des populations ; le second se situe au niveau de l'offre en promotion de la santé via la mise en œuvre de projets et la gestion de services ou d'établissements assurés par des associations. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, modifiée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, reconnaît et organise la représentation des usagers dans les instances hospitalières<sup>7</sup> et de santé publique, nationales et locales. Cette fonction de représentation est réservée aux associations d'usagers du système de santé bénéficiant d'un agrément au niveau national ou régional<sup>8</sup>. Les différentes enquêtes traduisent une participation notable des représentants des usagers dans les instances (supérieure à 70 %) [12].

La Conférence nationale de santé (CNS\*), modifiée par la loi du 9 août 2004, est un lieu de concertation sur les orientations des politiques de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la santé publique ; elle formule des avis et propositions sur les plans et programmes prévus par le Gouvernement, ou en vue d'améliorer le système de santé en France ; elle contribue à l'organisation de débats publics sur les questions de santé et réalise un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé. La CNS\* comporte 8 collèges dont un collège des usagers composé de 18 représentants associatifs. Pour la première fois, en 2006, les membres de la conférence ont

7. Les représentants des usagers participent notamment à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge. La loi HPST\* du 21 juillet 2009 prévoit également un représentant membre de la Commission de l'activité libérale de l'hôpital.

8. La liste des associations agréées est disponible en ligne sur le site <http://www.sante-sports.gouv.fr/> [dernière consultation le 07/06/2012].

élu président un des membres de ce collège, soulignant ainsi la place accordée à l'expression des usagers dans la définition des politiques publiques de santé.

Au niveau régional, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST\*) du 21 juillet 2009 comporte des dispositions qui renforcent la participation des associations aux débats et aux décisions publiques en matière de santé. Ainsi, trois représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, désignés par le Collège de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA\*) réunissant les associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'Agence régionale de santé (ARS\*) **[13]** ont aujourd'hui leur place, aux côtés des services de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale compétents, dans les conseils de surveillance des ARS\*. Ils sont notamment chargés d'émettre un avis sur le schéma régional de santé. Pour définir les politiques régionales de santé, les ARS\* s'appuient également sur les CRSA\* qui comprennent des représentants des usagers et des associations œuvrant dans les domaines de compétences de l'ARS\*.

Les relations des pouvoirs publics et des associations concernent aussi l'offre de services en santé et en promotion de la santé. Elles se matérialisent par le financement d'actions et d'établissements sous forme de subventions ou de conventions. Ce partenariat mobilise des mécanismes d'allocation des ressources spécifiques (par exemple, appels à projets) et la formalisation des engagements réciproques des financeurs et des opérateurs. La circulaire du 18 janvier 2010 **[14]** vient encadrer les relations entre les pouvoirs publics et les associations. Elle prévoit des conventions d'objectifs et la simplification des démarches relatives aux procédures d'agrément. Les associations mettent prioritairement en avant les dimensions éthiques et l'utilité sociale de leurs actions, ainsi que la forte composante d'innovation de leurs projets. Dans le même temps, les pouvoirs publics sont attachés à la transparence et soulignent la nécessité de rendre compte de l'utilisation des fonds publics.

Comme le note C. Bouchet **[15]**, se dessinent peu à peu des enjeux d'alliance entre associations et acteurs administratifs, chercheurs et universitaires, pour construire des critères d'évaluation négociés permettant l'allocation des ressources, intégrant « le développement social, et ne se limitant pas à la réduction de risques sanitaires individualisés ». En découlent aussi des enjeux de positionnement pour les associations, amenées à concilier leurs fonctions tribunitiennes et celles de prestataire de service, tout en conservant les valeurs de la promotion de la santé. Au final, la question du développement de la qualité est de plus en plus centrale dans la mesure où celui-ci peut être considéré comme un levier majeur de reconnaissance réciproque et de fondement de la confiance entre les pouvoirs publics et les associations.

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 07/06/2012.

- [1] Van Rompaey C. Association et innovation sociale. *Pensée plurielle*, 2005/1, n° 9 : p. 47-54.
- [2] Tchernonog V. *Les associations en France. Poids, profils et évolutions. Financements publics et privés, emploi salarié bénévole, gouvernance*. Nanterre : Adde\*, 2007 : 31 p.  
En ligne : <http://www.afs-socio.fr/F195/Tchernonog.pdf>
- [3] Tchernonog V., Tabaries M., Thierry P., Hubert A. Le paysage associatif français. *Stat-info*, novembre 2007, n° 07-04 : 12 p.  
En ligne : [http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/Stat-Info\\_07-04.pdf](http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/Stat-Info_07-04.pdf)
- [4] Langlais J.-L. *Pour un partenariat renouvelé entre l'État et les associations. Rapport remis à Mme la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*. Paris : la Documentation française, 2008 : 62 p.  
En ligne : [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport\\_telechargement/var/storage/rapports-publics/084000531/0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/084000531/0000.pdf)
- [5] Celtipharm. *Annuaire des associations de santé* [site internet]. 2012.  
En ligne : <http://www.annuaire-aas.com>
- [6] Lecimbre E., Gagnayre R., Deccache A., d'Ivernois J.-F. Caractéristiques de l'éducation thérapeutique dans les associations de patients françaises. *Éducation du patient et enjeux de santé*, 2005, vol. 24, n° 4, p. 128-134.
- [7] Barbot J. *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland, coll. Voix et regards, 2002 : 307 p.
- [8] Pinell A. *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*. Paris : Puf, 2002 : 415 p.
- [9] Garibay F., Sequier M. *Pratiques émancipatrices. Actualités de Paulo Freire*. Paris : Éd. Syllepse, coll. Nouveaux regards, 2009 : 277 p.
- [10] Albertini L. Le dispositif de représentation des usagers avant et après la loi du 4 mars 2002. *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2009, n° 68 : p. 14-17.
- [11] Dechaux M.-H., Pourquoi et pour quoi prennent-ils la parole ? In : Laforcade M., Meyer V. (dir). *Les usagers évaluateurs ? Leur place dans l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles en travail social*. Bordeaux : les Études hospitalières, 2008 : p. 119-133.
- [12] Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique (CNA-arusp). *Deuxième rapport d'activité de la Commission nationale d'agrément. Remis le 22 octobre 2009 à Mme la ministre de la Santé et des Sports*. Paris : CNA-arusp, 2009 : 104 p.  
En ligne : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_commission\\_nationale\\_agrement.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_commission_nationale_agrement.pdf)
- [13] Ministère de la Santé et des Sports. *Décret n° 2010-337 du 31 mars 2010 relatif au Conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé*. Journal officiel n° 0077, 1<sup>er</sup> avril 2010 : p. 627.  
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040795&dateTexte=&categorieLien=id>
- [14] République française. *Circulaire du 18 janvier 2010 relative aux relations entre les pouvoirs publics et les associations : conventions d'objectifs et simplification des démarches relatives aux procédures d'agrément*. Journal officiel n° 0016, 20 janvier 2010 : p. 1138.  
En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021712266>
- [15] Bouchet C., Association et santé publique, de l'état de crise à une vraie reconnaissance. *Santé publique*, 2004, vol. 16, n° 3 : p. 411-414.

# Promotion de la santé : une approche fédératrice

Les questions sémantiques sur le champ d'action, la définition des objectifs ou la dénomination des acteurs ont fait l'objet de discussions constantes entre les associations membres du groupe de travail chargé de rédiger un guide partagé dans le cadre de la mesure 15 des EGP\* (voir p. 18). Ces concepts étant traversés par des dimensions sociétales, voire idéologiques, les associations n'en ont pas les mêmes représentations. Par exemple, du fait qu'un acteur organise ses actions et programmes à partir de financements de la politique de la ville, de fonds interministériels de prévention de la délinquance ou de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, il ne décrira pas ses activités comme relevant de l'éducation pour la santé. De même, de nombreux éducateurs de prévention ne se définissent pas comme étant d'abord des acteurs de santé. Leur travail les confronte quotidiennement à la précarité, au chômage, à la violence, aux relations familiales difficiles, aux échecs scolaires. C'est pourquoi ils affirment que la prévention, qui vise autant l'éducation à la citoyenneté, la dynamique familiale que le lien social et l'accès aux soins, ne résulte pas seulement d'une approche de santé publique. D'autres intervenants considèrent au contraire ces finalités comme partie intégrante de la santé publique et, en tant qu'éducateurs pour la santé, se définissent par conséquent comme des acteurs de santé à part entière.

Confronté à la complexité de ces questions qui pouvait gêner l'élaboration commune ou scinder les approches par école de pensée, par métier ou encore

par type de financements, le groupe de travail a recherché une terminologie partagée qui ne ferme pas le débat au plan des idées ou des postures, mais qui puisse en constituer le dénominateur commun.

Les responsables associatifs ainsi rassemblés percevaient tous qu'ils n'étaient pas là au titre du soin, au sens curatif du terme, même si certains pouvaient exercer pour partie une activité de soin. Un premier défi a donc consisté à rendre explicite ce qui avait conduit ces responsables à se retrouver pour travailler sur un objet dont les contours restaient à ce stade relativement flous. Le débat engagé a permis de constater que, dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention, les actions associatives résultent de la mobilisation de différents types d'acteurs, associent des logiques d'intervention très variées et se développent dans des contextes institutionnels plus ou moins soutenant et encadrants. Malgré et à travers cette diversité, s'exprime ainsi un sentiment d'appartenance à une même mouvance portée par des valeurs, des méthodes et des intérêts communs. Par exemple, les acteurs associatifs font référence à des notions positives comme l'attachement aux fondements démocratiques qui sous-tendent leurs actions en santé ; ils partagent le sentiment de pertinence d'une démarche qui vise à lutter contre les inégalités sociales de santé et qui associe les populations à la construction des actions visant l'amélioration de leur santé. De même, les participants au groupe de travail partagent une approche globale de la santé, considérant les personnes et leurs groupes d'appartenance dans leurs contextes de vie, et ne réduisant pas la santé « au silence des organes » ou à l'absence de maladie. Dès lors, il est apparu que ce qui les réunissait avait plus à voir avec le concept de promotion de la santé qu'avec une approche biomédicale souvent associée à la notion de prévention. Faire le choix de la promotion de la santé présente un autre avantage, celui de pouvoir se référer à des textes tels que la charte d'Ottawa [encadré 1, p. 31] et les suivantes, qui font l'objet d'un consensus aussi à l'extérieur du groupe de travail et notamment au niveau international.

Avant de présenter plus en détail le champ de la promotion de la santé, il est utile d'explicitier et de situer d'autres champs qui lui sont parfois connexes, ou totalement substitués : prévention et éducation pour la santé.

## PRÉVENTION

L'approche préventive est à la fois porteuse et témoin d'une histoire marquée, au XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle, par le développement d'une vision hygiéniste de la santé, centrée sur la pathologie et l'infection, même si les responsables sanitaires et les médecins s'interrogent déjà sur les liens entre maladies et conditions sociales. La lutte contre la tuberculose, vers 1880, illustre ce type d'approche. Ce dispositif, appuyé par un vaste réseau d'établissements chargés à la fois du dépistage, de la prévention et des soins, met l'accent sur la responsabilité individuelle et sur la lutte contre les taudis et la rénovation urbaine. Dans les vingt premières années du XX<sup>e</sup> siècle,

## ENCADRÉ 1

### Les axes d'intervention de la Charte d'Ottawa<sup>1</sup>

**La charte propose cinq axes d'intervention qui sont des références en matière de santé publique :**

■ **promouvoir des « politiques publiques saines »** : c'est-à-dire non seulement la santé mais aussi des politiques sociales, économiques, éducatives, des politiques de l'emploi, de l'environnement, de l'urbanisme et de l'habitat... Et ce, quel que soit l'échelon (local à national) ;

■ **créer des environnements « favorables »** : par le terme « environnement », on considère l'environnement physique, social, politique. Cela signifie qu'il convient de prendre en compte, pour changer les comportements de santé, les conditions de vie et d'environnement, qui ne sont pas choisies librement ;

■ **réorienter les services de santé** : au-delà de l'action multisectorielle suggérée par le premier axe, il s'agit de promouvoir

le changement à l'intérieur des services de santé ; en effet, ceux-ci se distinguent selon qu'ils sont préventifs ou curatifs, or la promotion de la santé ne fait pas ce clivage. La vision globale des besoins de santé de la population doit prédominer et les usagers ont leur mot à dire. De fait, les professionnels de santé seront poussés à changer leurs pratiques et à travailler plus en lien avec les associations d'usagers ;

■ **renforcer l'action communautaire** : c'est le développement social communautaire qui est ciblé, les initiatives venant de la communauté sont privilégiées à la santé communautaire pilotée par des professionnels de santé ;

■ **acquérir des aptitudes individuelles indispensables à la vie** : outre les approches individuelles de l'éducation pour la santé, il s'agit d'acquérir les aptitudes permettant d'assurer un plus grand contrôle sur sa santé afin d'améliorer celle-ci.

1. Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 6 p. En ligne : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

se développent en ce sens l'Office national d'hygiène sociale, la Commission générale de propagande, et en particulier, les campagnes de lutte contre les maladies infectieuses. Les premiers organismes privés chargés d'éduquer le public se développent également à cette époque : la Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle (1904), le Comité national de lutte antituberculeuse (1916), la Ligue nationale contre le cancer (1918), la Ligue française contre les maladies vénériennes (1920), la Société française de prophylaxie (1920), la Ligue française d'hygiène mentale (1920), le Comité national de défense contre l'alcoolisme, etc. Après 1945, s'esquisse le premier système préventif français et, comme pour faire écho à la définition globale



de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS\*) (1946), se structurent la Sécurité sociale et les services de protection maternelle et infantile, centrants alors l'action publique non plus sur le microbe mais sur l'individu. Dans le milieu des années 1970, la prévention s'appuie sur l'information via les *mass media*, méthode qui se développera jusqu'à aujourd'hui.

Selon la définition la plus classique, la prévention vise à « anticiper un dommage et à faire le nécessaire dans le but de l'éviter ». C'est la prise de conscience d'être vulnérable à un risque ou une maladie redoutés qui conduirait une personne à agir de manière à s'en prémunir. Ce sont les experts qui, à partir d'études de causalité, de corrélations et d'évaluations de certains risques, apportent l'information au public sous diverses formes, depuis l'entretien personnalisé, au sein du cabinet médical ou des services de soins, jusqu'à l'utilisation de différents moyens de communication à destination d'un large public. La collectivité et les professionnels ont aussi vocation à appliquer les mesures nécessaires pour prévenir la maladie ou le risque, via la vaccination ou le dépistage par exemple.

La prévention est donc un concept référé à la maladie, dont on distingue habituellement trois niveaux selon l'OMS\* :

- la prévention primaire qui comprend « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux ». Elle se situe en amont de l'apparition des maladies ;
- la prévention secondaire qui comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée d'évolution ». Elle se situe à l'extrême début de la maladie et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes ;
- la prévention tertiaire qui comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie ». Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle et sociale.

Cette approche de la prévention suppose qu'une chaîne de causalité soit clairement identifiée et qu'il existe des manifestations précoces susceptibles d'être évitées. Dans les années 1980, un autre modèle est proposé en croisant les populations et les risques. Il retient les catégories de prévention *généralisée*, *sélective* et *indiquée*. Les interventions généralisées, ou universelles, peu coûteuses, sont destinées à la population générale ou à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini. La prévention sélective, ou orientée, vise des sous-groupes d'individus en fonction des risques particuliers auxquels ils sont exposés de façon

significativement plus élevée que la moyenne ; le coût des interventions est alors justifié par l'accroissement du risque. La prévention indiquée (ou ciblée) s'adresse aux sujets à hauts risques ou qui ont des signes d'appel de la maladie, tout en restant en deçà des critères diagnostiques<sup>9</sup>. Ce modèle s'applique mieux que le précédent à des problèmes de santé déterminés par de multiples facteurs. Initialement appliqué dans le champ des addictions, des traumatismes, des violences et des suicides, il est actuellement étendu à d'autres problèmes de santé, multifactoriels (obésité, cancer, etc.).

Faisant essentiellement appel à la rationalité des personnes, la démarche préventive sous-estime souvent les interactions entre ces personnes et leur entourage, ainsi que leur contexte de vie et ce qui le détermine. Ceci est particulièrement prégnant dans les relations médico-centrées type soignant / soigné, où, en se focalisant sur un risque particulier (objet de l'interaction), elles peuvent perdre de vue la globalité de l'individu. Une autre catégorisation, utilisée lors des EGP\* en 2006, est plus à même d'éviter l'écueil de l'individualisation. Cette catégorisation propose trois types de prévention **[3]** :

- la prévention *médicale* : elle désigne les actes effectués par les professionnels de santé, souvent à leur initiative ou à celle des pouvoirs publics, pour diminuer la fréquence ou la gravité de pathologies ;
- la prévention *environnementale* : elle vise à limiter les facteurs pathogènes affectant le cadre de vie ou de travail des individus ;
- la prévention *comportementale* : il s'agit des politiques visant à inciter les individus ou les populations à diminuer ou à abandonner leurs comportements à risque pour eux-mêmes ou pour les autres (tabagisme, relations sexuelles non protégées, conduite automobile agressive, etc.).

Le guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional de prévention<sup>10</sup> distingue la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques et la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique.

## ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

D'après J. A. Bury **[4]**, quatre types de définition de l'éducation pour la santé peuvent être distingués :

- les définitions persuasives ou volontaristes, visant la modification planifiée des comportements de l'individu et du groupe. Cette approche

9. Approche développée par R. Gordon (1987) et P. J. Mrazek & R. J. Haggerty **[1]**. Nous reprenons ici la présentation de S. Broussouloux et N. Houzelle-Marchal. *Éducation en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet* **[2]**.

10. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/organisation-du-systeme-de-sante-gouvernance.html> [dernière consultation le 07/06/2012].

implique un transfert de responsabilité de la santé à tout un chacun, sous la forme d'un programme généralisé éducatif conduisant à des comportements favorables à la santé :

*Exemple* : « L'éducation sanitaire représente essentiellement une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leurs comportements. D'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver de saines habitudes de vie, à leur apprendre à transmettre judicieusement, à leur profit, les services sanitaires qui sont à leur disposition, et à les conduire à prendre eux-mêmes, isolément et collectivement, les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé [...] » (OMS\*, 1969) ;

■ les définitions centrées sur l'optimisation des conditions de décision de l'individu, l'information pour favoriser une décision responsable et les conditions d'adoption de comportement via la prise de conscience de ce qui est bon pour soi :

*Exemple* : « En termes généraux, on peut décrire l'éducation pour la santé comme un ensemble de tentatives visant la transmission de connaissances, attitudes et pratiques fondées sur des données empiriques et présentant un intérêt pour la survie humaine [...] » (L. Baric, 1983) [5] ;

■ les définitions plus neutres, centrées sur l'individu :

*Exemple* : « Processus de changement de l'individu, grâce auxquels il modifie son comportement ou change ses attitudes à l'égard des mesures de santé à la suite de nouvelles expériences qu'il subit » (D. Nyswander, 1982) [6] ;

■ les définitions centrées sur la démarche éducative visant la motivation et la participation pour entraîner un changement de comportement :

*Exemple* : « Éduquer des personnes pour la santé, c'est, compte tenu des compétences acquises et potentielles de ces personnes, mettre en œuvre les informations, formations et apprentissages nécessaires pour que ces personnes soient aptes à discerner (savoir) et à adopter (savoir-être et savoir-faire), pour elles-mêmes et pour ceux dont elles sont responsables, les attitudes et comportements requis en vue de : promouvoir un bien-être physique, psychologique et social durable, prévenir les risques de maladie et d'accidents, réduire les invalidités fonctionnelles. » (D. Piette et A. Schleiper, 1985) [7].

Partant d'une éducation sanitaire inductive de comportements reconnus favorables à la santé par des experts, l'éducation pour la santé a donc progressivement changé d'orientation et s'est enrichie peu à peu. On peut aujourd'hui considérer l'éducation pour la santé comme un ensemble de moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter de manière autonome des comportements favorables à la santé en développant le sens de la responsabilité. Ainsi, selon D. Nutbeam, « l'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre » [8] et dépasse la communication sanitaire pour viser un processus de développement des

compétences et habiletés se déroulant tout au long de la vie et procédant de la combinaison des expériences personnelles, de l'éducation reçue, de l'impact des environnements physiques et sociaux. Par conséquent, elle s'inscrit dans le cadre d'une démarche participative où l'individu est acteur de sa propre santé et de celle de la collectivité. On parle véritablement d'une éducation « pour » la santé de la personne (ou de la population), telle que celle-ci la conçoit et telle qu'elle choisit de la construire, et non pas seulement telle que la projettent les professionnels ou les institutions [9].

## PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est un concept qui s'est peu à peu structuré et organisé depuis la fin de la seconde guerre mondiale. En effet, le préambule de la constitution de l'OMS\* (1946) donne la première définition positive et globale de la santé, comprise comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Cette définition a le mérite de décrire les différentes composantes d'un état de santé et d'avoir contribué à l'évolution du concept vers une représentation positive. D'autres définitions se sont alors succédées, faisant réaliser à cette notion un bond conceptuel allant d'une notion d'état à une notion d'équilibre instable subordonné à un ensemble de déterminants, positionnant la santé comme un *processus dynamique* visant la qualité de vie et inscrivant cette dernière dans une perpétuelle adaptation aux milieux de vie<sup>11</sup>. Ainsi, à partir de cette définition, se clarifient :

- la relativité du concept de santé ;
- la multiplicité des facteurs susceptibles d'influencer la santé, autrement dit les déterminants de santé ;
- la nécessité d'envisager l'amélioration de la santé de manière globale et pluridisciplinaire.

De là, le concept de promotion de la santé s'est peu à peu développé à travers l'évolution de chartes et déclarations successives qui en définiront les contours et les axes d'intervention. De manière générale, les définitions de la promotion de la santé tendent toutes à considérer la santé comme un droit fondamental de l'être humain et un bon investissement économique et social, ou encore à souligner le caractère inacceptable des inégalités de santé, et invitent à mobiliser tous les secteurs de la vie politique, sociale et économique ainsi que tous les citoyens pour l'amélioration de la santé. Cependant, chacune de ces définitions apporte également un éclairage différent qui va

---

11. « La santé, c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques... ». Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS\*, 1986.

En ligne : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

petit à petit préciser ce concept : alors que la déclaration d'Alma-Ata<sup>12</sup> est consacrée aux soins de santé primaires, considérés comme le moyen qui « donnera à tous les peuples [...] un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive », la charte d'Ottawa [encadré 1, p. 31] décrit quant à elle la santé comme un processus dynamique auquel elle impose des préalables – la paix, un logement, une éducation, de la nourriture, des revenus, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité ; elle précise également les stratégies d'intervention à mettre en œuvre en ce sens :

- un axe *politique* qui invite les responsables, dans quelque secteur que ce soit, à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé de la population, et à en tenir compte dans une perspective favorable à cette dernière ;
- un axe *environnemental* qui incite chacun à préserver les ressources naturelles et à créer des conditions de vie et de travail, sociales et matérielles, favorables à la santé ;
- un axe *communautaire* qui met en évidence la nécessité d'associer les communautés à la définition des priorités de santé publique et à la prise de décisions concernant leur santé ;
- un axe *éducatif* qui vise à conférer aux individus les aptitudes indispensables à leur implication active dans la prise en charge de leur santé et celle de leur collectivité ;
- un axe *organisationnel* de réorientation des services de santé afin qu'ils servent mieux les intérêts de la santé publique, respectent la dimension culturelle et sociale des personnes, et prennent en compte les attentes des individus et des groupes en matière de santé.

