

HEPS

supports school health policy



GUIDE DE REPÉRAGE DES INTERVENTIONS HEPS

Un guide de repérage des interventions, intégrant une évaluation de la qualité des actions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique

French language

■ COLOPHON

Titre

Guide de repérage des interventions HEPS

Un guide de repérage des interventions, intégrant une évaluation de la qualité des actions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique

Auteurs

Kevin Dadaczynski, Peter Paulus, Nanne de Vries, Silvia de Ruiter, Goof Buijs

Remerciements

S. Bowker (Gouvernement de l'Assemblée galloise, pays de Galles), E. Flaschberger (Institut de recherche Ludwig Boltzmann sur la promotion de la santé, Autriche), S. Nic Gabhainn (Université nationale d'Irlande, Galway, Irlande), A. Jociute (Centre national de santé environnementale, Lituanie), A. Lee (NHS Health, Ecosse), D. Piette (Université libre de Bruxelles, Belgique), V. Simovska (Ecole d'éducation danoise, Université d'Aarhus, Copenhague, Danemark), K. Sokou (Institut de santé infantile, Grèce), N.G. Viig (Université de Bergen, Norvège), N. de Vries (Université de Maastricht, Pays-Bas), B. Woynarowska (Université de Varsovie, Pologne).

Nous adressons tous nos remerciements au groupe de relecteurs HEPS pour leurs commentaires et leurs contributions.

Date de publication

Mai 2010

Code NIGZ : OJ072131

ISBN : 9789069282633

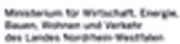
Adresse : Customer service NIGZ, P.O. Box 500, 3440 AM Woerden, Pays-Bas

Ce rapport peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web de HEPS : www.hepseurope.eu

Financé par

Le présent document résulte du projet HEPS, qui a reçu un financement de l'Union européenne dans le cadre du Programme dans le domaine de la santé publique.

Le projet HEPS est cofinancé par la ZonMw (l'organisation néerlandaise de recherche et de développement dans le domaine de la santé).



provincie limburg



Traduit par Wilkens c.s. Traductions Médicales. Ce document n'a pas fait l'objet d'une double traduction qui permettrait d'en assurer la fidélité. Aussi ni le NIGZ, ni les partenaires du projet HPES ne pourront être tenus responsables des imprécisions éventuelles.

© NIGZ, 2010. Il est interdit de reproduire une partie quelconque de ce document, que ce soit sous forme imprimée ou numérique, en l'absence d'autorisation écrite en ce sens. Prière d'adresser les demandes concernant la reproduction d'images ou de texte à : Uitgeverij NIGZ – P.O. Box 500 – 3440 AM Woerden – Pays-Bas – E-mail: uitgeverij@nigz.nl

Guide de repérage des interventions HEPS

Un guide de repérage des interventions, intégrant une évaluation de la qualité des actions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique

Kevin Dadaczynski, M.Sc. ¹⁾

Peter Paulus, Ph.D ¹⁾

Nanne de Vries, Ph.D ²⁾

Silvia de Ruiter, M.Sc. ³⁾

Goof Buijs, M.Sc. ³⁾

¹⁾ Université de Leuphana, Allemagne

²⁾ Université de Maastricht, Pays-Bas

³⁾ Institut des Pays-Bas pour la promotion de la santé, NIGZ

■ TABLE DES MATIERES

Introduction	5
1 Des actions de qualité pour promouvoir la santé en milieu scolaire	9
1.1 Définition des termes de base	9
1.2 De quelle qualité parlons-nous?	10
1.3 Le modèle de qualité HEPS	11
2 Le guide de repérage des interventions HEPS	13
2.1 Le processus de repérage HEPS	13
2.1.1 Etape 1 : Créer un groupe de travail	13
2.1.2 Etape 2 : Fixer des critères d'inclusion et d'exclusion	13
2.1.3 Etape 3 : Recenser des interventions et collecter des informations pertinentes.....	14
2.1.4 Etape 4 : Analyser et décrire l'intervention	16
2.1.5 Etape 5 : Obtenir une vérification et présenter un feedback	16
2.1.6 Etape 6 : Diffuser les résultats	16
2.1.7 Etape 7 : Faire des mises à jour périodiques	17
2.2 La liste HEPS de contrôle de la qualité	17
2.2.1 Evaluation des interventions – procédure générale	17
2.2.2 Evaluation par score et interprétation des indicateurs et dimensions	18
2.2.3 Difficultés et comment les surmonter	19
3 Le guide repérage des interventions HEPS en pratique – deux exemples	21
3.1 L'« Essai interventionnel sur la santé infantile » [Children's Health Interventional Trial (CHILT)] en Allemagne	21
3.2 « La traversée de l'adolescence » [Growing through adolescence] en Ecosse	26
Annexe 1 La liste HEPS de contrôle de la qualité	29
Annexe 2 Glossaire des termes de base	47
Bibliographie	51

■ INTRODUCTION

Nous tenons tous à nos enfants ; l'avenir de l'Europe, c'est eux. Un enfant sur quatre est actuellement en surpoids. Pour contribuer à la lutte contre ce problème, le projet HEPS aide les pays européens à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique dans les établissements scolaires, d'une manière positive et durable. HEPS s'appuie sur l'approche des écoles promotrices de santé, une méthode efficace pour l'élaboration des politiques scolaires sur la santé. En tant que projet européen, HEPS est lié au SHE network (Réseau européen des écoles promotrices de santé) et a deux objectifs généraux :

1. Elaborer, mettre en oeuvre et évaluer une politique nationale efficace et des pratiques durables pour travailler sur l'alimentation saine et l'activité physique dans les établissements scolaires de tous les Etats Membres de l'Union européenne.
2. Soutenir l'élaboration et la mise en oeuvre, dans les établissements scolaires des Etats Membres, de programmes exhaustifs, durables et basés sur des données probantes, pour encourager une alimentation saine et l'activité physique selon l'approche des écoles promotrices de santé.

A travers les Etats Membres de l'UE, il existe de nombreuses initiatives visant à réduire le nombre des enfants en surpoids, ces initiatives étant essentiellement orientées vers des solutions pratiques comme l'élaboration d'activités, de programmes et de méthodes d'enseignement. Toutefois, aucun Etat Membre de l'UE n'applique actuellement une politique nationale efficace en milieu scolaire. HEPS a pour but de combler cette lacune, et se veut donc un projet d'élaboration de politiques nationales à travers l'Europe. HEPS facilitera la mise à exécution de ces programmes de manière durable au niveau des établissements scolaires.

→ Les différents outils HEPS pour le milieu scolaire

- Le projet HEPS produira plusieurs outils HEPS pour le milieu scolaire. Ces outils HEPS aideront les Etats Membres de l'UE à élaborer une politique nationale encourageant une alimentation saine et l'activité physique dans les établissements scolaires, selon l'approche des écoles promotrices de santé. Elle se compose des six éléments ci-dessous :

- 1. Lignes directrices HEPS : un ensemble de principes concernant la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique dans les établissements scolaires, destiné aux organisations qui travaillent au niveau national en Europe.
- 2. Guide de sensibilisation HEPS : un outil conçu pour aider ceux qui plaident pour l'élaboration d'une politique scolaire nationale visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique.
- 3. Guide de repérage des interventions HEPS : un ensemble de critères qualitatifs pour les programmes scolaires visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique.
- 4. Guide d'intervention HEPS pour les établissements scolaires : un manuel qui aidera les établissements scolaires dans les Etats Membres à introduire et à mettre en oeuvre un programme visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique dans l'établissement.
- 5. Ressource HEPS de formation pour les enseignants : un programme qui servira à former les enseignants sur la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique dans les établissements scolaires.
- 6. Outil de suivi HEPS : servira à mesurer l'efficacité de la mise en oeuvre de la Panoplie scolaire HEPS dans chaque Etat membre.

A PROPOS DU GUIDE DE REPERAGE DES INTERVENTIONS HEPS

Ce guide indique comment procéder pour élaborer un repérage structuré des interventions en milieu scolaire existantes visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, au niveau national ou régional. Il aide aussi les utilisateurs à déterminer ce qui constitue une intervention de qualité. Les indicateurs de qualité qui sont présentés au chapitre 2 et dans l'Annexe 1 permettront aux Etats Membres de l'UE d'évaluer la qualité des interventions existantes en milieu scolaires et de pérenniser le développement d'actions de qualité.

Dans ce document, le terme « intervention » est défini ainsi : « des actions planifiées, fondées scientifiquement et dont l'objectif est de produire des changements systématiques et durables du comportement individuel et/ou des conditions environnantes. Les interventions dans le domaine de la santé peuvent avoir pour but la promotion de la santé/du bien-être (promotion de la santé) ou la prophylaxie (prévention des maladies) » (1). Le Guide de repérage des interventions HEPS peut être utilisé de deux manières : Il indique comment procéder pour préparer un repérage des interventions disponibles en milieu scolaires, et fournit une série d'indicateurs de la qualité ; chaque Etat Membre de l'UE pourra s'en servir comme point de départ, en y ajoutant ses propres expériences et développements. En outre, le Guide de repérage des interventions HEPS fait partie des différents outils HEPS, et en tant que tel, il en est le complément. Cet ensemble de documents permettent de soutenir la mise en oeuvre de la promotion de la santé en milieu scolaire, à divers niveaux.

BUT ET GROUPE CIBLE DU GUIDE DE REPERAGE

Le Guide de repérage HEPS a pour but d'aider les professionnels, qui travaillent dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire, à favoriser la qualité des interventions qui visent à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, d'une manière structurée. La liste HEPS de contrôle de la qualité est un élément essentiel du Guide de repérage HEPS ; ses utilisateurs disposent ainsi d'indicateurs qui les aident à évaluer la qualité d'interventions existantes en milieu scolaire dans ce domaine. Le Guide de repérage garantit que pour parvenir à une compréhension exhaustive de la qualité de la promotion de la santé en milieu scolaire, on adopte une perspective sur la santé ainsi que sur l'éducation. Des indicateurs de qualité normalisés et un cadre de description, des interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, encouragent les utilisateurs à procéder à un repérage des interventions existantes. On peut ainsi se fonder sur la qualité pour sélectionner et recommander des interventions prometteuses en milieu scolaire.

