

Principes et mise en œuvre de la prévention

Améliorer la prévention nécessite de bien connaître les cibles auxquelles elle s'adresse. Il faut aussi développer les interventions dont l'efficacité est prouvée. Au niveau régional, un schéma de prévention inclut promotion de la santé, prévention, soin et médico-social.

L'homo medicus, cible idéale, mais introuvable, des campagnes de prévention

Communiquer en direction du grand public, l'informer et le sensibiliser est un exercice difficile. Il ne faut pas oublier que tout émetteur qui produit un message en direction d'un récepteur a des *a priori* sur sa cible, qu'il lui prête implicitement certaines caractéristiques. Réelles ou imaginaires, ces caractéristiques modèlent les messages et conditionnent leur efficacité. Ce constat général vaut bien sûr pour la prévention des conduites à risque (tabagisme, abus d'alcool, usage de drogues illicites, mauvaises habitudes alimentaires...). En effet, celle-ci a tendance à s'adresser à une cible idéale, à un individu fictif, que l'on pourrait baptiser l'*homo medicus*.

L'homo medicus originel

La notion d'*homo medicus* a été proposée par le médecin et sociologue Patrice Pinell, dans un ouvrage consacré à la naissance de la lutte contre le cancer en France [69]. Analysant en détail la première campagne de prévention menée par la Ligue contre le cancer en direction du grand public, en 1927, il montre que, sans s'en rendre compte, les médecins qui ont conçu cette campagne s'adressaient en fait à une cible fictive, idéale, sorte

de super-étudiant en médecine que Pinell baptise donc *homo medicus*, puisqu'il fallait, pour s'approprier les informations et les recommandations données, maîtriser le vocabulaire médical et être capable de regarder son propre corps comme un objet clinique. Pour Pinell, cet *homo medicus* est donc une fiction inventée par la lutte contre le cancer, fiction nécessaire à son action préventive, mais fiction tout de même, qui la condamne à bien des déceptions : « la croyance en l'*homo medicus* condamne les médecins à éprouver dans leurs pratiques un perpétuel désenchantement » [69].

Ramener la prévention contemporaine des conduites à risque à ce péché originel peut sembler réducteur mais, même si bien sûr la prévention a beaucoup changé et progressé, elle continue malgré tout à s'adresser implicitement à une cible idéale fictive. Il reste alors à préciser les contours de cet *homo medicus* contemporain, en s'appuyant sur trois faits stylisés.

Culture du risque, culte de la santé et gouvernement des corps à distance

Nos sociétés valorisent d'abord ce que le sociologue

Patrick Peretti-Watel
Sociologue,
Inserm UMR912,
Sesstim, ORS
Paca, Aix-Marseille
université

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.



anglais Anthony Giddens nomme la « *culture du risque* », qui exhorte chaque individu à devenir autonome et responsable, à prendre sa vie en main, à se projeter sans cesse dans l'avenir, à « coloniser le futur » en restant attentif aux chances et aux risques qu'il recèle, en s'appuyant pour cela sur le savoir (le plus souvent chiffré) des experts.

Chacun d'entre nous doit donc devenir l'entrepreneur de sa propre existence, et cela tout particulièrement dans le domaine de la santé. En effet, la santé est devenue une valeur cardinale de nos sociétés, une fin en soi, d'autant qu'elle est définie de façon très extensive (à peu de choses près, la santé, c'est le bonheur), au point que certains auteurs parlent de « culte de la santé ».

Soulignons enfin que cette conception de l'homme est en phase avec une nouvelle façon de faire de la politique, dans le domaine de la santé comme ailleurs, que Michel Foucault a appelée le « gouvernement des corps à distance ». Si les individus sont des entrepreneurs rationnels, autonomes et responsables, cela les rend prévisibles, donc éminemment gouvernables : ce n'est donc plus la peine de les contraindre, mais simplement de les informer et de les inciter. En l'espèce, l'exemple type est celui de l'économie politique, qui modélise explicitement les comportements d'un agent doté de préférences clairement définies, en fonction d'un certain nombre de paramètres (taux d'intérêt, fiscalité...) qui constituent les leviers de l'action publique.

L'homo medicus contemporain

De ces trois faits stylisés on peut déduire deux types d'hypothèses implicites que formule la prévention des conduites à risque pour façonner l'homo medicus contemporain. Elle fait d'abord une hypothèse forte sur les préférences individuelles, en supposant que les individus valorisent avant tout leur santé de long terme, qu'ils sont des calculateurs qui cherchent à maximiser leur espérance de vie, plutôt que leur plaisir immédiat. Par exemple, il y a une dizaine d'années, l'Organisation mondiale de la santé formulait le message préventif suivant à destination des jeunes fumeurs : « À 25 ans, vous fumez, votre espérance de vie est de 40 ans, mais si vous arrêtez dès maintenant de fumer, votre espérance de vie sera de 48 ans ». Pour l'OMS, les jeunes fumeurs sont donc des calculateurs, qui se fient à un argument statistique, et qui sont prêts à renoncer à des plaisirs immédiats pour un bénéfice en santé futur : elle leur propose un arbitrage inter-temporel, en supposant qu'ils sont dotés d'une forte préférence pour le futur.

Ajoutons que l'OMS suppose aussi que les jeunes fumeurs font confiance à l'information préventive, et qu'ils sont dotés d'une rationalité instrumentale qu'ils vont mobiliser pour modifier leurs comportements. L'hypothèse contraire, c'est de supposer qu'ils se méfient des messages préventifs, et qu'ils ont tendance à être plus raisonnables que rationnels, et à utiliser l'information qui leur est donnée pour adapter leurs croyances plutôt que leurs comportements.

Une cible qui reste largement fictive

En réalité, une bonne partie d'entre nous ne se conforme pas au modèle de l'homo medicus contemporain. Par exemple, il n'y a pas que la santé dans la vie : quand on demande aux gens ce qui est le plus important dans leur existence, un gros quart répond la santé en premier, mais la famille, les amis, les amours et le travail sont également souvent cités¹. Ensuite, il ne faut pas occulter la question du plaisir. Toutes les conduites à risque procurent du plaisir, et cet aspect est presque totalement absent dans la littérature de santé publique. Il faut également noter que certains individus sont plus tournés vers le présent que vers l'avenir : dans une enquête de l'Inpes en 2008, à la question « Pour gagner quelques années de vie supplémentaires, seriez-vous prêt à vous priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer ? », les réponses positives sont majoritaires, mais 43 % des personnes interrogées répondent tout de même par la négative, et ne feraient donc pas le « bon » arbitrage inter-temporel².

Toutefois, la situation est sans doute pire encore concernant la confiance du public à l'égard de la prévention, et au-delà à l'égard des autorités de santé. S'agissant des actions de protection des personnes que mettent en œuvre les autorités, comme de la véracité des informations diffusées, les niveaux de confiance en population générale sont en effet médiocres, voire extrêmement bas, selon le domaine considéré³. On observe ainsi que moins d'un Français sur trois se fie aux actions menées contre l'obésité ou le tabagisme des jeunes, tandis que moins d'un sur deux se fie aux informations données sur ces deux sujets. Les niveaux de confiance sont encore plus faibles pour les OGM, les pesticides et les nanoparticules (une personne sur dix se fie aux actions menées, comme aux informations diffusées).

Enfin, les individus ne sont pas forcément rationnels, mais plutôt raisonnables. Ils ont tendance à modifier leurs croyances, en déformant, en détournant les informations qui leur sont données, pour conforter leurs pratiques, et donc éviter de les modifier : c'est un phénomène que les psychologues et les sociologues connaissent bien. Les perceptions du risque tabagique illustrent bien ce point : quasiment tous les fumeurs reconnaissent que fumer peut provoquer le cancer, mais sept sur dix associent ce risque à des seuils de consommation qui sont justement supérieurs à leur propre pratique [67]. De même, la majorité des fumeurs estiment que respirer l'air pollué des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer, et que faire de l'exercice permet de se nettoyer les poumons.

En l'occurrence, il s'agit de croyances « fausses », mais qui ont tout de même un substrat de vérité qui peut les rendre convaincantes : le risque varie bien avec le niveau de consommation, la pollution de l'air et ses méfaits

1. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.

2. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.

3. http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Barometre-2012_Edition-speciale-30-ans.pdf.

ont été largement médiatisés ces dernières années, et des études très sérieuses ont montré que la pratique sportive diminuait le risque de cancer chez un fumeur.

Homo medicus et inégalités sociales

Mais si les cibles réelles de la prévention ne ressemblent pas forcément à l'*homo medicus*, en outre la distance à cet idéal croît lorsque l'on descend dans l'échelle sociale. Autrement dit, les personnes les plus défavorisées sont les plus éloignées de l'*homo medicus*, en premier lieu parce que la précarité raccourcit l'horizon temporel. Vivre en situation précaire, sans savoir si l'on parviendra à trouver ou à conserver un emploi, un logement, suscite des préoccupations bien plus pressantes que sa santé de long terme. Il est également difficile de se considérer comme l'entrepreneur de sa propre existence lorsque vous avez le sentiment que tout vous échappe : la précarité induit ainsi parfois une forme de fatalisme.

Enfin, les milieux populaires se caractérisent aussi par une plus grande méfiance à l'égard des messages préventifs. Les résultats d'une enquête Inpes de 2008 illustrent ce point : moins les individus sont diplômés, plus ils ont tendance à penser que les campagnes de prévention (concernant l'alcool, le tabac et l'alimentation) sont trop nombreuses, infantilisantes, énervantes, ou qu'elles exagèrent les risques pour la santé⁴.

Ajoutons que cette plus grande distance à l'égard de l'*homo medicus* a des conséquences délétères : en effet, si la prévention est d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à des individus qui ressemblent effectivement à l'*homo medicus*, et si les personnes les plus défavorisées sont celles qui y ressemblent le moins, alors l'efficacité de la prévention est socialement différenciée, et elle peut contribuer à creuser les inégalités sociales de santé.