Les deux premiers axes de la charte d'Ottawa sont renforcés par les recommandations d'Adélaïde (1988)<sup>13</sup> puis par la déclaration de Sundsvall (1991)<sup>14</sup>. Les déclarations de Jakarta<sup>15</sup> et de Bangkok<sup>16</sup> sont, elles, orientées sur la nécessité de prendre en compte les effets de la mondialisation de l'économie sur la santé des populations. Il est alors préconisé de s'adapter à la nouvelle donne économique du XXI<sup>e</sup> siècle et de trouver de nouvelles formes d'actions en y associant notamment les acteurs économiques.

12. Organisation mondiale de la santé. *Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires*. Alma-Ata : OMS\*, 1978. En ligne : [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/index.html](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html) [dernière consultation le 07/06/2012].

13. En ligne : [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide\\_recommandations.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommandations.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

14. En ligne : <http://www.s2d-ccvs.fr/datas/presentation/chartes/Declaration%20de%20Sundsvall%201991.doc> [dernière consultation le 07/06/2012].

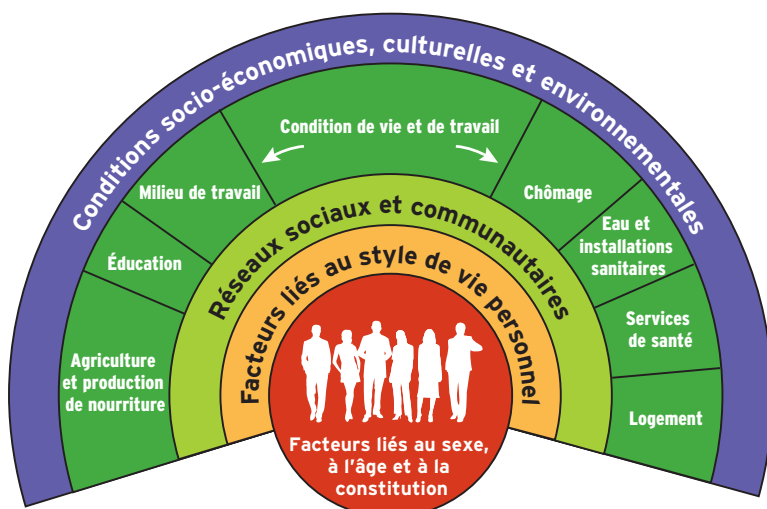
15. En ligne : <http://www.s2d-ccvs.fr/datas/presentation/chartes/Jakarta%201997.pdf> [dernière consultation le 07/06/2012].

16. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/index.html> [dernière consultation le 07/06/2012].

Dans tous les cas, la promotion de la santé repose sur le postulat suivant : un meilleur contrôle, par les populations, des facteurs influençant leur santé entraînera des choix pertinents relatifs aux moyens acceptables et nécessaires pour l'améliorer. Ainsi, les actions qui résulteront de cette démarche peuvent être de nature variable : information, aménagement de l'environnement, démarche auprès de responsables institutionnels ou politiques, éducation pour la santé, etc. L'approche écologique en promotion de la santé [figure 1] considère ainsi que « la santé est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements » [10].

FIGURE 1

Les déterminants de santé, selon le modèle de Whitehead et Dahlgren (1991)



Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity to Health*. Stockholm : Institute for Future Studies, 1992 (traduction)

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 07/06/2012.

- [1] Mrazek P. J., Haggerty R. J. *Reducing Risks of Mental Disorder: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington : National Academy Press, 1994 : 636 p.
- [2] Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : Inpes, 2006 : 139 p.  
En ligne : [www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf](http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf)
- [3] Toussaint J.-F. *Stratégies nouvelles de prévention de la Commission d'orientation de la prévention. Rapport*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 219 p.  
En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000706/0000.pdf>
- [4] Bury J. A. *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification*. Bruxelles : De Boeck, coll. Savoirs et santé, 1988 : 235 p.
- [5] Baric L. *Éducation pour la santé en prévention des maladies coronariennes. Monographies européennes de recherches en éducation pour la santé*. Paris : CFES, 1983 : p. 33-133.
- [6] Simonds S. K., éd. *The Philosophical, Behavioral and Professional Bases for Health Education*. Oakland : Third Party Pub. Co., 1982 : 356 p.
- [7] Piette D., Schleiper A. *Développement des programmes de formation en éducation pour la santé : description et analyse d'approches et d'actions dans la communauté française*. Charleroi : centre universitaire de Charleroi, 1985 : s. p.
- [8] Nutbeam D. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS\*, 1998 : 36 p.  
En ligne : [www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)
- [9] Deschamps J.-P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du praticien*, 1984, vol. 34, n° 11 : p. 485-497.  
En ligne : <http://ofep.inpes.fr/apports/pdf/Deschamps-Texte%204.pdf>
- [10] Poland B. D., Green L. W., Rootman I. *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice*. Newbury Park : SAGE Publications, 1999 : 384 p.

# Définitions, concepts et méthodes de reconnaissance associés à la qualité

Le mot « qualité » a un sens commun qui paraît évident, bien qu'implicite, et qui se trouve associé à différents concepts corollaires de celui-ci : assurance qualité, management de la qualité, démarche qualité, amélioration continue de la qualité, qualité des pratiques. Avant d'aborder les spécificités que revêt la qualité en matière de promotion de la santé, et plus particulièrement dans les associations, il nous apparaît nécessaire d'explicitier ces concepts dans leur sens général.

## DÉFINITIONS ET CONCEPTS ASSOCIÉS À LA QUALITÉ

De manière historique, la recherche systématique de la qualité commence au début du xx<sup>e</sup> siècle. Le mode de production industriel découpe la production en étapes distinctes réalisées par des personnes différentes (taylorisation), et introduit l'automatisation de la fabrication. L'appréciation de la qualité ne peut donc plus être réalisée comme autrefois par l'artisan qui fabriquait intégralement un objet. Ainsi, apparaît dans les années 1930 la notion de contrôle qualité. Celui-ci correspond à la vérification systématique des pièces produites en série pour s'assurer de l'absence de défaut en fin de production. Diverses méthodes de contrôle statistique sont ensuite établies pour procéder à une vérification par échantillonnage. Dans les années 1950, les limites et les coûts de ce contrôle conduisent à inverser fondamentalement l'approche qui va désormais partir de la prévention du risque et de la revue systématique de points de contrôle avant la finalisation du produit. On parle alors d'assurance qualité, théorisée et mise en pratique par les grands noms de la qualité (Deming, Juran, Murphy, etc.).



Cette première version de l'assurance qualité s'appuie sur la description détaillée des processus et sur la rédaction de *check-lists* formalisées par des normes *International Organization for Standardization (ISO\*)*<sup>17</sup>. Ces normes sont élaborées, en partenariat avec les secteurs qui les appliqueront, par l'Organisation internationale de normalisation<sup>18</sup> qui, depuis sa création en 1947, en a édité plus de 18 500 dans de multiples domaines. À l'origine, ces normes correspondent spécifiquement à un produit, un matériau ou un processus. Cependant, les normes des familles ISO\* 9000<sup>19</sup>, plus récentes, s'attachent davantage aux processus de gestion de la qualité ; elles s'appuient sur l'écriture de procédures (rédaction d'un manuel qualité) et sur la conformité à ces procédures. Par analogie, il est ainsi possible de considérer que la conception de ces normes pourrait en partie correspondre au développement des outils méthodologiques utilisés pour la planification et le pilotage des actions dans le champ de la promotion de la santé, amorcé en France à partir de la fin des années 1990. Cette période voit notamment se standardiser l'usage des « fiches actions » pour présenter les projets ; des guides sur la méthodologie de projet sont également diffusés et des conseils méthodologiques sont proposés aux intervenants de structure. L'idée sous-jacente est, qu'en pratique, un certain degré de standardisation de la méthodologie et du vocabulaire liés au cycle de projet et à ses différents processus (analyse, planification, mise en œuvre, évaluation, etc.) est une condition nécessaire à la qualité. Un travail d'analyse et de synthèse des méthodes et outils de la qualité<sup>20</sup> ont été élaborés en 2000 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes\*), devenue en 2004 la Haute Autorité de santé (HAS\*).

## Qualité

Actuellement, la définition la plus répandue de la qualité est fondée sur la norme ISO\* 8402, selon laquelle la qualité d'un service est « l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à

17. Les normes ISO\* :

- permettent de développer, fabriquer et fournir des produits et services plus efficaces, plus sûrs et plus propres ;
- facilitent le commerce entre les pays et le rendent plus équitable ;
- fournissent aux gouvernements une base technique pour la santé, la sécurité et la législation relative à l'environnement, ainsi que l'évaluation de la conformité ;
- assurent le partage des avancées technologiques et des bonnes pratiques de gestion ;
- contribuent à diffuser l'innovation ;
- servent à protéger les consommateurs, et les utilisateurs en général, de produits et services ;
- simplifient la vie en apportant des solutions aux problèmes communs.

En ligne : [http://www.iso.org/iso/fr/about/discover-iso\\_what-standards-do.htm](http://www.iso.org/iso/fr/about/discover-iso_what-standards-do.htm) [dernière consultation le 07/06/2012].

18. L'organisation, créée pour favoriser les échanges entre les pays pour le développement de la normalisation, est un réseau d'instituts nationaux de normalisation de 162 pays, avec un membre représentant par pays, non gouvernemental, mais qui occupe toutefois une place privilégiée entre les secteurs privé et public.

En ligne : <http://www.iso.org/iso/fr/about.htm> [dernière consultation le 07/06/2012].

19. En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/ofm/certification-iso-9000/i/i-10> [dernière consultation le 07/06/2012].

20. En ligne : <http://www.has-sante.fr> [dernière consultation le 07/06/2012].

satisfaire des besoins, exprimés et implicites<sup>21</sup> ». Cette définition fait ressortir que la qualité est un ensemble de caractéristiques en interaction, et ne repose pas sur une seule dimension. Autre intérêt, elle se place résolument du point de vue du « client » car c'est de ses besoins et de sa satisfaction dont il est question, et non de ceux du producteur. Enfin, elle fait mention non seulement des besoins exprimés mais aussi de ceux qui sont implicites, ce qui trouve tout son sens en promotion de la santé où l'on parle des besoins identifiés par l'expertise, des demandes correspondant à l'expression du ressenti et des attentes des populations.

## Assurance qualité

L'assurance qualité est également définie par la norme ISO\* 8402, comme « l'ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, et démontrées en tant que besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité ».

## Management de la qualité / Total Quality Management

L'assurance qualité, actuellement appliquée dans différents secteurs de l'industrie ou des services ayant largement investi la démarche qualité, est fondée sur une vision plus large qui s'attache au management de la qualité, principe fondateur des normes ISO\* de la famille 9000. En effet, ces dernières incluent le principe de management total de la qualité qui suppose la participation de tous les membres de l'organisation et l'implication de la direction et des responsables dans la mise en place du système qualité. Ces modèles sont très répandus et utilisés dans de multiples domaines (industrie, services) où ils recouvrent ce que l'organisme fait pour satisfaire aux exigences qualité des clients et aux exigences réglementaires applicables, tout en visant l'amélioration de la satisfaction des clients et l'amélioration continue de sa performance dans la réalisation de ces objectifs. Ces approches, connues sous le sigle *Total Quality Management (TQM\*)*, accordent une place centrale au leadership et à la mobilisation de tous les acteurs pour l'amélioration de la qualité. La formulation la plus célèbre est celle des quatorze points de Deming [encadré 1], qui sont autant de recommandations adressées aux dirigeants de l'entreprise.

---

21. Afnor. *NF EN ISO 9000. Systèmes de management de qualité. Principes essentiels et vocabulaire*. Paris, 2000 : 30 p.  
En ligne : <http://ipalif.free.fr/pub/EcoleIngenieur/IFIPSL4%202004-2005%20-%20Promo2006/Qualit%E9/annexe/FA1o2814.pdf> [dernière consultation le 07/06/2012].

## ENCADRÉ 1

### Les 14 points de Deming<sup>1</sup>

#### *Ces recommandations s'adressent aux dirigeants*

1. Gardez le cap de votre mission en améliorant constamment les produits et les services. Le but d'une entreprise est de devenir compétitive, d'attirer des clients et de donner du travail.
2. Adoptez la nouvelle philosophie. Nous sommes dans un nouvel âge économique. Les dirigeants occidentaux doivent s'informer de leurs nouvelles responsabilités et conduire le changement.
3. Faites en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum de contrôles et de vérifications. Intégrez la qualité au produit dès la conception.
4. Abandonnez la règle des achats au plus bas prix. Cherchez plutôt à réduire le coût total. Réduisez au minimum le nombre de fournisseurs par article, en établissant avec eux des relations à long terme de loyauté et de confiance.
5. Améliorez constamment tous les processus de planification, de production et de service, ce qui entraînera une réduction des coûts.
6. Instituez une formation professionnelle permanente.
7. Instituez le leadership, nouvelle manière pour chacun d'exercer son autorité. Le but du leadership est d'aider les hommes et les machines à mieux travailler. Réviser la façon de commander.
8. Chassez la peur, afin que tout le monde puisse contribuer au succès de l'entreprise.
9. Détruisez les barrières entre les services. Le travail dans un esprit d'équipe évitera que des problèmes apparaissent au cours de l'élaboration et de l'utilisation des produits.
10. Supprimez les exhortations et les formules qui demandent aux employés d'atteindre le zéro défaut pour augmenter la productivité. Elles ne font que créer des situations conflictuelles.
11. Supprimez les quotas de production, ainsi que toutes les formes de management par objectifs. Ces méthodes seront remplacées par le leadership.
12. Supprimez les obstacles qui empêchent les employés, les ingénieurs et les cadres d'être fiers de leur travail, ce qui implique l'abolition du salaire au mérite et du management par objectifs.
13. Instituez un programme énergique d'éducation et d'amélioration personnelle.
14. Mobilisez tout le personnel de l'entreprise pour accomplir la transformation.

1. En ligne : <http://www.fr-deming.org/les14.html> [dernière consultation le 07/06/2012].

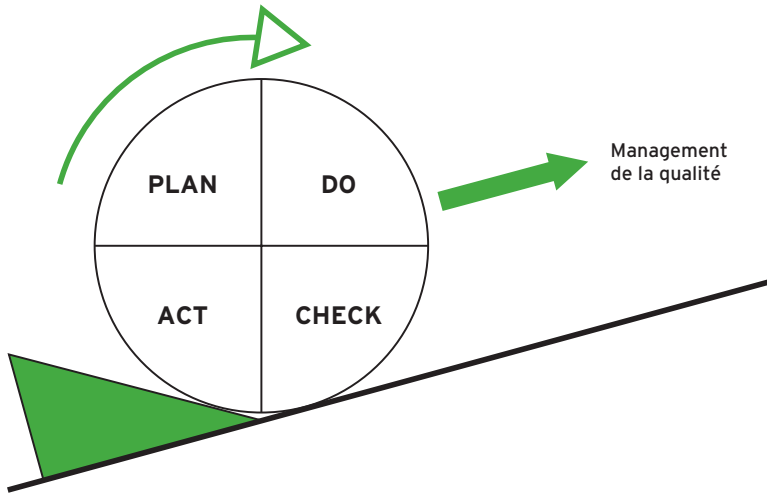
## Démarche d'amélioration continue de la qualité

Dans les guides qualité, pour se saisir de la réalité à améliorer, il est fréquemment fait référence à la roue de Deming [figure 1], qui est la méthode de base de l'amélioration continue de la qualité. Ce modèle de conduite de l'amélioration en quatre phases provient directement de celui proposé par le statisticien

W. E. Deming<sup>22</sup> dans les années 1950 pour améliorer la qualité de la production industrielle. Le principe de la roue de Deming, aussi appelée cycle de Shewart, est de procéder à une amélioration, de vérifier que le résultat obtenu correspond à l'attente, qu'il est stable, et de recommencer. On parlera ainsi de démarche qualité.

FIGURE 1

Représentation d'un processus d'amélioration de la qualité : la roue de Deming<sup>1</sup>



1. En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/sites-autres/qualite/ofm/management-de-la-qualite/iv-iv-11/1> [dernière consultation le 07/06/2012].

La roue symbolique de Deming ou *PDCA*\* est divisée en quatre secteurs [figure 1]<sup>23</sup> :

- **PLAN (P) planifier** : définir les priorités ou les caractéristiques attendues, la façon dont on va les atteindre, l'échéancier ;
- **DO (D) réaliser** : mettre en œuvre ;
- **CHECK (C) analyser** : vérifier que les objectifs visés sont atteints. Sinon, mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé. C'est une phase d'autoévaluation ou de contrôle qui amène à se questionner et à comparer le prévisionnel et le réalisé ;
- **ACT (A) ajuster** : prendre les mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable.

22. W.E. Deming est un mathématicien et philosophe américain qui développa dès les années 1930, avec W. Shewart, des méthodes statistiques puis une réflexion sur le management coopératif, formalisée en 14 points, pour améliorer la productivité et la qualité de la production industrielle. À partir des années 1950, il enseigne ses théories au Japon où son influence est considérée comme déterminante dans le succès de l'industrie japonaise. Son modèle est ensuite largement répandu et utilisé dans le monde. Son ouvrage de référence, disponible en français, s'intitule *Hors de la crise* [1].

23. Voir notamment le site de l'association française Edwards Deming.  
En ligne : <http://www.fr-deming.org/les14.html> [dernière consultation le 07/06/2012].

Le plan incliné du schéma symbolise la progression vers un niveau supérieur de qualité à chaque fois que le cycle complet est reproduit, tandis que la cale sous la roue marque l'impossibilité de redescendre. Celle-ci est garantie, par exemple, par un système qualité, un processus régulier d'examen de la qualité ou un système documentaire qui capitalise les pratiques ou les décisions (assurance qualité). La roue de Deming est donc un outil permettant de faire vivre la démarche d'amélioration continue, en proposant une boucle permanente de progrès basée sur la vérification régulière des actions menées pour réagir à leurs imperfections. C'est une approche progressive et participative fondée sur la logique de « petits pas », chacun contribuant à son niveau au processus d'ensemble. Cette démarche procède d'une intention collective, sur une longue durée, de conforter les points forts d'une action et d'en réduire progressivement ses points faibles [2]. Cette conduite du changement se distingue de l'approche fondée sur l'innovation qui procède, elle, par « sauts qualitatifs », introduisant des modifications portées par des décideurs ou des experts à partir d'une logique d'anticipation ; ce que résume Deming en ces termes : « Commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite, nous innoverons. Mais pas l'inverse. »

Pour se développer efficacement, cette démarche doit s'inscrire dans une politique qualité portée par l'organisation responsable des actions visées, et ce, au plus haut niveau (direction et instances élues). C'est cet ensemble de mesures formalisées, fondées sur des orientations et des objectifs clairement définis, qui permettra d'engager le cycle d'amélioration.

## Qualité des pratiques

La qualité des pratiques peut se fonder sur la mise en œuvre de référentiels de pratiques ou de processus méthodologiques employés afin d'assurer la qualité d'une intervention ou d'une action. Elle s'inscrit ainsi dans la démarche qualité.

En promotion de la santé, différents outils ont été développés en matière de planification ou de suivi de projet, comme par exemple *Preffi\** (*Prevention effect-management instrument*), l'outil de catégorisation de résultats (OCR\*), l'instrument européen de qualité pour la promotion de la santé *EQUIHP\** (*European Quality Instrument for Health Promotion*) ou encore le modèle *Precede / Proceed\** (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation / Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*) qui seront développés plus loin (voir pages 81 à 91).

## MÉTHODES DE RECONNAISSANCE ASSOCIÉES À LA QUALITÉ

La définition de normes ou de critères de qualité n'est qu'une première étape dans la recherche de la qualité. Se pose ensuite la question de l'appréciation de l'atteinte de ces critères qui peut être assurée selon des procédures internes ou externes. La mise en place d'une méthode de reconnaissance associée à la qualité n'engage pas nécessairement de financements.

### Autoévaluation

Est appelée autoévaluation la procédure interne de diagnostic décidée et pratiquée par la structure avec les membres de l'association (équipes, conseil d'administration, décideurs) et les bénéficiaires de ces actions, voire ses partenaires. Cette démarche inclut trois dimensions [3] :

- l'auto-observation : regarder, décrire, commenter ce que l'on fait ;
- l'autojugement : porter sa propre appréciation ;
- la réaction à l'autoévaluation : le ressenti, les intentions consécutives, les *feedbacks* avec les pairs.

Une des limites fréquemment avancées à l'autoévaluation est son caractère subjectif. Cependant, l'autoévaluation n'est éminemment pas un exercice solitaire d'introspection. Au contraire, elle nécessite une objectivation par des échanges avec d'autres acteurs, la réflexivité sur les pratiques se renforçant particulièrement par ces échanges qui peuvent aussi guider et aider à approfondir le questionnement.

### Labellisation, accréditation, certification

L'appréciation sur la qualité peut également être établie au moyen de procédures croisées ou externes de reconnaissance de la qualité alors assurée par les pairs ou par des organismes indépendants, dûment mandatés à cet effet. Le système sanitaire retient généralement des méthodes externes, inspirées par les travaux de A. Donabedian, et fondées sur une approche médico-épidémiologique. Il est à noter qu'il est souvent reproché aux approches externes de générer un système qui évolue vers le maintien d'un niveau minimum de qualité plutôt que de l'accroître. Ces procédures attestent de la conformité à des « exigences spécifiées » qui peuvent ne pas être en lien avec les attentes de la population concernée.

### Labellisation

En raison d'une absence de cadre juridique, le principe général à retenir est donc qu'un label est « une marque de reconnaissance, par une tierce partie, d'un dispositif mis en œuvre par un organisme sur un thème précis par rapport aux dispositions d'un cahier des charges, et ce au moyen

notamment d'évaluations récurrentes sur site ou non<sup>24</sup> ». L'attribution du logo Programme national nutrition santé (PNNS\*) est un exemple de label existant dans le champ de la promotion de la santé [encadré 2].

## ENCADRÉ 2

### Attribution du logo PNNS\*

Ce logo a été créé en octobre 2001 afin d'identifier les actions et documents des pouvoirs publics qui sont rédigés, élaborés, mis en œuvre dans le cadre du Programme national nutrition-santé (PNNS\*).

Le logo PNNS\* est un visuel qui :

- garantit la validité et la fiabilité, au regard du PNNS\*, des messages sur la nutrition (alimentation et activité physique) sur les documents qui en sont porteurs ;
- contribue à assurer la cohérence globale des informations et des actions portant sur la nutrition mises en œuvre en France.

Il renforce la notoriété de l'action du promoteur. L'obtention du droit de l'utiliser est une reconnaissance par l'État, du savoir-faire en nutrition et de la qualité du travail du promoteur, en référence au PNNS\*.

Son attribution nécessite une expertise préalable, sur la base d'un dossier qui

parviendra soit à l'ARS\*, soit à l'Inpes, qui sont en charge de piloter la procédure.