Le principal groupe cible du Guide de repérage HEPS est constitué de professionnels des institutions nationales et régionales, c'est-à-dire d'organisations gouvernementales (par exemple des ministères, des muni-

cipalités), d'organisations publiques (par exemple des assurances maladie) ainsi que d'ONG ou d'organisations privées (par exemple des fondations, des associations) qui travaillent dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, et en particulier dans la promotion de la santé en milieu scolaire. Ce document les aidera à procéder à un repérage national ou régional des interventions existantes en milieu scolaire sur les thèmes de l'alimentation saine et de l'activité physique. Le Guide de repérage HEPS ne s'adresse pas directement aux établissements scolaires. Toutefois, les résultats de l'évaluation de la qualité et la préparation d'un repérage peuvent aider les établissements scolaires à sélectionner des interventions satisfaisant à leurs exigences de qualité et répondant aux besoins spécifiques de l'établissement. Les intervenants des actions déjà développées et les professionnels qui initient de nouvelles interventions peuvent eux aussi bénéficier du Guide de repérage HEPS ; celui-ci leur permettra de mieux comprendre les éléments constitutifs d'une intervention de qualité, et d'améliorer la qualité de leur intervention.

POURQUOI ET COMMENT UTILISER LE GUIDE DE REPERAGE HEPS

Le nombre d'élèves en surpoids continue d'augmenter en Europe, si bien que la plupart des Etats Membres de l'UE s'intéressent actuellement en priorité au développement d'interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. Bien que la recherche internationale ait fait la démonstration d'indicateurs associés à un travail de bonne qualité dans ce domaine, dans la plupart des Etats Membres de l'UE, il n'y a toujours pas de mesures de qualité en place concernant spécifiquement les interventions en milieu scolaire. Il existe ainsi une lacune entre les résultats de la recherche et ce qui est mis en pratique (2). Fondé sur l'approche des écoles promotrices de santé, le Guide de repérage HEPS tire parti de l'expérience et des données internationales dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique. En élaborant des indicateurs de qualité uniformes, il cherche à combler cette lacune, en aidant les professionnels des instances régionales et nationales de tous les Etats Membres de l'UE à mettre davantage l'accent sur la qualité.

Le Guide de repérage HEPS suggère des méthodes et des stratégies spécifiques pour répertorier les interven-

tions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, en mettant l'accent sur l'évaluation et le développement de la qualité. On peut l'utiliser comme un outil offrant :

- Une approche pas à pas indiquant comment procéder à un repérage national ou régional des interventions existantes en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique.
- Une description complète de la qualité et de la dynamique de la qualité, en ce qui concerne la promotion de la santé en milieu scolaire.
- Des indicateurs de qualité spécifiques, qui permettent de conduire une évaluation précise de la qualité des interventions en milieu scolaire déjà développées en matière d'alimentation saine et d'activité physique.

Tous les éléments du Guide de repérage HEPS se veulent une source d'inspiration, qui guidera ses utilisateurs au cours du processus de développement et d'amélioration de la qualité. Comme les stades de développement et les expériences varient considérablement entre les Etats Membres, l'Outil d'inventaire HEPS est conçu pour pouvoir s'adapter aux besoins particuliers de n'importe quel Etat Membre.

■ CHAPITRE 1

DES ACTIONS DE QUALITÉ POUR PROMOVOIR LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Ce chapitre introduit le concept de qualité dans le domaine de la promotion de la santé (en milieu scolaire). Il donne des informations sur le développement historique, les représentations et les principales définitions de la qualité et de termes connexes. Il décrit en outre la différence qui existe entre la qualité à différents niveaux scolaires. Pour finir, le modèle de qualité HEPS est introduit et expliqué.

1.1 DEFINITION DES TERMES DE BASE

Au cours de la dernière décennie, des termes tels que la qualité, le développement de la qualité et l'évaluation de la qualité ont gagné en pertinence, en suscitant rapidement de plus en plus d'intérêt. La qualité fait maintenant partie intégrante du domaine de la promotion de la santé. On s'attend maintenant à ce que les interventions dans ce domaine respectent certaines normes, alors que ce n'était pas le cas auparavant dans la Charte d'Ottawa (3). Maintenant, chaque professionnel doit s'assurer que ses activités remplissent les exigences qualitatives et atteignent les buts recherchés. Cette situation résulte de développements tels que la professionnalisation croissante, et elle est aussi due au fait que la promotion de la santé a dû se légitimer en tant que contrepoint efficace du modèle médical qui, lui, est établi de longue date (3). La diminution des ressources fait de la qualité mesurable une condition sine qua non du financement et de l'allocation des ressources.

La conséquence de tout ceci est que l'on met de plus en plus l'accent sur le développement de concepts et d'instruments qui encouragent la qualité de la recherche et de la pratique en matière de promotion de la santé. De nombreux développements actuels reposent sur des méthodes et concepts largement utilisés dans le secteur médical. Même si ces méthodes et concepts sont utiles pour le secteur médical, il n'est pas toujours possible de les transposer à la promotion de la santé (3, 4). La promotion de la santé, y compris la promotion de la santé en milieu scolaire, repose sur des valeurs et des piliers spécifiques. Le réseau Schools for Health in Europe (SHE network) (Réseau européen des écoles promotrices de santé) a développé cinq valeurs et cinq piliers fondamentaux pour la promotion de la santé en

milieu scolaire (...) en Europe : l'équité, l'autonomisation, la capacité d'action, la démocratie et la participation (5). La qualité, dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire, doit impérativement refléter ces principes et valeurs sous-jacents.

Bien que la qualité et certains termes connexes, comme l'assurance qualité, se soient imposés dans le domaine de la promotion de la santé (en milieu scolaire), il n'existe pas encore de définitions largement reconnues de ces termes. Cela s'explique parce que la qualité dépend d'intérêts personnels ou institutionnels, des différentes représentations et de la prise de conscience de cette question, ainsi que de certaines conceptions (par exemple comment sont perçues la santé et la maladie). Pour traiter la question, on établit une distinction entre les différents points de vue de l'« expert », du « consommateur » et du « management » (6, 7). La **perspective de l'expert** concerne les professionnels de la promotion de la santé ; elle demande si l'intervention ou la mesure est fondée ou non sur des connaissances, et si elle est réalisée d'une manière répondant aux besoins du professionnel. Cette perspective peut aussi s'appeler la « qualité technique ». D'un autre côté, la **perspective du consommateur** est centrée sur la personne à qui l'intervention est destinée. Cette perspective cherche à déterminer si l'intervention ou la mesure apporte ou non à son groupe cible ce qu'il veut ou ce dont il a besoin (satisfaction des gens, etc.). Enfin, la **perspective du management** mesure si les ressources sont utilisées efficacement ou non.

Ces trois perspectives démontrent combien il est difficile de formuler une définition exhaustive de la qualité. Une approche de l'American Institute of Medicine est largement utilisée ; elle définit la qualité comme « le degré à partir duquel les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats désirés en matière de santé et correspondent aux connaissances actuelles des professionnels » (8).

Bien que cette définition concerne essentiellement les connaissances des professionnels (perspective de l'expert) et les résultats en matière de santé, on peut la prendre comme point de départ pour expliquer deux différents paradigmes de la qualité (9). Dans le premier, la qualité est évaluée par rapport à des points de

repères, à l'aide de critères et de normes donnés (« paradigme de conformité »). Une fois qu'une mesure ou une intervention est conforme aux critères et aux normes, la qualité est là. Le « paradigme d'optimisation », plus dynamique, ne porte pas seulement sur la satisfaction à des critères donnés ; il vise aussi une amélioration continue et systématique de la qualité des interventions. Comme la promotion de la santé dans les établissements scolaires est de nature très complexe et agit dans des environnements en perpétuelle mutation, en ce qui concerne la qualité, il est préférable de privilégier le paradigme d'optimisation. Par conséquent, le Guide de repérage HEPS ne doit pas se limiter à l'évaluation de la qualité d'une intervention en milieu scolaire donnée,

visant à encourager une alimentation saine et l'activité physique ; il doit aussi indiquer des moyens permettant d'en améliorer la qualité.

1.2 DE QUELLE QUALITE PARLONS-NOUS ?

Le cadre de référence n'est pas toujours clair quand on parle de qualité. Dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire, on distingue au moins deux niveaux (12).

a) La qualité des cadres et organisations

Ce niveau de qualité désigne le cadre de l'école pro-

Tableau 1 : Evaluation de la qualité au niveau de l'établissement scolaire (sélection)

Outils d'évaluation de la qualité au niveau de l'école	Pays
Audit des écoles promotrices de santé	Allemagne
Cadre de référence pour la promotion de la santé en milieu scolaire	Allemagne
Outil d'évaluation des écoles promotrices de santé	Royaume-Uni
INDI9 – Outil d'auto-évaluation pour le modèle d'école promotrice de santé tchèque	République tchèque
Instrument pour le développement de la qualité dans les établissements scolaires (IQES)	Allemagne
Audit national des écoles promotrices de santé	Royaume-Uni
Critères de qualité pour les écoles promotrices de santé/Profil radial	Suisse
Questionnaire d'évaluation de la qualité de la santé mentale dans les établissements scolaires (SMHQAQ)	Etats-Unis
Certificat national des écoles promotrices de santé	Pologne

Tableau 2 : Instruments de qualité utilisés pour évaluer les interventions dans le domaine de la santé (sélection)

Outils d'évaluation de la qualité pour les interventions dans le domaine de la santé	Pays
Critères de bonnes pratiques pour la promotion de la santé concernant les personnes socialement défavorisées	Allemagne
Instrument de qualité européen pour la promotion de la santé (EQUIHP)	UE
Preffi	Pays-Bas
La qualité en prévention (QiP)	Allemagne
Critères de qualité pour les programmes de prévention et de traitement du surpoids et/ou de l'obésité chez les enfants et adolescents	Allemagne
Quint essenz	Suisse
Liste de contrôle SchoolBeat	Pays-Bas
Réussir les projets de promotion de la santé	Suède
L'index de planification des programmes	Etats-Unis

motrice de santé ainsi que l'établissement scolaire en tant qu'organisation. De nombreux concepts ont été développés pour étudier la qualité du cadre. Dans l'ensemble, la plupart de ces concepts consistent à étudier la qualité au niveau de la politique et de la stratégie. Dans ce contexte, le succès des établissements scolaires peut être évalué à l'aide d'outils d'auto-évaluation et d'un processus d'audit, aussi bien interne qu'externe. Les outils d'audit peuvent aussi comprendre des indicateurs mesurant la qualité des apprentissages, qui permettent d'établir des comparaisons directes avec les indicateurs de qualité concernant la santé (par exemple l'Instrument pour le développement de la qualité dans les établissements scolaires – IQES ; SEIS-Anschub). Une sélection d'outils de ce type est présentée dans le Tableau 1.

b) Qualité des interventions concernant la santé dans le cadre scolaire

Ce niveau de qualité porte davantage sur des interventions spécifiques dans le domaine de la santé, qui sont souvent effectuées par des services de santé externes. Pour déterminer si l'intervention satisfait ou non aux exigences de qualité, on a besoin de critères et d'indicateurs spécifiques. Bien que des progrès aient été réalisés à cet égard, la plupart des instruments de qualité disponibles dans ce domaine depuis quelques années visent des interventions de promotion de la santé en général, et ne concernent pas des milieux spécifiques tels que le milieu scolaire. Une sélection de ces instruments de qualité est présentée dans le Tableau 2.