Homo medicus et addictions

La question des addictions, qui préoccupe de plus en plus les pouvoirs publics, peut être abordée comme un cas particulier de ce que le sociologue américain Peter Conrad a appelé la « *médicalisation de la déviance* ». Une conduite médicalisée est une conduite qui est redéfinie comme une pathologie, ou comme le symptôme d'une pathologie, de sorte qu'elle relève d'une prise en charge médicale, sachant qu'en l'absence d'un agent pathogène clairement identifié le levier de la médicalisation est la compulsion : une conduite devient pathologique lorsqu'elle est décrite comme compulsive, addictive. Nous avons ainsi considérablement étendu, ces dernières années, le champ des addictions, qui recouvre désormais non seulement les usages de drogues licites et illicites, mais aussi des pratiques dopantes, des troubles alimentaires, les jeux vidéo, d'argent et de hasard... Évidemment, cette extension a des causes objectives, au premier rang desquelles nos progrès dans la compréhension des mécanismes biochimiques de l'addiction, ainsi que l'essor des nouvelles techno-

logies de l'information et de la communication (jeux en ligne...). D'autres explications devraient toutefois être recherchées, en particulier s'agissant des intérêts des acteurs en présence, qu'ils soient engagés dans des jeux scientifiques, politiques ou économiques.

En particulier, cette extension de la notion d'addiction permet de sauvegarder, au moins provisoirement, le mirage de l'*homo medicus* : plutôt que de considérer que quelqu'un fume, boit, mange trop, ou joue, parce qu'il y prend du plaisir ou satisfait ainsi d'autres besoins, parce qu'il a d'autres préoccupations que sa santé, parce qu'il ne se projette pas dans le long terme, parce qu'il se défie des messages préventifs, bref tout simplement parce que ce n'est pas un *homo medicus*, nous avons tendance à considérer que c'est l'addiction, la compulsion qui endorment, qui éclipsent cet *homo medicus* qui serait malgré tout en chacun de nous. Mentionnons d'ailleurs que la prévention use justement parfois de la rhétorique du réveil, avec par exemple l'idée qu'il faut réveiller le vrai moi entreprenant et autonome qui sommeille dans chaque fumeur. En outre, certaines actions de promotion de la santé visent à restaurer la confiance en soi, l'estime de soi, l'autonomie des individus, avant même d'essayer d'améliorer leur santé : il s'agit bien là d'une tentative pour nous façonner à l'image de l'*homo medicus*.

Sans remettre en cause la pertinence scientifique de la notion d'addiction, on peut donc s'interroger sur l'extension de ses usages en dehors du champ savant. Non seulement la « mise en addiction » des conduites à risque permet de préserver indirectement la cible idéale quoique fictive de la prévention, mais en outre elle a l'inconvénient majeur de nous dissuader de chercher à comprendre ces conduites, c'est-à-dire de dévoiler le sens qu'elles prennent pour ceux qui s'y adonnent. Une fois ces conduites catégorisées comme « addictives », en effet, il n'est plus vraiment nécessaire de se demander quelles sont les motivations, les attentes des individus, puisque la compulsion suffit à en épuiser le sens : de ce point de vue, un fumeur fume, un buveur boit, un joueur joue, chacun simplement parce qu'il ne peut pas s'en empêcher.

En finir avec l'homo medicus ?

Il serait peut-être temps, finalement, de rompre avec cette cible implicite, idéale et fictive, et d'admettre que les « vrais gens » ne sont pas nécessairement des calculateurs autonomes et confiants, dotés d'une rationalité instrumentale et d'une forte préférence pour leur santé future. Tout en mettant fin à ce « *perpétuel désenchantement* » dont parlait Pinell, cela permettrait de mieux ajuster la mire des campagnes de prévention, en ciblant les gens tels qu'ils sont vraiment, dans leur diversité et leurs contradictions, et sans pénaliser les populations précaires. Sans négliger non plus, enfin, leur capacité à s'appropriier les informations préventives, pour les déformer, les détourner, et réassurer leurs conduites à risque, au lieu de les réformer. ↑

4. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.



Développer en France une prévention à l'efficacité prouvée

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

Les résultats des recherches sur l'efficacité et l'efficience des interventions de prévention s'accumulent depuis plusieurs décennies. Des revues systématiques et des méta-analyses ont été conduites pour faire le point sur cette abondante littérature scientifique. Ainsi, Thomas et collègues [80] ont analysé 134 essais de prévention du tabagisme en milieu scolaire, conduits en quarante ans et impliquant en tout près de 430 000 élèves. Les auteurs observent une réduction moyenne de 12 % de l'entrée dans le tabagisme par rapport au groupes contrôle pour les programmes fondés sur les compétences et l'influence sociale, et pas d'effet pour ceux fondés sur l'information seule.

Les sujets traités sont très nombreux : par exemple, et pour n'en citer que quelques-uns, programmes de prévention du mésusage de l'alcool, du surpoids chez les jeunes en milieu scolaire, et pour les seniors programmes de prévention des chutes ou promotion de l'activité physique ou d'une meilleure nutrition.

Les auteurs des revues systématiques déplorent que la qualité des méthodes d'évaluation ne soit pas toujours bonne. En effet, de nombreuses difficultés sont liées au fait que les interventions sont souvent conduites dans des milieux sociaux naturels, comme les écoles par exemple. Ils constatent des problèmes liés à une randomisation qui est parfois difficile du fait de la réticence des institutions, ou des violations de l'unité de randomisation, les écoles ayant été finalement tirées au sort et l'évaluateur ayant suivi, à tort, les élèves sans tenir compte du fait que les élèves d'une même école partageaient des caractéristiques et ne pouvaient pas être considérés comme totalement indépendants les uns des autres (existence de corrélations intra-classes). Ils constatent souvent des puissances statistiques non présentées ou insuffisantes et des taux d'attrition parfois élevés. Des progrès dans les méthodes ont été observés avec le temps. La prise en compte des contraintes statistiques liées à la randomisation par clusters est apparue progressivement. Il en est de même avec le calcul en intention de traiter qui permet d'introduire les perdus de vue dans le résultat au lieu de les exclure, ce qui laissait toujours une suspicion sur les résultats réels de l'intervention. La diffusion de mises à jour régulières des recommandations Consort (*consolidated standards of reporting trials*) qui donne des règles pour présenter les résultats des essais est une des raisons des progrès réalisés [15].

Néanmoins, malgré ces difficultés, un certain nombre de programmes émergent comme potentiellement efficaces de ces revues systématiques. Les mêmes programmes sont d'ailleurs repérés par plusieurs revues

ou synthèses comme *Life skills training*, *Good behavior game* ou *Strengthening families program*, qui sont des programmes de prévention dite développementale à large spectre.

Des plates-formes en ligne rassemblant les programmes efficaces

Les articles de recherche primaire et de recherche secondaire comme les méta-analyses sont des textes scientifiques décrivant en détail les protocoles, les analyses statistiques des résultats, les méthodes comparatives. Ces documents n'ont pas de valeur pratique pour les décideurs. C'est pourquoi on a vu naître des plates-formes en ligne rassemblant les programmes efficaces. C'est là que le décideur trouvera les informations pratiques dont il a besoin : une description succincte des programmes – qui manque souvent dans les articles scientifiques et encore plus souvent dans les synthèses –, un jugement sur la qualité de la documentation, sur la qualité de la recherche sous-jacente, en particulier l'existence d'études de réplication et si elles ont été conduites par des évaluateurs indépendants, des concepteurs, la disponibilité d'une formation, d'un dispositif de suivi qualité, et surtout le coût et les coordonnées de l'institution qui diffuse la documentation, offre la formation.

La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* a ainsi constitué un répertoire en ligne de 300 programmes et pratiques fondés sur les données probantes (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices* au www.nrepp.samhsa.gov). Le *National Institute on Cancer* a fait de même et a rassemblé 135 interventions testées dans des conditions de recherche (*research-tested intervention programs, rtips.cancer.gov/rtips*). Le *National Council on Aging* a rassemblé une petite vingtaine d'interventions sur le bien vieillir (<http://www.healthyingprograms.org>).

Les promoteurs des plates-formes citées ci-dessus insistent sur le besoin de consacrer les ressources disponibles à des interventions qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Cela semble tomber sous le sens. Faut-il laisser se développer des interventions dont on ne connaît pas l'impact, surtout que cet impact peut être parfois négatif [83], alors qu'il existe des alternatives éprouvées ?

Néanmoins, il faut reconnaître que la majorité des recherches conduites sont nord-américaines. La France est en retard, de même que l'Europe plus généralement, dans le domaine de l'évaluation scientifique de la prévention. Une Société européenne de recherche en prévention a d'ailleurs été créée, avec comme objectif de développer une recherche européenne.

Nous ne sommes donc pas en mesure de mettre aujourd'hui à disposition des décideurs et acteurs français de terrain de tels catalogues de programmes validés, prêts à l'emploi, facilitant l'accès aux manuels, à la formation, aux outils d'évaluation. Les programmes étrangers ne sont pas transposables en l'état, les adaptations nécessaires dépassent toujours de simples traductions. Une adaptation culturelle est nécessaire.

Développer une prévention scientifiquement fondée « made in France »

Il y a donc deux pistes à suivre. La première consiste à importer et adapter des programmes validés ou prometteurs. La deuxième piste consiste à développer des programmes de prévention *made in France* et à les évaluer dans des conditions de recherche.

La première piste nécessite le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale, dans les revues systématiques et les synthèses. C'est ce que l'Inpes s'est efforcé à faire dans le cadre de la refondation de sa programmation. Un numéro spécial de la revue *Santé publique* de juin 2013 rassemble les interventions validées ou prometteuses concernant les jeunes [47]. Une fois repéré, il est nécessaire de prendre contact avec les concepteurs, faire l'acquisition des manuels, suivre une formation. C'est ce qui a été fait avec le programme américain *Strengthening Families Program (SFP)*, qui a été repéré dans une revue *Cochrane* [31] et par le Samhsa (site cité plus haut). Miller et Hendrie [59] ont calculé que le programme SFP permettait un retour sur investissement de 11 dollars pour 1 dollar investi. Une équipe du Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes est en train d'étudier l'adaptabilité du programme en France [73]. Cette approche prudente a été faite également par une équipe britannique pour le même programme SFP [23], de même que pour le programme *Good Behavior Game* [19].