Un comité pluridisciplinaire d'experts en nutrition, communication, éducation pour la santé, activité physique, se réunit mensuellement au sein de l'Inpes avec les administrations concernées.

Chaque dossier jugé recevable est analysé sur la base du cahier des charges annexé à l'arrêté du 9 novembre 2011.

Sa procédure d'attribution<sup>1</sup> est ouverte aux entreprises publiques et privées, organismes à caractère public et privé, associations, fondations et collectivités territoriales pour des projets qu'ils développent en direction des populations.

*La marque collective Programme national nutrition-santé est déposée à l'Institut de la propriété industrielle, avec son règlement d'usage<sup>2</sup>.*

1. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1139.pdf> [dernière consultation le 07/06/2012].

2. En ligne : [http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/pol\\_nutri4.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/pol_nutri4.htm) [dernière consultation le 07/06/2012].

## Accréditation

L'accréditation est une « procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques<sup>25</sup> ». Cette procédure évalue

24. En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/layout/set/print/ofm/certification-iso-9000/viii/viii-8o> [dernière consultation le 07/06/2012].

25. En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/sites-autres/qualite/ofm/certification-iso-9000/x/x-11/3> [dernière consultation le 07/06/2012].

les performances individuelles ou organisationnelles selon des normes et des guides d'interprétation des exigences d'accréditation.

Dans le champ des soins, la HAS\* **[encadré 3]** a en charge une mission d'accréditation des médecins qui consiste en « un dispositif volontaire de gestion des risques médicaux en établissement de santé » et qui se réfère à une procédure de gestion des risques proposée aux médecins et aux équipes médicales de spécialités dites « à risques »<sup>26</sup>.

### ENCADRÉ 3

#### Certification et accréditation concernant les établissements de santé et les médecins<sup>1</sup>

##### Établissements de santé

En France, le texte fondateur a été l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996<sup>2</sup> portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Elle a introduit l'accréditation des établissements de santé, des réseaux de soins hospitaliers et des groupements de coopération sanitaire.

Cette procédure externe d'évaluation, confiée à l'Anaes\* (établissement public administratif), a pour objectif d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés au patient dans tous les systèmes de santé où elle a été instaurée.

En France, il n'a pas été institué dans l'ordonnance de conséquence directe à l'accréditation.

Suite à la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, l'intégralité des missions de l'Anaes\* ont été confiées à la HAS\*. Dans ce cadre, la procédure a été modifiée à deux niveaux : la procédure de certification des établissements de santé a

remplacé celle d'accréditation, et l'intervalle entre deux procédures est passé de cinq à quatre ans.

La HAS\* a donc pour mission :

- la certification des établissements de santé par une procédure d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé, et concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques ;
- l'accréditation des médecins qui est « un dispositif volontaire de gestion des risques médicaux en établissement de santé » et qui se réfère à une procédure de gestion des risques proposée aux médecins et aux équipes médicales de spécialités dites à risques.

La HAS\*, membre d'organisations internationales et développant des actions en coopération, tient aujourd'hui une place importante dans le paysage international de la certification.

1. En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_411173/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-santé](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-santé) [dernière consultation le 07/06/2012].

2. En ligne : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-17/ad173640.pdf> [dernière consultation le 07/06/2012].

26. En ligne : <http://www.has-sante.fr> [dernière consultation le 07/06/2012].



Dans d'autres champs de la santé (laboratoires biomédicaux par exemple), suite au décret du 19 décembre 2008, le Comité français d'accréditation (Cofrac\*) [4] a été désigné comme instance nationale d'accréditation, faisant reconnaître celle-ci comme une activité de puissance publique<sup>27</sup>.

Organisme indépendant créé en 1994 sous le régime de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, le Cofrac\* a un double objectif<sup>28</sup>, mené en application des réglementations nationales et des directives européennes :

- attester de la compétence (technique et organisationnelle) et de l'impartialité des organismes d'inspection et de certification ainsi que des laboratoires ;
- obtenir, au niveau international, l'acceptation des prestations et la reconnaissance des compétences des laboratoires, organismes d'inspection et de certification (analyses, essais, contrôles et certifications).

### Certification

La certification est « une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées<sup>29</sup> ». La certification est basée sur un référentiel et est réalisée par un organisme reconnu indépendant des parties en cause. Dans l'ISO\*, la France est représentée par l'Association française de normalisation (Afnor\*<sup>30</sup>), organisme créé en 1926. Toute organisation, entreprise ou administration peut demander à faire certifier son organisation, ses services ou ses produits.

En France, les procédures de certification se sont développées dans le secteur des soins. La HAS\*, autorité publique indépendante à caractère scientifique ayant pour mission notamment de certifier les établissements de santé [encadré 3], a signé un accord de coopération avec le Cofrac\*<sup>31</sup>.

### Évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le secteur des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS\*) fait l'objet de procédures qualité différentes, fondées sur une évaluation interne et externe par des organismes habilités qui conditionnent le

27. En ligne : <http://www.cofrac.fr/fr/accreditation/> [dernière consultation le 07/06/2012].

28. En ligne : <http://www.cofrac.fr/fr/cofrac/vocation.php> [dernière consultation le 07/06/2012].

29. En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/sites-autres/qualite/ofm/certification-iso-9000/x/x-11/3> [dernière consultation le 07/06/2012].

30. L'Afnor est également l'éditeur de la première bibliothèque virtuelle destinée aux professionnels de la qualité [5].

31. Signé le 16 décembre 2004, cet accord stipule que « la HAS\* prend en compte dans sa procédure de certification l'accréditation éventuelle, par le Cofrac\*, d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale entrant dans le périmètre de l'évaluation qu'elle effectue sur la base de son référentiel propre ». Les résultats de la certification sont publics mais ne conditionnent pas des autorisations de fonctionnement.

En ligne : <http://www.cofrac.fr/fr/cofrac/communiques.php> [dernière consultation le 07/06/2012].

renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm\*) a été créée en 2007 afin d'accompagner ces établissements dans ces procédures **[encadré 4]**.

#### ENCADRÉ 4

##### Évaluation des Établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>1</sup>

Afin d'aider les ESSMS\* dans la mise en œuvre d'une évaluation interne et externe instituée par la loi du 2 janvier 2002, les pouvoirs publics ont créé, par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2007, l'Anesm\*.

Directement issues des obligations faites aux ESSMS\* de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, l'Anesm\* s'est vu confier deux principales missions :

- valider ou élaborer des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- habiliter des organismes extérieurs qui effectueront l'évaluation externe à laquelle les ESSMS\* sont soumis.

L'article L 313-1 précise que la décision de renouvellement est exclusivement subordonnée aux résultats de l'évaluation externe réalisée par un organisme habilité par l'agence, selon un cahier des charges défini par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007.

1. En ligne : <http://www.anesm.sante.gouv.fr> [dernière consultation le 07/06/2012].

## Différences essentielles entre ces différentes méthodes de reconnaissance

### Différences essentielles entre une marque de reconnaissance pour une certification de services et une labellisation

Pour la direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF\*), les labellisations ne doivent pas être confondues avec des dispositifs de certification de services. L'arrêté du 30 mars 1995 a été publié à cet effet : il « encadre les marques de certification de services en portant reconnaissance du comité d'accréditation, en tant qu'instance d'accréditation des organismes certificateurs de produits industriels et de services<sup>32</sup> ».

32. En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/layout/set/print/ofm/certification-iso-9000/viii/viii-8o/1/%28print%29> [dernière consultation le 07/06/2012].

Le tableau ci-dessous **[tableau 1]** présente les différences essentielles entre une *marque de reconnaissance de certification* de services et une *labellisation* **[6]** :

**TABLEAU 1****Comparatif des marques de reconnaissance<sup>1</sup>**

Certification de services	Labellisation
Réglementation spécifique Référentiel déposé au Journal officiel	Pas de cadre réglementaire
Les engagements pris doivent être mesurables et orientés clients	Les critères du cahier des charges doivent porter essentiellement sur des exigences de moyens
Cycle de certification sur 3 ans pour des marques de type AES (AFAQ* Engagement de Service, AFAQ : Association française pour l'amélioration et le management de la qualité) ou ASC (AFAQ* Service Confiance) et à définir pour la NF (Norme Française)	Cycle de labellisation variable
Prise de décision par les experts dans le domaine d'Afnor* Certification	Modalités de prise de décision à définir selon les labels
Délivrance d'un certificat	Délivrance d'une attestation de labellisation
Propriétaire de la marque : Afnor*	Propriétaire de la marque : Afnor* ou le porteur de projet

1. Source : Afnor Certification. Extrait de l'article d'A. Orain. Les labels. Caractéristiques générales. Le label Diversité. Dossier *Évaluation, développement durable, recrutement*, 14 décembre 2009 **[5]**.

En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/ofm/certification-iso-9000/viii/viii-8o> [dernière consultation le 07/06/2012].

### Différences essentielles entre une accréditation et une certification

Ces deux procédures, à première vue assez similaires de par la méthodologie employée, sont différentes quant à leurs objectifs et leur finalité, et donc complémentaires. Les termes utilisés pour les définir permettent de mettre en avant ces deux différences<sup>33</sup> :

- l'accréditation est effectuée par un « organisme faisant autorité » alors que la certification est réalisée par une « tierce partie » ;
- l'accréditation permet de reconnaître qu'un organisme ou un individu est « compétent » alors que la certification assure qu'un produit, un processus ou un service est « conforme ».

33. En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/sites-autres/qualite/ofm/certification-iso-9000/x/x-11/3> [dernière consultation le 07/06/2012].

---

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 07/06/2012.

- [1] Deming W. E. *Hors de la crise* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Economica, 2002 : 352 p.
- [2] DGAS\*. *Démarche qualité, évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Guide méthodologique*. Paris : DGAS\* / SICOM, 2004 : 40 p.  
En ligne : [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g\\_metho.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf)
- [3] Bandura A. Self efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 1977, n° 84 : p. 191-195.
- [4] Cofrac\*. *Le portail de l'accréditation en France* [site internet]. 2008.  
En ligne : <http://www.cofrac.fr/fr/accréditation/>
- [5] Afnor\*. *AFNOR BiVi Qualité. Bibliothèque virtuelle pour les professionnels de la qualité* [site internet]. 2012.  
En ligne : <http://www.bivi.qualite.afnor.org/>
- [6] Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie. *La certification des produits industriels et des services en 7 questions*. Paris : ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2004 : 12 p.  
En ligne : [http://www.cstb.fr/fileadmin/documents/evaluation/Certification%20produits/Certification\\_en\\_7\\_questions.pdf](http://www.cstb.fr/fileadmin/documents/evaluation/Certification%20produits/Certification_en_7_questions.pdf)



# Proposition d'une démarche qualité en promotion de la santé

Voir des associations engagées dans le champ de la santé se regrouper afin de travailler sur la qualité en promotion de la santé peut, à première vue, paraître surprenant. Cependant, cette question est le fruit de démarches initiées depuis seulement quelques années pour certaines associations, à leur initiative et / ou pour répondre aux demandes de transparence et d'amélioration des pratiques, exprimées par les pouvoirs publics. Elle fait écho à une recherche de structuration des pratiques d'abord interne à chaque association, puis progressivement partagée entre associations. Ce chapitre permet de mieux comprendre les réflexions en cours dans ces structures sur la méthodologie, l'évaluation et la qualité des projets, et de les mettre en perspective avec les réflexions et les orientations récentes sur la qualité. Il permet également de situer, dans ce contexte, les options qui ont été prises pour définir et proposer aux acteurs une démarche qualité en promotion de la santé. En effet, les principes et les axes stratégiques de la promotion de la santé sont progressivement apparus comme étant le socle commun partagé par les acteurs associatifs impliqués dans l'élaboration du guide d'autoévaluation de la qualité.

L'application de normes ISO\* pour les associations fait l'objet de réflexions depuis quelques années. Certains acteurs se sont résolument engagés dans cette voie comme, par exemple, l'association sans but lucratif Ages\* (Administration et gestion pour l'économie sociale), implantée à Liège en Belgique. Son guide qualité, écrit dans le cadre d'une expérience pilote financée par les pouvoirs publics, se base explicitement sur la norme ISO\* 9001 (version 2000) s'articule avec les normes éthiques en vigueur dans le secteur de l'économie sociale. Il reprend et en illustre les dix principes<sup>34</sup>. Les organisations non gouvernementales (ONG\*) travaillant dans le domaine humanitaire telles que Coordination Sud, Acodev\* (Fédération belge des Associations de Coopération au Développement), URD\* (Urgence Réhabilitation Développement), etc. soulignent les obstacles rencontrés par ce type de transposition devant la difficulté à définir les processus de base de façon définitive, et face notamment à la multiplicité des contextes d'intervention. De façon pragmatique, il convient aussi de noter, et chacun a sans doute eu l'occasion de l'expérimenter concrètement, que le vocabulaire de la qualité est peu familier au secteur associatif en général et à la promotion de la santé en particulier. Il sonne même fréquemment comme un jargon doté de connotations, portant atteinte aux valeurs fondamentales de ce secteur. Ainsi en est-il en particulier lorsqu'on parle de « client », auquel on préférera volontiers le terme de « bénéficiaire » ou de « populations concernées ». De même, on préférera « gouvernance » à « leadership » ou « management ».

Au-delà des résistances sémantiques à la reprise de normes existantes, Alain Deccache s'interrogeait plus fondamentalement, dès 1997, sur le type de démarche qualité à mettre en place en éducation pour la santé et en promotion de la santé. Compte tenu des spécificités de ce champ, il préconisait une démarche à mi-chemin entre l'évaluation sur critères externes, préalablement définis par des experts, et une approche d'amélioration continue de la qualité qui soit partie prenante des processus composant l'action et incombant exclusivement à ses acteurs. Sa proposition repose sur des critères négociés<sup>35</sup> entre l'ensemble des parties prenantes et portant à la fois sur les processus, les moyens, les impacts et les choix valoriels et théoriques.

En outre, depuis quelques années, des interrogations s'expriment dans le champ de l'action médico-sociale, de l'économie sociale ou de la culture. J.F. Laville constate ainsi que les documents relatifs à la gouvernance de ces associations sont directement issus du monde de l'entreprise. Si la nécessité d'une gestion rigoureuse des ressources financières et humaines

---

34. Ces dix principes sont les suivants : orientation client, leadership, implication du personnel, approche processus, management par approche systémique, amélioration continue, approche factuelle pour la prise de décision, relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs, politique qualité, principes de l'économie sociale.

35. « Entre des critères "historiques" basés sur l'expérience, des critères normatifs basés sur des groupes de consensus, et des critères "absolus" basés sur la situation idéale (Green, 1986), il y a aussi des critères négociés qui combinent tous les autres », traduit de [1].

est incontestable, il faut selon lui « refuser l'impasse d'une simple importation de référentiels et s'appuyer sur les pratiques telles qu'elles existent, les comparer ». Ainsi, selon lui, « la force des associations, c'est leur lien social de proximité avec les territoires, les usagers, qui génère de l'engagement bénévole ; ce lien-là suppose d'autres outils que ceux des multinationales ! » [2]. Une prise de conscience identique s'est opérée dans le champ de l'action humanitaire depuis 1999. En réaction à des projets comportant un risque de standardisation des interventions et à une approche de l'évaluation centrée sur la « redevabilité » à l'égard des bailleurs, le projet Synergie qualité et les travaux du groupe URD\* impulsent une approche donnant une place essentielle aux valeurs de l'intervention humanitaire, et placent les populations affectées au centre des analyses.

## LA DÉMARCHE QUALITÉ : APPROCHE COMPLÉMENTAIRE DES DÉMARCHES D'ÉVALUATION

### Émergence des exigences d'évaluation et de méthodologies d'intervention

Au niveau international, la fin des années 1990 et le début des années 2000 sont marqués par le développement de l'évaluation en promotion de la santé. À l'instar des travaux menés par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES\*) [3], le point de vue est alors majoritairement axé sur l'efficacité de la promotion de la santé<sup>36</sup>. La question posée a trait à la réussite d'un programme et à l'identification des preuves qui en attestent [4]. Dès lors, les modèles construits visent à définir et à catégoriser les résultats des programmes ou des actions. La plupart des mesures et des outils élaborés se rapportent aux changements liés aux déterminants de la santé, ou à l'évolution de l'état de santé, à travers notamment celle de la mortalité et de la morbidité.

Dans ce contexte, et en parallèle de l'émergence d'un discours ambiant sur l'efficacité et l'évaluation des programmes et des politiques publiques<sup>37</sup>, les associations œuvrant en promotion de la santé se sont vues de plus en plus souvent questionnées sur leurs méthodes et leurs résultats. Ce questionnement a pris schématiquement deux formes. D'un côté, il a été perçu comme une invitation à participer à l'évaluation des politiques et des programmes de

---

36. Des projets sur la démarche qualité en promotion de la santé se formalisent dès 1992 au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Belgique, dans des contextes soumis à de fortes mutations du système de santé et où l'assurance qualité est déjà largement appliquée aux établissements et services de soins, alors qu'elle n'en est encore qu'à ses balbutiements en France. Plusieurs publications, parues entre 1996 et 1998, mettent en évidence l'impact qu'ont, sur les pratiques, des projets tous fondés sur des approches participatives et sur une construction partagée, facteurs déterminants pour l'appropriation et la diffusion des méthodes ou des outils développés. Ces travaux ne rencontrent cependant quasiment aucun écho en France, où la recherche d'amélioration de la qualité est envisagée d'abord sous l'angle de la définition et de la « standardisation » des processus méthodologiques, puis de l'approche évaluative. Pour en savoir plus, voir [1].

37. De nombreux ouvrages et documents témoignent de cet intérêt pour l'évaluation dans le domaine de la santé [5-10].



santé publique, de l'autre, comme une interrogation sur les démarches mises en place par les associations pour évaluer leurs actions. Sur le premier plan, les associations sont jugées *collectivement* parmi d'autres opérateurs sur leur contribution aux résultats d'un programme. Sur l'autre, elles sont alors interrogées plus *individuellement* sur les processus choisis pour mener leurs actions et sur les résultats produits.

Cependant, le questionnement sur les méthodes d'intervention et sur l'impact des actions ne trouve pas son origine seulement chez les autorités de santé publique ou chez les bailleurs de fonds. Il fait également partie depuis de nombreuses années des préoccupations propres à certains des acteurs eux-mêmes, notamment ceux agissant dans le cadre de réseaux nationaux. Les formations et les programmes de soutien en méthodologie de projet ou en évaluation, apparus ces dernières années, témoignent de l'intérêt porté à ces sujets et du souci des associations d'étoffer les compétences de leurs membres dans ce domaine. Par ailleurs, dans certaines régions, notamment dans le cadre des Schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps\*) et des Pôles régionaux de compétence (PRC\*) en éducation pour la santé, ce travail a fait spontanément l'objet de coopérations inter-associatives.

### Limites et ajustements nécessaires concernant l'évaluation en promotion de la santé

S'il est convenu que les préoccupations d'évaluation sont légitimes, en ce qu'elles signent la volonté de rendre compte de l'utilisation de l'argent public investi pour la santé des populations, elles ne sont pas sans rencontrer certaines limites, ou pour le moins soulever certaines questions dans le champ spécifique de la promotion de la santé.

#### Limites de l'évaluation de résultats

La littérature sur l'évaluation dans le champ de la santé est particulièrement abondante et nous propose une multitude de définitions et de manières de procéder. Pour illustration, cela va du plus lapidaire (« procédure scientifique systématique qui détermine le degré de succès d'une action ou d'un ensemble d'actions au regard d'objectifs prédéterminés ») [11, p. 36] au plus technocratique (« L'évaluation est un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Cela implique une analyse critique de différents aspects de l'élaboration et de l'exécution d'un programme et des activités qui le composent, de sa pertinence, de sa formulation, de son efficience, de son efficacité, de son coût et de son acceptation par toutes les parties intéressées ») [12].

Or, sur le terrain, les représentations autour de l'évaluation sont souvent péjoratives, celle-ci étant perçue comme une opération de contrôle quand elle est proposée ou menée par une personne autre que l'acteur lui-même (hiérarchie, financeurs, etc.), voire comme une mission impossible faute de moyens nécessaires à sa correcte réalisation. À cela s'ajoute, en dépit de recommandations officielles soulignant la spécificité des associations en matière d'évaluation<sup>38</sup>, le fait que cette dernière présente souvent, sous l'effet conjugué des modalités d'application de la loi de santé publique et de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF\*) [6], le défaut de faire abstraction des valeurs et du contexte général dans lequel le milieu associatif conduit ses actions<sup>39</sup>.

En effet, si personne ne conteste la nécessité de rendre compte des actions menées, tant auprès des financeurs de l'action que des bénéficiaires, la question reste ouverte quand il s'agit de savoir *de quoi* rendre compte pour une action donnée. Parle-t-on seulement d'une évaluation de l'activité au travers d'indicateurs de réalisation des objectifs opérationnels de l'action (population rejointe, matériel distribué, etc.) ou, de manière plus large, d'une évaluation de l'atteinte des objectifs spécifiques en terme de santé pour les populations ou les personnes participant à l'action ? Si dans le premier cas, la définition d'indicateurs et la collecte de données au fil de l'action ne posent guère de difficultés, dans le second, d'autres obstacles sont rencontrés au quotidien. La nature complexe des objectifs et les différents niveaux de lecture possible des résultats<sup>40</sup> en promotion de la santé compliquent souvent la mise en œuvre des démarches évaluatives [14], la difficulté de la tâche tenant autant aux questions de méthode (quelles méthodes choisir ? quels indicateurs ? quelle participation ?) qu'aux questions de moyens (temps à y consacrer, suivi à court ou long terme, coût de l'évaluation parfois supérieur à celui de l'action, etc.).

---

38. Le guide d'évaluation réalisé par la Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale, en 2002, indique : « L'évaluation d'un projet associatif est spécifique. L'évaluation doit prendre en compte un projet ou une action évaluable et la nature particulière de l'association, de sa relation à la société et de la finalité qu'elle se donne lors de sa constitution mais aussi au cours de son existence. À la différence d'autres organisations, l'association ne peut être appréhendée seulement à travers une fonction économique. Cette spécificité associative conduit à juger de la pertinence d'un projet ou d'une action (et de ses effets) du point de vue des conditions dans lesquelles il est conçu et élaboré à l'intérieur de l'association, les collectivités publiques, le public ou les personnes concernées ont été associés ou simplement informés de ce projet, de la transformation sociale qu'il induit, du degré de responsabilisation qu'il suscite en faveur d'une cause d'intérêt général, ainsi que les transformations favorables, volontaires ou involontaires, que ce projet ou cette action peut avoir sur la vie de l'association, ses salariés, ses bénévoles et ses élus, et plus généralement en faveur de tous les habitants d'un territoire. » [8, p. 6].  
En ligne : [http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_evaluation.pdf](http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/guide_evaluation.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

39. Cette idée est avancée notamment par P. Viveret et J. M. Lucas qui considèrent que la LOLF\* introduisait des principes de transparence et de débat sur les objectifs des politiques et leur évaluation [13, p. 24 et 29]. Cependant, son application gestionnaire a conduit selon eux à une prédominance de l'approche quantitative sans parvenir à ouvrir l'espace attendu de concertation.  
En ligne : [http://cpca.asso.fr/wp-content/uploads/2008/09/la-vie-associative\\_11\\_le-financement-des-associations.pdf](http://cpca.asso.fr/wp-content/uploads/2008/09/la-vie-associative_11_le-financement-des-associations.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

40. Outil de catégorisation des résultats proposé par Promotion Santé Suisse, accessible depuis la plate-forme Quint-essen à l'adresse suivante : [http://www.quint-essen.ch/fr/files/Categorisation\\_resultats\\_11](http://www.quint-essen.ch/fr/files/Categorisation_resultats_11) [dernière consultation le 07/06/2012].

