

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 santé<sup>1</sup> et la charte d'Ottawa<sup>2</sup>, 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 maladie<sup>3</sup>, en créant les agences

régionales de santé. Ensuite, elle a unifié la planification régionale, éclatée entre de multiples schémas et programmes indépendants<sup>4</sup>, 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](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 objectifs<sup>5</sup> (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

**E**n 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 2013<sup>6</sup> 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 émarginent 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 PRS<sup>7</sup> 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.

**E**n 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<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup>. Les financeurs (assurance maladie, Drass, conseil régional<sup>1</sup>) 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 programme<sup>2</sup> 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.