La deuxième piste consiste à partir des initiatives françaises. Elles existent et leur nombre est en croissance. Il y a eu des initiatives dans le domaine du tabac (*Aujourd'hui je ne fume pas*) [78], dans le domaine de l'alcool et des substances psychoactives : le programme CAPRI (Collèges et addictions, programme régional inter-académique) [85], dans celui de la prévention du risque solaire *Vivre avec le soleil à l'école* [75], dans celui de l'aide à l'attachement dans la petite enfance CAPEDP [77], le programme de prévention des chutes chez les femmes âgées *Ossebo* [25], du repérage et de l'intervention brève des buveurs à risque en médecine du travail EIST [57]. L'Inpes commence à suivre cette voie en capitalisant sur les résultats de l'intervention de promotion de l'activité physique chez les collégiens (Icaps) évaluée en Alsace auprès de 954 collégiens de sixième suivis quatre ans [76]. Cette intervention a permis de réduire l'installation de surpoids chez les jeunes du groupe intervention initialement en poids normal (4,2 *versus* 9,8 % dans le groupe contrôle), un

accroissement de l'activité physique supervisée, une baisse du temps d'écran et une augmentation du HDL cholestérol. Un guide de dissémination a été édité [74] et deux appels à projets ont été lancés pour motiver les équipes de terrain à s'engager dans ce type de démarche.

Il faut néanmoins faire émerger plus d'initiatives françaises pour concevoir des programmes *made in France* et cela est un travail d'une longue durée qui nécessite un soutien à long terme. Dans le cadre d'un travail pour le Medical Research Council, Michelle Campbell et collègues [16] distinguent cinq étapes importantes.

1. La phase de sélection d'une théorie de référence. La première consiste à chercher dans les théories disponibles celles qui correspondent le mieux à l'enjeu de prévention et à l'hypothèse des mécanismes sous-jacents.

2. La phase de modélisation. La deuxième consiste à modéliser les composantes de l'intervention et à tester la plausibilité de son effet sur les mécanismes sous-jacents.

3. La phase de l'essai pilote. Il s'agit de tester l'intervention et de comparer son effet avec un comparateur approprié.

4. La phase de l'essai randomisé et contrôlé. Il s'agit de conduire l'essai randomisé et contrôlé avec toute la rigueur méthodologique nécessaire : théorie valide, qualité du contrôle, puissance statistique suffisante.

5. La phase de dissémination sur le long terme. C'est l'accompagnement de l'implémentation du programme dans différents sites.

Pour donner un exemple de la durée de l'investissement nécessaire, le Pr Rona Campbell, qui est à l'origine du programme *Assist (A stop smoking in schools trial)* d'éducation par les pairs chez les collégiens de 12 ans [17], a commencé à développer son projet en 1993 ; l'essai randomisé s'est déroulé entre 2001 et 2004, soit huit ans après. Le principal article dans le *Lancet* a été publié en 2008, et la phase de dissémination est en cours, ce qui fait en tout vingt ans d'activité.

La France a donc besoin de prévoir un investissement à long terme pour développer une prévention scientifiquement fondée. Cela nécessitera une collaboration importante entre les parties prenantes que sont les équipes d'intervenants auprès des différents groupes de population – sans oublier que les interventions se feront de plus en plus à distance par des moyens numériques – et les équipes de recherche.

Comme l'investissement en prévention est souvent menacé en cas de difficultés économiques, il faudra également développer l'approche économique de la prévention comme le recommande la Cour des comptes dans son rapport sur la prévention sanitaire [24]. Cela devrait permettre aux décideurs de se faire une idée des retours sur investissement, quand ils sont possibles, ou les gains obtenus en termes d'années de vie en bonne santé gagnées (Daly) [82]. Ainsi, certains programmes



comme le *Good Behavior Game*, déjà cité plus haut, produiraient un retour sur investissement de plus de 30 dollars pour 1 dollar investi selon des économistes de l'Institut de recherche en politiques publiques de l'État de Washington [52].

De nombreux signaux montrent que nous progressons. L'Iresp, l'INCa, l'ANRS, l'Inpes entre autres se mobilisent pour développer le champ. Un appel à projets mutualisé en prévention primaire est ouvert sous l'égide

de l'Iresp : il comprend une phase de six mois permettant de créer un dialogue entre les équipes de recherche et les acteurs de terrain. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé vient d'organiser un colloque scientifique international sur l'économie de la prévention le 7 juin dernier, une première du genre en France. Et le prochain colloque de la toute jeune Société européenne de recherche en prévention se tiendra à Paris les 14 et 15 novembre 2013. ↑

La prévention durant l'enfance

Didier Jourdan

Université

Blaise Pascal,

Clermont-Ferrand

François Bourdillon

Groupe hospitalier

Pitié-Salpêtrière

Commission

spécialisée

prévention, éducation

et promotion de la

santé du HCSP

La politique de prévention a pour but de protéger les individus et les populations contre les risques sanitaires et de maladie, mais aussi d'améliorer le contexte social, l'environnement et les conditions de vie dans un sens favorable à la santé. Cet article propose des éléments d'analyse sur l'une des dimensions clés de la politique de prévention : celle qui concerne les jeunes et leurs milieux de vie, notamment l'école. S'il est évident que la prévention en direction des enfants et des adolescents présente des spécificités, il n'en reste pas moins qu'elle est appelée à prendre place au sein d'une politique nationale de prévention pour tous, tout au long de la vie.

Après avoir rapidement brossé un état des lieux de la situation actuelle, nous proposerons des pistes de réflexion en vue de l'élaboration d'une politique nationale de prévention pour la jeunesse.

La situation actuelle en matière de prévention durant l'enfance

C'est depuis le XIX^e siècle que la prévention en direction des plus jeunes est considérée comme l'un des enjeux clés des politiques sanitaires. Le principe fondamental est celui selon lequel les interventions sur les déterminants de santé sont d'autant plus efficaces qu'elles interviennent tôt dans la vie. Aujourd'hui, les données épidémiologiques permettent également de souligner le fait que les inégalités de santé se mettent en place très précocement dans la vie des individus [79], justifiant ainsi un engagement fort en matière de prévention en direction des enfants.

Des besoins importants

Les problèmes de santé des jeunes et des adolescents sont bien connus et ils sont très socialement marqués. De l'enfance à l'adolescence, il s'agit d'abord de problématiques liées à la santé dentaire, aux accidents domestiques, aux maladies aiguës de l'enfance (dont bon nombre sont prévenues par la vaccination), au surpoids et à l'obésité, aux maladies chroniques, ainsi qu'aux diverses formes de violences subies par les enfants. Ce sont ensuite les conduites à risque sur la route ou

dans le domaine de la sexualité, les consommations de produits psychotropes (tabac, alcool, cannabis), les troubles du comportement alimentaire, la violence dirigée contre soi ou contre autrui, et les déséquilibres dans la vie quotidienne marqués notamment par une pratique parfois excessive des écrans [7, 32]. Les politiques actuelles ne permettent pas de réduire les principales conséquences de ces problèmes de santé chez les enfants et les adolescents. Le recours aux interruptions de grossesse ne diminue pas [4], de même pour les consommations de tabac et d'alcool des adolescents [71] ou, chez les plus jeunes, les maladies à prévention vaccinale comme la rougeole par exemple [6].

Nous n'aborderons pas ici les différentes thématiques de prévention (voir références dans Bourdillon [10]) mais il importe de souligner :

- pour la petite enfance, l'importance des vaccinations, des bilans de santé (repérage-dépistage), de l'éducation, du soutien aux familles, de la prise en charge et de l'accompagnement des enfants vulnérables ;
- à l'adolescence, le besoin de mieux aborder les questions de conduites à risque, de sexualité...

Une carence politique, des dispositifs opérants, des manques à combler

Il n'existe pas aujourd'hui en France de politique de prévention en direction de la jeunesse, ce qui constitue une faiblesse à court (développement de conduites à risque), moyen et long termes (impact sur la santé de la population). Un ensemble de lacunes persistantes doivent être mentionnées. Elles concernent :

- La gouvernance nationale de la politique de prévention en direction de la jeunesse :
 - ◆ la Direction générale de la santé ne dispose pas de capacités d'action suffisantes dans le champ de la prévention ;
 - ◆ l'agence d'État en charge de la prévention et de l'éducation pour la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), rencontre des difficultés à jouer son rôle d'instance stratégique qui aide à définir les orientations d'une politique nationale, mobilise les acteurs, leur donne les moyens d'intervenir ;

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

◆ l'assurance maladie, financeur et acteur de prévention, agit essentiellement de manière autonome et dans une logique de gestion des risques [10];

◆ les difficultés de pilotage et de recrutement constituent un frein au développement de l'action des équipes de prévention médicalisées, notamment les services de protection maternelle et infantile et de santé scolaire qui sont des acteurs essentiels de la prévention. Le rapport de l'Igas [37] pointait déjà le manque d'accompagnement de la PMI par les instances nationales et les fortes disparités existant d'un département à l'autre. En ce qui concerne la santé scolaire, les différents rapports récents mettent en évidence une définition trop large des missions, incompatible avec les ressources humaines disponibles; une gouvernance inadéquate à l'échelon national et régional; une collaboration entre professionnels trop limitée au sein des établissements et une articulation insuffisante de la médecine scolaire avec la médecine de ville et la médecine hospitalière à l'échelon des territoires; des difficultés dans le recrutement et la formation des professionnels [33].

◆ par ailleurs, on observe une fragilisation des réseaux de professionnels de la prévention. C'est notamment le cas des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), dont la situation est loin d'être encore stabilisée.