Quand on évalue la qualité, il est important de bien savoir à quel cadre de référence cette évaluation corre-

spond. En raison du manque d'instruments de qualité spécifiques au milieu scolaire, le cadre de référence du Guide de repérage HEPS porte sur les interventions scolaires visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique.

1.3 LE MODELE DE QUALITE HEPS

Comme on l'a déjà dit, le terme « qualité » est un concept diffus qui recouvre différentes perspectives. Pour évaluer la qualité globale des interventions en milieu scolaire, il faut considérer tous les aspects pertinents d'une intervention, au lieu de se concentrer sur une partie spécifique de celle-ci, par exemple les résultats obtenus. Selon Donebedian, la qualité peut être évaluée en trois dimensions : la qualité de la structure, la qualité du processus et la qualité du résultat (13).

La qualité de la structure concerne essentiellement les conditions dans lesquelles l'intervention est réalisée. Ces conditions comprennent, par exemple, la structure organisationnelle, les ressources matérielles comme l'équipement, les ressources financières et les ressources humaines comme le personnel qualifié. La qualité du processus concerne les actions durant la phase d'exécution de l'intervention, y compris le soutien, le suivi, la faisabilité et l'acceptabilité par le groupe cible. La qualité des résultats inclut les changements souhaitables et les changements non souhaitables dans le groupe cible et dans le cadre. Ceci comprend généralement des aspects liés à l'efficacité et des aspects liés à l'efficience.

Pour la promotion de la santé et la prévention, ces approches sont souvent transférées et appliquées. On a

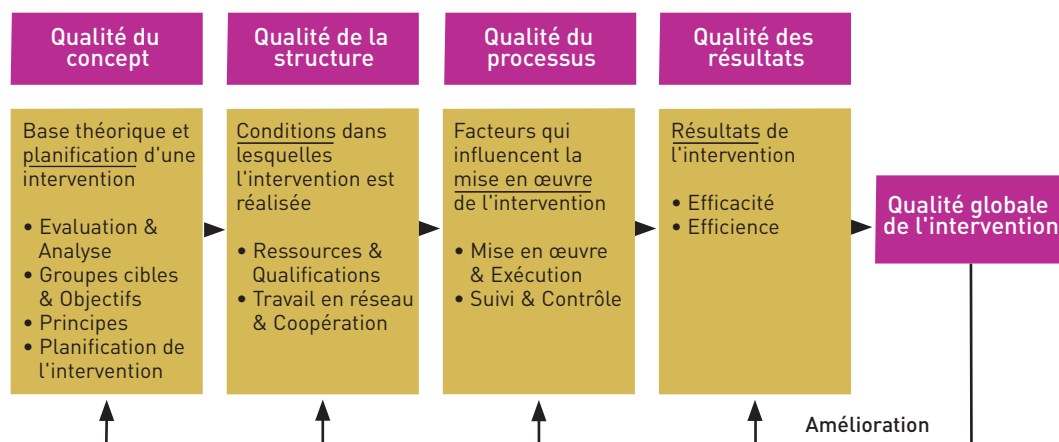


Figure 1 : Le modèle circulaire de qualité HEPS

proposé que la qualité de l'intervention tienne également compte d'autres aspects comme l'état des lieux et la planification (9, 14). Comme ces deux aspects correspondent à la même phase d'une intervention, on utilise ici le terme « **qualité de concept** ». Cette dimension concerne le fondement conceptuel de l'intervention, et comprend entre autres une évaluation des besoins, une définition des groupes cibles et des objectifs, ainsi que la mise au point de méthodes d'intervention.

Le modèle de qualité HEPS qui est illustré dans la Figure 1 est élaboré à partir des quatre dimensions de qualité décrites ci-dessus. C'est une séquence structurée qui reflète une approche holistique de la qualité. Pour évaluer la qualité d'une intervention dans le domaine de la santé, il faut étudier chacune des dimensions de la qualité. Comme l'illustre le modèle, chaque dimension influence la dimension suivante. Les échecs et les erreurs, par exemple durant la phase de planification, peuvent aboutir à des incohérences et à des problèmes de réalisation durant la phase correspondant au processus et à l'évaluation. Si aucun objectif n'est formulé durant la phase de planification, ou si seuls des objectifs non spécifiques sont formulés, leur réalisation n'est pas évaluée durant la phase d'évaluation. Une perspective circulaire, dérivée du paradigme d'optimisation défini pour la qualité, est incluse dans le modèle de qualité HEPS. Cela signifie que les résultats de l'évaluation détaillée de la qualité devraient être utilisés pour une évaluation continue de la qualité.

■ CHAPITRE 2

LE GUIDE DE REPERAGE DES INTERVENTIONS HEPS

Le Guide de repérage HEPS aide à procéder à un repérage national ou régional des interventions existantes en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. Dans un premier temps, une approche pas à pas indiquant comment procéder pour procéder à un repérage est décrite. Puis dans un deuxième temps, la liste HEPS de contrôle de la qualité – un élément essentiel de l'outil d'inventaire – est introduite.

2.1 LE PROCESSUS DE REPÉRAGE HEPS

Répertorier les interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, permet d'avoir une vue d'ensemble claire des interventions existantes, sur laquelle les établissements scolaires pourront ensuite se guider pour sélectionner des interventions correspondant à leurs besoins et à leurs attentes. Aussi bien au niveau régional qu'au niveau national, les institutions impliquées devront consacrer du temps et des ressources en personnel à la préparation d'un repérage. Quand on dispose d'une structure claire indiquant comment procéder, les échelles de temps peuvent être considérablement réduites. Pour orienter le processus de préparation d'un repérage, les sept étapes suivantes sont suggérées :

1. Créer un groupe de travail
2. Fixer des critères d'inclusion et d'exclusion
3. Recenser des interventions et collecter des informations pertinentes
4. Analyser et décrire l'interventions
5. Obtenir une vérification et présenter un feedback
6. Diffuser les résultats
7. Faire des mises à jour périodiques

Chaque étape est décrite succinctement ci-dessous.

2.1.1 Etape 1 : Créer un groupe de travail

La première étape est la création d'un groupe de travail, qui aura pour mission de préparer un repérage des interventions existantes en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. Même si la sélection des membres du groupe n'est pas limitée, chaque membre devrait posséder une expéri-

ence dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire, de l'alimentation saine ou de l'activité physique. Les membres du groupe de travail peuvent provenir d'une ou plusieurs organisations, idéalement dans le secteur de la promotion de la santé ainsi que dans le secteur de l'éducation. Comme la préparation d'un inventaire national prend plus de temps et nécessite plus de main-d'oeuvre, dans ce cas le groupe de travail devrait se composer de plusieurs institutions impliquées (par exemple des ministères, des universités et des fondations). Il est important de clarifier les rôles et responsabilités de chaque membre au début du processus de travail, pour éviter toute confusion au niveau des rôles.

2.1.2 Etape 2 : Fixer des critères d'inclusion et d'exclusion

Avant de se lancer dans une recherche des interventions scolaires disponibles, il faut bien comprendre quel est l'objet du repérage et quelles sont les conditions d'inclusion d'une intervention. Plus les critères d'inclusion définis sont précis, plus la recherche en sera facilitée. Pour fixer des critères d'inclusion clairs, on pourra s'aider des questions suivantes : *Quel groupe cible l'intervention devrait-elle viser ? Quelle devrait être la portée de l'intervention ? A quel niveau géographique l'intervention devrait-elle se situer ? Quels thèmes l'intervention devrait-elle couvrir ?*

D'après l'approche des écoles promotrices de santé, les critères d'inclusion suivants pourraient être utiles :

- L'intervention est mise en oeuvre essentiellement dans le cadre scolaire, c'est-à-dire dans des établissements scolaires primaires et secondaires.
- L'intervention vise des jeunes de 6 à 18 ans et/ou les enseignants et le personnel non-enseignant de l'établissement scolaire.
- L'intervention porte sur la promotion de la santé et la prévention. Les interventions qui portent sur le traitement ou la réadaptation sont exclues.
- L'intervention a pour thèmes l'alimentation saine, l'activité physique, et la santé mentale en tant que sujet apparenté.
- L'intervention est déjà développée et encore en pratique au niveau national (ou régional).
- On dispose de suffisamment d'informations sur l'intervention.

2.1.3 Etape 3 : Recenser des interventions et collecter des informations pertinentes

Une fois que les critères d'inclusion ont été définis, le groupe de travail peut commencer à identifier les interventions appropriées et à collecter des informations à leur sujet. Le type d'informations requis dépend des critères d'inclusion qui ont été définis dans la deuxième étape, des catégories du système de description (voir étape 4), ainsi que des indicateurs de qualité pour lesquels on a besoin d'informations (voir chapitre 2.2).