Ces difficultés sont largement partagées et amènent les acteurs à s'exprimer de plus en plus clairement en faveur d'une approche modulée de l'évaluation, mettant en avant, par exemple [15, p. 165] :

- la reconnaissance d'un principe de proportionnalité amenant à « rompre avec le principe d'exigence égale d'évaluation envers un promoteur menant une action à 1 000 euros et celui menant un programme de 100 000 euros » ;
- le caractère non systématique de l'évaluation de résultats avec une incitation à privilégier l'évaluation des processus pour des programmes reconduits ou déjà évalués du point de vue de l'efficacité, même si l'évaluation des résultats, incluant une appréciation de l'atteinte des objectifs, n'est pas à négliger car nécessaire en matière de politiques publiques.

En parallèle, la volonté d'associer plus largement à l'évaluation les populations, les usagers et les bénéficiaires ne cesse d'être exprimée, parfois sur un mode quasi incantatoire, mais sans véritablement parvenir à se généraliser.

### Passer d'une évaluation de « ce qui marche » à une évaluation de « comment ça marche »

Pendant longtemps, l'évaluation des programmes s'est attachée à déterminer, dans une logique de santé publique, s'ils étaient efficaces ou non. Selon A. Deccache, elle voulait répondre à deux questions : « Est-ce que ça marche ? » et « Qu'est-ce qui marche ? ». Cette mesure d'efficacité (souvent basée sur des critères et des indicateurs très épidémiologiques), n'apporte que des réponses partielles et ne permet pas selon lui de savoir « Comment ou pourquoi ça marche ? », ni ce qu'on peut améliorer.

Or, quand on les interroge, les intervenants en promotion de la santé disent évaluer leurs programmes pour des raisons différentes [16] : « recueillir des preuves de l'efficacité ou des répercussions d'un programme ; rendre des comptes aux parties concernées, qu'il s'agisse des bailleurs de fonds, des clients, des bénévoles, du personnel ou de la communauté ; trouver les moyens d'améliorer un programme ; déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et pourquoi, etc. » Nous constatons alors que l'évaluation, telle qu'elle est perçue par les répondants, semble servir au moins autant à mesurer l'efficacité qu'à assurer une amélioration continue des actions, ce qui est le sens d'une démarche qualité. De ce point de vue la démarche qualité viendrait alors compléter et intégrer, sous un autre angle et avec des objectifs qui lui sont propres, une démarche évaluative.

## Intérêt et enjeux de développer la qualité : faire reconnaître la promotion de la santé et ses acteurs

La promotion de la santé, à la fois comme approche spécifique de la santé et comme champ d'action de la santé publique, est d'apparition relativement récente. Sa diffusion en France est plutôt lente au regard notamment d'autres logiques de prévention plus anciennes et plus installées, de type hygiéniste. Comme le souligne le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas\*) en 2003 [17, p. 64] : « L'examen des expériences étrangères montre que la promotion de la santé tend à occuper une place croissante dans les politiques de santé, et commence à influencer aussi bien les modes d'intervention que la configuration des systèmes de soins. Il montre aussi combien la mise en œuvre de ces politiques est difficile et exigeante en termes d'approches transversales, de coordination, d'évaluation. La prévention sanitaire, et plus encore la promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa [encadré 1, p. 31], constituent en effet un domaine de l'action publique complexe et polymorphe, aux enjeux multiples et parfois contradictoires, aux savoirs et aux techniques encore fragiles ou incomplets ». L'Igas\* constate aussi plus loin que le concept de promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa n'a pas pénétré de façon structurante et globalisante la politique de santé en France, contrairement aux tentatives qui se dessinent dans les pays nordiques ou anglo-saxons.

Les obstacles collectivement rencontrés dans les démarches évaluatives et les enjeux de reconnaissance du champ présentés plus haut ont contribué à ce que le groupe de travail s'intéresse au sein de la démarche qualité, à ce qu'elle donne la possibilité de bâtir une approche des projets centrée sur les valeurs et les processus. Elle est apparue de nature à pouvoir fédérer les acteurs, si divers en promotion de la santé, et à constituer un vecteur efficace pour promouvoir et faire reconnaître les organisations ou les projets par les partenaires de la santé publique. Il ne s'agit donc pas d'un effet de mode mais plutôt d'une opportunité permettant la rencontre d'un moyen – l'approche qualité – et d'un besoin : celui des associations et de leurs partenaires. En outre, le choix d'inscrire les actions associatives dans une démarche qualité globale symbolise la volonté de faire mieux connaître les valeurs et les approches qui guident la promotion de la santé et le souhait de faire promouvoir, au travers d'un outil largement diffusé (notamment auprès des institutions), les acteurs du champ de la santé publique engagés dans cette démarche. Ces éléments expliquent que la proposition de réaliser un guide qualité des actions de promotion de la santé se soit imposée de manière consensuelle dans le groupe de travail inter-associatif.

## LA DÉMARCHE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ

Si un consensus se dessine autour de la pertinence de développer la qualité en promotion de la santé, il restait à choisir, en fonction des éclairages apportés sur ces différents concepts, les modèles à retenir dans ce champ spécifique, et à en établir les modalités et outils.

Après avoir défini ces différentes notions d'un point de vue général (prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé), le groupe de travail mis en place pour élaborer le guide d'autoévaluation de la qualité s'est attaché à examiner leurs interactions opérationnelles et à les contextualiser. Ceci a permis notamment de les situer par rapport au concept de santé publique, terme le plus couramment usité en France dans les années 2000, comme en atteste la terminologie des cadres législatifs et institutionnels : loi relative à la politique de santé publique, programme régional de santé publique, groupement régional de santé publique, etc.

### Contextualisation des différentes notions du point de vue du groupe de travail

« La santé publique est la science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société<sup>41</sup>. » Dans la littérature, on trouve une distinction entre la santé publique et une « nouvelle santé publique ». Cette dernière se « caractérise par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les modes et les conditions de vie déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des modes de vie sains et en créant des environnements favorables à la santé ». En ceci, la « nouvelle santé publique » rejoint la promotion de la santé [18].

Le débat n'est pas clos au plan international pour savoir si la promotion de la santé est un sous-ensemble de la « nouvelle santé publique » ou l'inverse. L'utilisation des mots et expressions étant difficilement universelle mais davantage liée à un contexte social, culturel, historique, économique, il n'est pas aisé voire utile de trancher. Cependant, au vu de la succession des

---

41. Selon la définition de l'OMS\* de 1952, « la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :

1. assainir le milieu ;
2. lutter contre les maladies ;
3. enseigner les règles d'hygiène personnelle ;
4. organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ;
5. mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé. »

définitions de la santé, d'une part, et des textes de cadrage de la promotion de la santé, d'autre part, on observe que, partant d'une considération exclusivement sanitaire, les enjeux de la promotion de la santé ont progressivement infiltré toutes les dimensions de la société et se sont peu à peu étoffés d'une dimension politique considérée comme indispensable : soins de santé primaires (Alma Ata), axes stratégiques plurisectoriels (Ottawa) nécessitant une mobilisation politique forte, travail accentué sur l'environnement (Ottawa, Jakarta, Sundsvall), intégration du secteur privé, la mobilisation de leviers économiques et utilisation des dernières technologies (Bangkok), etc. La santé ne s'envisage plus seulement d'un point de vue « clinique » mais bien dans une logique plurisectorielle s'attachant à modifier l'ensemble des déterminants de la santé, et considérant cette dernière dans son sens le plus large. Cette évolution suggère de reconsidérer les frontières entre les logiques économiques et les valeurs solidaires de la société, entre la prévention et le soin, entre le sanitaire et le social, entre l'individualité et le collectif afin de permettre une réduction des inégalités de santé, que celles-ci soient sociales, économiques, culturelles, etc. [19]

En France, les années 1990 ont été marquées par une tentative de développement d'une « politique de promotion de la santé » bénéficiant de moyens financiers dédiés (crédits d'État déconcentrés pour la prévention et la promotion de la santé) et s'appuyant sur de nouvelles structures. Cette prise en main politique est d'autant plus importante qu'elle est contemporaine de plusieurs facteurs :

- une crise économique qui renforce la nécessité de travailler sur les inégalités de santé (exemple du contrat santé dans l'obtention du revenu minimum d'insertion, du développement des missions locales) ;
- l'épidémie de sida qui met en évidence l'intérêt de la prévention *versus* le soin, et s'accompagne du développement de la santé communautaire ;
- la décentralisation qui entérine de plus en plus les acteurs de santé publique aux croisements du sanitaire et du social, et multiplie les échelons décisionnels et opérationnels permettant sa mise en œuvre ;
- et enfin, l'émergence de la notion « d'environnement préservé » avec notamment des politiques d'urbanisation plus « éco-responsables » [20-22].

La santé devient l'affaire de tous et tout devient affaire de santé. La promotion de la santé, la prévention, l'éducation pour la santé se mêlent donc et se démêlent tout au long de cette évolution en fonction des priorités stratégiques qui se dessinent – médicale, comportementale, environnementale, économique, etc. Ainsi, faut-il moins opposer ces différentes notions qu'en rechercher la complémentarité opérationnelle dans une politique cohérente de santé. Le tableau ci-après [tableau 1] permet d'appréhender concrètement la distinction entre ces différentes notions. Aussi, peut-on dire par exemple

que les actions d'éducation pour la santé contribuent à la promotion de la santé dès l'instant où les démarches éducatives favorisent [23] :

- l'amélioration du bien-être et le développement de la qualité de vie aux niveaux individuel et collectif ;
- la prise en compte de la santé dans le développement local des communautés et les modifications des environnements ;
- l'*empowerment* des citoyens et leur participation aux décisions qui concernent la santé.

**TABEAU I**

**Promotion de la santé et prévention : quelles différences ?<sup>1</sup>**

	Promotion de la santé	Prévention	
<b>Finalités</b>	<i>Empowerment</i> (plus grand contrôle sur sa santé et son milieu)	Diminuer l'incidence et la prévalence de problèmes de santé ou de facteurs de risque	
	Bien-être, qualité de vie, santé		
<b>Publics</b>	Population, communautés, milieux de vie	Groupes à risque	
<b>Stratégies et modes d'action</b>	Organisation des services	Organisation des services de soins	
	Action communautaire et participation des populations	Action communautaire et participation des populations	
	<i>Éducation pour la santé</i>	<i>Éducation pour la santé</i>	
	Action politique, lobbying	Action politique, lobbying	
	Action intersectorielle	Action intersectorielle	
	Modification de l'environnement	Modification de l'environnement	
<b>Contenus éducatifs</b>	Transversaux, démultiplicateurs (compétences psycho-sociales, analyse critique de l'information, etc.)	Spécifiques (informations, services, apprentissages sensori-moteurs, etc.)	
<b>Référence de l'action</b>	Santé vécue	Santé manifestée ou observée	Santé objectivée

1. C. Vandoorne « Promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé : parle-t-on de la même chose ? » *Éducation santé*, novembre 2009, n° 250 : p. 7.

On peut différencier certains secteurs d'application spécifiques selon les publics :

- la lutte contre l'exclusion : re-mobiliser les décideurs politiques sur la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, favoriser et accompagner le recours aux soins, adapter les méthodes pédagogiques aux difficultés spécifiques des populations (illettrisme, cultures différentes, conditions de vie) ;
- l'action communautaire : multiplier et accompagner les initiatives locales où les habitants décident et agissent sur leur environnement pour améliorer leur bien-être ;

- l'éducation pour la santé et la citoyenneté : contribuer au développement de projets cohérents, respectueux des besoins et des rythmes biologiques des jeunes et ouverts sur l'environnement familial et social.

Pour s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé, les approches sont donc décentrées de l'individu et replacées dans un contexte global et multifactoriel où les professionnels sont invités à :

- accepter d'envisager la santé sous l'angle du bien-être dépassant la simple notion de modes de vie sains ;
- développer des stratégies plurielles et complémentaires : un programme de promotion de la santé se décline selon cinq axes **[encadré 1, p. 31]** qui contribuent tous à l'atteinte des objectifs de la promotion de la santé. Tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ces axes y contribuent dans la mesure où l'autonomie et le libre choix des personnes sont respectés ;
- développer un partenariat pluridisciplinaire et plurisectoriel, afin d'intervenir le plus efficacement possible sur l'ensemble des déterminants de santé. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire, d'autres secteurs ont une légitimité à y contribuer ;
- prendre en considération les savoirs profanes des populations et le développement d'une démarche participative visant l'*empowerment*.

### Définition d'objectifs spécifiques de la démarche qualité en promotion de la santé

Compte tenu des nécessaires ajustements présentés ci-dessus, et qui vont bien au-delà d'un simple « choc des cultures » par rapport à des démarches existantes dans d'autres secteurs, il est possible de retenir un principe commun à ces « nouvelles » démarches qualité : celui de développer un savoir-faire permettant d'atteindre au mieux des objectifs fondés sur des valeurs et des principes d'intervention spécifiques.

En ce qui concerne les associations en promotion de la santé, l'objectif serait par conséquent qu'en s'appuyant sur une démarche qualité, leurs actions répondent au mieux aux besoins de santé des populations en leur donnant la place que leur confère la charte d'Ottawa, et que ces actions satisfassent aux engagements associatifs vis-à-vis de la collectivité qui les soutient.

Sur cette base, le groupe de travail chargé de la rédaction du guide qualité pour les associations propose de formuler comme suit l'objectif principal de la démarche qualité en promotion de la santé : « améliorer en permanence la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les actions mises en œuvre par les associations ». Trois objectifs contribuant à cela et complémentaires sont alors retenus :



- renforcer le travail d'équipe et de communication interne par un accompagnement de la qualité bien plus que la simple proposition de référentiel ;
- mettre en évidence les compétences acquises et les développer par des outils qui valorisent la qualité de ce qui est fait autant qu'ils soulignent les améliorations possibles ;
- favoriser la reconnaissance par les partenaires grâce à la production partagée de valeurs et de références dessinant les contours du champ de la promotion de la santé.

### Impact sur la structuration du guide d'autoévaluation de la qualité des actions

Constatant que la promotion de la santé est une notion finalement assez peu usitée en France bien que ses principes et ses axes stratégiques y apparaissent comme le socle commun, implicitement partagé par les acteurs associatifs impliqués dans l'élaboration du guide d'autoévaluation de la qualité, ce dernier affiche clairement une telle orientation comme en atteste l'encadré consacré à la promotion de la santé **[figure 1]**.

Par ailleurs, les échanges autour des différentes notions évoquées précédemment ayant mis en évidence la grande variété de compréhension et d'utilisation de ces termes, le guide comporte un glossaire qui permet de poser des définitions partagées construites tout au long du projet. Ayant posé comme référence la promotion de la santé, la cohérence de l'association et de l'action avec ce cadre constitue un questionnement central repris dans les domaines 1 et 2 de l'autoévaluation **[figures 2 et 3]**.

Le premier domaine d'autoévaluation du guide **[figure 2]** porte plus particulièrement sur la dynamique associative, entendue dans une acception large renvoyant tant au projet qu'à l'organisation et au fonctionnement de l'association. Les critères de ce domaine réfèrent à la dimension structurelle, c'est-à-dire à ce que met en œuvre la structure associative pour garantir la qualité de ses actions en promotion de la santé. Ils soulignent aussi les spécificités du portage de projet par les associations, et notamment la convergence entre les valeurs fondant l'action associative (primauté de la personne, non lucrativité, fonctionnement démocratique, etc.) et celles caractérisant la promotion de la santé (participation, expression, réduction des inégalités, etc.).

FIGURE 1

Promotion de la santé : principes et axes d'intervention<sup>1</sup>**PROMOTION DE LA SANTÉ**

Le terme générique de promotion de la santé a été retenu car il renvoie à des valeurs communes, définies notamment par la Charte d'Ottawa en 1986, sur lesquelles s'appuient les associations pour développer leurs actions même si, en France, beaucoup d'entre elles n'utilisent pas ce terme pour se définir et parlent plutôt de prévention, de lutte contre une pathologie, de santé communautaire ou d'éducation pour la santé, etc.

Agir en promotion de la santé signifie que l'on s'inscrit dans les axes d'intervention suivants :

- ▶ contribuer à construire une politique publique qui vise à inscrire des mesures respectueuses de la santé dans divers secteurs (législation, fiscalité, organisation des services, etc.) ;
- ▶ créer des milieux favorables à la santé (environnement, conditions de vie et de travail) ;

▶ renforcer l'action collective/communautaire en donnant la possibilité aux différents groupes de participer à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé ;

▶ développer des aptitudes individuelles en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les compétences psychosociales pour donner aux personnes les moyens de faire des choix favorables à leur propre santé ;

▶ réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux, mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

1. [24, p. 4]

FIGURE 2

Domaine 1 du guide d'autoévaluation de la qualité<sup>1</sup>

## 1 LA DYNAMIQUE ASSOCIATIVE GARANTIT UN CADRE FAVORABLE POUR LE DÉVELOPPEMENT D' ACTIONS DE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ.

De nombreux organismes de nature et de statut différents, publics ou privés, mènent des actions de promotion de la santé. Parmi eux, les associations sont particulièrement nombreuses. Elles sont porteuses de valeurs spécifiques qui donnent sens et structurent leurs projets, leur fonctionnement et leur organisation. Le mode d'organisation associatif est une forme particulièrement favorable pour assurer la participation des populations puisqu'il croise organisation, élaboration, expression et défense des intérêts des citoyens/usagers.

La recherche de cohérence entre l'action, les principes et le fonctionnement de l'association traduit sa volonté d'améliorer régulièrement la qualité de ses actions. Cette cohérence permet d'assurer l'adhésion et le soutien des différentes personnes impliquées (salariés, adhérents, administrateurs, etc.), de favoriser le respect du positionnement choisi et la compréhension par les autres acteurs (autres associations, financeurs, pouvoirs publics).

1. [24, p. 9]

Par ailleurs, la réflexion menée sur les associations et la promotion de la santé a naturellement influencé la méthodologie de projet et de déploiement retenue pour l'élaboration du guide d'autoévaluation de la qualité. Celle-ci a été établie en cohérence avec les principes fondamentaux de la promotion de la santé, questionnés dans le deuxième domaine [figure 3], et s'appuie notamment sur une méthode d'élaboration participative et formative visant à développer les compétences des parties prenantes et à les combiner avec l'expertise identifiée et mise à disposition par l'Inpes. Constatant la forte hétérogénéité des associations et la forte proportion de celles de petite taille, le projet porte aussi une attention particulière à l'équité entre associations. Un appel à participation via internet a permis d'identifier des associations représentatives de la diversité des publics, des interventions, des thématiques et des territoires pour constituer un groupe de travail. Il s'agit concrètement de garantir l'accessibilité pour les petites associations en proposant un outil souple et adaptable, et en favorisant la structuration d'une offre d'accompagnement de proximité pour les futurs utilisateurs.

**FIGURE 3**

Domaine 2 du guide d'autoévaluation de la qualité<sup>1</sup>

**② VOTRE ACTION S'INSCRIT DANS UNE LOGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET S'APPUIE SUR LES PRINCIPES ET LES VALEURS SPÉCIFIQUES À CETTE APPROCHE.**

La promotion de la santé est une des approches qui existent dans le champ de la santé. Selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'accroître leur contrôle sur les déterminants de santé, d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé. Les déterminants de santé sont l'ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé d'individus ou de populations. La participation des personnes et des populations est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

1. [24, p. 13]

## Une assurance qualité partagée

### Entre évaluation et démarche qualité : un choix mixte

Le guide d'autoévaluation repose sur une approche que l'on pourrait qualifier de mixte. En effet, il aborde brièvement les étapes de la démarche qualité en commençant par rappeler l'engagement nécessaire de tous les acteurs de l'association, ce qui renvoie au leadership et à la mobilisation interne à tous les niveaux. Il reprend également, dans sa première grille thématique [figure 4], quelques points ayant trait à l'organisation et au fonctionnement de l'association (critères 1.1 et 1.4), à la politique d'amélioration de la qualité (critère 1.2) et au partenariat (critère 1.3).

FIGURE 4



L'idée générale était de mettre en évidence les mesures que prend l'association pour s'assurer de la qualité de ses activités en promotion de la santé. Mais c'est à ce niveau que s'arrête le questionnement du fonctionnement associatif. En effet, les quatre grilles thématiques suivantes ne sont pas construites selon une optique de management global de la qualité, mais restent davantage centrées sur les activités et les processus liés à la qualité des projets en promotion de la santé.

### Un socle commun de critères qui permettent d'apprécier la qualité d'une action

Le guide d'autoévaluation de la qualité devait permettre de formaliser un socle de références de base et une terminologie commune qui semblaient faire défaut aux acteurs français. Ce guide – bien au-delà d'une simple *check-list* de procédures, et sans aller jusqu'à la qualité totale – devait donc décrire la qualité attendue d'une action de promotion de la santé. Ce faisant, il contribue à positionner la démarche sur le principe de l'assurance qualité et ainsi à donner confiance dans l'action réalisée pour répondre le mieux possible aux besoins identifiés.

L'architecture du guide repose ainsi sur des domaines, des critères et des indicateurs. La structuration des grilles thématiques s'est largement inspirée de la structure du référentiel qualité de l'École nationale de la santé publique (ENSP\*) [encadré 1], reprise par le référentiel qualité de la Fnes\* [encadré 2] jugé particulièrement pédagogique.

Ce référentiel comporte :

- des domaines ou secteurs généraux d'analyse ;
- des sous-domaines qui précisent le cadre d'analyse ;
- des arguments, présentant notamment une justification des enjeux et de leur impact sur la qualité ;
- des références qui définissent la situation idéale à atteindre.

À l'issue du pré-test réalisé par l'Inpes auprès des 39 associations, qui montrait des difficultés de compréhension de ces termes, ces derniers ne figurent pas de façon visible dans la version finale du guide qualité, même si celui-ci en garde implicitement trace. L'enjeu était de permettre une appropriation progressive sans décourager les acteurs peu familiers de ce sujet et du vocabulaire spécifique de la qualité.

## ENCADRÉ 1

### Référentiel qualité *Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles*<sup>1</sup>

#### Contenu

Le référentiel qualité des formations supérieures professionnelles est structuré en trois parties, 9 domaines, 33 sous-domaines et 122 références. Les titres des parties, des domaines et des sous-domaines désignent, en les hiérarchisant, les niveaux d'analyse choisis.

La première partie, relative à l'organisme, concerne ses missions et sa politique, son organisation et ses ressources.

La deuxième partie, relative à la formation, s'intéresse aux conditions de conception, de production, de validation, d'une ou de plusieurs formations, conditions dont l'effectivité est susceptible de favoriser un apprentissage répondant à des attentes spécifiques et reconnues par les différents bénéficiaires.

