



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>