On peut utiliser différentes sources pour identifier les interventions pertinentes. Celles-ci comprennent, par

exemple, les bases de données en ligne, les publications imprimées, ou les informations recueillies en réalisant des enquêtes. Au niveau national, de nombreux Etats Membres de l'UE ont créé des bases de données dans lesquelles on peut naviguer avec un moteur de recherche. Citons, par exemple, les bases de données sur l'alimentation et l'activité (peb) et sur la promotion de la santé concernant les personnes socialement défavorisées de l'Allemagne, l'I-database des Pays-Bas, ou la base de données sur les écoles promotrices de santé de l'Autriche (voir Ressources utiles sur Internet). On peut prendre des bases de données scientifiques comme point de départ pour passer en revue la littérature. Il existe d'autres sources pertinentes, comme les réseaux nationaux ou régionaux

Tableau 3 : Présentation pour la description des interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique

Catégorie	Description
1. Titre	Titre de l'intervention
2. Porteur du projet	Description succincte du porteur de projet , y compris le type d'organisation et les coordonnées des contacts.
3. Groupe cible	Des informations sur le groupe cible de l'intervention sont présentées. Des descriptions dans lesquelles figurent l'âge, la classe, le sexe et les caractéristiques socio-économiques, ou différenciant des groupes cibles intermédiaires et finaux (par exemple les élèves et les parents), sont présentées.
4. Objectifs	Une description précise des objectifs de l'intervention figure ici. Y a-t-il des objectifs à court terme et à long terme? L'intervention vise-t-elle à prévenir des comportements spécifiques présentant des risques pour la santé, ou à promouvoir des compétences ou conditions favorables à une alimentation saine et/ou à l'activité physique ?
5. Portée	Des informations sur la portée de l'intervention sont présentées. Elles comprennent des informations sur le niveau de réalisation de l'intervention (dans les salles de classe, dans tout l'établissement scolaire, dans l'environnement scolaire au sens plus large).
6. Contenu	En plus de la description du contenu général, les composantes de l'intervention sont énumérées et décrites en détail. Les composantes peuvent être classées en catégories, par exemple les éléments orientés vers les personnes vs les éléments orientés vers les conditions ; les composantes au niveau des classes vs les composantes environnementales, etc.

7. Méthodes & Didactique	Description des méthodes et de la didactique qui sont appliquées dans le cadre de l'intervention, par exemple le transfert des connaissances, des exercices orientés vers la dynamique de groupe, des formations, etc. Cette catégorie contient aussi des informations sur les matériels (brochures, DVD, etc.) destinés à la mise en œuvre.
8. Durée	Informations sur la durée de l'intervention, y compris le temps total pour toute l'intervention, le temps nécessaire pour les composantes/éléments/séances distincts (y compris le nombre de séances par semaine), etc.
9. Réalisation du programme	Informations sur les compétences que doivent posséder les personnes chargées de réaliser le programme. Cette catégorie comprend une description des qualifications nécessaires et des informations indiquant si une formation spécifique est nécessaire ou non à la mise en œuvre de l'intervention. Si différentes composantes nécessitent différentes qualifications et professions, il faut présenter des informations à ce sujet.
10. Formation/Manuel	Cette catégorie détermine si une formation est nécessaire et/ou disponible pour les enseignants/intervenants du programme. Dans quelles conditions, pour qui et à quelle fréquence ? Un manuel sur le programme est-il disponible ?
11. Coûts de l'intervention	Des informations sur tous les coûts nécessaires à la mise en pratique de l'intervention. Une attention particulière est accordée aux coûts pour les établissements scolaires, avec une description des coûts en personnel et des coûts financiers (formation, matériels), du temps de préparation, etc.
12. Evaluation	Cette catégorie contient des informations sur l'évaluation de l'intervention en ce qui concerne les processus et les résultats. Quel type d'évaluation a été conduit (évaluation du processus, évaluation des effets, rapport coût/efficacité, etc.) ? Les effets sont-ils documentés, en ce qui concerne la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique ?
13. Note de qualité	L'intervention reçoit ici une note de qualité, en fonction des résultats de la liste HEPS de contrôle de qualité. Parallèlement aux résultats de l'évaluation des quatre dimensions de la qualité, la qualité globale de l'intervention est indiquée, et les forces et faiblesses de celle-ci sont soulignées. Une recommandation peut être faite si l'intervention est apte à servir de « modèle de bonnes pratiques ».
14. Divers	Les informations non traitées dans les autres catégories, et cependant essentielles pour comprendre l'intervention, sont présentées ici (par exemple les références bibliographiques).

qui s'intéressent à la promotion de la santé en milieu scolaire, ainsi que les coordinateurs nationaux du Réseau européen des écoles promotrices de santé de SHE network (Réseau européen des écoles promotrices de santé), qui pourront participer au groupe de travail, ou à qui on pourra demander des informations sur des interventions existantes. En outre, on pourra identifier les organisations dont les activités ont trait à l'alimentation saine et à l'activité physique dans les établissements scolaires, et leur demander, dans une enquête, quelles interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique elles connaissent. Après avoir identifié une intervention, il est utile de contacter directement le porteur de projet, pour lui demander une description et des informations supplémentaires, par exemple des données sur l'évaluation.

2.1.4 Etape 4 : Analyser et décrire l'intervention

Quand la collecte des interventions pertinentes est terminée, les informations concernant chaque intervention doivent être standardisées et analysées. La standardisation consiste à séparer les informations pertinentes des informations non pertinentes, et à résumer les informations de manière à pouvoir les utiliser pour une description claire et détaillée de l'intervention. L'analyse fait partie de l'évaluation de qualité, et ses résultats devraient figurer dans la description de l'intervention. La marche à suivre pour réaliser une évaluation de la qualité d'une intervention en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique est décrite en détail au chapitre 2.2. L'évaluation de la qualité ainsi que la description de l'intervention devraient être réalisées par au moins deux personnes. Ceci a pour avantage que les résultats de l'évaluation de la qualité et la description peuvent être comparés et que l'on peut discuter des différences. Pour pouvoir faire des comparaisons directes entre les interventions incluses dans l'inventaire, il faut utiliser une présentation normalisée pour la description. La présentation ci-dessous a été préparée à la suite d'une recherche sur les présentations actuellement utilisées pour les descriptions d'action (15-17) ; elle comprend une série de catégories qui concernent généralement les établissements scolaires et les institutions impliquées. Deux exemples sont donnés au chapitre 3.

2.1.5 Etape 5 : Obtenir une vérification et présenter un feedback

L'étape finale consiste à informer le porteur du projet que celle-ci est incluse dans le repérage. Il faut lui demander de vérifier la description et de compléter le cas échéant. On réduit ainsi le risque d'erreurs et on s'assure de la participation du porteur au processus de développement.

Chaque porteur dont l'intervention est incluse dans le repérage devrait recevoir un feedback sur les résultats de l'évaluation de la qualité. Comme il est souligné au chapitre 1, le Guide de repérage HEPS est un instrument d'assurance qualité (voir modèle de qualité HEPS). Il faut donc prendre des mesures pour améliorer la qualité (11), et une de ces mesures consiste à présenter un feedback concret au porteur. Tous les feedbacks devraient contenir les principaux résultats de l'évaluation pour chaque dimension de la qualité, ainsi qu'une description des forces et faiblesses de l'intervention. Plus ces descriptions seront détaillées, particulièrement en ce qui concerne les faiblesses, plus le porteur de projet sera capable d'apporter des changements pour améliorer l'intervention. Pour illustrer les résultats de la qualité d'une intervention, on pourra judicieusement fournir une comparaison avec les résultats de toutes les autres interventions qui ont été évaluées en même temps. Ces points de repère peuvent être utilisés pour toutes les dimensions de la qualité (concept, structure, processus, résultats), ou bien être plus détaillés pour chaque critère de la liste HEPS de contrôle de la qualité (voir chapitre 2.2). Parallèlement au feedback concernant les faiblesses, les mesures à prendre pourraient être décrites.

2.1.6 Etape 6 : Diffuser les résultats

Après avoir fait une contre-vérification pour chaque intervention, on peut publier le document de repérage. Toutes les barrières qui pourraient empêcher des bénéficiaires potentiels du document de repérage de recevoir celui-ci (par exemple les établissements scolaires, les organisations impliquées) devraient être éliminées si possible : par exemple, le document final pourrait être gratuit ou être en vente à un prix très modique. En plus de cela, on favorisera une diffusion à grande échelle en ciblant judicieusement les groupes, et en mettant en oeuvre différentes stratégies touchant différents groupes : par exemple, on pourrait organiser une con-

férence au cours de laquelle le document sera présenté et distribué. Autrement, on pourrait envoyer une copie de du document aux institutions et organisations régionales ou nationales qui travaillent dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire et/ou qui apportent leur soutien aux établissements scolaires dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique. Les organisations impliquées sont elles-mêmes un groupe cible et peuvent aussi faire fonction de distributeurs. Comme beaucoup de gens et d'organisations ont accès à Internet, celui-ci peut aussi être un outil de diffusion efficace. Le document de repérage peut être présenté sur différents sites Web concernant l'éducation et la santé, qui présentent un intérêt pour les établissements scolaires et pour les organisations impliquées. Des bulletins d'information pertinents peuvent aussi être utilisés pour attirer l'attention sur l'inventaire. Les résultats du repérage pourraient être transmis à des bases de données existantes disponibles dans ce domaine (voir étape 3). S'il n'existe pas de base de données régionale ou nationale, le repérage des interventions en milieu scolaire pourrait être une bonne raison d'en créer une.

2.1.7 Etape 7 : Faire des mises à jour périodiques

En raison de la nature cyclique de l'assurance qualité, le développement de la qualité est un processus continu d'évaluation et d'amélioration. En conséquence, il est nécessaire de réévaluer la situation après un certain temps. Ceci permet de comparer la qualité de la même intervention à différents moments dans le temps et de déterminer si la qualité de l'intervention a évolué de manière positive ou non. Comme on attache de plus en plus d'importance à l'alimentation saine et à l'activité physique, on peut s'attendre à ce que le nombre des interventions dans ce domaine en milieu scolaire augmente lui aussi au cours des années à venir. Il est donc conseillé d'actualiser régulièrement un l'inventaire des interventions.

2.2 LA LISTE HEPS DE CONTROLE DE LA QUALITE

La liste HEPS de contrôle de la qualité est un élément essentiel du Guide de repérage des interventions HEPS ; en tant que telle, elle offre une série de critères et d'indi-

cateurs qui permettent à ses utilisateurs d'évaluer la qualité des interventions visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique en milieu scolaire. La liste HEPS de contrôle de la qualité peut aussi servir de cadre de base pour le développement de nouvelles interventions en milieu scolaire dans ce domaine. Les critères et indicateurs sont le fruit de recherches approfondies sur les instruments de qualité existants dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (18-24) ; ils sont également fondés sur des preuves scientifiques et sur des expériences dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique en milieu scolaire (25-37). A partir du modèle de qualité HEPS qui est décrit au chapitre 1.3, différents critères ont été élaborés pour chaque dimension de la qualité ; chaque critère contient lui-même une série d'indicateurs apparentés. Un indicateur peut être défini comme « une mesure sélectionnée spécialement, qui peut indiquer et révéler une bonne ou une mauvaise qualité » (10). La liste HEPS de contrôle de la qualité a fait l'objet d'essais préalables par des organisations impliquées au niveau régional et national des secteurs de la promotion de la santé et de l'éducation, dans des Etats Membres de l'UE sélectionnés. La liste HEPS de contrôle de qualité figure dans l'Annexe 1. Le mode d'emploi de la liste de contrôle est présenté ci-dessous.