La troisième partie, relative à l'assurance qualité interne, s'intéresse aux modalités de fonctionnement et de régulation internes mises en œuvre par l'organisme pour tendre à améliorer, si nécessaire, et à garantir le service rendu aux bénéficiaires.

Pour chaque sous-domaine, un argument définit plus précisément le cadre qui sera exploré en justifiant son impact sur le plan de la qualité et une série de références décrivent ce qui est attendu de chaque organisme accrédité pour qu'il soit reconnu compétent à dispenser des formations supérieures professionnelles, au regard de valeurs, de normes et de connaissances, considérées comme pertinentes à un moment historiquement situé.



1. École nationale de santé publique (ENSP\*). *Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles*. Référentiel Qualité. Rennes : ENSP\*, 2005 : 53 p.

En ligne : [http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/documents/2005\\_referentiel\\_qualite\\_fr.pdf](http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/documents/2005_referentiel_qualite_fr.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

**Indications**

Le référentiel doit pouvoir s'appliquer à de nombreux dispositifs de formation, dès lors qu'ils s'inscrivent dans le champ des formations supérieures professionnelles. Ce référentiel doit toutefois pouvoir s'adapter en tenant compte des caractéristiques spécifiques à chaque dispositif. En effet, certaines références peuvent être plus ou moins pertinentes ou avoir plus ou moins d'importance en fonction des contextes dans lesquels la formation est offerte et des attentes des différents bénéficiaires.

Le référentiel qualité est conçu dans la perspective de l'accréditation des formations. Il balise et délimite le champ d'intervention des auditeurs membres de l'équipe de certification chargés d'analyser les écarts entre la qualité attendue, la qualité voulue et la qualité observée. Il constitue le point d'appui des démarches d'investigation qu'ils ont à réaliser.

**Mode d'emploi**

Les références rassemblées invitent à un questionnement pour se situer par rapport

à un niveau d'excellence. Le but n'est pas de produire un discours institutionnel univoque, mais de refléter au plus près la réalité en tenant compte des positions de l'ensemble des acteurs, que ces positions soient convergentes, divergentes ou s'expriment sur des niveaux différents.

L'évaluation peut être réalisée par service et / ou en constituant des équipes d'évaluateurs issus de différents services. Ils réalisent un diagnostic pour chacun des domaines à partir du référentiel, sur la base d'observations, d'entretiens et d'études de traces.

La rédaction du rapport d'autoévaluation est essentiellement qualitative et porte sur chacun des domaines. Des conclusions et préconisations générales sont ensuite formulées.

L'usage du document variera selon que l'on s'intéresse globalement à l'organisme pour un ensemble de formations ou que l'on envisage l'accréditation d'une seule formation. Selon le cas, on examinera de manière plus approfondie certaines des références.

**ENCADRÉ 2****Guide d'autoévaluation de la qualité des activités en éducation pour la santé de la Fnes\*<sup>1</sup>****Contenu**

Ce référentiel, élaboré avec l'appui de l'ENSP\* est organisé en deux parties : une partie générique, relative à la description

de l'organisme et de la politique d'assurance qualité, et une partie spécifique aux principales activités menées (formation, activité documentaire, accompagnement



1. Fnes\*. *Guide d'autoévaluation de la qualité des activités en éducation pour la santé*. Saint-Denis : Fnes\*, 2010 : 80 p. La version initiale (VO) du guide est consultable en ligne : <http://storage.canalblog.com/03/38/527182/31630048.pdf> [dernière consultation le 07/06/2012].

méthodologique, actions et programme d'actions).

La version initiale, V0, éditée en 2007, était le fruit d'un premier travail de mutualisation organisé autour des sources locales, nationales et internationales dans le champ de l'éducation pour la santé.

La seconde version, V1, réactualisée en janvier 2010, s'est appuyée sur les apports des travaux réalisés par les référents qualité lors des journées nationales de la démarche qualité Fnes\* du 14 et 15 septembre 2009.

Ces modifications portent sur :

- des modifications de critères ou d'indicateurs / exemples ;
- une échelle en 4 points :
  - (critère pas du tout atteint),
  - (critère partiellement atteint),
  - + (critère atteint),
  - ++ (critère complètement atteint) ;
- l'intégration, dans la partie « Action et programme », du guide qualité élaboré sous le pilotage de l'Inpes et diffusé depuis novembre 2009. L'intégralité des parties 2 à 5 de ce guide ont été traduites dans ce référentiel.

Chacun de ces chapitres est constitué de domaines divisés eux-mêmes en rubriques. Pour chaque rubrique sont précisés :

- un argument : il explicite en quoi les critères qui suivent contribuent à la qualité de l'activité ;

- des critères : ils illustrent ce qui est attendu en termes de qualité. L'échelle permet de scorer l'atteinte du critère et de pouvoir ainsi vérifier son évolution au cours de la démarche qualité ;

- des indicateurs ou exemples : plus nombreux, contextualisés mais non exhaustifs, ils déclinent comment il peut être possible de constater la satisfaction ou non du critère. Ils servent de repères et peuvent être enrichis des spécificités de chaque structure. Cet espace est libre et peut être modifié par chaque structure.

### Indications

Ce guide, propre aux instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps\*), s'adresse particulièrement aux porteurs de ce type d'activités même si, dans son utilisation, une approche collective et pluridisciplinaire est encouragée. Il peut être utilisé dans l'évaluation globale de l'activité ou projet par projet.

### Mode d'emploi

4 étapes sont à mettre en œuvre :

- construire et établir les faits à travers un recueil d'indicateurs sur la base du référentiel ;
- préciser en quoi ces faits répondent aux résultats attendus ;
- caractériser le bilan et indiquer l'importance des écarts entre l'attendu et le réalisé ;
- identifier les axes de progression ;
- formaliser et mettre en œuvre un contrat de progrès signé avec la Fnes\*.

Chacune des cinq grilles thématiques du guide d'autoévaluation édité par l'Inpes correspond à un domaine d'analyse spécifique. Chacune [figure 5] comprend en introduction quelques lignes d'argumentaire explicitant les enjeux du questionnement sur ce domaine. Une série de critères et de sous-critères guident ensuite le questionnement, qui sont autant de points de contrôle que l'acteur cherchera à respecter. Ils sont propres à l'action ou au type d'action menée en promotion de la santé, mais aussi aux acteurs concernés, c'est-à-dire les associations à but non lucratif se référant à la charte d'Ottawa [encadré 1, p. 31] et éventuellement à d'autres corpus de valeurs plus spécifiques.

FIGURE 5

Structuration des grilles thématiques du guide d'autoévaluation de la qualité<sup>1</sup>

Chaque grille thématique est structurée de la même manière. On y retrouve systématiquement les rubriques identifiées ci-dessous :

**THÈME D'ANALYSE PROPOSÉ**

**ARGUMENTAIRE**  
qui explique l'intérêt et les bénéfices pour votre association d'analyser ce thème.

**CRITÈRE DE QUALITÉ :**  
énoncé d'une des dimensions de la qualité.

**PAR EXEMPLE :**  
quelques questions et des exemples pour vous aider à répondre.

Ces indications concrètes vous seront utiles en interne pour garder une trace de vos discussions, notamment si vous analysez l'action à des moments différents.

② VOTRE ACTION S'INSCRIT DANS UNE LOGIQUE...

La promotion de la santé est une des approches qui existent dans le champ de la santé. Selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé est un processus qui confère...

POUR VOUS AUTOÉVALUER, COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS  
--
-
+
++

**CRITÈRE 2.1 : L'ACTION FAVORISE ...**

**2.1.1 Le projet reconnaît ...**     ● ✓ ● ●

*PAR EXEMPLE : est-ce que les documents de présentation de l'action mentionnent explicitement les déterminants ? Est-ce que des objectifs de l'action visent certains de ces déterminants ? L'analyse préalable de situation interroge-t-elle ces déterminants sur le territoire ou la population concernés par l'action ?*

**2.1.2 L'action s'articule avec des niveaux complémentaires d'intervention...**     ● ✓ ● ●

*PAR EXEMPLE : avez-vous identifié les différents niveaux d'intervention : individuels, collectifs, sur les organisations, dans les lieux de vie, au niveau politique, etc. ?*

**2.1.3 L'action privilégie ...**     ● ● ✓ ●

*PAR EXEMPLE : est-ce que l'action se positionne à partir de la question : « qu'est-ce qui crée de la santé ? » plutôt que « qu'est-ce qui fait qu'une personne est malade ? » ?*

**VOTRE APPRÉCIATION GÉNÉRALE ...**     ● ✓ ● ●

**AIDE MÉMOIRE :** Sur quoi vous basez vous pour cocher cette case d'appréciation ? Donnez des exemples précis : la réunion du xx avec untel, le document zz diffusé à..., la formation du yy sur..., l'utilisation de l'outil X avec...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POINTS FORTS ET POINTS À AMÉLIORER :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ÉCHELLE D'AUTO-ÉVALUATION**  
L'appréciation résulte de vos discussions et signifie que :

- vous ne remplissez pas du tout ce sous-critère ;
- vous ne le remplissez pas suffisamment ;
- + vous le remplissez de façon satisfaisante ;
- ++ vous le remplissez parfaitement.

**L'APPRÉCIATION GÉNÉRALE**  
n'est pas la moyenne des sous-critères mais le résultat de vos discussions pour commencer à déterminer les pistes d'amélioration.

Indiquer ici vos points forts et les points que vous envisagez d'améliorer pour ce critère.

1. [24, p. 7]



La première grille thématique [figure 4, p. 67], nous l'avons vu, concerne la dynamique associative. La deuxième [figure 6] s'intéresse aux valeurs et au cadre d'intervention spécifique au champ de la promotion de la santé (voir p. 29).

FIGURE 6

Principes de promotion de la santé<sup>1</sup>

## ② PRINCIPES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

- Critère 2.1** Approche globale et positive de la santé
- 2.2** Vers une prise en compte des **inégalités sociales de santé**
- 2.3** Renforcement des **ressources personnelles et sociales des populations**
- 2.4** **Participation des populations** concernées

1. Extrait du dépliant [25].

Les trois grilles suivantes [figures 7-9] sont centrées sur le cycle du projet. Entendus comme tous les repères de processus qui permettront de juger de la qualité d'une action, les critères alors définis permettent de répondre aux questions suivantes :

- quelles sont les mesures mises en œuvre dans le projet pour comprendre et appréhender toute la globalité de la problématique ? C'est la pertinence de l'action au regard des caractéristiques de la population bénéficiaire, du contexte général et des ressources qui est ici interrogée [figure 7] ;

FIGURE 7

Première phase d'autoévaluation du projet : l'analyse de la situation<sup>1</sup>

## ③ ANALYSE DE SITUATION

- Critère 3.1** Analyse globale du **contexte**
- 3.2** **Besoins, demandes et attentes**
- 3.3** **Ressources** mobilisables

1. Extrait du dépliant [25].

■ qu'est-ce qui montre que l'action et son déroulement sont prévus de façon méthodique et rigoureuse ? C'est la cohérence des stratégies et des outils mis en œuvre afin d'aboutir au meilleur résultat possible du point de vue de la population concernée qui est ici questionnée [figure 8] ;

FIGURE 8

Deuxième phase d'autoévaluation du projet : la planification de l'action<sup>1</sup>

## ④ PLANIFICATION DE L'ACTION

- Critère 4.1 Objectifs**  
**4.2 Méthodes et outils** d'interventions adaptés  
**4.3 Budget** prévisionnel  
**4.4 Évaluation** de l'action

1. Extrait du dépliant [25].

■ dans quelle mesure le pilotage de l'action est-il organisé et permet-il d'inscrire l'action dans la continuité ? C'est la contribution de l'action à un ensemble (dans l'espace) ou à un *continuum* (dans le temps), permettant de répondre au mieux aux besoins des populations qui est ici analysée [figure 9].

FIGURE 9

Troisième phase d'autoévaluation du projet : l'animation et la gestion de l'action<sup>1</sup>

## ⑤ ANIMATION ET GESTION DE L'ACTION

- Critère 5.1 Responsabilités et collaborations** pour la mise en œuvre  
**5.2 Communication** interne et externe  
**5.3 Suivi de l'action**  
**5.4 Approches globale et durable**

1. Extrait du dépliant [25].

Comme le préconise A. Deccache, les critères ont fait l'objet d'une construction concertée et négociée. En ce sens, les indicateurs proposés sont délibérément souples, laissant largement le soin aux acteurs concernés de les

définir eux-mêmes par une contextualisation de leurs actions. Ne figurent que des exemples indicatifs dans le document final.

### L'autoévaluation

#### *Un regard interne et collectif porté sur les actions*

L'évaluation externe n'est pas apparue envisageable à court terme pour les associations, dans un contexte de fragilité où les pratiques et les structures demandent d'abord à être confortées avant de pouvoir utilement confronter les points de vue extérieurs. Ainsi, en accord avec la DGS\*, et dans le cadre du Comité de pilotage national de la mesure 15 des EGP\* (voir p. 18), les perspectives de labellisation, initialement évoquées, ont été rapidement écartées.

Cette orientation s'est trouvée confortée par la lecture des textes relatifs à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que par les leçons tirées de la première vague d'accréditation des établissements de santé. Lancée en France en juin 1999, la première procédure d'accréditation visait, tant par ses objectifs que par l'architecture du manuel et sa mise en œuvre, à promouvoir une démarche d'amélioration continue de la qualité. La philosophie initiale en fait une méthode visant à développer une dynamique de changement en se fondant sur un management participatif et une vision transversale du fonctionnement où le patient occupe une place centrale. Elle est ici conçue comme un « dispositif apprenant ». Les travaux relatifs à la démarche qualité et à l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, prévues par la loi de 2002 [encadré 3] reposent également sur une dynamique progressive et formative d'amélioration de la qualité s'appuyant elle-même sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs et notamment des instances dirigeantes.

Ces orientations, reprises dans différents référentiels ou guides analysés, ont été le fil conducteur des travaux de rédaction du guide, en se plaçant systématiquement du côté des équipes et avec une attention constante portée sur la capacité effective des critères à contribuer à une amélioration de leurs pratiques. Cette option appelle toutefois une vigilance particulière pour éviter de transformer un outil d'autoévaluation en un guide méthodologique pour concevoir un projet. Plusieurs outils existants s'apparentent à de tels outils de pilotage de projet fondé sur des critères de qualité, qui ne peuvent pas se substituer à la mise en œuvre d'une démarche qualité. C'est le cas par exemple de *Preffi 2\** (voir p. 90), du référentiel qualité développé en Languedoc-Roussillon [encadré 4], ou de la liste de vérification générale proposée par le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips\*) d'après le modèle *Precede / Proceed\** (voir p. 90) dans l'ouvrage *Planifier pour mieux agir* [26].

Par conséquent, c'est donc clairement la voie d'une démarche volontaire, initiée par les acteurs et sur la base d'une autoévaluation collective, qui a été retenue pour amorcer le développement de la démarche qualité dans les associations de promotion de la santé. En effet, elle a semblé une première

### ENCADRÉ 3

#### Démarche qualité : évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire<sup>1</sup>

##### Contenu

La loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 incite les établissements et services en action sociale et médico-sociale à « évaluer la qualité de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent », ouvrant ainsi un gigantesque chantier pour l'avenir. Ni texte réglementaire ni ouvrage scientifique, ce guide méthodologique vise à satisfaire 4 objectifs :

- faciliter l'accès aux concepts de l'évaluation et à la méthodologie de la démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- sensibiliser les professionnels sur leur indispensable implication dans la mise en œuvre de la démarche qualité ;
- permettre au responsable de l'établissement de formaliser ses attentes vis-à-vis de la démarche qualité et de l'évaluation interne et d'affiner sa capacité de négociation avec un éventuel prestataire ;
- positionner le consultant comme une aide à la décision du directeur et non comme un délégué du management.

La première partie du guide clarifie les notions d'évaluation et de démarche qualité. La deuxième présente les 7 étapes de mise en œuvre de l'évaluation : informer, se former, s'approprier le référentiel ou en rédiger un, s'évaluer en interne, déterminer

les axes d'amélioration, planifier et mettre en œuvre la démarche d'amélioration, recourir à l'évaluation externe. La dernière partie concerne la rédaction du cahier des charges pour se faire accompagner par un prestataire.

##### Indications

Ce document correspond à un outil d'aide à la décision la plus adaptée, à un moment donné, aux besoins des établissements concernés par la mise en œuvre de l'évaluation prévue par la loi 2002-2.

Ce document a été publié avant la création, par la loi du 21 décembre 2006, de l'Anesm\*, chargée de valider ou d'élaborer les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles, au regard desquelles les ESSMS\* doivent procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Des documents complémentaires ont été réalisés par la suite, notamment le *Guide de l'évaluation interne pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux* [27], en septembre 2006, et les *Recommandations sur la conduite de l'évaluation interne* [28], en juillet 2009.

1. DGAS\*. *Démarche qualité, évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Guide méthodologique*. Paris : DGAS\* / SICOM, 2004 : 40 p.  
En ligne : [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g\\_metho.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

## ENCADRÉ 4

### Référentiel de qualité des actions en éducation pour la santé réalisé à la demande de la Drass\* Languedoc-Roussillon<sup>1</sup>

#### Contenu

Le document comprend :

- une introduction ;
- une courte rubrique sur la qualité ;
- un mode d'emploi ;
- 4 domaines d'observation : la population, les intervenants et les partenaires, l'environnement et l'action. Dans chaque domaine, les critères (55 au total) exprimés sous forme d'affirmations sont classés en 7 rubriques : philosophie et éthique, connaissance du terrain, interaction, communication, rigueur, cohérence et adaptabilité, continuité dans le temps et l'espace ;
- une sélection bibliographique.

#### Indications

Le but de ce référentiel est d'améliorer le service rendu à la population en matière d'éducation pour la santé. Ses objectifs

sont de partager des critères de qualité communs et de proposer un outil pratique pour accompagner la construction et le suivi d'un projet. Son ambition est de permettre aux professionnels de situer leur action et d'améliorer progressivement leurs pratiques.

#### Mode d'emploi

Ce document est destiné aux professionnels qui conçoivent et mettent en œuvre des actions d'éducation pour la santé et aux institutions qui les financent. Plus qu'un référentiel qualité, il s'agit plutôt d'une aide à l'élaboration et au suivi des actions que l'on peut utiliser comme un pense-bête au moment de la conception, ou comme un outil d'analyse pendant et après l'action. Il ne comporte pas d'échelle permettant de porter une appréciation graduée sur le degré d'atteinte des critères.

1. En ligne : [http://www.grsp-lr.sante.fr/financements/procedures/referentiel\\_qualite.pdf](http://www.grsp-lr.sante.fr/financements/procedures/referentiel_qualite.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

étape facilement acceptable par les acteurs et susceptible d'enclencher une dynamique de dialogue qui s'enrichira progressivement de regards multiples.

#### *Une échelle de cotation souple à mi-chemin entre le quantitatif et le qualitatif*

De la même manière, le principe d'une cotation comme la forme qu'elle devrait prendre, ont fait l'objet d'un important questionnement. L'intérêt de la cotation est bien évidemment d'amener à une appréciation ; sa limite est de figer les réponses et d'introduire une notion de contrôle voire de sanction. Certains référentiels, comme celui de l'ENSP\*, sont donc basés sur l'excellence : la référence à atteindre y est ainsi formulée de manière affirmative et correspond à ce qui est attendu, autrement dit à la situation idéale définie à un moment donné au regard des connaissances, des normes et des pratiques jugées pertinentes.

En l'absence de cotation des appréciations, le travail d'évaluation s'exprime alors sous forme qualitative. Cependant, la plupart des référentiels proposent un système de cotation ou de notation. Les systèmes de notation utilisant des points sont apparus trop réducteurs et trop scolaires. Par ailleurs, la traduction en note chiffrée semblait de nature à entacher la confiance des utilisateurs qui peuvent craindre une utilisation à des fins de comparaison entre organismes ou l'interpréter comme un barème permettant de sélectionner des projets. Le fait de devoir se situer sur une échelle a cependant été jugé important et de nature à favoriser les échanges et la réflexion au sein des équipes. En outre, les appréciations portées constituent des jalons pour commencer à hiérarchiser les priorités d'amélioration. Néanmoins, le système de cotation doit conjuguer souplesse, simplicité et sensibilité pour exprimer des tendances sans enfermer, favoriser une compréhension immédiate et permettre de porter une appréciation précise.

Le choix s'est donc porté sur une échelle à quatre degrés [figure 10] pour amener le répondant à se positionner clairement au regard d'une tendance positive ou négative et éviter les réponses « neutres » des échelles impaires (3 ou 5) [29]. Après examen des différentes possibilités, la formulation ++ / + / - / --, utilisée notamment par Promotion Santé Suisse et l'URD\*, semblait la plus opérationnelle. C'est celle qui a été choisie.

FIGURE 10

### Un vecteur d'échanges et de réflexions : l'échelle d'autoévaluation<sup>1</sup>

**ÉCHELLE D'AUTO-ÉVALUATION**  
L'appréciation résulte de vos discussions et signifie que :

- vous ne remplissez pas du tout ce sous-critère ;
- vous ne le remplissez pas suffisamment ;
- + vous le remplissez de façon satisfaisante ;
- ++ vous le remplissez parfaitement.

POUR VOUS AUTOÉVALUER, COCHEZ LES CASES CI-DESSOUS

--    -    +    ++

1. [24, p. 7]

## Les supports permettant une démarche qualité

Au-delà de la conception des critères et de leur autoévaluation, il s'agit à travers le guide d'impulser une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité au sein des associations volontaires pour son utilisation. En ce sens, le groupe de travail s'est attaché à documenter et à concevoir l'intégration du guide dans un *continuum* plus large d'activités contributives de la qualité :

- des éléments portant sur une démarche structurée, intégrant l'autoévaluation, mais ne s'y résumant pas ;
- des éléments permettant de porter un jugement sur l'action ou les actions et d'en définir les perspectives d'amélioration.

### Un accompagnement en huit étapes

Dans cette partie préalable aux cinq grilles thématiques, il s'agit de s'interroger et mettre en pratique une réflexion collective sur la qualité au sein de l'association permettant de :

- partager les valeurs et processus identifiés dans le guide ;
- intégrer la démarche qualité dans sa pratique ;
- définir la démarche qualité comme un projet à part entière.