● Le pilotage régional par les agences régionales de santé (ARS). Au sein des ARS, la politique de prévention tient une place encore insuffisante tant en termes financiers que d'orientation. Les premiers bilans des ARS soulignent le manque d'investissement en termes de prévention au profit de l'offre de soins [53]. Le développement des pôles régionaux de compétences n'a pas permis de stabiliser les équipes ou de mener à bien la professionnalisation des acteurs [41].

● La quasi-absence de lien à la recherche et à l'innovation du fait à la fois de la relative faiblesse des universités dans le domaine de la prévention et de l'insuffisante perméabilité du secteur où dominent des visions souvent très idéologiques de l'intervention.

Pour autant, une large variété de dispositifs de prévention émanant des services de l'État, des collectivités territoriales ou du secteur associatif sont opérationnels. Il convient de s'appuyer sur eux, de donner de la cohérence, de valoriser les pratiques pertinentes et de consolider les réseaux existants, mais également de pallier les manques pour gagner en efficacité, notamment en direction des jeunes les plus vulnérables.

Les principes généraux d'une politique de prévention pour la jeunesse

La politique de prévention vise trois objectifs principaux *Agir sur les déterminants*

La santé est sous la dépendance d'un large ensemble de facteurs environnementaux, sociaux et individuels. L'objectif d'une politique de prévention est de mobiliser

les moyens d'une action sur ces différents déterminants de deux manières :

● via une action sur les conditions de vie qui influencent la santé : l'environnement physique et social, l'éducation et l'accès aux services de santé appropriés ;

● via une action d'éducation à la santé qui vise à donner les moyens à chacun de prendre en charge sa propre santé.

Lutter contre les inégalités

Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'enjeu est aujourd'hui d'intervenir tôt (les interventions sur les déterminants de santé sont d'autant plus efficaces qu'elles se produisent tôt dans la vie des individus) et de lutter contre les inégalités de santé, celles-ci se mettant en place très précocement dans la vie des individus. Si la grande majorité des enfants et des adolescents français vont bien, une part d'entre eux est en situation de vulnérabilité pour des raisons physiques, psychologiques ou sociales en raison d'une maladie chronique qui les affecte ou bien d'un handicap. La politique nationale de prévention pour la jeunesse doit viser à la réduction des inégalités et se doit d'articuler des dispositifs destinés à l'ensemble de la population des enfants et adolescents et d'autres spécifiques pour les plus vulnérables.

Intervenir au plus près des populations

Les données disponibles montrent également de fortes inégalités territoriales. Aussi la politique nationale a-t-elle pour vocation de rendre possible un accès équitable à la prévention par le développement de politiques territoriales de prévention pour tous les jeunes au plus près des lieux de vie.

Une politique de prévention appelée à se décliner selon trois axes

Dans le but d'agir sur les différents déterminants de la santé des enfants et des adolescents, il importe de décliner la politique de prévention selon trois axes :

Un axe population

Elle concerne les trois âges : la prime enfance (péri-natalité et petite enfance), l'enfance et l'adolescence (et inclut des actions en population générale), et des dispositifs en direction des jeunes les plus vulnérables.

Un axe milieu

Elle se décline au sein des différents milieux de vie des jeunes par une politique de soutien des familles en matière de prévention (autour des conduites à risque des adolescents notamment), une politique de santé à l'école affirmée, une démarche de structuration de la prévention par les différents acteurs du monde de la culture, du sport et des loisirs.

Un axe thématique

Elle prend en compte un ensemble de thématiques prioritaires de santé chez les jeunes (addictions, conduites à risque, obésité, sexualité...).



La politique nationale articule les volets sanitaire, éducatif et social des politiques publiques en matière de prévention

La prévention est l'une des composantes de toutes les politiques en direction des jeunes. C'est donc l'ensemble des parties prenantes de la santé, de l'éducation et de l'accompagnement social des jeunes qui est concerné.

La politique nationale s'appuie sur les réalisations existantes, définit les priorités et structure l'ensemble dans une vision cohérente à l'interface des politiques sociale, de santé et d'éducation.

Volet sanitaire de la prévention

Il s'agit de la prévention médicalisée : dépistage, diagnostic, prise en charge, vaccination, accompagnement des enfants handicapés et porteurs de maladies chroniques, santé environnementale. Ce volet est sous la responsabilité directe de l'ARS et mobilise les acteurs de santé du territoire (notamment libéraux) et les structures spécifiques (maison des adolescents, par exemple).

Volet éducatif

Sa dimension principale est constituée par la politique de santé scolaire qui est sous la responsabilité du ministère de l'Éducation nationale [34] et doit s'insérer dans la politique nationale de prévention en direction des jeunes. Les milieux de la culture, du sport et des loisirs sont aussi concernés, à l'instar de ce qui a été conduit avec les fédérations sportives et le ministère de la Jeunesse et des Sports. Dans tous les cas, deux dimensions sont abordées :

- apprendre à prendre soin de soi et des autres (Alimentation, Hygiène, Rythmes de vie, Sexualité, Activité physique, Sécurité : domestique, routière, professionnelle, Apprentissage du porter secours, Usage du système de santé);
- éviter les conduites à risque (Usage de substances psychoactives licites ou illicites : toxicomanies, consommations à risque, Violence dirigée contre soi ou contre les autres, Conduites dangereuses sur la route et dans le cadre d'activités sportives, Conduites sexuelles à risque).

Volet social

Les axes concernent d'une part ce qui relève spécifiquement des compétences des collectivités territoriales : la petite enfance, les politiques sociales en direction des jeunes en situation de vulnérabilité, le soutien parentalité et, d'autre part, la politique territoriale de santé qui mobilise tous les acteurs et vise à agir sur les déterminants de santé de la vie des jeunes à l'échelon local.

Développer la recherche et la formation

L'une des principales limitations du dispositif actuel est son trop faible ancrage sur la recherche et la formation. La politique de prévention doit s'appuyer, comme tous les secteurs de la vie sociale et économique,

sur l'innovation et les transferts en provenance de la recherche tout comme sur les formations universitaires professionnalisantes à la prévention (licences professionnelles et masters). Il importe, aux échelons national et régional, d'appuyer les politiques sur la recherche et la formation par :

- la création d'un consortium national d'universités en articulation avec l'EHESP *via* un appel à projets structurant permettant de stimuler la recherche et les collaborations scientifiques, de développer en partenariat de formations de haut niveau adaptées aux enjeux de santé publique sur tout le territoire;
- la rédaction de conventions entre les ARS et les universités dans toutes les régions. Ces conventions incluent trois volets : la recherche, la formation initiale et continue, et la valorisation dans le champ de la prévention.

Clarifier la gouvernance

La politique de prévention en direction des jeunes est l'un des secteurs pour lesquels peut se mettre en place une gouvernance de la santé qui articule véritablement trois niveaux :

- le pilotage par l'État stratège ;
- la maîtrise d'ouvrage à l'échelon régional qui relève de la politique régionale de santé publique définie par un « conseil de prévention régional » et portée par les ARS ;
- la maîtrise d'œuvre qui relève de tous les acteurs territoriaux des champs sanitaire, éducatif et social.

La politique nationale de prévention en direction de la jeunesse doit constituer un axe essentiel du volet « politique de prévention et d'éducation à la santé pour tous, tout au long de la vie » de la future loi de santé publique. Le pilotage en est confié à la DGS et la mise en œuvre à l'Inpes, en s'appuyant sur un ensemble de conventions liant le ministère chargé de la Santé à ceux chargés de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports. L'Inpes est appelé à jouer un rôle déterminant dans cette politique de prévention et d'éducation à la santé à l'échelon national et dans l'accompagnement des régions. En ce qui concerne le financement des ARS, il importe de flécher, dans un cadre pluriannuel, les crédits consacrés à la prévention de façon à assurer la pérennité des dispositifs et à sortir de la précarité permanente des acteurs de prévention.

La maîtrise d'ouvrage de la prévention en direction de la jeunesse doit être transférée à l'échelon régional. Pour que cela soit possible, il importe de créer le « conseil de prévention régional » présidé par le directeur général de l'ARS, instance associant l'ensemble des acteurs en vue de la définition de la politique de prévention, qui est ensuite incluse et validée au sein du projet régional de santé. Cette instance remplace les commissions de coordination interinstitutionnelle. La rédaction de cette politique régionale s'appuie sur la politique nationale et est structurée autour des trois axes : populations, milieu et thématiques.

En conclusion, nous souhaitons insister sur le fait

que la mise en place d'une politique de prévention ambitieuse représente un enjeu de premier ordre. Une telle politique est nécessairement complexe, et cela doit être assumé. Sans prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé et sans mobilisation des acteurs des champs sanitaire, éducatif et social, il n'est pas possible d'avoir une action efficace et de réduire les inégalités de santé. Le pilotage de cette politique doit être national et associer, autour du ministère de

la Santé, ceux de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports. La maîtrise d'ouvrage de cette politique doit être confiée aux ARS, dont le budget prévention doit être augmenté et fléché. La politique doit être articulée selon trois axes : population, milieu et thématiques (obésité, addictions, conduites à risques, sexualité...). L'ancrage sur la recherche dans le domaine de la prévention, la formation universitaire à la prévention et le transfert de l'innovation sont une clé du succès de cette politique. ↑

Transversalité et intersectorialité : le schéma de prévention du projet régional de santé des Pays de la Loire

La prévention et la promotion de la santé sont une priorité du projet régional de santé (PRS) de l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire. S'inscrivant dans le paradigme défini par l'Organisation mondiale de la santé¹ et la charte d'Ottawa², le PRS reconnaît que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie et que la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé : elle exige, pour agir sur les déterminants de la santé, l'action coordonnée de tous les intéressés, ARS et acteurs et professionnels du secteur de la santé bien sûr, mais aussi des autres secteurs, sociaux, médico-sociaux et économiques, les collectivités territoriales, le monde du travail et de l'éducation, et les médias. Il en résulte une double nécessité. D'une part, nécessité d'une approche intersectorielle de la prévention et de la promotion de la santé et, d'autre part, nécessité d'une approche transversale de l'organisation de l'offre en santé qui intègre les actions de prévention, de promotion de la santé, du soin et de l'accompagnement médico-social.