2.2.1 Evaluation des interventions – procédure générale

La liste HEPS de contrôle de qualité comprend 37 indicateurs classés en 10 critères et 4 dimensions de qualité. Elle contient des indicateurs pertinents aussi bien pour le secteur de la promotion de la santé que pour le secteur de l'éducation. Avec le modèle de qualité sous-jacent (voir chapitre 1.3), une évaluation détaillée de la qualité de toutes les phases pertinentes d'une intervention (planification, mise en oeuvre et évaluation) est garantie.

En général, l'évaluation de la qualité correspond toujours à l'intervention en milieu scolaire elle-même (c'est-à-dire comment elle a été planifiée et organisée par le porteur), et non à la manière dont elle est mise en oeuvre dans un établissement scolaire. Etant donné que la liste de contrôle de la qualité est un outil d'évaluation, la conduite d'une évaluation doit s'appuyer sur des informations publiées ou non publiées provenant du porteur, et non sur les expériences de l'établissement scolaire.

Ressources pour l'évaluation

Les ressources qui présentent un intérêt comprennent les matériaux publiés, par exemple les manuels, ouvrages et articles scientifiques pertinents à l'évaluation ou au modèle théorique utilisé pour une intervention particulière. Les résultats d'autres évaluations externes peuvent aussi être incorporés dans l'évaluation de la qualité. S'il manque des informations quelconques, on pourra demander au porteur de fournir des informations supplémentaires, par exemple des rapports non publiés, des études de cas, des manuels, etc. Toutefois, il ne faut pas utiliser des informations qui ne sont pas disponibles par écrit pour l'évaluation (voir paragraphe 2.2.3).

Évaluateur

Comme il a déjà été mentionné au paragraphe 2.1.4, il est recommandé que chaque évaluation de la qualité soit conduite indépendamment par au moins deux évaluateurs. L'emploi de deux évaluateurs a pour avantage que les résultats de l'évaluation peuvent être comparés et que l'on peut discuter des différences éventuelles et apporter des clarifications si nécessaire. De préférence, les deux évaluateurs doivent bien connaître le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, particulièrement la promotion de la santé en milieu scolaire. Comme la liste de contrôle de qualité vise le cadre éducatif, l'idéal est que chaque intervention en milieu scolaire soit évaluée par un expert du secteur de l'éducation et par un expert du secteur de la promotion de la santé (18). Cela permet de s'assurer que la dimension éducative est bien prise en compte. En outre, il est recommandé qu'un évaluateur inexpérimenté travaille sous la supervision d'un professionnel expérimenté avant qu'une évaluation ne soit réalisée.

Soutien de l'évaluation

Pour faciliter l'utilisation et pour garantir une compréhension partagée des indicateurs de la liste de contrôle de la qualité HEPS, chaque indicateur est décrit plus en détail (voir Annexe 1). Il faut lire attentivement l'Annexe 1 avant de porter un jugement, car elle décrit ce que signifie exactement chaque indicateur et les conditions qu'il doit remplir pour répondre aux exigences. Dans la liste de contrôle de la qualité, le numéro de page figurant après chaque indicateur de qualité désigne la page sur laquelle l'indicateur est décrit plus en détail. Un glossaire a également été rédigé, et il est joint en Annexe 2. Il contient une description de termes importants utilisés dans cette liste de contrôle.

Temps nécessaire pour l'évaluation

Le temps nécessaire pour appliquer la liste de contrôle de qualité à une intervention donnée dépend d'aspects comme la portée de l'intervention et la disponibilité des informations, ainsi que du niveau d'expérience de l'évaluateur. Les résultats de l'essai préliminaire montrent que le temps moyen varie d'une intervention à l'autre. Si l'évaluateur est expérimenté dans le domaine en question et s'il a l'habitude d'utiliser la liste HEPS de contrôle de la qualité, l'évaluation prendra moins de temps.

2.2.2 Évaluation par score et interprétation des indicateurs et dimensions

Pour illustrer si chaque indicateur montre des forces ou des faiblesses, un formulaire d'évaluation par score est inclus dans la liste HEPS de contrôle de qualité. Il faut choisir pour chaque indicateur l'une de trois options d'évaluation (oui, en partie, non) ; à chaque option correspond un différent score (nombre de points).

Oui (2 points) :	indique que l'indicateur est « entièrement réalisé ».
En partie (1 point) :	indique « oui dans une certaine mesure, non dans une certaine mesure ».
Non (0 point) :	indique que l'indicateur est « non réalisé ».

S'il s'avère impossible d'évaluer un indicateur en raison d'un manque d'information, on peut choisir l'option « non » pour cet indicateur (non réalisé, 0 point). À la fin de chaque dimension, il faut calculer le nombre de points total et transférer cette somme à la section « Score total ». Après avoir calculé le score total, on peut établir des comparaisons avec la valeur obtenue et interpréter cette valeur en utilisant le tableau d'évaluation présenté après chaque dimension. L'évaluation de chaque dimension peut ainsi produire comme résultat une dimension de haute qualité (2 points), de qualité moyenne (1 point), ou de basse qualité (0 point) (voir colonne de droite, « Scores finaux »).

Après l'évaluation et l'interprétation de chaque dimension de qualité, on peut calculer un score total final en calculant la somme des « scores finaux » de toutes les dimensions (colonne de droite). On peut établir des comparaisons avec ce résultat et interpréter celui-ci en utilisant le tableau d'évaluation globale présenté à la fin

de la liste de contrôle ; on pourra ainsi obtenir une « haute qualité d'intervention », une « qualité d'intervention moyenne », et une « basse qualité d'intervention ».

Pour interpréter la qualité d'une intervention en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, il est recommandé d'utiliser non seulement l'évaluation globale de toute l'intervention, mais aussi les résultats de l'évaluation de chaque dimension. On pourra ainsi avoir une idée plus précise de la qualité de l'intervention, avec ses forces et ses faiblesses.

Comme il est indiqué au chapitre 2.1.5, on dispose d'une méthode supplémentaire, plus souple, pour illustrer les résultats de l'évaluation de la qualité : la comparaison des résultats, ou scores, d'une intervention, avec les résultats d'autres interventions. Ce point de repère permet aussi d'identifier les domaines qui ont besoin d'être améliorés. Quand on a terminé une évaluation de la qualité pour toutes les interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, on peut transférer les scores obtenus dans une base de données. Après avoir calculé la moyenne pour tous les critères de qualité et toutes les dimensions de qualité pour chaque intervention, on peut décider quelle intervention se situe dans une certaine zone de qualité – en dessous de la moyenne, ou au-dessus de la moyenne. Pour ce type de procédure, il est important que les interventions soient comparables, c'est-à-dire qu'elles soient caractérisées par des conditions similaires, comme le type d'établissement scolaire, la portée, le niveau de mise en oeuvre, etc.

2.2.3 Difficultés et comment les surmonter

La liste HEPS de contrôle de qualité a pour but d'aider ses utilisateurs à évaluer la qualité d'interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique ; certains challenges peuvent néanmoins apparaître durant l'application de cette liste de contrôle. Les sections suivantes identifient certains challenges potentiels et indiquent des moyens pour les surmonter.

Collecte d'informations

Pour évaluer une intervention en milieu scolaire, on a besoin de beaucoup d'informations, sous forme par exemple de matériels publiés, d'ouvrages, etc., et aussi

sous forme d'informations non publiées, y compris la « littérature grise ». Pour certains indicateurs, il peut être difficile de se procurer les informations nécessaires à leur évaluation. C'est particulièrement le cas pour les matériels non publiés, en raison de leur accès limité ou tout simplement car aucune information n'est disponible. Pour garantir la prise en compte de toutes les informations disponibles dans l'évaluation, il est suggéré d'impliquer le porteur du projet dans le processus le plus tôt possible. Toutefois, il ne faut pas utiliser les informations qui ne sont pas disponibles par écrit (par exemple des messages communiqués oralement par le porteur) pour l'évaluation. Car les informations qui ne sont pas disponibles pour l'évaluateur ne le sont pas non plus pour les intervenants chargés de la mise en pratique de l'intervention. Cette situation peut être considérée comme un manque de qualité.

Qualification des évaluateurs

Une autre question importante concerne l'évaluateur, c'est-à-dire la personne qui met en application la liste HEPS de contrôle de la qualité. Il ne faut pas sous-estimer les connaissances et l'expérience nécessaires pour utiliser la liste de contrôle de qualité. Pour obtenir des évaluations de qualité valides, il faut s'assurer que les personnes inexpérimentées dans ce domaine reçoivent d'abord une formation. Il est également important de mettre la liste de contrôle en application de manière aussi objective que possible. Il faut veiller à ce que l'évaluateur ne soit pas influencé par des circonstances quelconques susceptibles de fausser l'évaluation de la qualité. Ainsi, par exemple, il ne conviendrait pas qu'un évaluateur soit quelqu'un qui a personnellement pris part au développement de l'intervention.

Les différents types d'interventions pour lesquelles la liste HEPS de contrôle de la qualité est pertinente

On s'attend à ce que tous les indicateurs formulés dans la liste HEPS de contrôle de la qualité soient hautement pertinents pour toutes les interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. Toutefois, en raison des différences, certains indicateurs pourront être plus importants que d'autres pour certains types d'interventions. Bien que l'on puisse distinguer plusieurs types d'interventions de promotion de la santé (19, 22), deux types seulement présentent un intérêt pour la liste HEPS de contrôle de qualité. Il s'agit des interventions qui ont déjà été développées et mises en oeuvre, mais qui n'ont pas

encore été évaluées, et des interventions qui ont été développées, mises en oeuvre et évaluées. Dans le cas des interventions qui ont été évaluées, tous les indicateurs peuvent être utilisés comme prévu. Par contre, il est difficile d'appliquer les indicateurs de la quatrième dimension de qualité (qualité des résultats) aux interventions qui n'ont pas encore été évaluées. Cela ne veut pas forcément dire que les interventions pour lesquelles aucune évaluation n'a été conduite sont de basse qualité, et par conséquent, pour l'évaluation de ce type d'intervention, il suffit de se concentrer initialement sur les trois premières dimensions de la qualité. Ceci pourrait être particulièrement important pour les interventions régionales, qui sont quelquefois d'échelle plus modeste et disposent seulement de ressources limitées pour réaliser rapidement une évaluation détaillée. Quoiqu'il en soit, soulignons que chaque dimension de la qualité est importante pour la qualité globale de toute intervention. Si aucune évaluation n'est réalisée à plus long terme, ceci doit être considéré comme une réduction de la qualité. Il ne faut pas appliquer la liste HEPS de contrôle de qualité aux interventions qui n'en sont qu'au stade du développement.