Certes, les modalités pratiques de mise en œuvre de la démarche qualité vont varier d'une association à l'autre, en fonction de sa taille, de ses moyens ou de ses actions mais, de manière générale, huit étapes ont été définies **[figure 11]** :

**FIGURE 11**

#### Les huit étapes de la démarche qualité en promotion de la santé<sup>1</sup>

- 8 COMMUNIQUER** TOUT AU LONG DU PROJET
- 1 **S'ENGAGER** AVEC TOUS LES ACTEURS DE L'ASSOCIATION DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ
  - 2 **S'ORGANISER** POUR METTRE EN ŒUVRE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET UTILISER LE GUIDE
  - 3 **CHOISIR** LES ACTIONS SUR LESQUELLES VA PORTER L'AUTOÉVALUATION
  - 4 **S'APPROPRIER** LA MÉTHODE ET LA STRUCTURE DU GUIDE D'AUTOÉVALUATION
  - 5 **COLLECTER** LES DONNÉES, ORGANISER LA DISCUSSION ET PORTER UNE APPRÉCIATION
  - 6 **FAIRE** LA SYNTHÈSE DE L'AUTOÉVALUATION (RAPPORT)
  - 7 **DÉFINIR** LES MESURES PRIORITAIRES D'AMÉLIORATION

1. [24, p. 5]

### Une formalisation des perspectives d'amélioration

Par ailleurs, les échanges avec le responsable qualité et évaluation de Promotion Santé Suisse ont mis en évidence l'intérêt d'une représentation visuelle pour avoir un bilan global des appréciations portées en fin d'autoévaluation. Le document « Critères de qualité », élaboré par Promotion

Santé Suisse, propose ainsi de tracer une courbe ou « profil de qualité » en reliant les appréciations portées sur chacun des critères. Ce profil peut être tracé à chaque utilisation de la grille pour analyser un projet et permet ainsi de mesurer les évolutions. L'idée du « profil qualité » a donc été gardée dans l'élaboration du guide en ce qu'il peut aussi être affiché et fonctionner comme un aide-mémoire, permettant de se référer fréquemment aux critères et de garder à l'esprit les mesures d'amélioration à mettre en œuvre.

En outre, les retours d'expériences de l'EHESP\* et de la Fnes\* ont invité le groupe de travail à porter une attention particulière à la formalisation des éléments de synthèse de l'autoévaluation et des mesures d'amélioration possibles. Le guide comporte donc trois outils complémentaires permettant la planification de ces dernières :

- un bilan graphique sous la forme d'une courbe horizontale suggérée par les associations qui ont testé la première version du guide [figure 12] ;

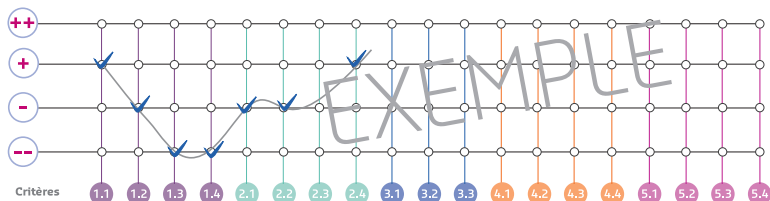
FIGURE 12

Un modèle d'outil de planification : le bilan graphique d'autoévaluation<sup>1</sup>

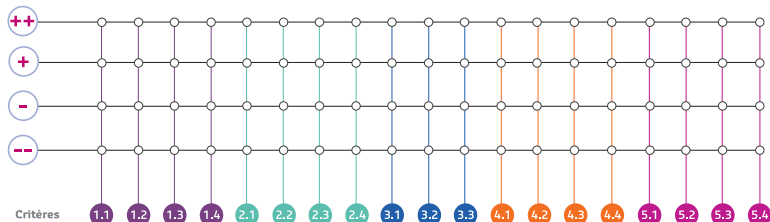
# BILAN

## COMMENT REMPLIR ET TRACER LE BILAN ?

Pour chaque critère, reportez l'appréciation générale (+/+/-/--) que vous avez cochée lors de votre autoévaluation, puis tracez une courbe en rejoignant les différents points entre eux.



## VOTRE BILAN :



THÉMATIQUES	LA DYNAMIQUE ASSOCIATIVE GARANTIT UN CADRE FAVORABLE POUR LE DÉVELOPPEMENT D'ACTIONS DE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ.	VOTRE ACTION S'INSCRIT DANS UNE LOGIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET S'APPUIE SUR LES PRINCIPES ET LES VALEURS SPÉCIFIQUES À CETTE APPROCHE.	L'ACTION EST BASÉE SUR UNE ANALYSE DE SITUATION GLOBALE, STRUCTURÉE ET FORMALISÉE.	L'ACTION EST PLANIFIÉE SUR LA BASE D'UN ENSEMBLE COHÉRENT D'OBJECTIFS DÉFINIS, DE MÉTHODES ARGUMENTÉES ET DE RESSOURCES IDENTIFIÉES.	L'ANIMATION ET LA GESTION DE L'ACTION S'APPUIENT SUR DES MÉTHODES, DES COMPÉTENCES ET DES RESPONSABILITÉS DÉTERMINÉES QUI PERMETTENT LA RÉALISATION EFFECTIVE ET OPTIMALE DE L'ACTION.
-------------	---	---	--	--	--

1. [24, p. 28]



■ un modèle de rapport de synthèse afin d'aider les acteurs à structurer leurs résultats. Il permet de formuler les points forts (qu'il est ainsi possible de mieux valoriser), et d'identifier les améliorations à engager. Il comporte également une partie permettant de décrire le déroulement de l'autoévaluation : les personnes impliquées, les modalités d'organisation (individuel, collectif...), la perception de la démarche par l'association et l'équipe **[figure 13]** ;

**FIGURE 13**

Un modèle d'outil de planification : le rapport de synthèse<sup>1</sup>

## RAPPORT DE SYNTHÈSE DE L'AUTOÉVALUATION DE L'ACTION

Cette partie vous permet de rassembler les principaux éléments issus de l'autoévaluation.

■ COMMENT S'EST DÉROULÉE CETTE AUTOÉVALUATION ?

▶ Qui a participé à cette démarche d'autoévaluation ?

---

---

---

---

---

---

---

---

▶ Quelles ont été les modalités d'organisation ?

**PAR EXEMPLE :** temps individuels/temps collectifs, réunions spécifiques (dates), etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

▶ Comment percevez-vous cette démarche ?

**PAR EXEMPLE :** quels ont été les principaux points de consensus et les points qui ont suscité le plus de débats dans l'équipe ? Quelles réactions ont été suscitées par la démarche ? Quels effets, parfois inattendus, avez-vous identifiés ?

---

---

---

---

---

---

---

---

1. Extrait de **[24, p. 29]**

■ un plan d'amélioration comprenant des actions concrètes et la formalisation des moyens nécessaires à leur mise en œuvre **[figure 14]**.

N.B. : Le guide d'autoévaluation de la qualité est allé jusqu'à la formalisation des perspectives d'amélioration. Toutefois, une fois ces jalons posés, il est nécessaire de mettre en œuvre les pistes envisagées et d'en assurer un suivi.

FIGURE 14

Un modèle d'outil de planification : le plan d'amélioration de la qualité<sup>1</sup>

## PROJET DE PLAN D' ACTIONS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

L'autoévaluation que vous venez de réaliser vous a permis d'identifier des pistes d'amélioration. Comme il est peu réaliste d'aborder simultanément tous les axes d'améliorations, il s'agit désormais de définir des priorités et de commencer à envisager de quelle façon vous pourriez les mettre en œuvre. Ces décisions ne dépendent pas uniquement de l'équipe et doivent être discutées dans l'association. Dans certains cas, elles nécessitent une validation par les instances décisionnelles (conseil d'administration, etc.).

Le tableau ci-dessous ne constitue donc pas un plan d'actions définitif mais il vous permet de préparer des propositions pour construire ces échanges internes.

PROPOSITION D'AMÉLIORATION	QUI SERAIT CONCERNÉ ?	QUAND ?	QUELS SONT LES MOYENS À PRÉVOIR ?	À QUI FAUT-IL TRANSMETTRE CETTE PROPOSITION ?
Amélioration 1				
Amélioration 2				
Amélioration 3				

1. [24, p. 31]

## LE GUIDE D'AUTOÉVALUATION DE LA QUALITÉ : UN OUTIL COMPLÉMENTAIRE DES OUTILS EXISTANTS

La diffusion du guide d'autoévaluation ne s'inscrit pas dans un paysage dénué de toute initiative en faveur de la qualité et dépourvu de toute méthode ou outil. De nombreuses interrogations sont formulées par les acteurs de terrain quant aux différences entre les outils existants. Il est donc utile de situer ce guide au regard de plusieurs outils et méthodes couramment utilisés, fondant la qualité des interventions en promotion de la santé.

On peut ainsi retenir, *EQUIHP\**, *Preffi 2\** du *Netherlands Institut for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ\*)* et l'*OCR\**, développé par Promotion Santé Suisse, en collaboration avec les Instituts de médecine sociale et préventive de Berne et Lausanne que l'*Inpes* a contribué à diffuser en France, avec le soutien des *PRC\** en éducation pour la santé. Par ailleurs, il semble pertinent de situer le guide d'autoévaluation par rapport au modèle de planification actuellement le plus utilisé dans le monde, à savoir *Precede / Proceed\**, développé par L.W. Green et M.W. Kreuter dès 1991.

## EQUIHP\* : une check-list pour les projets en promotion de la santé

*EQUIHP\** [encadré 5] est un outil pour l'assurance qualité visant à améliorer la qualité d'une action en promotion de la santé à partir d'une liste de critères, utilisable aussi bien par les acteurs de promotion de la santé que par les directeurs d'instituts de promotion de la santé, des chercheurs, des décideurs et des organisations financeurs. *EQUIHP\** peut être utilisé dans le processus de planification, la réalisation et l'évaluation d'un projet de promotion de la santé.

### ENCADRÉ 5

#### *EQUIHP\** : un instrument européen pour la qualité en promotion de la santé

##### Modalités d'élaboration

Réalisé dans le cadre du projet européen *Getting Evidence into Practice* [intégrer les données probantes dans la pratique]<sup>1</sup>, avec le soutien de la Commission européenne et en collaboration avec un consortium d'organismes et d'instituts de promotion de la santé (dont l'Inpes) issus de pratiquement tous les états membres de l'Union européenne. La coordination centrale a été assurée par l'Institut néerlandais pour la promotion de la santé et la prévention des maladies (*NIGZ\**) en lien avec l'Institut flamand pour la santé (*VIG\**).

##### Contenu

*EQUIHP\** se compose des éléments suivants :

- un formulaire de scores à compléter, regroupant 13 critères d'efficacité pour les interventions en promotion de la santé, ainsi que 95 indicateurs relatifs à ces critères. Les différents critères sont répartis en quatre catégories et reflètent les facteurs qui sont importants pour l'efficacité des projets en promotion de la santé : (I) le cadre de référence des principes de la promotion

de la santé, (II) les différents aspects du développement et de la mise en œuvre du projet, (III) les différents aspects de la gestion du projet, et (IV) sa durabilité ;

- un manuel destiné aux utilisateurs qui expose les bases théoriques et le cadre de référence des principes de la promotion de la santé sur lesquels il s'appuie : santé globale et positive, déterminants, participation / *empowerment*, équité et égalité. Il précise les diverses possibilités d'utilisation, les types de projets en promotion de la santé auxquels *EQUIHP\** peut être appliqué et donne des indications sur la façon d'interpréter les résultats.

##### Indications

Basé sur ces critères, *EQUIHP\** correspond à une liste des différents éléments à vérifier pour rédiger un projet et améliorer la qualité d'une intervention, ou à un outil de réflexion. Il peut être utilisé tout au long du processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation d'un projet de promotion de la santé. *EQUIHP\** est adapté à divers types de projets, qu'ils soient définis par leurs objec-



1. Evidence Consortium, septembre 2005.

En ligne : <http://www.nigz.nl/gettingevidence> [dernière consultation le 07/06/2012].

Traduction française disponible auprès de l'Inpes.

tifs (par exemple des projets de recherche, de développement ou de mise en œuvre), ou bien par leur groupe concerné, leur méthodologie et leur préoccupation centrale (projets pédagogiques, communautaires, de diagnostic / d'identification de problème ou d'évaluation).

En tant qu'instrument pour l'assurance qualité, *EQUIHP\** peut être employé par tous les intervenants en promotion de la santé. Le formulaire est développé comme un outil permettant d'évaluer soi-même la qualité, mais il peut également servir à tous ceux qui sont concernés par la mise en œuvre d'interventions promotrices de santé (directeurs d'instituts de promotion de la

santé, chercheurs, décideurs et organismes financeurs).

#### Mode d'emploi

Afin de rendre l'évaluation de chaque critère plus aisée, plusieurs indicateurs sont répertoriés. Chacun d'eux doit recevoir une appréciation, soit *oui*, *en partie*, ou *non*. Ces scores valent respectivement pour *atteint*, *en partie atteint*, et *pas atteint*. Lorsqu'un élément ne peut être évalué parce qu'il ne s'applique pas à ce type de projet particulier, la case correspondante peut être laissée vide. Si aucune information n'est disponible quant à cet élément, un score *non* peut être attribué.

## Preffi 2\* : une utilisation pour le questionnement systématique dans la phase de préparation d'un projet

*Preffi 2\** [encadré 6, p. 84] est un outil de pilotage de l'efficacité attendue d'une action ou d'un programme. L'outil est divisé en deux parties qui distinguent, d'une part, la préparation de l'action et, d'autre part, l'action elle-même. Il comporte une série de questions détaillées sur différentes dimensions et phases de l'action. S'il fait référence à des principes de qualité, il les résume essentiellement à l'analyse de l'efficacité et à l'évaluation de processus de réalisation de l'action. Les retours d'expérience sur son utilisation actuelle en France tendent à confirmer qu'il est effectivement plutôt utilisé comme une liste de contrôle des éléments à prendre en considération avant de démarrer un projet. En pratique, le volet notation, le traçage du graphique ainsi que la formulation des points à améliorer et des actions correctives restent généralement sous-utilisés.

Focalisé sur l'action, tout comme les critères de qualité Quint-essenz [encadré 7, p. 86], *Preffi 2\** n'aborde que très marginalement les dimensions structurelles de l'organisme porteur du projet qui ont pourtant un impact sur la qualité. Le guide explicatif de *Preffi 2\** fait cependant référence au modèle *European Foundation for Quality Management (EFQM\*)*<sup>42</sup> mais il en retient essentiellement un seul des critères, à savoir le

42. Le modèle d'excellence de l'EFQM\* est basé sur un concept consistant à évaluer la qualité selon neuf critères clés : leadership, gestion du personnel, politique et stratégie, partenariats et ressources, processus, satisfaction du personnel, satisfaction du client, intégration à la collectivité, résultats opérationnels.

leadership. Il insiste en particulier sur le rôle du chef de projet et n'aborde pas les questions plus générales de management des personnes et des ressources ou des orientations stratégiques de l'organisme. À l'inverse, et conformément au cadre posé par la mesure 15 des EGP\* (voir p. 18), le guide d'autoévaluation aborde spécifiquement des éléments structurels en consacrant la première grille thématique à la dynamique associative. L'objectif est d'appréhender de quelle façon l'organisation, le fonctionnement et la vie associative peuvent concourir à la qualité d'un projet en promotion de la santé. Le postulat est que la qualité d'une action ne découle pas seulement de l'expertise technique et méthodologique, mais qu'elle est aussi étroitement liée à un faisceau de facteurs organisationnels et stratégiques impliquant l'ensemble des acteurs de l'organisme (bénévoles, professionnels et administrateurs). Cette façon de voir les choses, encore balbutiante dans le champ de la promotion de la santé, rejoint les tendances observées de longue date en matière de qualité.

S'ils n'ont pas tout à fait le même objectif (porter une appréciation globale sur la qualité pour le guide d'autoévaluation, et aider au pilotage opérationnel pour *Preffi\**), les deux outils peuvent être mis en perspective de façon tout à fait complémentaire. En effet, compte tenu de la diversité des associations et des actions concernées, le guide d'autoévaluation de la qualité propose une approche généraliste autour d'un nombre restreint de critères. Pour remplir l'autoévaluation, surtout si elles ne sont pas rompues à un maniement régulier de la méthodologie de projet ou des principes de promotion de la santé, les associations peuvent être amenées à rechercher des moyens pour approfondir leur analyse. Dans ce cas, il est judicieux de se reporter à des recommandations de bonnes pratiques ou à des grilles spécifiques établies par activité (formation, intervention collective, etc.), par population ou par thématique (inégalités sociales de santé [encadré 8, p. 87], nutrition, etc.). On peut ainsi utilement rapprocher les critères du guide d'autoévaluation des différentes catégories de *Preffi\**, ce qui permet de diversifier les formulations autour d'un même critère et d'apporter une série de questionnements concrets.

### ENCADRÉ 6

#### **Preffi 2\* : un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé<sup>1,2</sup>**

##### **Contenu**

L'outil inclut un mode d'emploi, un questionnaire et un formulaire de notation.

Le questionnaire reprend les différentes phases d'une démarche de projet : analyse du problème, déterminants, groupes cibles,



objectifs, conception de l'intervention, mise en œuvre, évaluation. Il accorde une importance particulière à trois ressources essentielles : l'engagement des acteurs, les moyens disponibles et l'expertise des compétences du responsable du projet. Il est accompagné d'un document intitulé « Guide explicatif », qui décrit les indicateurs associés aux différentes phases de la démarche et analyse leur importance pour l'efficacité d'un projet. Chacun de ces indicateurs se voit attribuer un niveau de preuve selon qu'il est fondé sur les données de la recherche, l'expérience pratique ou la logique et le sens commun.

### Indications

Plus qu'un instrument de mesure de l'efficacité des programmes, *Preffi\** est un outil de pilotage et d'analyse de la planification qui peut être utilisé aussi bien comme une aide lors de la conception d'un projet qu'au cours de sa mise en œuvre et à l'occasion d'une évaluation. Dans la plupart des cas, *Preffi\** est utilisé par les promoteurs pour analyser leur propre projet. Si c'est un évaluateur externe qui s'en sert, un entretien avec le responsable du projet est recommandé.

*Preffi\** est adapté à plusieurs types de projets :

- projet de niveau national, centré sur l'élaboration de stratégies et / ou de politiques de santé, où il s'agit d'effectuer une analyse du problème, de sélectionner les meilleurs objectifs, les publics béné-

ficiaires ou les groupes concernés, les interventions possibles, et d'optimiser la coordination entre ces éléments ;

- projet de mise en application à un niveau régional ou local d'une intervention élaborée précédemment à destination d'un public déterminé. L'analyse du contexte et des ressources est ici fondamentale ;

- projet communautaire qui exige une étroite collaboration avec les membres d'une communauté dont les besoins et les souhaits doivent faire l'objet d'une attention particulière.

### Mode d'emploi

En phase de conception de projet, le questionnement est utilisé comme une liste de contrôle des éléments à prendre en considération.

En phase de mise en œuvre, des réponses par *oui* ou par *non* au questionnaire permettent de porter une appréciation sur les indicateurs correspondant aux différentes phases de la démarche et aux catégories de ressources nécessaires. Pour chacun de ces indicateurs, trois options d'appréciation, *faible*, *moyen* et *fort* sont proposées. *Faible* signifie insuffisant, c'est-à-dire nécessitant une amélioration, *moyen* indique qu'une amélioration plus ou moins importante est à envisager et *fort* qu'aucune amélioration n'est exigée.

L'objectif n'est pas en soi de porter des appréciations mais de les utiliser pour identifier les points d'améliorations qui sont importants et réalisables.

1. Holleman G.R.M., 2003. Traduction française d'un outil élaboré par le NIGZ\* disponible sur le site de l'Inpes : [http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2\\_Outil.pdf](http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

2. Cette fiche a été réalisée à partir de [30, p. 85].

## ENCADRÉ 7

### Critères de qualité Quint-essenz<sup>1</sup>

#### Modalités d'élaboration

Les critères ont été définis en commun par des scientifiques et des praticiens au cours d'un processus de longue haleine permettant d'établir les caractéristiques d'un « bon » projet de promotion de la santé.

#### Contenu

L'outil permet de mener une réflexion systématique sur la qualité des projets en promotion de la santé et contribue à l'amélioration continue de la qualité. L'élément central est une liste de 23 critères de qualité rassemblés en 6 domaines distincts :

- concepts de promotion de la santé ;
- justification du projet ;
- planification du projet ;
- organisation du projet ;
- suivi du projet ;
- résultats.

#### Indications

La formulation générale des critères, qui s'inspire des normes ISO\* pour les systèmes de gestion de la qualité, prend en compte la diversité des projets et permet une large application du modèle pour :

- analyser et évaluer d'une manière systématique les projets d'intervention, dans différentes phases ;
- identifier les forces et les potentiels d'amélioration du projet ;
- déterminer les domaines prioritaires dans lesquels des améliorations sont nécessaires ;
- fixer des objectifs qualité et définir des

mesures d'amélioration.

Le référentiel est avant tout destiné à l'évaluation interne, mais il peut aussi être utilisé par les financeurs.

#### Mode d'emploi

Chaque critère est relié à plusieurs indicateurs permettant de vérifier son niveau de réalisation. Pour commencer, il faut déterminer quels indicateurs sont pertinents pour le projet en question au moment considéré, et lesquels ne le sont pas à ce stade. Pour cela, il est possible d'utiliser le classement des indicateurs selon les phases du projet : phase de planification générale (Pg), phase de planification détaillée (Pd), phase de réalisation (Ré) et phase de conclusion (Co). Ensuite, pour chaque indicateur, on coche à droite la case correspondant au niveau atteint (-- / - / + / ++). On porte ensuite une appréciation sur le critère complet en prenant par exemple la moyenne ou la cotation la plus fréquente.

Il est intéressant de faire évaluer la qualité du projet par plusieurs personnes séparément, et de finalement discuter les accords et divergences dans les appréciations. Des thèmes et des conseils ciblés accompagnent chaque critère de qualité afin d'exploiter au mieux les potentiels d'amélioration. En évaluant un projet sur l'ensemble des critères, on peut établir un profil de qualité et tracer une courbe permettant de visualiser les forces et les potentiels d'amélioration du projet.

1. La version 5.0. est consultable en ligne : [http://www.quint-essenz.ch/fr/files/Criteres\\_de\\_qualite\\_50.pdf](http://www.quint-essenz.ch/fr/files/Criteres_de_qualite_50.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

## ENCADRÉ 8

### Grille d'appréciation des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé<sup>1</sup>

#### Contenu

Développé à partir de trois grilles existantes dans le domaine de la promotion de la santé (*Closing the Gap*, *Preffi\** et Consortium canadien), cet outil a été adapté au contexte spécifique de la réduction des inégalités en France. La grille, issue du travail de recherche de A. Guichard et V. Ridde, est composée de cinq rubriques :

- planification (analyse du problème et des besoins / objectifs, justification et conception des actions / implication des partenaires et du public concerné) ;
- mise en œuvre (organisation et pilotage du projet, leadership, adaptation et accessibilité de l'action aux publics concernés) ;
- évaluation ;
- pérennisation ;
- pouvoir d'agir.

En regard de ces rubriques, cinquante et un critères d'appréciation ont été développés. Ils se présentent sous la forme de questions qui listent les éléments jugés importants pour mener à bien des actions dans le domaine des inégalités sociales de santé (ISS\*). Un glossaire et un guide d'aide au remplissage de la grille ont été produits afin de faciliter l'usage de l'outil.

#### Indications

Cet outil n'est pas conçu comme un référentiel mais il permet de poser les jalons d'une démarche qualité pour agir contre les ISS\*. À ce jour, et même si des ajustements restent à

faire, l'outil peut, d'ores et déjà, entrer dans le cadre d'un processus formatif / méthodologique d'accompagnement des équipes de terrain, et ainsi participer à l'explicitation et à l'amélioration des connaissances et des pratiques pour agir contre les ISS\*. Il doit presque nécessairement s'accompagner d'entretiens et de discussions en profondeur. L'outil peut aussi trouver sa place dans le fonctionnement habituel des associations et être utilisé comme une ressource, à tout moment, dans une démarche de projet ou d'analyse des actions au regard des ISS\*, mais certaines précautions sont à prendre. Ainsi, il s'agit d'un dispositif dont l'originalité et l'intérêt résident dans sa dimension qualitative car la grille est indissociable de l'entretien en profondeur.