C'est d'ailleurs pour être en mesure d'adopter une approche transversale de la régulation des activités de santé que la loi HPST avait fait évoluer le paysage institutionnel dans trois directions. D'abord, elle a rassemblé les compétences cloisonnées entre sept organismes de l'État et de l'assurance maladie³, en créant les agences

régionales de santé. Ensuite, elle a unifié la planification régionale, éclatée entre de multiples schémas et programmes indépendants⁴, en confiant à l'ARS l'élaboration et la conduite d'un projet régional de santé transversal à l'ensemble des champs, de la prévention et de la promotion de la santé, des soins ambulatoires et hospitaliers et de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées et âgées. Enfin, elle a fait évoluer la concertation avec les acteurs, dispersée entre la conférence régionale de santé et de multiples comités techniques sectoriels ou thématiques en créant des instances de démocratie sanitaire : d'une part, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées qui animent le débat public et proposent des avis sur les politiques de santé conduites par l'ARS ; d'autre part, deux commissions de coordination des politiques publiques qui associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents, et veillent à la cohérence ainsi qu'à la complémentarité des politiques publiques menées dans les domaines de la prévention et de l'accompagnement médico-social.

Transversalité et intersectorialité dans la conception et l'élaboration du PRS

Le projet régional de santé vise à améliorer la santé de la population régionale et à réduire les inégalités de santé en optimisant l'efficacité des services de santé. C'est un document unique qui fixe pour cinq ans les orientations

régionale de santé (MRS) et une partie de la Caisse régionale de l'assurance maladie (Cram).

4. Le schéma régional d'organisation des soins (Sros), le programme régional de santé publique (PRSP), le programme interdépartemental de l'accompagnement médico-social (Priac), le programme de gestion du risque (PRGDR), le programme d'accès aux soins et à la prévention (Praps), conçus de façon indépendante et comprenant chacun ses orientations stratégiques, ses objectifs et ses plans d'actions et s'adressant chacun aux acteurs d'un secteur d'activités de santé.

Pierre Blaise

Directeur du Projet régional de santé
Christophe Duvaux
Directeur général adjoint, en charge de la Prévention et de la Protection de la santé

Marie-Sophie Desaulle

Directrice générale
Agence régionale de santé des Pays de la Loire

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.

2. Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986. Texte de la charte disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

3. L'ARS regroupe et fusionne l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), le groupement régional de santé publique (GRSP), la mission



stratégiques du projet, les objectifs qui déclineront ces orientations, puis les plans d'actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs⁵ (figure 1). Son élaboration a été l'un des premiers défis que les toutes nouvelles agences régionales de santé ont eu à relever. D'abord parce qu'il s'agissait d'un projet, mobilisant l'agence et ses partenaires, pour faire évoluer le système de santé dans son ensemble face à de nouveaux enjeux et non de la juxtaposition d'un schéma directeur pour orienter les autorisations d'activités, d'un programme d'actions de prévention et d'un programme d'allocation de ressources pour la création de places d'accompagnement médico-social. Ensuite parce qu'il devait être le point d'ancrage du fonctionnement en mode projet des ARS, une modalité nouvelle, du moins à cette ampleur, de conduite de la régulation de l'offre en santé.

L'élaboration du PRS devait être saisie comme une opportunité de décloisonner les décideurs, les acteurs et les opérateurs de santé autour d'un document unique et transversal, du soin à la prévention et à l'accompagnement médico-social. Il fallait donc repenser complètement la façon de structurer ce document pour ne pas risquer de se limiter à une simple actualisation et juxtaposition des documents existants. Il fallait éga-

5. Le PRS rassemble et hiérarchise trois séries de documents : (i) les orientations stratégiques, (ii) les trois schémas, de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale puis (iii) les programmes territoriaux de santé et quatre programmes régionaux – le programme interdépartemental de l'accompagnement médico-social, le programme de télémédecine et des systèmes d'information, le programme d'accès à la prévention et aux soins, le programme de gestion du risque. Actualisé en 2013, il est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr>

lement repenser la façon d'associer les acteurs à son élaboration.

Afin d'assurer la cohérence globale du projet, il a été décidé que le plan stratégique régional de santé définirait les orientations stratégiques pour l'ensemble du projet, que les trois schémas fixeraient les objectifs concrétisant ces orientations et que les programmes régionaux et territoriaux déclinaient les plans d'actions pour atteindre ces objectifs. Ainsi l'ensemble des documents devenaient irrémédiablement liés.

Afin de relever le défi de la transversalité, il a été décidé que les schémas ne seraient exclusifs ni d'une thématique ni d'un secteur. C'est pourquoi les objectifs concernant l'engagement dans des activités de prévention des médecins généralistes ou des hôpitaux telles que la vaccination ou le développement de la culture du risque et du signalement dans les établissements de soins ou les services et établissements médico-sociaux sont inscrits dans le schéma de prévention plutôt que dans les schémas d'organisation sanitaire ou médico-sociale. De même, l'objectif de prévention de la perte d'autonomie dans les établissements médico-sociaux concernant par exemple les chutes, la dénutrition ou l'iatrogénie est inscrit au schéma de prévention. Ainsi, le schéma de prévention ne s'adresse pas aux seuls professionnels ou associations de prévention, ni le schéma d'organisation des soins aux seuls professionnels du soin, ou le schéma d'organisation médico-social aux seuls responsables et professionnels des services et établissements médico-sociaux. Inversement, des objectifs de promotion de la santé sont traités ailleurs que dans le schéma de prévention. Ainsi, par exemple,

Les commissions de coordination dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

En dotant les agences régionales de santé d'une gouvernance renouvelée, la loi HPST a confié à deux instances la mission de traiter des questions de prévention :

- la conférence régionale de santé et de l'autonomie, qui participe à la définition de la politique régionale de santé et sa commission spécialisée sur la prévention,
- la commission de coordination des politiques publiques associant les services de l'État, les organismes de Sécurité sociale et les collectivités territoriales, compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions de prévention dans chaque région et territoire. Ces dernières sont les lointaines héri-

tières des comités de pilotage État/assurance maladie mis en place à l'époque des programmes régionaux de santé (1997-2005), puis, plus récemment, des groupements régionaux de santé publique (2005-2011). Les commissions de coordination dans le domaine de la prévention répondent, comme leurs aînés, au constat de la diversité des promoteurs et des financeurs dans ce domaine.

Le décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 prévoit la participation des services de l'État exerçant des compétences dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, des représentants des collectivités territoriales ainsi que des repré-

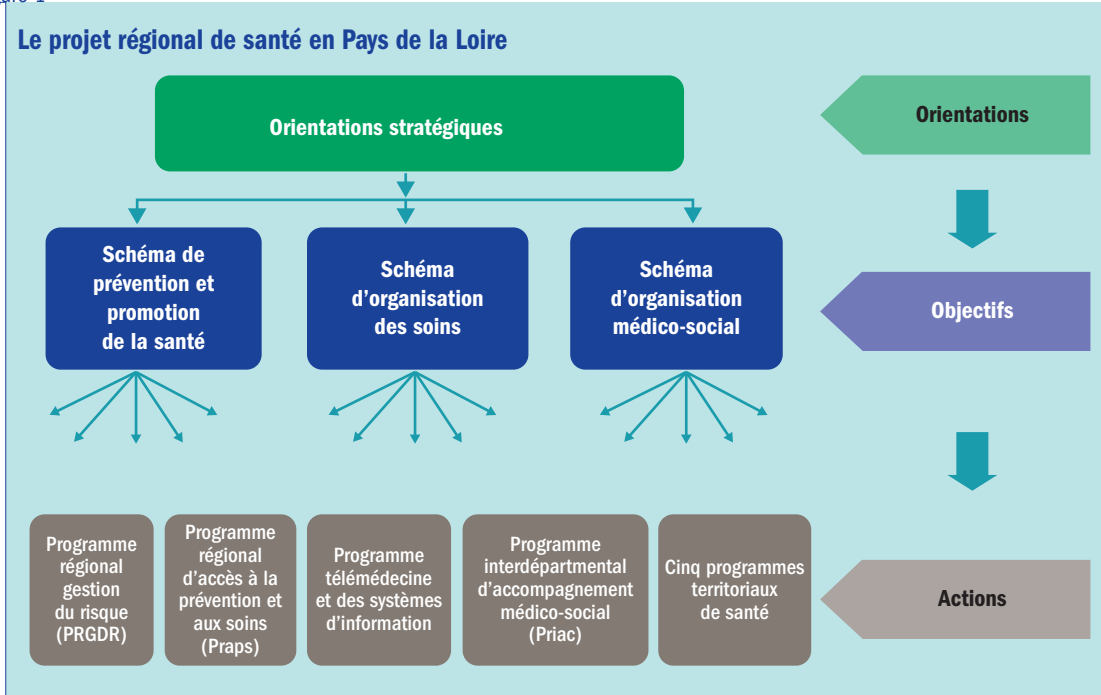
sentants des organismes de sécurité sociale pour :

- organiser la mise en commun des données en vue du diagnostic,
- contribuer à l'élaboration du projet régional de santé,
- favoriser la complémentarité des actions et déterminer les modalités de cofinancement.

Aujourd'hui, toutes les commissions de coordination sont en place, elles ont rédigé leur règlement intérieur et elles se réunissent pour définir thèmes, publics et territoires prioritaires, et mettre ainsi en œuvre de façon concrète les orientations du projet régional de santé. ↑

Véronique Mallet
HCSP

figure 1



l'importance de permettre à chacun d'être acteur de sa santé est déclinée dans l'objectif « *garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne* », inscrit au schéma d'organisation des soins pour mobiliser les professionnels soignants autour de cette dimension essentielle de la promotion de la santé.