Application à différents niveaux

Le groupe cible pour le Guide de repérage des interventions HEPS est constitué des organisations impliquées au niveau national et régional. Bien que la liste HEPS de contrôle puisse être plus compatible avec les interventions au niveau national, les résultats de l'essai préliminaire ont montré qu'un fort pourcentage des répondants estime qu'elle peut aussi être utilisée au niveau régional. Comme les interventions au niveau local sont généralement d'échelle très modeste, avec souvent une portée et des ressources limitées, nous supposons que dans ce cas, certains indicateurs de la liste HEPS de contrôle de qualité ne seront pas faciles à appliquer. Une des tâches ambitieuses à réaliser à l'avenir sera d'adapter la liste HEPS de contrôle de la qualité aux besoins locaux.

Valeur des informations et dépendance vis-à-vis du contexte

La liste HEPS de contrôle de la qualité est fondée sur des preuves empiriques et sur des expériences pratiques dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique dans le cadre scolaire. Même si la liste HEPS de contrôle de qualité, avec ses critères et ses indicateurs, implique des exigences et standards normatifs, établis du point de vue d'un expert (voir 1.1), la liste de contrôle de la qualité et ses résultats devraient être considérés

avant tout comme une orientation et une source d'inspiration pour la qualité et pour le développement de la qualité. Ceci ne veut pas forcément dire qu'une intervention de haute qualité aura aussi une valeur élevée pour un certain établissement scolaire, ou vice versa qu'une intervention de basse qualité n'aura pas de valeur pour un établissement scolaire. L'intérêt que présentera une intervention quelconque pour un établissement scolaire dépendra des conditions et des besoins spécifiques propres à l'établissement. Il est recommandé d'inclure dans l'inventaire les interventions de basse qualité en plus des interventions de haute qualité et de qualité moyenne. Cela permettra aux établissements scolaires de sélectionner plus facilement une intervention répondant à leurs besoins spécifiques.

■ CHAPITRE 3

LE GUIDE DE REPERAGE DES INTERVENTIONS HEPS EN PRATIQUE – DEUX EXEMPLES

Ce chapitre porte sur la mise en pratique du guide pour deux interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. Les deux interventions, nommément l'« Essai interventionnel sur la santé infantile » [Children's Health Interventional Trial (CHILT)] en Allemagne, et le programme « Le passage de l'adolescence » [Growing through adolescence] en Ecosse, ont été évaluées à l'aide de la liste HEPS de contrôle de la qualité et décrites en utilisant la présentation figurant dans la section 2.1.4. Les résultats des deux interventions sont récapitulés ci-dessous.

3.1 L'« ESSAI INTERVENTIONNEL SUR LA SANTE INFANTILE » [CHILDREN'S HEALTH INTERVENTIONAL TRIAL (CHILT)] EN ALLEMAGNE

L'« Essai interventionnel sur la santé infantile » [Children's Health Interventional Trial (CHILT)] est une intervention allemande que l'on peut diviser en différentes sous-interventions couvrant une séquence de la prévention universelle/promotion de la santé (CHILT I –

alimentation saine et activité physique) à la prévention sélective (CHILT III – prévention/traitement de l'obésité). Cet exemple concerne plus particulièrement l'intervention CHILT I, car celle-ci porte sur la promotion de la santé et vise tous les élèves des écoles primaires, tandis que CHILT III n'est pas mise en application dans le cadre scolaire et vise les enfants et adolescents obèses. L'intervention CHILT a été identifiée par une recherche sur Internet et dans la littérature. Pour évaluer l'intervention CHILT I, on a utilisé des manuels, des ouvrages et des articles accessibles sur Internet, et plusieurs bases de données de littérature. Après avoir réalisé une première évaluation, on a décrit l'intervention CHILT I en utilisant la présentation normalisée HEPS (voir 2.1.4). Le porteur de l'intervention CHILT a été informé et on lui a demandé des informations supplémentaires qui pourraient éventuellement être utiles pour l'évaluation de qualité.^{a)} Les réponses obtenues ont été utilisées pour réévaluer l'intervention et adapter la description de celle-ci. On a demandé de nouveau au porteur de vérifier la description de l'intervention à la fin de ce processus. Le résultat de cette évaluation et la description sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Description de l'Essai interventionnel sur la santé infantile [Children's Health Interventional Trial (CHILT)]

Titre	Programme CHILT - Essai interventionnel sur la santé infantile [Children's Health Interventional Trial (CHILT)]
Porteur	Université du sport de Cologne, Allemagne Institut de kinésiologie et de neurosciences Division III – Promotion de l'activité et de la santé Am Sportpark Müngersdorf 6 50933 Köln E-mail : chilt@dshs-koeln.de Site Web : http://www.chilt.de
Groupe cible	CHILT-I vise généralement les enfants des écoles primaires (du CP au CM1). En fonction du niveau de l'intervention CHILT, on peut distinguer trois différents groupes cibles. ^{b)} CHILT-I concerne la prévention universelle, et vise donc tous les enfants des écoles primaires, y compris ceux qui ne risquent pas de se

a) Nous désirons remercier Mme Christine Graf (Université du sport de Cologne, Allemagne) pour son précieux soutien.

b) Cette description d'intervention concerne CHILT-I.

	<p>retrouver en surpoids. CHILT-II vise les enfants qui risquent de se retrouver en surpoids et qui ont un IMC supérieur au 90ème percentile. CHILT-III est une approche de prévention ciblée pour les enfants et adolescents obèses (\geq 97ème percentile). CHILT III n'est pas appliquée dans le cadre scolaire.</p>
Objectifs	<p>D'une manière générale, le projet CHILT-I a pour but de mettre en avant les aspects ludiques de la santé et de l'activité physique chez les enfants des écoles primaires. En particulier, CHILT-I cherche à augmenter les dépenses énergétiques totales résultant de l'activité physique durant les cours et les récréations à l'école, à optimiser les cours d'éducation physique et à augmenter les connaissances des élèves dans le domaine de la santé. Le projet a aussi comme but déclaré de réduire le nombre des enfants qui se retrouvent en surpoids.</p>
Portée	<p>Le projet est mis en oeuvre dans les salles de classe et dans l'environnement scolaire. Le projet CHILT-I est mis en oeuvre essentiellement au niveau de la salle de classe, au moyen de cours d'éducation à la santé dispensés par les enseignants. On a également encouragé les enfants à se dépenser davantage durant leur temps libre et durant les récréations, en utilisant l'équipement à leur disposition dans la cour de récréation – cordes, ballons, cages à poules, etc.</p>
Contenu	<p><u>Contenu pour la salle de classe</u> : cours d'éducation à la santé, sur les thèmes de l'alimentation saine et de l'activité physique, ainsi que des pauses actives</p> <p><u>Contenu pour l'environnement scolaire</u> : encouragement de l'activité physique durant le temps libre et les récréations</p> <p>On a demandé aux enseignants de donner un cours d'éducation à la santé une fois par semaine (30 minutes environ), et de prévoir au moins une pause d'activité physique (5 minutes) durant les cours chaque matin. On a aussi demandé aux enseignants d'organiser des récréations propices à l'activité physique. A l'issue d'une formation initiale, les enseignants ont reçu des matériels pédagogiques pour les cours d'éducation à la santé et pour la promotion de l'activité physique durant la journée scolaire. Le matériel d'éducation à la santé couvre différents sujets tels que la biologie générale (31 leçons), la nutrition (13 leçons), les aspects psychosociaux (16 leçons), l'hygiène (9 leçons), les recettes (6 leçons) et d'autres sujets. Le matériel d'éducation à la santé couvre 106 leçons au total.</p> <p>Un matériel pédagogique supplémentaire a été élaboré à l'intention des enseignants, pour donner aux élèves la possibilité de se dépenser davantage durant les cours, durant leur temps libre et durant les cours d'éducation physique. Ce matériel contient des recommandations concernant les exercices pour le dos (12 exercices), les cours d'éducation physique (6 exercices de coordination, 6 exercices de force corporelle, 7 exercices d'endurance, 2 exercices acrobatiques, 3 exercices de rythme et de danse, 3 concernant la natation, 4 concernant la coopération et la compétition, et 20 jeux de course à pied), les pauses actives (32 exercices de relaxation et 26 exercices actifs, tous classés en fonction de l'espace nécessaire) et pour la création d'une cour de récréation encourageant l'activité, ainsi qu'un manuel portant sur un test de capacité motrice. Une procédure pas à pas est décrite pour la création d'une cour de récréation encoura-</p>