#### Mode d'emploi

L'outil dispose d'une colonne « argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte » permettant de décrire et de répondre à chacune des questions, afin de lier les processus de l'action aux éléments de contexte qui avaient pu se montrer favorables ou non, dans le déroulement de l'action. À l'origine, cette grille a été conçue dans une perspective de recherche et pour être utilisée au cours d'un entretien avec une personne expérimentée en méthodologie de projet dans le champ de l'intervention pour réduire les ISS\*. Un usage autonome est néanmoins possible pour permettre aux intervenants d'interroger leurs pratiques.

1. Cette fiche a été réalisée à partir de [31, p. 297-312].



## Outil de catégorisation des résultats : un outil d'analyse globale de programmes ou de projets

Le modèle OCR\* [encadré 9] est un instrument d'analyse des programmes ou des projets en promotion de la santé. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités de prévention et de promotion de la santé et, d'autre part, avec des problèmes de santé. Il présente l'avantage de concrétiser les éléments présents dans la charte d'Ottawa [encadré 1, p. 31] et d'appréhender de façon globale le paradigme de promotion de la santé. Il peut être utilisé à différentes phases du projet pour l'analyser. Un de ses intérêts majeurs est qu'il se fonde sur une approche systémique qui met en évidence les liens, le « chaînage » entre différents types d'actions et de résultats. Ce n'est pas à proprement parler un outil qualité car il ne permet pas d'apprécier un niveau de qualité, mais il vient utilement compléter la deuxième grille du guide d'autoévaluation conçue pour s'assurer que l'action « s'inscrit bien dans une logique de promotion de la santé et s'appuie sur les principes et les valeurs spécifiques à cette approche » [24, p. 16]. On pourra ainsi s'assurer que l'action produit des résultats dans plusieurs catégories du modèle ou, si ce n'est pas le cas, qu'elle est articulée de façon cohérente avec d'autres actions ou programmes produisant des résultats dans ces catégories.

### ENCADRÉ 9

#### Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention<sup>1</sup> (Promotion Santé Suisse, 2005)

##### Contenu

Les résultats attendus des interventions en prévention et promotion de la santé sont classés en trois colonnes :

- amélioration de la santé de la population ;
  - modification des déterminants de santé.
- Un résultat indiqué dans cette colonne constitue une modification positive établie d'un déterminant de santé reconnu dans un contexte et / ou un groupe de population donnée ;
- modification des facteurs qui influencent

les déterminants de santé. Sont indiqués dans cette colonne les résultats directs des activités de promotion de la santé. Il sont classés en 4 catégories comportant chacune 3 à 4 sous-catégories. Ces catégories et sous-catégories offrent un espace pour des indicateurs qui ont un potentiel d'influence positif sur les déterminants de santé.

Enfin, une colonne supplémentaire décrit les catégories d'activités de promotion de la santé.



1. Fiche réalisée à partir de [30, p. 86]. Une présentation détaillée de l'outil est consultable en ligne : [http://www.inpes.sante.fr/outils\\_methodo/categorisation/guide-fr.pdf](http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf) [dernière consultation le 07/06/2012].

Chacune des catégories et sous-catégories est décrite de façon détaillée et illustrée par un exemple concret.

### Indications

Le modèle de catégorisation des résultats est un instrument d'analyse qui sert au développement de la qualité. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités de prévention et de promotion de la santé, et d'autre part avec des problèmes de santé.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux :

- projets ;
- programmes ;
- institutions ;
- stratégies nationales, régionales ou locales.

À ces différents niveaux, le modèle peut être utilisé aux phases d'analyse de situation, d'élaboration d'objectifs et de stratégies, de pilotage et d'évaluation d'un projet.

Il peut servir à en démontrer l'impact et donc à légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics. La colonne destinée au classement des résultats directs

des projets de prévention et promotion de la santé est à ce titre particulièrement utile.

### Mode d'emploi

Idéalement, l'outil de catégorisation des résultats a vocation à être non seulement utilisé par la direction de projet ou l'évaluateur, mais aussi discuté, plutôt dans le cadre d'une réunion de l'équipe de projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet, etc.

■ Analyse de la situation : on décrit l'état de santé en question, et les facteurs qui ont une influence déterminante sur cette situation (déterminants de santé et facteurs d'influence sur les déterminants).

■ Planification de l'intervention : le modèle est utilisé pour relever les effets / résultats visés et les relier entre eux. On distingue deux niveaux :

1. les effets visés à plus long terme, c'est-à-dire par le projet mais dépassant sa durée : effets sur les déterminants et l'état de santé ;

2. les objectifs directs du projet (résultats planifiés pour les groupes concernés jusqu'au terme du projet).

■ Évaluation : relevé des résultats effectivement atteints que l'on attribue aux catégories et sous-catégories.

## **Precede / Proceed\* : une méthode de planification qui contribue à la qualité des processus mais qui ne permet pas de porter une appréciation sur le niveau de qualité**

Le modèle de planification *Precede / Proceed*\*<sup>43</sup> [encadré 10] est fondé sur une approche partant d'un problème de santé croisée avec un schéma classique de gestion de projet. Sa structure se déroule selon la logique du cycle de projet et permet ainsi à l'utilisateur d'envisager chacune des étapes dans la

43. Ce modèle, développé par Lawrence W. Green et Marshall W. Kreuter dès 1991, est actuellement le plus utilisé dans le monde.

## ENCADRÉ 10

### Planifier pour mieux agir (traduction française de *Precede / Proceed*<sup>\*1</sup>)

#### Contenu

Présentation en français de l'un des modèles de planification de développement de programmes de promotion de la santé les plus largement répandus : le modèle *Precede / Proceed*<sup>\*</sup>, développé par Lawrence W. Green et Marshall W. Kreuter en 1991.

Le document comporte un exposé du modèle, des illustrations dans les contextes haïtiens et québécois, un guide de référence pour l'action : planification, implantation, évaluation et maintien.

#### Indications

Le modèle est une aide au développement de programmes efficaces de promotion de la santé visant de façon simultanée les modes de vie des individus (habitudes de vie, loisirs, relations affectives, leurs milieux de vie comme la famille et le réseau social) et leur environnement (structure socio-économique, valeurs sociales et culturelles, politiques publiques).

Il est particulièrement utile au stade de préparation de la planification en raison de la démarche systématique de diagnostic qu'il propose.

Le modèle *Precede / Proceed*<sup>\*</sup> est un modèle de planification de programmes de promotion de la santé.

L'acronyme *Precede*<sup>\*</sup> signifie « des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic ».

L'acronyme *Proceed*<sup>\*</sup> signifie « Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental ».

Ce modèle ne permet pas d'engager une démarche de type assurance qualité.

#### Mode d'emploi

En phase de conception de projet, le modèle est utilisé pour la réalisation des différents diagnostics préalables : social, épidémiologique, comportemental et environnemental, administratif et politique, avec un développement particulier sur le diagnostic éducationnel et organisationnel.

En phases de planification, il constitue un guide rigoureux des activités d'implantation d'évaluation et de maintien du programme.

Cela fonctionne comme une *check-list* méthodologique pour un projet ou un programme. C'est une liste de vérification générale.

La construction se fait par une lecture de droite à gauche en partant de l'analyse du diagnostic social et épidémiologique pour aller vers les diagnostics comportemental et environnemental, puis les diagnostics éducationnel et organisationnel et finalement arriver à l'analyse des diagnostics administratif et politique.

Il est à noter que les boucles de rétro-actions sont constantes lors d'un processus de construction et / ou lors de son utilisation dans le cadre du suivi d'un projet.

1. Fiche réalisée à partir de [30, p. 87].

phase préparatoire (*Precede\**) et dans la mise en œuvre (*Proceed\**). L'ouvrage du Réfips\* [26], qui présente ce modèle pour le monde francophone, comporte notamment une liste de vérification générale. Le responsable du projet peut ainsi contrôler qu'aucun élément n'a été oublié. C'est un outil de conformité à une méthodologie préétablie.

Ce modèle est particulièrement pertinent dans la phase de diagnostic dont il détaille très clairement les différentes dimensions : sociale, épidémiologique, comportementale, environnementale, éducative, organisationnelle, administrative et politique. On retrouve toutes ces dimensions dans la grille 3 du guide d'autoévaluation qui porte sur l'analyse de situation.

### **Synthèse des différents outils et méthodes utilisés en promotion de la santé**

À l'évidence, différents outils peuvent contribuer au développement de la qualité, chacun des critères pouvant renvoyer à des données probantes, des recommandations de bonnes pratiques, à des méthodes ou outils qui servent la qualité, mais il ne faut pas les confondre avec ceux qui permettent la mise en place d'une démarche qualité au sens strict. Le guide d'autoévaluation est l'un des outils utilisables par les associations pour s'engager dans une démarche de type assurance qualité. Ce n'est ni une norme, ni un texte réglementaire, mais bien une proposition d'accompagnement. Au final, il ressort clairement que la démarche et les outils spécifiques de la qualité ne se substituent pas aux autres instruments utilisés pour la planification, la gestion, le suivi ou l'évaluation de projets, etc. Ils sont complémentaires et doivent s'articuler les uns avec les autres, ce qui nécessite un travail d'explicitation à engager par les associations et l'Inpes.

### **PERSPECTIVES DE DÉPLOIEMENT DE LA MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN RÉGION**

Si la rédaction du guide d'autoévaluation a constitué une étape clé du projet, elle ne saurait en marquer la fin. Au contraire, la phase suivante est décisive car il s'agit d'intégrer, dans les pratiques et les principes, les outils de l'amélioration continue de la qualité.

Cinq principes guident le déploiement et la communication autour du projet de développement de la qualité : la participation, le développement des compétences, l'équité, la durabilité et le plaidoyer en faveur de la promotion de la santé. De façon plus générale, ils recourent des principes fondamentaux en promotion de la santé qui sont repris dans le guide. L'objectif général est d'implanter progressivement la démarche qualité dans les associations intervenant en promotion de la santé depuis 2009.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- développer une « culture qualité » parmi les associations et les partenaires institutionnels du champ de la promotion de la santé ;
- mettre en place progressivement la démarche qualité dans les associations en :
  - développant les compétences internes, notamment par des formations ;
  - proposant un soutien et un accompagnement de proximité ;
  - diffusant des outils opérationnels et adaptés aux associations, notamment le guide d'autoévaluation ;
  - agissant pour créer un contexte favorable à la reconnaissance de cette initiative.

Ces objectifs ont été quantifiés à partir de différentes expériences de déploiement d'outils<sup>44</sup>. L'enjeu est d'amener 80 % des réseaux associatifs nationaux (soit environ 25) et 30 % des associations locales hors réseaux, représentant un total d'environ 1 000 associations<sup>45</sup>, à s'engager dans une démarche qualité utilisant notamment le guide d'autoévaluation de la qualité proposé.

Pour favoriser la mise en place de la démarche qualité dans les associations et l'utilisation du guide *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* [24], l'Inpes soutient le déploiement en proposant aux PRC\* et aux têtes de réseaux associatifs une formation à l'utilisation de ce guide. L'objectif de cette formation est de constituer un réseau de formateurs disposant de compétences et d'outils partagés permettant d'assurer des actions de sensibilisation et / ou de formation dans leur région, en interassociatif ou dans leur réseau.

Pour aider à l'élaboration de ces actions de sensibilisation et / ou de formation, l'Inpes met à leur disposition un espace collaboratif d'échanges dont les objectifs sont de :

- rendre accessibles tous les documents nécessaires à la mise en œuvre de telles actions en régions (programmes de formation, programmes de journée de sensibilisation, supports pédagogiques,

44. Pour information, l'outil *Preffi*\*, développé en 1994-95, a fait l'objet d'une promotion nationale systématique à partir de 1997 aux Pays-Bas. Fin 1999, 96 % des spécialistes néerlandais en promotion de la santé connaissaient son existence, 73 % s'étaient familiarisés avec l'outil et 40 % l'utilisaient régulièrement ou occasionnellement (Molleman *et al.*, 2004). À titre d'exemple, selon l'enquête réalisée en 2008 par l'Anesm\*, 60 % des établissements sociaux ou médico-sociaux ont engagé une démarche d'évaluation interne, rendue obligatoire depuis la loi du 2 janvier 2002.

45. Les données 2007, issues du SI-PRSP\*, permettent d'estimer qu'il y a environ 3500 associations réparties sur le territoire financées par les GRSP\* et l'administration centrale pour des actions de santé publique. Parmi celles-ci, on dénombre un peu plus d'une trentaine de réseaux d'envergure nationale ou interrégionale (fédérations, unions, associations avec plusieurs délégations ou établissements, etc.).

etc.) ou plus généralement tout document pouvant avoir un lien avec la qualité ;

■ d'obtenir un retour sur expériences permettant l'animation d'échanges et le recueil de données quant aux projets développés en régions.

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 07/06/2012.

- [1] Deccache A., Laperche J. Paradigms, values and quality criteria in health promotion: an application to primary care. In : Davies J. K., Mac Donald G. *Quality, evidence and effectiveness in health promotion. Striving for certainties*. London : Routledge, 1998 : p. 149-163.
- [2] Laville J.-L. L'association propose un autre modèle d'entreprise. *Union sociale*, 10/2009, n° 231 : p. 20-22.
- [3] Union internationale d'éducation et de promotion de la santé. *L'efficacité de la promotion de la santé. Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe* (2 vol.). Vanves : IUHPE, 2000 : 36 p. et 190 p.
- [4] Nutbeam D. Health outcomes and health promotion. Defining success in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 1996, vol. 6, n° 2 : p. 58-60.
- [5] Perret B. *L'évaluation des politiques publiques*. Paris : La Découverte, coll. Repères, 2001 : 128 p.
- [6] République française. *Loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances*. Journal officiel n° 177, 2 août 2001 : p. 12480. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000394028&dateTexte=&categorieLien=id>
- [7] République française. *Circulaire du 24 décembre 2002 relative aux subventions de l'État aux associations*. Journal officiel n° 301, 27 décembre 2002 : p. 21697. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000782598>
- [8] Délégation interministérielle à l'innovation sociale et à l'économie sociale. *Guide de l'évaluation*. Paris : ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 28 juin 2002 : 29 p. En ligne : [http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_evaluation.pdf](http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/guide_evaluation.pdf)
- [9] République française. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Journal officiel n° 185, 11 août 2004 : p. 14277. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>
- [10] Jabot F. L'évaluation des programmes régionaux de santé. *ADSP, la revue du Haut Comité de la santé publique*, mars 2004, n° 46 : 88 p.
- [11] Monnier J., Deschamps J.-P., Fabry J., Manciaux M., Raimbault A.-M. *Santé publique, santé de la communauté*. Villeurbanne : SIPEM, 1980, 445 p.
- [12] Organisation mondiale de la santé. *L'évaluation des programmes de santé : principes directeurs*. Genève : OMS, 1981 : s. p.
- [13] Financements : quels enjeux actuels ? [dossier thématique] *La Vie associative*, septembre 2008, n° 11 (Le financement des associations), Conférence permanente des coordinations associatives.
- [14] Potvin L., Bilodeau A., Gendron S. Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Global Health Promotion*, March 2008, vol. 15, n° 1, suppl. : p. 17-21.
- [15] Baudier F., Schaetzel F., Mallet V. Méthodes et outils. In : Bourdillon F., dir. *Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 192 p.

- [16] Health Communication Unit (THCU). *Évaluation des programmes de promotion de la santé* [manuel]. Toronto : Centre pour la promotion de la santé de l'université de Toronto, février 2002 : 97 p.  
En ligne : [http://www.thcu.ca/infoandresources/publications/EVAL\\_French\\_Master\\_Wkbk\\_v2\\_content\\_feb.02\\_format\\_aug.03.pdf](http://www.thcu.ca/infoandresources/publications/EVAL_French_Master_Wkbk_v2_content_feb.02_format_aug.03.pdf)
- [17] Inspection générale des affaires sociales. *Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003*. Paris : la Documentation française, 2003 : 399 p.  
En ligne : [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport\\_telechargement/var/storage/rapports-publics/034000331/0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/034000331/0000.pdf)
- [18] Nutbeam D. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS\*, 1998 : 36 p.  
En ligne : [www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)
- [19] Sandrin-Berthon B. *Promotion de la santé : de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS\* ?* Conférence inaugurale de la 3<sup>e</sup> Université d'été francophone de santé publique, Besançon, 02/07/2006.
- [20] Dubois G., Got C., Grémy F., Hirsch A., Tubiana M. L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention. *Santé publique*, 1992, n° 4 : p. 3-30.
- [21] Baudier F., Tondeur L. Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique. *ADSP*, 1996, n° 16 : p. 3-6.
- [22] Quand la santé devient publique [dossier thématique]. *La santé de l'homme*, juillet-août 1993, n° 306 : s. p.
- [23] Deschamps J.-P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La Revue du Praticien-Environnement et santé publique*, 1984, vol. 34, n° 11 : p. 485-497.  
En ligne : <http://ofep.inpes.fr/apports/pdf/Deschamps-Texte%204.pdf>
- [24] Hamel E., coord. *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour les associations*. Saint-Denis : Inpes : 2009, 40 p.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>
- [25] Inpes. *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour les associations* [dépliant].
- [26] Renaud L., Gomez Zamudio M., Green L.W. *Planifier pour mieux agir*. Réfips, coll. Partage, 1998 : 154 p.
- [27] Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS\*). *L'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Paris : Cnesms\*, 2006 : 40 p.  
En ligne : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guideevaluationinternecnesms-2-2.pdf>
- [28] Anesm\*. *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles*. Saint-Denis : Anesm\*, 2009 : 78 p.  
En ligne : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_conduite\\_evaluation\\_interne\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf)
- [29] Ducalet P., Laforcade M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2004 : 320 p.
- [30] Bantuelle M., Demeulemeester R. *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risques et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Inpes, 2008 : 134 p.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1086.pdf>
- [31] Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. M. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, 2010 : 380 p.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

## Conclusion

La rédaction et la diffusion du guide d'autoévaluation de la qualité ainsi que cet ouvrage ouvrent un vaste chantier pour la mise en place de la démarche qualité dans les associations intervenant en promotion de la santé. Dans un contexte où la place de la prévention et de la promotion de la santé fait l'objet de débats récurrents<sup>46</sup>, cette dynamique peut être une occasion à saisir pour poser les bases d'un partenariat constructif et renouvelé avec l'ensemble des acteurs dans ce domaine. La démarche qualité n'est bien évidemment ni une solution miracle, ni une alternative aux pratiques antérieures, mais certainement une opportunité, complémentaire d'autres méthodes, négociée et contextualisée, permettant aux acteurs de nouer un dialogue à un moment donné autour de valeurs partagées.

À l'avenir, les enjeux se situent au-delà de l'amélioration de la qualité au niveau des actions, car il s'agit d'inscrire durablement la « culture qualité » dans les pratiques et, plus structurellement, dans le fonctionnement des organisations concernées par la promotion de la santé. Ceci marquerait le véritable aboutissement de la logique de développement de la qualité. Cet objectif ambitieux ne pourra cependant se concrétiser qu'à la condition

---

<sup>46</sup>. Voir notamment Bourdillon F., dir. *Agences régionales de santé : promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : Inpes, 2009 : 191 p.



que s'instaure et se renforce une confiance mutuelle entre l'ensemble des parties concernées. Le principal défi auquel sont confrontés les utilisateurs du guide d'autoévaluation de la qualité ainsi que leurs partenaires est de parvenir à l'utiliser comme levier pour impulser une dynamique d'amélioration continue et d'éviter ainsi les écueils d'une utilisation trop hâtive et unilatéralement décrétée qui risquerait de devenir procédurière et superficielle. Une appropriation pragmatique et respectueuse des principes fondateurs de la démarche (dialogue et participation, valorisation des compétences acquises, progressivité des mesures d'amélioration, inscription dans la durée) constitue la clé pour contribuer à cette confiance entre les associations, les populations concernées par les actions et les institutions qui les soutiennent. Cela implique une connaissance et une reconnaissance mutuelle des acteurs partageant un engagement commun, issu du militantisme associatif ou du sens du service public, qui tous deux s'accordent sur la primauté à donner aux populations concernées par les actions. La réussite passe par la concordance, non seulement des discours mais aussi des projets, des moyens alloués ou des initiatives, et par la possibilité d'un apprentissage collectif pour faire face à la complexité et aux exigences de la promotion de la santé.

S'engager dans la démarche qualité est sans nul doute un défi ambitieux mais pas forcément utopique, dont le succès repose sur l'implication de chacun et sur une mobilisation collective.

## **Annexes**





# Démarche de validation du guide *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?*

## LA RELECTURE PAR DES EXPERTS EXTÉRIEURS ET INTERNES À L'INPES

Le travail débuté en 2007, par le groupe interassociatif piloté par l'Inpes, a permis d'aboutir à une version zéro (VO) du guide en juin 2008. Cette version a été transmise pour relecture à :

- 11 experts n'ayant pas participé aux travaux de rédaction, ce qui a permis de croiser diverses expertises : dans le champ de la qualité, de la santé publique / promotion de la santé / santé communautaire, de la vie associative ou un point de vue plus institutionnel d'acteurs issus d'administrations nationales ou régionales, dont un expert suisse et un expert belge, afin d'avoir un regard international ;
- 6 professionnels de l'Inpes impliqués ou non dans le projet, et figurant dans la liste des relecteurs du guide.

Les objectifs de la relecture, qui constituaient la grille de lecture transmise aux personnes consultées, concernaient principalement :

- la pertinence et le choix des arguments, références, critères et indicateurs des grilles thématiques ;
- l'absence d'oubli majeur ;
- la capacité à prendre en compte la diversité des associations et des projets de promotion de la santé ;

- la cohérence globale du document ;
- la construction méthodologique du point de vue de l'écriture d'un guide qualité ;
- l'acceptabilité globale des objectifs de la démarche qualité et des critères / indicateurs retenus ;
- la formulation, la clarté et la lisibilité des documents. Les suggestions concrètes permettant de les améliorer étaient souhaitées ;
- le recueil de remarques ou de questions liées aux modalités d'accompagnement du projet, à la diffusion et à l'utilisation du guide.

En fonction de son expérience, chaque relecteur a pu, bien entendu, être amené à privilégier certains points et à ne pas répondre sur la totalité des éléments cités ci-dessus. L'appréciation portée sur le document a été explicitement positive pour la majorité des relecteurs. Ils ont souligné notamment le caractère complet des critères – tout en conservant un nombre limité d'entre eux et un format resserré –, mais aussi la clarté de l'architecture générale des références et la pertinence des exemples proposés.

Des pistes d'amélioration ont été proposées sur la structuration du document (développer le rapport d'autoévaluation, modifier l'ordre des domaines) ou sur le développement de certaines parties, notamment relatives à la politique qualité et à l'évaluation. Des positions plus critiques et parfois divergentes ont été relevées : par exemple, l'approche qualité retenue n'était pas assez clarifiée (interne / externe, plus de standardisation, etc.), certaines dimensions de la promotion de la santé pas assez développées (participation, environnement, etc.).