Afin de relever le défi du décloisonnement des acteurs, les groupes de travail ont fait appel aux membres de la CRSA dont la composition est très large plutôt qu'à des groupes techniques de professionnels experts d'un domaine spécialisé, et ils ont mêlé des professionnels ou des représentants institutionnels appartenant à des secteurs d'activité différents. Cette démarche a initialement dérouté les acteurs. Les représentants d'utilisateurs escomptaient traiter en spécialistes les questions d'accès aux soins et de respect des droits des usagers, les professionnels hospitaliers les questions d'organisation des soins hautement spécialisés, ou bien les professionnels de l'éducation pour la santé les questions de prévention en population dans les territoires de santé. La démarche a été portée par le comité de pilotage du projet, réunissant à parité membres de la CRSA et équipe projet de l'agence, même si elle a donné lieu à discussion au sein de la commission permanente de la CRSA. La diversité des groupes a été reconnue comme une richesse. Elle a parfois pu être révélatrice du cloisonnement des acteurs. Par exemple, lorsqu'un professionnel du soin évoquant les difficultés de coordination sur le terrain a fait la connaissance de partenaires de son propre territoire qu'il rencontrait pour la première fois dans le groupe de travail. En croisant

les points de vue, l'exercice a probablement permis de fixer les objectifs du PRS à partir d'une perspective plus profane, plus citoyenne et plus proche des besoins ressentis que s'ils avaient été fixés par des groupes de professionnels, experts du sujet.

Afin d'assurer la qualité technique des propositions, les groupes de travail étaient alimentés par des notes techniques proposées par le groupe projet à partir de recommandations issues de la littérature scientifique, de guides de bonnes pratiques ou de contributions d'experts venant des commissions spécialisées de la CRSA ou des services internes de l'agence. De plus, avant d'arrêter les objectifs du projet, les différentes instances de démocratie sanitaire ont été sollicitées, comme le prévoient les textes réglementaires, pour produire un avis sur les objectifs du PRS fixés dans ses différents schémas. Cela représentait une opportunité supplémentaire pour recueillir le point de vue des spécialistes de telle ou telle question.

Le PRS a été arrêté, le 9 mars 2012, après avis des instances de démocratie et deux années rythmées par une alternance de périodes de travaux de groupes, d'écriture et de concertation. Il constitue un ensemble intégré de trois orientations stratégiques, 61 objectifs et 9 programmes d'actions, dont 1 programme territorial de santé pour chacun des 5 territoires de santé de la région. Dans le champ de la prévention, les orientations stratégiques tracent deux lignes de force. D'abord l'importance d'intégrer la prévention et la promotion de la santé dans tous les champs et secteurs de l'action sanitaire et sociale. Autrement dit, l'affirmation que



la prévention est l'affaire de tous, pas celle de spécialistes. Ensuite, l'importance d'une approche partenariale multisectorielle pour réduire les inégalités de santé, sociales, territoriales et environnementales. Les enjeux de prévention et de promotion de la santé sont ensuite traités à travers les 15 objectifs du schéma de prévention (encadré). À partir de l'état des lieux et de l'observation de la santé régionale avec le concours de l'ORS des Pays de la Loire 7 priorités régionales sont identifiées : la nutrition et l'activité physique, les conduites addictives, le bien-être mental et le risque de suicide, la santé environnementale, les relations affectives et sexuelles, la prévention de la perte d'autonomie, les risques infectieux et la politique vaccinale.

Transversalité et intersectorialité dans la mise en œuvre

Après le temps de l'écriture du projet vint le temps de la mise en œuvre. Là encore, les deux enjeux – approche transversale intégrant prévention, soins et accompagnement médico-social et approche intersectorielle – ont guidé l'ingénierie de mise en œuvre. Des accords de méthode ont été signés avec la direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS) et avec le conseil régional ainsi qu'une convention de partenariat avec l'Éducation nationale (rectorat). Pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé,

l'ARS s'est appuyée sur la dynamique régionale partagée du deuxième Programme régional santé environnement (PRSE2), signé par le préfet de région, le conseil régional et l'ARS quelques mois après la création de l'agence.

Cette démarche intersectorielle s'est appuyée sur la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, créée avec l'ARS et qui réunit l'ensemble des acteurs. Animée par l'ARS, cette commission s'est attachée à croiser les plans d'actions annuels de chacun de ses membres dans un plan d'actions commun baptisé « feuille de route partenariale de prévention ». Elle met aussi à contribution régulièrement les membres de l'autre commission de coordination des politiques publiques, en matière d'accompagnement médico-social sur des sujets de prévention et de sécurité sanitaire.

L'élaboration de la feuille de route 2013 a reposé sur un bilan partagé d'exécution de la feuille de route 2012, l'une et l'autre validés par la commission de coordination. Cet exercice de révision et d'actualisation, qui mobilise fortement les ressources de l'agence, n'est pas une simple formalité pour les membres car elle sous-tend le principe d'un regard extérieur sur ses propres réalisations. L'ARS doit être à cet égard exemplaire pour que la confiance, véritable moteur de cette dynamique intersectorielle, ne se grippe pas.

Les objectifs du schéma régional de prévention de l'ARS des Pays de la Loire

1. Être acteur de sa santé

Objectif 1 Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles

Objectif 2 Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant

2. Une politique de prévention de proximité organisée en fonction des thématiques régionales prioritaires

Objectif 3 Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie

Objectif 4 Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences

Objectif 5 Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne

3. La prévention et la promotion de la santé intégrées

Objectif 6 Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité

Objectif 7 Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité

Objectif 8 Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée

Objectif 9 Maîtriser les risques liés aux activités de santé

4. Une veille sanitaire et une anticipation des crises partagées

Objectif 10 Développer la culture du risque sanitaire et du signalement

Objectif 11 Anticiper et prévenir les crises sanitaires

5. Une mobilisation pour la réduction des inégalités de santé

Objectif 12 Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé

Objectif 13 Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

Objectif 14 Réduire les impacts de l'environnement sur la santé

Objectif 15 Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence.

La feuille de route partenariale consiste en 2013⁶ en 11 fiches-projets, croisant des publics prioritaires comme les jeunes, les personnes en situation de précarité sociale ou les personnes en perte d'autonomie et des thématiques ciblées dans le schéma de prévention comme les conduites addictives, la nutrition et l'activité physique, la santé mentale, la santé-environnementale, la politique vaccinale et le dépistage des cancers. Chaque fiche-projet précise les actions menées individuellement ou en commun par les différents membres de la commission pour atteindre les objectifs du PRS. Elle mentionne le porteur de l'action, les partenaires concernés et le calendrier de mise en œuvre, et constitue un outil de lancement et de suivi du projet.

La mise en œuvre des actions de la feuille de route mobilise les outils de régulation de l'ARS, contractualisation, labellisation et autres allocations de ressources, et se concrétise dans des appels à projets concertés.

L'action 5 de la feuille de route partenariale associe par exemple la DRJSCS, la direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement (Dreal) et la direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt (Draaf) pour l'accès des personnes les plus vulnérables à une alimentation saine et à la pratique d'activités sportives adaptées. Elle déploie des actions de formation des bénévoles et salariés de la distribution alimentaire pour une diversification quantitative et qualitative des denrées récoltées et distribuées, ou encore des actions de formation des éducateurs et la labellisation des clubs sportifs pour qu'ils accueillent les publics vulnérables.

L'action 4, qui porte sur la santé environnementale, un domaine éminemment intersectoriel, fait référence à de multiples actions du deuxième plan régional santé environnement (PRSE2) ou du plan régional santé travail (PRST). Les activités concernent, par exemple, la prévention des allergies grâce au pollinarium sentinelle, une innovation portée par l'ARS et la ville de Nantes qui permet de prévenir les personnes allergiques de l'imminence de la diffusion des pollens. Ou la réduction des expositions à l'amiante dans l'environnement et en milieu de travail en associant Direccte, Capeb, FFB et ARS. Ou encore l'amélioration de l'air intérieur et la lutte contre l'habitat indigne, qui mobilise conjointement Dreal et ARS dans des activités de sensibilisation, d'information, de formation, d'échange de pratiques ou d'interventions par des conseillers en environnement intérieur, par exemple, pour protéger les enfants les plus sensibles et les personnes les plus vulnérables.

La synergie avec le réseau de l'assurance maladie a trouvé sa déclinaison naturelle dans le cadre du programme régional de gestion du risque (PRGDR). Deux fiches actions ont ainsi été rajoutées au PRGDR régional et élargissent à la feuille de route partenariale. L'une concerne la vaccination, l'autre le dépistage des cancers.

6. La feuille de route 2013 «prévention» est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Projet-regional-de-sante.107789.0.html>

La fiche action 6 de la feuille de route partenariale vise à réduire les inégalités sociale de recours au dépistage des cancers en associant les efforts de l'ARS et de l'assurance maladie pour mobiliser les structures de gestion des dépistages autour de leur plan d'action vers les bénéficiaires de la CMU-C ou pour mobiliser les professionnels de santé libéraux en contractualisant avec les maisons de santé pluriprofessionnelles autour de l'incitation au dépistage.

La Mutualité française des Pays de la Loire porte en propre l'action 3 de la feuille de route qui vise à *renforcer la coordination des acteurs en milieu festif* sous la forme d'actions de formation des organisateurs d'événements, intervention auprès du Réseau musiques actuelles, par exemple, ou d'échange de pratiques entre intervenants en prévention et réduction des risques lors de rassemblements festifs, en particulier pour prévenir l'alcoolisation massive des jeunes, en hausse dans la région.

La contractualisation avec les établissements de santé et avec les maisons de santé pluriprofessionnelles est un levier de mobilisation des acteurs. C'est ainsi, par exemple, que se met en œuvre l'action 7 de la feuille de route qui vise à prévenir la dénutrition des personnes âgées par un examen bucco-dentaire systématique (contractualisation avec l'URPS chirurgiens dentistes) des résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes de la région (inscription de l'action au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – CPOM – des établissements médico-sociaux).