	<p>geant l'activité. D'autres partenaires externes potentiels et sources de financement éventuelles sont envisagés, et 13 jeux capables d'être adaptés aux installations de jeu disponibles dans l'établissement scolaire ont été créés. Tous les supports peuvent être utilisés dans plusieurs disciplines.</p>
Méthodes & Didactique	<p>Les méthodes et la didactique mises en application sont dynamiques et comprennent des séries de discussions, des jeux, des recettes, des exercices de groupe, etc. Une fiche de travail est disponible en tant que copie originale pour chaque cours d'éducation à la santé. Toutes les fiches de travail ont une structure commune et contiennent des informations sur les objectifs, les matériels nécessaires/la préparation, la forme sociale (par exemple les chaises étant disposées pour former un cercle), la réalisation/les progrès, le temps nécessaire, le groupe cible, des conseils méthodiques et didactiques et des renvois à d'autres exercices et fiches de travail. Tous les matériels pour le projet CHILT-I sont publiés dans deux ouvrages qui contiennent aussi toutes les copies originales nécessaires sur un CD. Les enseignants peuvent utiliser le matériel d'une manière adaptée aux besoins des élèves et de l'établissement scolaire, et peuvent compléter leurs cours avec d'autres matériels disponibles dans ce domaine. On se réfère souvent à des matériels qui existent déjà. Les renvois entre les deux ouvrages sont mis en valeur et permettent un travail interactif.</p>
Durée	<p>Tous les matériels sont destinés à être utilisés le plus longtemps possible, pendant plusieurs années. Dans la phase de test, l'intervention a duré presque 4 ans. Les cours d'éducation à la santé ont eu lieu une fois par semaine, chaque cours durant 20-30 minutes. Dans le cadre de ce programme, des pauses de 5 minutes consacrées à une activité physique devraient être organisées une fois tous les matins durant les cours.</p>
Réalisation du programme	<p>Les enseignants des écoles primaires sont les principaux acteurs de l'intervention CHILT-I. Une formation de base est nécessaire pour la mise en pratique de l'intervention. Aucune information n'est disponible concernant le type de qualification nécessaire pour la réalisation du programme.</p>
Formation/ Manuel	<p>Avant la mise en oeuvre, une formation de base des enseignants est offerte par le porteur de l'intervention CHILT-I. Celle-ci a trois objectifs essentiels, : 1) sensibiliser les enseignants à la nécessité d'adopter un mode de vie sain ; 2) aider les enseignants à préparer et à mettre en oeuvre des actions d'éducation à la santé et des périodes d'activité physique durant la journée scolaire ; et 3) développer les compétences pédagogiques des enseignants pour encourager l'activité physique, sur un thème central d'activité générale et d'acquisition de compétences. En plus de la formation de base, d'autres ateliers sont organisés à titre facultatif sur des sujets spécifiques. Tous les matériels nécessaires à la réalisation de l'intervention sont fournis à l'enseignant.</p>
Coûts de l'intervention	<p>Des coûts se rattachent à cette intervention, en particulier pour la formation des enseignants et pour la fourniture des matériels nécessaires. Le coût de la formation de base est d'environ 200 euros par enseignant. Les deux ouvrages qui contiennent tous les matériels pertinents coûtent chacun 35 euros. On ne</p>

	possède pas d'informations sur les coûts additionnels.
Evaluation	<p>La fréquence des cours d'éducation a été d'une fois tous les six mois à deux fois par semaine sur une période de quatre ans. La fréquence des pauses consacrées à l'activité physique durant les cours a également varié, de deux fois par semaine à trois fois dans la matinée. Les effets de CHILT-I sur l'obésité et les performances physiques ont été étudiés après 4 ans dans 12 écoles primaires, en comparant celles-ci à 5 écoles témoins. Les résultats ne montrent pas d'effet sur l'incidence des enfants se retrouvant en surpoids ou devenant obèses dans le groupe visé par l'intervention. Toutefois, l'augmentation de l'IMC a été réduite dans les écoles où l'intervention a été mise en oeuvre, indiquant un fort niveau d'adhésion au programme. En ce qui concerne les performances d'endurance, les enfants du groupe visé par l'intervention présentent une amélioration légèrement supérieure, mais pas significative. Pour la capacité de coordination, on a également observé une amélioration non significative chez les enfants du groupe visé par l'intervention. L'habileté motrice, par exemple pour le saut latéral et pour l'équilibre arrière, a été significativement améliorée dans le groupe visé par l'intervention. On n'a pas examiné l'impact des connaissances sur la santé ou d'un bon comportement de santé sur l'alimentation saine, l'activité physique ou les résultats scolaires.</p>
Note de qualité ^{cj}	<p>L'évaluation de la qualité de l'intervention CHILT-I, conduite en utilisant la liste HEPS de contrôle de qualité, a produit un résultat de 50 points sur 74 au total. Sur une échelle de qualité en 3 points (haute qualité, qualité moyenne, basse qualité), ce résultat reflète une haute qualité. Quand on considère séparément les quatre dimensions de qualité de la liste HEPS de contrôle de qualité, on obtient la vue d'ensemble ci-dessous :</p> <p>Qualité du concept : 28/34 points (haute qualité) Qualité de la structure : 10/14 points (haute qualité) Qualité du processus : 6/12 points (qualité moyenne) Qualité des résultats : 6/14 points (qualité moyenne)</p> <p>D'après les résultats obtenus pour chaque dimension de la qualité, CHILT-I présente des forces particulières dans les domaines de qualité concernant le concept et la structure, et certaines faiblesses dans les domaines de qualité concernant le processus et les résultats. En ce qui concerne la qualité du concept, l'intervention CHILT-I repose sur une évaluation des besoins et elle est fondée sur une théorie scientifique. Son groupe cible et ses objectifs sont clairement définis. Elle est mise en pratique à différents niveaux de l'établissement scolaire (la salle de classe, l'environnement scolaire) et elle repose sur un concept de santé global. Le degré de participation des familles est très limité dans CHILT-I. En outre, l'intervention est moins liée aux objectifs éducatifs. Dans le domaine de la qualité concernant la structure, un excellent manuel, très détaillé, est disponible ; il offre aux utilisateurs un immense choix d'exercices. Un programme de formation est également disponible. Toutefois, on n'a pas défini d'éléments à réaliser conformément à une certaine planification. On n'a pas non plus recher-</p>

^{cj} La note de qualité repose sur une évaluation rigoureuse de l'intervention. Si aucune information n'est disponible pour évaluer un indicateur en particulier, cette situation est considérée comme un manque de qualité.

	<p>ché/décrit de stratégies pour une participation durable de partenaires extérieurs. On ne fournit pas d'informations indiquant comment on peut surveiller la phase de mise en oeuvre. En ce qui concerne la qualité des résultats, les méthodes d'évaluation sont fondées sur des normes reconnues. On dispose de très peu d'informations concernant les effets sur les résultats scolaires et l'efficacité de l'intervention.</p>
Divers	<p><u>Matériels publiés pour CHILT I :</u> Graf, C., Koch, B. & Dordel, S. (2008). <i>CHILT-G. Gesundheitsförderung [Promotion de la santé CHILT-G.]</i>. Dortmund : Verlag modernes Lernen.</p> <p>Dordel, S., Koch, B. & Graf, C. (2008). <i>CHILT-B. Bewegungsförderung [Promotion de l'activité CHILT-B.]</i>. Dortmund : Verlag modernes Lernen.</p> <p><u>Publications scientifiques (sélection) :</u> Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Tokarski, W., Gerber, A., Predel, H.-G. & Dordel, S. (2008). <i>School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years</i>. <i>Journal of Sports Sciences</i>, 10, 987-994.</p> <p>Graf, C., Tokarski, W., Predel, H.-G., Koch, B. & Dordel, S. (2006). <i>Overweight and obesity in childhood – how can physical activity help?</i> <i>Physical Education and Sport</i>, 50, 54-59.</p> <p>Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Bjarnason-Wehrens, B., Tokarski, W., Dordel, S. & Predel, H.-G. (2005). <i>Effect of a school-based intervention on BMI and motor abilities in childhood (mid point data of the CHILT-Project)</i>. <i>Journal of Sport Science and Medicine</i>, 4, 291-299.</p>

3.2 « LA TRAVERSEE DE L'ADOLESCENCE » [GROWING THROUGH ADOLESCENCE] EN ECOSSE

Tableau 5 : Description du programme « La traversée de l'adolescence » [Growing through adolescence]

Titre	Growing Through Adolescence
Porteur	NHS Health, Ecosse Elphinstone House Glasgow G2 2AF
Groupe cible	Cette intervention a été élaborée en vue de son utilisation par des formateurs lors de séances de formation d'enseignants qui travaillent avec des élèves en fin d'école primaire et dans les premières classes des établissements d'enseignement secondaire. Le groupe cible peut être défini de deux manières. C'est une ressource à utiliser pour la formation continue des enseignants. Les bénéficiaires finaux sont les enfants et les jeunes. Durant l'évaluation, on a constaté que cette formation était également appréciée par le personnel des établissements scolaires au sens plus large et par les partenaires – par exemple les spécialistes de l'activité physique et le personnel de cantine.
Objectifs	Le programme « La traversée de l'adolescence » [Growing Through Adolescence (GTA)] a été conçu pour offrir une ressource nécessaire pour la formation continue des enseignants et d'autres intéressés dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique. L'objectif est « de permettre aux formateurs de développer les compétences et l'expérience que les enseignants possèdent déjà, en leur permettant ainsi d'explorer avec plus de confiance un vaste éventail de questions concernant les jeunes et leurs choix alimentaires, dans le cadre d'une approche d'école promotrice de santé ». Chaque séance ou activité de formation a des objectifs clairement définis. Ceux-ci sont à la fois faisables et réalistes quand la formation est réalisée par des formateurs expérimentés.
Portée	Le support repose sur un modèle de santé psychosocial, et une approche de l'alimentation saine qui s'applique à l'ensemble de l'établissement scolaire. En tant que telle, elle donne une vue d'ensemble détaillée, factuelle, de l'alimentation saine en ce qui concerne les jeunes, et traite un grand nombre des aspects physiques, sociaux, mentaux et émotionnels de ce domaine complexe. Elle peut être utilisée au niveau de tout l'établissement scolaire, ou être mise en oeuvre tout aussi bien au niveau régional. Elle n'est pas prévue pour une mise en pratique en salle de classe.
Contenu	Le Livre 1 présente des données et une vue d'ensemble. Le Livre 2 contient des matériels ou des activités de formation. Fiches techniques Il est important de noter que dans la version européenne du programme GTA, les deux livres sont regroupés en un seul ouvrage.