De nombreux éléments issus de la relecture ont été pris en compte et ont conduit à introduire de nouveaux critères, à en reformuler certains et à réorganiser la structure des différents domaines.

## **LE TEST AUPRÈS D'ASSOCIATIONS INTERVENANT EN PROMOTION DE LA SANTÉ**

Ce test a été réalisé par la société Ipsos santé sur la base d'un cahier des charges validé par le groupe de travail élaborant le guide d'autoévaluation de la qualité.

### **Objectif général**

L'objectif général était de tester la version VO du guide d'autoévaluation de la qualité auprès d'une quarantaine d'associations n'ayant pas participé à sa rédaction, afin de recueillir des informations pour en optimiser la finalisation et tirer des enseignements sur les modalités de son déploiement.

### **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques étaient de tester :

- l'approche / le principe (perception, adhésion, cohérence, utilité) ;
- le contenu (pertinence, acceptabilité, clarté, formulation, langage, etc.) ;
- les usages (maniabilité, accessibilité de l'information, modalités d'utilisation, besoins d'accompagnement, mode de diffusion, etc.) ;
- la forme / mise en page du document, mais secondairement.

## Population concernée

Trente-neuf responsables d'associations ont été interrogés à travers 3 dispositifs complémentaires. Les associations ont été contactées aléatoirement par téléphone, à partir d'un fichier d'environ 400 associations correspondant à des structures financées par l'Inpes et les GRSP\*.

### Phase 1 : quinze entretiens en face à face d'1h30 (Paris, Lyon, Poitiers) auprès de responsables de projets

#### *Objectif :*

Tester le guide « à chaud » : présentation du document pour recueillir la réaction des responsables de projet concernant l'approche / le principe et pour disposer « à chaud » d'informations sur le contenu et les modalités pressenties d'utilisation.

#### *Profils des interviewés :*

- une diversité de tailles d'associations :
  - 9 associations de petite taille avec une implantation locale ;
  - 2 associations appartenant à un réseau membre du groupe de travail ;
  - 4 réseaux associatifs nationaux avec implantation dans plusieurs régions ;
- une diversité de projets (prévention alcool, prostitution, sida, etc.).

### Phase 2 : un entretien téléphonique d'une heure avec chacun des vingt-quatre volontaires sollicités pour utiliser le guide

#### *Objectif :*

Faire utiliser le guide par des responsables de projets afin qu'ils le remplissent dans le cadre d'un projet en cours (utilisation pendant quelques semaines), suivi d'un entretien téléphonique pour débriefer sur l'utilisation du document.

#### *Profils des interviewés :*

- une diversité de zones géographiques : Île-de-France, Rhône-Alpes, Sud-Ouest, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nord, Départements d'Outre-Mer et Poitou-Charentes ;
- une diversité de tailles d'associations :
  - 12 associations de petite taille avec une implantation locale ;
  - 7 associations appartenant à un réseau membre du groupe de travail ;
  - 5 réseaux associatifs nationaux avec implantation dans plusieurs régions ;
- une diversité de projets (prévention alcool, addictions, accompagnement parental, nutrition, sida, maladies chroniques, etc.).

### Phase 3 : quatre à cinq volontaires pour deux mini-groupes de 2h30 (Paris, Poitiers)

#### Objectif :

Poursuivre la réflexion sur ce document dans le cadre d'un groupe de 4 à 5 personnes ayant participé aux entretiens (face à face ou téléphonique) afin de travailler sur les solutions / optimisations concrètes à des problèmes ou faiblesses diagnostiqués au cours des entretiens.

### Résultats du pré-test

#### Sur la démarche qualité :

- l'autoévaluation de la qualité est perçue comme importante, intéressante et comme un mouvement en cours ;
- elle correspond à une démarche globale que certaines associations appliquent déjà de manière formelle (en utilisant des outils similaires) ou de manière informelle, par le biais d'un questionnement régulier et de discussions internes ;
- pour la plupart des associations, la démarche qualité est aujourd'hui essentiellement ressentie comme une demande externe forte, voire obligatoire, venant principalement des financeurs ou assimilés. Le guide doit donc absolument communiquer très fortement les bénéfices que la qualité et l'outil apportent pour l'association, leur appropriation étant un enjeu crucial.

#### Sur l'outil lui-même :

- l'outil est perçu comme exhaustif et complet sur le fond ;
- les critères, les thématiques et les indicateurs sont globalement validés et décrits comme pertinents, mais leur lecture et leur appropriation sont jugées difficiles pour des raisons de forme et de vocabulaire ;
- la version papier est plébiscitée par la majorité des responsables interrogés pour sa commodité d'utilisation et son caractère collaboratif ;
- une formation est jugée nécessaire pour expliquer en quoi, pourquoi et pour qui la « qualité » plus qu'une formation « mode d'emploi » de l'outil.

#### Recommandations et enseignements clés :

L'ensemble des résultats du pré-test a été discuté dans le groupe de travail qui a validé et priorisé les points précis à retenir. Ils ont constitué la « feuille de route » du groupe de travail chargé de retravailler le document dans une perspective de simplification et selon une approche davantage centrée sur l'utilisateur et son association. Les résultats du test ont notamment amené à :

- renforcer la proximité en utilisant un langage plus simple et personnalisé (vous, nous, par et pour des associations...) ;
- mettre en avant le caractère collaboratif et interne de la démarche
- travailler la structure et la forme pour permettre une meilleure navigation dans le document.

# Glossaire

Ce glossaire a été intégralement repris du guide *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* Voir [1] p. 20

■ **Action (en promotion de la santé)** : processus complet (conception, analyse de la situation, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation) caractérisé par la mise en œuvre d'une série d'activités articulées entre elles, orientées vers les mêmes objectifs et définies dans le temps.

■ **Activité** : une ou plusieurs tâches, organisées selon un processus logique, observable en tant que tel.

■ **Amélioration continue de la qualité** : démarche fondée sur un cycle dont les 4 phases essentielles sont : planifier-réaliser-vérifier-réagir (roue de la qualité ou *Plan Do Check Act* de Deming) [1].

■ **Association loi de 1901** : définie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 comme une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices.

■ **Assurance qualité** : ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité [...] pour donner confiance dans l'aptitude de l'association à réaliser et à maintenir la qualité voulue [2].

■ **Attente en santé** : ce qu'une personne croit possible au sujet des changements de son état de santé, de ses capacités à faire face à un problème de santé particulier et des effets possibles de l'évolution de la maladie ou d'un traitement sur son état de santé et de bien-être [3].



- **Autoévaluation** : méthode qui permet à une équipe multiprofessionnelle de réaliser elle-même son propre diagnostic par rapport à un référentiel déterminé. Elle peut porter soit sur une activité, soit sur un thème transversal, soit sur un organisme dans sa globalité [4].
- **Besoin** : correspond à ce qui est recueilli et analysé en mobilisant des expertises. Par exemple, les études de besoins sanitaires peuvent reposer sur des indicateurs existants, sur des enquêtes épidémiologiques ou psychosociologiques, sur des recherches de consensus [5].
- **Communautaire** : il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités. L'action communautaire en santé désigne les efforts entrepris collectivement par une communauté pour augmenter sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé et ainsi améliorer son état de santé.
- **Compétences** : mobilisation en contexte, à bon escient et en temps utiles, de multiples ressources cognitives qui permettent de prendre une décision judicieuse, de résoudre un problème, d'agir adéquatement [6].
- **Compétences psychosociales** : capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.
- **Critère** : énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire une référence [7].
- **Demande** : expression de ressenti qui correspond à une aspiration [8] de la population ou de ses représentants.
- **Démarche qualité** : processus d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Il s'agit d'une démarche volontariste et collective, sur une longue durée, engagée par un établissement ou un service afin de conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles [9].
- **Déterminants** : ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé d'individus ou de populations [10]. Selon l'OMS\*, les principaux déterminants sociaux de la santé dans la société actuelle sont : le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, les conditions de travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et la politique de transports [11].

■ **Éducation pour la santé** : une des stratégies d'intervention de la promotion de la santé. C'est un ensemble de moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à la santé en développant leur autonomie et le sens de la responsabilité. Ensemble des actions qui offrent la possibilité à chaque individu tout au long de sa vie d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens qui lui permettent de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité [12].

■ **Empowerment** : processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique [3].

■ **Évaluation** : porter un jugement sur une intervention dans un but d'aide à la décision. Processus systématique consistant à mesurer l'écart entre des objectifs prédéterminés et leur niveau de réalisation. L'évaluation concerne les moyens mis en œuvre, les procédures utilisées et les résultats constatés. Démarche qualité et évaluation sont deux notions souvent confondues alors qu'elles ne sont pas équivalentes. L'évaluation, interne ou externe, est une mesure à intervalles réguliers du niveau d'atteinte d'objectifs définis dans le cadre d'une démarche qualité [9].

■ **Facteurs protecteurs** : ressources internes et externes protégeant la santé des êtres humains. Ils comportent des caractéristiques individuelles (estime de soi, sentiment d'appartenance, optimisme...), des comportements personnels (alimentation, activité physique...), des conditions socio-économiques (travail, air et eau non pollués, appui social, soins...) [3].

■ **Indicateurs** : données concrètes et observables permettant de renseigner l'atteinte d'un critère.

■ **Inégalités sociales de santé** : il n'existe pas une définition universelle des inégalités sociales de santé. Elles font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la Banque de données en santé publique (BDSP\*), par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux [13]. Elles concernent toute la population selon un gradient social c'est-à-dire avec une fréquence qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

■ **Intervention** : ensemble d'interactions avec un cercle de personnes déterminé, ayant pour objectif d'induire certaines modifications chez les participants et reposant sur un projet d'action plus ou moins explicitement

formulé ; théorie (d'intervention) qui décrit les mécanismes d'efficience permettant la réalisation des résultats (*outcomes*) escomptés.

■ **ISO** : sigle de l'Organisation internationale de normalisation, qui produit et édite les normes internationales. Élaborées en partenariat avec les secteurs qui les appliqueront (industrie, services, etc.), les normes ISO expriment les connaissances techniques les plus avancées et garantissent des aspects essentiels comme la qualité, l'écologie, la fiabilité, etc.

■ **Politique qualité** : orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau [14].

■ **Prévention** : ensemble de mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessible de ce fait à la thérapeutique [15]. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé [3].

■ **Processus** : ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie [2].

■ **Promotion de la santé** : processus conférant aux individus et aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. La charte d'Ottawa (1986) définit trois stratégies fondamentales : sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé (plaidoirie), conférer à tous les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé (facilitation), servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé (médiation). Elle comprend cinq axes d'interventions : élaborer une politique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé.

■ **Qualité** : ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites [2].

■ **Référence** : énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité [16].

■ **Référentiel** : ensemble d'éléments écrits sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation dans le cadre d'une démarche qualité. Un référentiel est établi à partir des textes réglementaires, de recommandations pour la pratique professionnelle publiées et considérées comme valides, de références bibliographiques existantes, d'avis d'experts [17].

■ **Santé** : de nombreuses définitions sont proposées, une des plus courantes est reprise dans la charte d'Ottawa : « La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales). Ce qui exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains et, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à son environnement en perpétuelle mutation [18]. » C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques [3].

## Bibliographie

Les sites mentionnés ont été consultés le 07/06/2012.

- [1] Chambine de S., Huchet A., Lamy A. *Comment élaborer un référentiel qualité ? De la théorie à la pratique*. Paris : Lamarre, coll. Guides de l'AP-HP, 2002 : p. 15.
- [2] Afnor\*. NF EN ISO 9000. *Systèmes de management de qualité. Principes essentiels et vocabulaire*. 2000.
- [3] Commission européenne, Rusch E., coord. *Glossaire européen en santé publique*. En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- [4] Chambine de S., Huchet A., Lamy A. *Comment élaborer un référentiel qualité ? De la théorie à la pratique*. Paris : Lamarre, coll. Guides de l'AP-HP, 2002 : p. 79.
- [5] Rusch E., Thelot B. *Dictionnaire de l'information en santé publique à l'usage des professionnels de santé* (2<sup>e</sup> éd). Paris : Frison-Roche, 1996 : 270 p.
- [6] Perrenoud P. *Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève. 2001.  
En ligne : [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2001/2001\\_33.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html)
- [7] Chambine de S., Huchet A., Lamy A. *Comment élaborer un référentiel qualité ? De la théorie à la pratique*. Paris : Lamarre, coll. Guides de l'AP-HP, 2002 : p. 80.
- [8] Veret J.-L., dir. *Glossaire de l'éducation et de la promotion de la santé*. CORES de Basse-Normandie, 2002.  
En ligne : <http://www.cores-bn.org/lire3.php>
- [9] *Guide méthodologique pour les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire*. DGAS\* / SICOM, 2004 : p. 9.
- [10] *Glossaire utilitaire en éducation pour la santé*. Dijon : Drass\* de Bourgogne, 2005 : 67 p.  
En ligne : [http://www.bourgogne.jeunesse-sports.gouv.fr/download/sport\\_sante/glossaire\\_sreps.pdf](http://www.bourgogne.jeunesse-sports.gouv.fr/download/sport_sante/glossaire_sreps.pdf)
- [11] Wilkinson R., Marmot M., dir. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, 2004 : 40 p.  
En ligne <http://www.euro.who.int/document/e82519.pdf>
- [12] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. *Plan national d'éducation pour la santé*. 2001 : 23 p.  
En ligne : <http://www.ades41.org/liens/plannationalbk.pdf>
- [13] Moquet M.-J. Comment réduire les inégalités sociales de santé ? *La Santé de l'homme* n° 397, 2008 : p. 15-47.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/397/02.htm>
- [14] *Guide méthodologique pour les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire*. DGAS\* / SICOM, 2004 : p. 35.

- [15] Sournia J.-C., dir. *Dictionnaire français de santé publique*. Éd. de Santé, 1991 : p. 260.
- [16] Anaes\*. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Février 1999 : 132 p.
- [17] Chambine de S., Huchet A., Lamy A. *Comment élaborer un référentiel qualité ? De la théorie à la pratique*. Paris : Lamarre, coll. Guides de l'AP-HP, 2002 : p. 82.
- [18] Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS\*, 1986.

# Liste des acronymes et abréviations utilisés dans le présent ouvrage

## A

<b>Acodev</b>	Fédération belge des Associations de Coopération au Développement
<b>Addes</b>	Association pour le développement de la documentation sur l'économie sociale
<b>AES</b>	AFAQ Engagement de Service
<b>AFAQ</b>	Association française pour l'amélioration et le management de la qualité
<b>AFD</b>	Association française des diabétiques
<b>Afnor</b>	Association française de normalisation
<b>Ages</b>	Administration et gestion pour l'économie sociale
<b>Anaes</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>Anesm</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>ANITÉA</b>	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (désormais la Fédération Addiction)
<b>Anpaa</b>	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASC</b>	AFAQ Service Confiance
<b>ASPQ</b>	Association pour la santé publique du Québec

**B****BDSP** Banque de données en santé publique**C****CAARUD** Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues**CHRS** Centre d'hébergement et de réinsertion sociale**CNA-arusp** Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique**Cnamts** Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**Cnesms** Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale**CNS** Conférence nationale de santé**CNSP** Comité national de soutien à la parentalité**Cofrac** Comité français d'accréditation**CPCA** Conférence permanente des coordinations associatives**Crips** Centres régionaux d'information et de prévention du sida**CRSA** Conférences régionales de la santé et de l'autonomie**CSAPA** Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie**D****DGAS** Direction générale de l'action sociale**DGCCRF** Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes**DGCS** Direction générale de la cohésion sociale**DGME** Direction générale de la modernisation de l'État**DGS** Direction générale de la Santé**Diieses** Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale**Drass** Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales**DSN** Défi Santé Nutrition**DSS** Direction de la Sécurité sociale**DVAEF** Direction de la vie associative, de l'emploi et des formations**E****EFQM** *European Foundation for Quality Management***EGP** États généraux de la prévention**EHESP** École des hautes études en santé publique**ENSP** École nationale de la santé publique**EQUIHP** *European Quality Instrument for Health Promotion***ESSMS** Établissements et services sociaux et médico-sociaux

**F**

<b>FEES</b>	Formation, études et évaluation en santé
<b>Fnes</b>	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
<b>FNMF</b>	Fédération nationale de la Mutualité française

**G**

<b>GRSP</b>	Groupement régional de santé publique
-------------	---------------------------------------

**H**

<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>HPST</b>	Loi Hôpital, patients, santé et territoires

**I**

<b>Igas</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>Ireps</b>	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
<b>ISO</b>	<i>International Organization for Standardization</i>
<b>ISS</b>	Inégalités sociales de santé

**L**

<b>LOLF</b>	Loi organique relative aux lois de finances
-------------	---

**M**

<b>MFPF</b>	Mouvement français pour le planning familial
-------------	--

**N**

<b>NF</b>	Norme française
<b>NIGZ</b>	<i>Netherlands Institut for Health Promotion and Disease Prevention</i>

**O**

<b>OCR</b>	Outil de catégorisation des résultats
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale

**P**

<b>PDCA</b>	<i>Plan Do Check Act</i>
<b>PNNS</b>	Programme national nutrition-santé
<b>PRC</b>	Pôles régionaux de compétence
<b>Precede</b>	<i>Predisposing, reinforcing, enabling, constructs in educational / environmental diagnosis and evaluation</i>
<b>Preffi</b>	<i>Prevention effect-management instrument</i>
<b>Proceed</b>	<i>Policy, regulatory and organizational constructs in education and environmental development</i>



**R****Réfips**

Réseau francophone international pour la promotion de la santé

**S****SI-PRSP**

Système d'information des Plans régionaux de santé publique

**Sreps**

Schéma régional d'éducation pour la santé

**T****TQM**

*Total Quality Management*

**U****UIPES**

Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

**ULB**

Université libre de Bruxelles

**URD**

Groupe Urgence Réhabilitation Développement

**V****VIG**

*Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie*

# Liste des tableaux, figures et encadrés

## Contexte de la mise en place de la démarche qualité

18 **Encadré 1** : Liste des neuf associations ayant participé à la rédaction du guide d'autoévaluation

## Promotion de la santé : une approche fédératrice

37 **Figure 1** : Les déterminants de santé, selon le modèle de Whitehead et Dahlgren (1991)

31 **Encadré 1** : Les axes d'intervention de la Charte d'Ottawa

## Définitions, concepts et méthodes de reconnaissance associés à la qualité

50 **Tableau 1** : Comparatif des marques de reconnaissance

43 **Figure 1** : Représentation d'un processus d'amélioration de la qualité : la roue de Deming

42 **Encadré 1** : Les 14 points de Deming

46 **Encadré 2** : Attribution du logo PNNS

47 **Encadré 3** : Certification et accréditation concernant les établissements de santé et les médecins

49 **Encadré 4** : Évaluation des Établissements et services sociaux et médico-sociaux

## Proposition d'une démarche qualité en promotion de la santé

62 **Tableau 1** : Promotion de la santé et prévention : quelles différences ?

65 **Figure 1** : Promotion de la santé : principes et axes d'intervention

65 **Figure 2** : Domaine 1 du guide d'autoévaluation de la qualité

66 **Figure 3** : Domaine 2 du guide d'autoévaluation de la qualité

67 **Figure 4** : La dynamique associative

71 **Figure 5** : Structuration des grilles thématiques du guide d'autoévaluation de la qualité

- 72 **Figure 6** : Principes de promotion de la santé
- 72 **Figure 7** : Première phase d'auto-évaluation du projet : l'analyse de la situation
- 73 **Figure 8** : Deuxième phase d'auto-évaluation du projet : la planification de l'action
- 73 **Figure 9** : Troisième phase d'auto-évaluation du projet : l'animation et la gestion de l'action
- 77 **Figure 10** : Un vecteur d'échanges et de réflexions : l'échelle d'autoévaluation
- 78 **Figure 11** : Les huit étapes de la démarche qualité en promotion de la santé
- 79 **Figure 12** : Un modèle d'outil de planification : le bilan graphique d'autoévaluation
- 80 **Figure 13** : Un modèle d'outil de planification : le rapport de synthèse
- 81 **Figure 14** : Un modèle d'outil de planification : le plan d'amélioration de la qualité
- 68 **Encadré 1** : Référentiel qualité *Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles*
- 69 **Encadré 2** : Guide d'autoévaluation de la qualité des activités en éducation pour la santé de la Fnes
- 75 **Encadré 3** : Démarche qualité : évaluation interne dans un Établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire
- 76 **Encadré 4** : Référentiel de qualité des actions en éducation pour la santé réalisé à la demande de la Drass Languedoc-Roussillon
- 82 **Encadré 5** : *EQUIHP* : un instrument européen pour la qualité en promotion de la santé
- 84 **Encadré 6** : Preffi 2 : un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé
- 86 **Encadré 7** : Critères de qualité Quint-essenz
- 87 **Encadré 8** : Grille d'appréciation des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé
- 88 **Encadré 9** : Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention (Promotion Santé Suisse, 2005)
- 90 **Encadré 10** : Planifier pour mieux agir (traduction française de *Precede / Proceed*)

## Dans la même collection

Lorto V., Moquet M.-J.

***Formation en éducation pour la santé. Repères méthodologiques et pratiques.***

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2009 : 100 p.

Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schlitz M.-A.

***Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives.***

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 112 p.

Foucaud J., Bury J., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir.

***Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation.***

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.

Jourdan D.

***Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?***

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 160 p.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C., dir.

***Réduire les inégalités sociales en santé.***

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

Rostan F., Simon C., Ulmer Z., dir.

***Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps.***

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : 188 p.

Conception graphique originale **Scripta** - Céline Farez, Virginie Rio  
Maquette et réalisation **Médi-Text** - 83, rue de Gergovie - 75014 Paris  
Crédits photo (couverture) : **Anne-Sophie Mélard**  
Impression avril 2013 **Fabrègue** - Bois Joly - BP 10 - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche  
Dépôt légal avril 2013

## Les associations sont des acteurs essentiels en promotion de la santé.

La mesure 15 des États généraux de la prévention de 2006 a été créée pour faciliter leur mobilisation, dans un contexte de fragilité où les structures et les pratiques demandent à être confortées.

Si la recherche de la qualité est un enjeu largement partagé par tous les acteurs intervenant en promotion de la santé, la mise en place d'une démarche formalisée est relativement nouvelle dans ce champ. Définir un socle de valeurs et principes communs autour du développement de la qualité est important pour améliorer le dialogue entre les associations qui proposent des actions, les pouvoirs publics qui les accompagnent et les financent, et les populations concernées.

C'est dans cet objectif que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), en partenariat avec des associations, a élaboré en 2009 un guide d'autoévaluation de leurs actions. Construit à partir d'un recueil d'expériences et d'une analyse détaillée de la littérature, ce guide *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* a été conçu comme un outil pratique pour accompagner, étape par étape, les associations dans leur recherche d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux populations.

L'Inpes propose aujourd'hui cet ouvrage complémentaire au guide de 2009. Il se présente comme un outil de transfert de connaissances sur les fondements de la qualité, et plus particulièrement de la démarche qualité en promotion de la santé.

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.  
Ne peut être vendu.**



[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**  
 Institut national  
 de prévention et  
 d'éducation pour  
 la santé

**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**  
 42, boulevard de la Libération  
 93203 Saint-Denis cedex - France