La concertation intense requise par l'action intersectorielle a permis aussi de renforcer le cadre de déploiement des actions, d'améliorer la visibilité pour les opérateurs et in fine d'assumer la recherche d'efficacité des financements en évitant des affectations de ressources potentiellement redondantes auprès des associations de prévention. Concrètement, le nombre de porteurs de projets s'est accru avec une meilleure mobilisation des moyens de chacun.

La souplesse de l'allocation de moyens autorisée par le fonds d'intervention régional (FIR) est une avancée majeure pour assurer la déclinaison transversale des objectifs de l'agence en matière de prévention. Le fonds d'intervention régional met en commun autour de 6 domaines d'action du PRS⁷ des financements jusque-là fléchés et véhiculés dans des enveloppes de nature diverses, budgets opérationnels de programmes (BOP) et autres Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). La fongibilité permise par le FIR entre ces financements permet à l'agence de les orienter vers les domaines d'actions prioritaires retenus par le projet régional de santé. Le niveau de financement des actions consacrées à la prévention est sanctuarisé

7. Les 6 domaines d'intervention du FIR en Pays de la Loire sont la prévention, la promotion de la santé, l'amélioration des parcours de santé, la permanence des soins ambulatoires, la permanence des soins en établissements de santé, l'accès aux soins spécialisés, et l'accompagnement de l'évolution du système de santé.



par le principe de fongibilité asymétrique en faveur de la prévention. À périmètre constant, entre 2012 et 2013, les montants alloués à la prévention par l'ARS se sont accrus de 1,51 % pour un montant total prévisionnel de 13 657 349 d'euros en 2013.

L'évaluation du projet et des politiques publiques qu'il porte, à travers un jeu d'indicateurs inscrit au PRS, permettra d'apprécier dans quelle mesure l'exigence de transversalité et la collaboration intersectorielle voulues par l'ARS ont été effectivement mises en œuvre et appropriées par les acteurs et surtout si elles se traduisent concrètement dans leurs effets sur la santé de la population ligérienne. Des thématiques d'évaluation ont été inscrites dans le PRS dès son élaboration portant sur des populations spécifiques (bien-être des jeunes, qualité de vie à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans, santé des populations en grande vulnérabilité, qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychiques, participation individuelle et

collective des usagers). Conduite tout au long de la mise en œuvre du PRS, l'évaluation permet d'orienter l'action, tout en préparant l'évaluation finale qui fera le socle de la génération suivante du projet régional de santé. D'ores et déjà, une première évaluation a été menée en 2012, portant sur les politiques publiques régionales de lutte contre le suicide. Elle a produit des recommandations concrétisées dans trois actions de prévention du suicide inscrites dans les feuilles de route 2013. L'action 8 de la feuille de route partenariale de prévention associe ainsi l'ARS, la Directe et la Mutualité sociale agricole (MSA) dans des activités de sensibilisation et de formation à la prévention du suicide des professionnels de santé, sociaux et du monde du travail. Un appel à projets commun à l'ARS et à la MSA est envisagé pour 2014 sur ce thème. En 2013, c'est l'évaluation des politiques publiques en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité qui est à l'œuvre. ↑

En santé à l'école... ou agir pour renforcer les compétences psychosociales de 6 000 enfants scolarisés en Pays de la Loire

**Marie-Odile
Williamson**

Patrick Lamour

Instance régionale
d'éducation et de
promotion de la
santé des Pays de la
Loire (Ireps)

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 64.

En 2001, après une expérimentation de trois années et dans un contexte de priorité régionale de santé, est mis en place un programme de prévention primaire des conduites addictives en milieu scolaire auprès des enfants de 7 à 12 ans. L'action s'appuie sur une démarche d'éducation pour la santé au sens de « *développer les aptitudes individuelles* » [64] qui repose sur la dimension globale de la santé et de l'enfant, le principe d'une intervention précoce et inscrite dans la durée. À la fin des années 90, les travaux du groupe d'experts de l'OMS [3] sur les compétences psychosociales (figure 1) et l'expérience des « *life skills training program* » [9, 55] développés dans les pays anglo-saxons incitent à retenir une stratégie d'intervention innovante : le développement des compétences psychosociales.

Il s'agit alors de renforcer, chez les enfants de 7 à 12 ans, les capacités nécessaires pour faire face aux événements prévisibles et imprévisibles de leur existence en termes de savoir, savoir-faire et savoir être. Les objectifs posés sont alors de :

- Permettre à l'enfant d'avoir accès à une prévention qui le rend capable :
 - ◆ d'identifier, d'analyser et de verbaliser les situations difficiles,
 - ◆ d'élaborer des réponses adaptées aux problèmes rencontrés,

- ◆ de développer des possibilités de libre choix face à une prise de risques.

- Transférer aux enseignants des savoirs faire en renforcement des compétences psychosociales.

Le programme doit bénéficier à 1 000 élèves durant deux années consécutives, du CE1 au CE2, du CM1 au CM2 ou de la 6^e à la 5^e. Les financeurs (assurance maladie, Drass, conseil régional¹) et l'Éducation nationale confient la mise en œuvre du programme au réseau des 5 comités d'éducation pour la santé qui deviendra l'Ireps Pays de la Loire et à l'Anpaa, faisant naître ainsi un partenariat fructueux et une dynamique régionale dont les effets iront bien au-delà de ce projet.

Les modalités de mise en œuvre

En douze années, le programme va connaître différentes phases et bien sûr évoluer. La mise en œuvre repose sur une organisation régionale structurée, une stratégie d'intervention qui définit les bases méthodologiques et pédagogiques de l'action, et un protocole d'évaluation qui met l'accent sur la dimension formative. Le coordinateur du programme² pose le cadre, rédige un cahier des charges, mais privilégie la construction collective

1. Puis l'agence régionale de santé.

2. Comité régional et départemental d'éducation et de promotion de la santé, Credeps-Nantes, devenu Ireps Pays de la Loire.

et participative avec la quinzaine d'intervenants. Cette démarche favorisera l'adaptation, l'appropriation par les acteurs et au final l'innovation.

Les modalités d'implantation du programme dans les établissements

Le programme débute par une phase de négociation avec l'établissement et les enseignants engagés. L'action de santé doit trouver son sens et sa place dans la vie de la classe, de l'école ou du collège.

Évoquer les actions mises en place antérieurement

Il s'agit d'ancrer le programme dans l'histoire, le contexte de l'établissement, d'identifier les expériences passées, les réussites autant que les échecs. C'est une manière de repérer les enjeux locaux, de mieux comprendre les logiques individuelles et collectives. Cela contribue à inscrire le programme dans une dynamique et le potentiel propre à l'établissement, en cohérence avec les autres actions prévues.

Valider le programme et l'intégrer dans le projet de l'établissement

Les objectifs et le cadre général d'intervention du programme sont validés par un document écrit et si possible inscrit dans le projet d'école ou d'établissement. L'ensemble de la communauté éducative est concernée par sa réussite et sa cohérence : l'infirmière et le médecin scolaire, le Rased, les travailleurs sociaux, les associations de parents, d'autres professionnels..., selon les réalités locales.

S'accorder sur les objectifs et les principes directeurs des interventions

Les enseignants expliquent en quoi et comment ils travaillent déjà les compétences psychosociales au quotidien. Les objectifs sont alors négociés et adaptés aux besoins des enfants tout en respectant la progression pédagogique. Les valeurs et les repères éthiques sont déclinés au travers d'éléments concrets : posture d'écoute, valorisation de la parole et des savoir-faire des enfants, de la recherche collective d'alternatives et de solutions, respect des différences...

Prendre toutes les mesures nécessaires liées à la « bienveillance » du programme

Est évoquée de façon claire la possibilité de réactions, de déclarations d'enfants qui révéleraient un mal être, une souffrance. S'accorder sur l'attitude à avoir au moment des faits et avoir identifié les ressources locales (infirmière scolaire, psychologue scolaire, CMPP, etc.) contribue à la protection du groupe d'enfants, à la recherche de solutions et au passage de relais avec les professionnels [42].

Favoriser la participation des familles

Les parents sont les premiers éducateurs de leurs enfants. Les informer du programme en présentant ses objectifs et les thèmes abordés est primordial. Aller au-delà d'une simple information en recherchant la participation des parents contribue à l'efficacité du programme et lui donne une cohérence hors de l'établissement dans le milieu familial [43].

Veiller à l'organisation concrète et à la mise en œuvre des séances

Il s'agit de préparer plus précisément les interventions : choix des objectifs, des outils, place de l'enseignant durant la séance, mise au point des temps de préparation et d'évaluation, calendrier des séances respectant le rythme de la classe et la périodicité souhaitée. Le principe de temps de préparation en commun et d'échanges réguliers autour des interventions constitue, au-delà de la préparation concrète des séances, des moments de concertation très utiles pour échanger des points de vue, des savoir-faire, évaluer, s'ajuster.

Les modalités d'interventions auprès des élèves

Les acteurs du programme

Six à dix séances sont mises en œuvre chaque année, en binôme avec l'enseignant. Son implication varie de la position d'observateur à coanimateur, en fonction de ses souhaits, de son aisance et de ses compétences. Pour le bénéfice des élèves, cette participation de l'enseignant garantit la cohérence et les prolongements dans la quotidienneté de la classe. Pour l'enseignant, c'est la possibilité de s'approprier des méthodes, des savoirs et des attitudes éducatives pour le renforcement des compétences psychosociales. D'autres adultes sont souvent associés à l'intervention, comme les infirmières scolaires ou les assistantes socio-éducatives, renforçant l'impact du programme et la possibilité de travaux en petits groupes durant les séances. Les compétences personnelles et relationnelles des adultes qui interviennent sont particulièrement sollicitées. Ils doivent adhérer aux concepts mobilisés, tout en restant dans un questionnement permanent qui garantit le respect éthique. Ils doivent maîtriser les différents thèmes abordés. C'est le sens de ces modalités.

Les méthodes utilisées sont interactives et expérientielles [5]. Les contenus sont adaptés à la maturité des enfants et élaborés en parcours favorisant la progression. La pédagogie utilisée s'inspire des théories de l'apprentissage comme celles développées par André Giordan [51]. Le déroulé précis de l'intervention est guidé par la rédaction préalable d'un conducteur de séance. Chaque séance, dure 1 heure en moyenne et nécessite 2 heures minimum de préparation/évaluation.

Les outils

Méthodes et contenus se sont appuyés sur des outils existants et des programmes éducatifs retenus pour les évaluations dont ils ont fait l'objet, leurs auteurs reconnus, l'adéquation avec les qualités pédagogiques recherchées : *Contes sur moi* [50], *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle* [30]. Les outils se sont diversifiés au fur et à mesure de la multiplication de l'offre des années 2000 permettant le choix d'activités favorable à l'aisance de l'animateur. En effet, la qualité d'une intervention dépend autant de l'outil que des qualités de celui qui l'utilise [29]. Au fil des années et de l'expérience, les activités sont modifiées ou créées par les intervenants pour être adaptées au



figure 1

Les compétences psychosociales, selon l'OMS (1993)

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [...] Les compétences psychosociales ont un rôle important dans la promotion de la santé et du bien-être physique, mental et social. »

Cinq couples de compétences sont définis par l'OMS :

- savoir résoudre les problèmes et savoir prendre des décisions
- avoir une pensée créative et une pensée critique
- savoir communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles
- avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres
- savoir gérer son stress et savoir gérer ses émotions.

plus près de leur public et aux contraintes de leur propre intervention (durée, contexte...). Les objectifs pédagogiques sont affinés, déclinant une progression cohérente et clarifiant les apprentissages visés. Par exemple, autour de la compétence psychosociale « avoir conscience de soi » pourront être travaillés les thèmes : besoins fondamentaux/règles de vie ; identité, goûts ; qualités, compétences et réussites ; ressemblances et différences.

Le DVD *En santé à l'école* [49] permet d'entrer au cœur de l'action dans les classes auprès des élèves et d'écouter les témoignages des enseignants.

L'organisation régionale du programme et l'évaluation

Veiller à la qualité du programme et à son efficacité, auprès de 1 000 enfants et 40 enseignants environ chaque année, nécessite une organisation régionale et une méthodologie précise qui sera adaptée aux différentes phases du programme.

Une dynamique régionale et un soutien aux intervenants

Les premières années, l'échange de compétences et de pratiques entre intervenants est primordial. Le coordinateur organise tous les ans deux à trois journées régionales de coordination entre la quinzaine de professionnels des différentes associations de santé. Ces temps ont pour objet de vérifier la bonne mise en œuvre du programme, mais surtout, dans le cadre de ces pratiques nouvelles et bien spécifiques, de renforcer les compétences des intervenants, de répondre à leurs besoins et questionnements, d'élaborer et améliorer ensemble les outils méthodologiques et pédagogiques. Le souci que les interventions ne soient pas « malveillantes » et obéissent à un principe de « bienveillance » [56] conduit par exemple à solliciter une psychologue spécialisée dans la protection de l'enfance pour aborder la question difficile de l'attitude à adopter lorsqu'un enfant exprime une souffrance grave, à l'occasion d'une de ces séances. Des séminaires de deux jours viennent compléter le dispositif de soutien aux intervenants pour approfondir des techniques d'animation, maîtriser de nouveaux outils présentés par des experts ou des acteurs d'approches similaires.

Le choix de la démarche d'évaluation

Les travaux collectifs ont aussi permis la mise au point puis l'adaptation d'un protocole d'évaluation. Ce choix s'est appuyé sur les éléments de réflexion suivants.

La phase d'évaluation, qui reste un temps riche d'échanges pour le groupe, ne permet pas de mesurer les résultats à long terme des séances compris comme la mesure de comportements plus favorables à la santé. Cela nécessite des protocoles complexes et un coût hors de portée du budget du programme. Les outils validés, comme la mesure de la qualité de vie ou la mesure de l'estime de soi, sont souvent difficiles à utiliser en pratiques courantes et inadaptés à l'âge de certains enfants. De plus, les difficultés méthodologiques globales des modèles d'évaluation de l'efficacité des actions d'éducation et de promotion de la santé sont loin d'être résolues à ce jour [44].

Parmi les nombreuses définitions de l'évaluation, nous retenons celle de Michel Demarteau qui la voit comme « un processus par lequel on délimite, on obtient et fournit des informations utiles permettant de produire un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions » [26]. Le choix a été fait d'utiliser des outils d'évaluation simplifiés en fin de séance par les enfants et en fin de programme par les enseignants, qui permettent de mesurer régulièrement les écarts entre ce que prévoit le programme et ce qui se réalise réellement chaque année, ainsi que quelques mesures simplifiées d'effets observables produits par le programme au sein des écoles.

L'évaluation permet alors surtout aux opérateurs de s'interroger sur la façon dont ils ont mené leur programme et sur comment ils peuvent apporter des correctifs.

Le protocole d'évaluation

Lors du programme 2001-2004, une première évaluation, réalisée avec le soutien externe d'une sociologue, porte sur la phase de sensibilisation, la phase d'intervention à des niveaux quantitatifs et qualitatifs, avec notamment les stratégies pédagogiques des différents intervenants, les compétences psychosociales travaillées, les effets perçus par les enseignants et le degré de satisfaction des élèves.

Au cours du programme 2004-2007, un nouveau protocole d'évaluation fait l'objet d'une simplification, retenant l'évaluation de la satisfaction des enfants et des enseignants. Selon une même approche « formative », le protocole est enrichi par la mise en place d'observations de séances afin de permettre aux intervenants de progresser dans leurs pratiques. L'observation s'effectue par un collègue selon une méthode non participante [48] à l'aide d'une grille qui identifie différentes compétences requises pour l'animation. À l'issue de la séance, un échange entre l'observé et l'observateur permet d'identifier les points forts et les points d'attention.

Pour la phase 2007-2010, les grilles de satisfaction des élèves sont modifiées. Une interne de santé publique relient le programme à la lumière du guide d'autoévaluation de l'Inpes [38]. Le programme est utilisé plusieurs fois lors de formation aux outils d'évaluation Preffi [72] et outil de catégorisation des résultats [1].

Les résultats d'une évaluation de processus.

Depuis 2001, 6082 enfants ont bénéficié du programme pendant au moins un an et 71 % ont pu le poursuivre au moins deux ans. Les intervenants ont animé 8 séances en moyenne par classe (3131 séances), en collaboration avec 325 enseignants volontaires. Le programme s'est déroulé dans 455 classes réparties dans l'ensemble des départements de la région, en zones urbaines et rurales. Les enfants ont bénéficié en moyenne de 18 heures de programme, ce qui se rapproche des critères d'efficacité attendus [5].

Les compétences psychosociales les plus travaillées sont « avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres » (30 %), « savoir communiquer efficacement et être habile dans ses relations interpersonnelles » (28 %). La compétence « gérer ses émotions » arrive juste derrière. Toutes les compétences font l'objet de travaux.

La satisfaction des enfants a été évaluée par questionnaires chaque fin d'année. Sur 6912 avis recueillis et analysés, le taux de satisfaction des élèves de cycle 2 varie selon les années de 63 à 79 % ; celui des élèves de cycle 3 est le plus élevé de tous et varie de 76 à 92 %. Le taux de satisfaction des élèves du collège varie de 62 à 82 %.

Les enseignants se sont exprimés dans 334 questionnaires analysés. Les taux de satisfaction quant à la préparation et la coanimation se situent entre 90 et 97 %. 82 à 94 % des enseignants jugent que le programme a été bénéfique ou très bénéfique aux enfants. 75 à 100 %, selon les années, tirent de cette expérience beaucoup d'éléments positifs, qu'ils souhaitent réinvestir dans leur pratique. 70 à 98 % d'entre eux souhaitent reconduire le projet seul, avec un soutien méthodologique ou en coanimation.

Seul un rapprochement avec une équipe de recherche et un important budget spécifiquement alloué permettrait d'approfondir l'évaluation de ce programme.

Impact et effets du programme à moyen terme

Durant les années 2000, la place des compétences psychosociales en éducation pour la santé s'est nettement développée en France. Nous avons pu confirmer nos démarches avec les recommandations de l'Inpes [5], de l'Inserm [42, 43]. Les outils pédagogiques francophones se sont multipliés en Europe, souvent à partir de programmes anglo-saxons et québécois, modifiant considérablement le paysage. L'Éducation nationale a intégré les compétences sociales et civiques, l'autonomie et l'initiative, dans le socle commun de connaissances et de compétences [38] légitimant et appuyant le sens de notre investissement.

Dans ce contexte, un tel programme a trouvé un écho fort chez les enseignants et a très vite rejoint les préoccupations grandissantes des acteurs du champ éducatif autour du « vivre ensemble ». Après avoir « fait avec » dans un processus de formation-action, nous avons été sollicités pour accompagner les projets et former des professionnels des secteurs de la santé, du social ou de l'éducation au cours de stages³ de deux à six jours – plus de 200 bénéficiaires en Loire atlantique par exemple depuis 2008. Des ateliers de sensibilisation ont été proposés aux étudiants de l'IUFM de Nantes chaque année lors des colloques santé.

En 2011, le site internet « Le cartable des compétences psychosociales »⁴, financé par l'Inpes, a permis de continuer à formaliser nos démarches, à mutualiser et rendre accessible notre expérience.

Au-delà du milieu scolaire, l'Ireps répond aujourd'hui aux sollicitations d'autres structures éducatives à la demande d'élus, de services jeunesse, d'associations de parents, autant de manières de mesurer l'appropriation des acteurs dans leur territoire et l'implantation de projets intersectorielle et pluridisciplinaire.

Ainsi, un programme de prévention des conduites addictives auprès des enfants, avec une inscription dans la durée, a permis de progressivement évoluer vers des actions de promotion de la santé. ↑

3. Catalogue des formations de l'Ireps Pays de la Loire, http://www.irepspd.org/_front/Pages/page.php?cat=9&item=17&page=38

4. <http://www.cartablecps.org>