Méthodes & Didactique	<p>Le Livre 1 présente des informations factuelles actualisées concernant la nutrition et l'équilibre énergétique pour le contexte particulier du Royaume-Uni. Le Livre 2 offre un choix d'activités interactives et attrayantes pour garantir un apprentissage participatif.</p> <p>Les Fiches techniques ont une structure commune et sont utiles durant la réalisation de la formation. L'importance de la planification et de la préparation pour la formation est traitée dans une section spéciale de la ressource.</p> <p>L'emploi de deux livres séparés permet d'utiliser des références croisées, aussi bien au stade de la préparation qu'au stade de la réalisation de la formation. La méthodologie sur laquelle s'appuie la ressource est renforcée davantage dans la section conçue pour la planification et l'organisation de la formation.</p>
Durée	<p>Le support ne présente pas d'ensemble normatif d'activités à exécuter ; au lieu de cela, il suggère des séances de formation à inclure, par exemple, dans un événement d'une journée. Le support offre cependant une grande souplesse, qui permet d'organiser des sessions de formation d'une journée, ou même de 3 jours.</p>
Réalisation du programme	<p>Il s'agit d'un support de formation continue ou initiale, destinée à une utilisation par des formateurs travaillant dans un contexte de santé ou d'éducation. Une composante du support porte sur la planification et l'organisation de la formation.</p>
Formation/ Manuel	<p>Avant la diffusion du support, des sessions de formation des formateurs ont été offerts au niveau national. Ces sessions ont connu un grand succès et ils ont été répétés au niveau régional, en réunissant des partenaires des secteurs de l'éducation et de la santé, et en accordant une attention particulière aux ressources locales qui faciliteront davantage la mise en oeuvre.</p>
Coûts de l'intervention	<p>Le support est gratuit pour tous ceux qui ont suivi la formation. Des coûts de 50 GBP environ s'appliquent en dehors de l'Ecosse. La formation a été offerte gratuitement par NHS HS [NHS Health, Ecosse].</p>
Evaluation	<p>Une évaluation a été réalisée et des informations à ce sujet sont présentées ci-dessous. Elle a porté sur la mise en oeuvre de la formation, sur le support lui-même et sur les leçons à tirer pour l'avenir.</p> <p>Une évaluation du processus du programme GTA a été conduite de septembre à décembre 2007. La méthodologie consistait en des entretiens avec les parties prenantes ; des entretiens avec les organisateurs/animateurs des événements de formation des formateurs ; une observation/participation et une consultation aux sessions de formation des formateurs ; une enquête menée auprès des participants aux sessions de formation des formateurs ; une enquête menée auprès des participants locaux ; des études de cas et des entretiens avec des partenaires stratégiques nationaux.</p> <p>Les thèmes clés qui ressortent des conclusions sont que le GTA est un programme pertinent et novateur et que le support partage ces caractéristiques ; que le niveau du déploiement parmi les formateurs locaux a été bas ; qu'il existe une certaine confusion quant aux rôles des formateurs et à l'objectif du sup-</p>

	<p>port GTA ; que les partenariats/réseaux locaux sont essentiels pour la réussite du déploiement de la formation sur le GTA ; et que cette ressource doit être liée aux ressources d'enseignement en salle de classe.</p> <p>Les points clés tirés de l'évaluation seront pris en compte lors des travaux futurs avec le programme GTA.</p> <p>http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p>
<p>Note de qualité</p>	<p>L'évaluation de la qualité de l'intervention GTA, conduite en utilisant la liste HEPS de contrôle de la qualité, a produit un résultat de 51 points sur 74 au total. Sur une échelle de qualité en 3 points (basse qualité, qualité moyenne, haute qualité), ce résultat reflète une haute qualité. Quand on considère séparément les quatre dimensions de qualité de la liste HEPS de contrôle de la qualité, on obtient la vue d'ensemble ci-dessous :</p> <p>Qualité du concept : 31/34 (haute qualité) Qualité de la structure : 10/14 (haute qualité) Qualité du processus : 4/12 (basse qualité) Qualité des résultats : 6/14 (qualité moyenne)</p> <p>Commentaires Sur la liste HEPS de contrôle de la qualité, le programme « La traversée de l'adolescence [Growing Through Adolescence] a obtenu un score de 51 points sur 74, un résultat qui reflète une haute qualité. GTA n'est pas une intervention ou un programme pour une exécution au niveau d'un établissement scolaire ou des élèves : c'est un outil/un support pour la formation continue. Les questions situées dans les catégories Qualité du processus et Qualité des résultats ne sont donc pas pertinentes, et l'évaluation produit ainsi un score bas/moyen. Toutefois, comme ressource de formation continue et dans les catégories Qualité du concept et Qualité de la structure, cette intervention est considérée comme un modèle de bonnes pratiques.</p>
<p>Divers</p>	<p>Cette ressource est le fruit de vastes recherches, d'essais pilotes et d'essais préliminaires. Une version européenne est disponible en plus de la version écossaise.</p> <p>http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p> <p>NHS Health, Ecosse (2005). Le passage de l'adolescence [<i>Growing Through Adolescence</i>]. NHS Health Ecosse, Edimbourg ; www.euro.who.int/document/e87579.pdf</p> <p>NHS Health, Ecosse (2007). <i>Evaluation of Growing Through Adolescence Resource and Associated Training for Trainers Course</i>. NHS Health, Ecosse Edimbourg ; http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p> <p>www.healthscotland.com</p>

■ ANNEXE 1

LA LISTE HEPS DE CONTROLE DE LA QUALITÉ

Liste de contrôle pour l'évaluation de la qualité des interventions en milieu scolaire visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique

Avant d'évaluer une intervention , il est recommandé de lire attentivement les instructions (voir chapitre 2.2). Vous pouvez en outre vous aider de la description des indicateurs et du glossaire présenté dans l'Annexe 2.

Titre de l'intervention :

Évaluateur

Nom :

Organisme :

Adresse e-mail :

Date de l'évaluation :

Dimension de qualité 1 : Qualité du concept (oui = 2 points, en partie = 1 point, non = 0 point)

1.	Evaluation & Analyse	Page	Score
1.1	L'intervention est-elle fondée sur une évaluation des besoins (par exemple des données épidémiologiques ou concernant les résultats scolaires) ?	36	
1.2	L'intervention est-elle fondée sur une évaluation du contexte scolaire dans lequel elle sera mise en oeuvre ?	36	
2.	Groupe cible & Objectifs		
2.1	Le groupe cible a-t-il été clairement et spécifiquement défini ?	36	
2.2	Les objectifs ont-ils été clairement et spécifiquement décrits ?	36	
3.	Principes et approche des écoles promotrices de santé		
3.1	L'intervention est-elle fondée sur un concept de santé positif et global, centrée sur la promotion des ressources et des compétences pour encourager une alimentation saine et l'activité physique ?	37	
3.2	L'intervention implique-t-elle une participation active de tous les élèves de l'établissement scolaire ?	37	
3.3	L'intervention vise-t-elle à influencer le comportement individuel/de groupes, ainsi que les conditions matérielles qui, dans l'établissement scolaire, ont un impact sur l'alimentation saine et l'activité physique ?	37	
3.4	L'intervention prend-elle en compte l'ensemble de l'établissement scolaire (classe, communauté scolaire et l'environnement de l'établissement) pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique ?	38	
4.	Planification de l'intervention		
4.1	L'intervention est-elle fondée sur des faits scientifiques ?	38	
4.2	L'intervention fait-elle participer les parents/la famille ?	38	
4.3	L'intervention représente-t-elle une approche à plusieurs composantes, c'est-à-dire contient-elle une combinaison de composantes concernant l'alimentation saine et l'activité physique ?	38	
4.4	L'intervention tient-elle compte d'aspects liés à la santé mentale (par exemple image du corps, estime de soi, stratégies d'adaptation) pour la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ?	39	
4.5	L'intervention est-elle liée à des objectifs éducatifs de l'établissement scolaire ?	39	

4.6	Des enseignants ou d'autres professionnels du secteur de l'éducation ont-ils participé à l'élaboration de l'intervention ?	39	
4.7	La durée et la fréquence de l'intervention sont-elles fondées sur des connaissances scientifiques et sur l'expérience ?	39	
4.8	Les méthodes de l'intervention correspondent-elles à l'approche des écoles promotrices de santé ?	40	
4.9	Les méthodes et le contenu de l'intervention correspondent-ils aux besoins du groupe cible (par exemple âge, sexe, milieu culturel) ?	40	

Score total		
Score	Evaluation	Score final
34 - 24	Haute qualité du concept	2
23 - 12	Qualité moyenne du concept	1
11 - 0	Basse qualité du concept	0

Veillez entourer d'un cercle, dans la colonne de droite, le score final qui correspond au score obtenu dans la colonne de gauche.

Dimension de qualité 2 : Qualité de la structure (oui = 2 points, en partie = 1 point, non = 0 point)

5. Ressources & Qualifications		Page	Score
5.1	Les coûts de l'ensemble de l'intervention pour l'établissement scolaire ont-ils été clairement décrits ?	40	
5.2	Les ressources financières et autres ressources sont-elles en adéquation avec les objectifs de l'intervention ?	40	
5.3	Les compétences (par exemple les qualifications, les aptitudes) nécessaires à la réalisation de l'intervention ont-elles été clairement décrites ?	41	
5.4	Un programme de formation est-il en place pour renforcer les compétences nécessaires à la mise en oeuvre ?	41	
5.5	Un manuel est-il disponible pour la mise en oeuvre de l'intervention ?	41	
6. Travail en réseau & Coopération			
6.1	Des stratégies indiquant comment faire participer des partenaires compétents en dehors du cadre scolaire ont-elles été décrites ?	41	
6.2	L'intervention encourage-t-elle une coopération durable avec des organisations, des groupes ou des gens en dehors du cadre scolaire ?	41	

Score total		
Score	Evaluation	Score final
14 - 10	Haute qualité de la structure	2
9 - 5	Qualité moyenne de la structure	1
4 - 0	Basse qualité de la structure	0

Veillez entourer d'un cercle, dans la colonne de droite, le score final qui correspond au score obtenu dans la colonne de gauche.

Dimension de qualité 3 : Qualité du processus (oui = 2 points, en partie = 1 point, non = 0 point)

7. Mise en oeuvre & Exécution		Page	Score
7.1	Demande-t-on aux enseignants et aux élèves de donner leur avis concernant les modalités de réalisation de l'intervention ?	42	
7.2	La mise en oeuvre de l'intervention cadre-t-elle avec la vie quotidienne de l'établissement scolaire ?	42	
7.3	A-t-on décrit les composantes de l'intervention qui sont essentielles pour la fiabilité de celle-ci ?	42	
7.4	Un soutien constant (par exemple sous forme de conseils/supervision) est-il offert à ceux qui sont chargés de réaliser l'intervention (par exemple les enseignants) ?	42	
8. Suivi & Contrôle			
8.1	A-t-on décrit les méthodes qui seront utilisées pour évaluer le processus de l'intervention (par exemple fidélité de la mise en oeuvre, satisfaction, acceptabilité) ?	43	
8.2	A-t-on préparé des stratégies pour améliorer l'intervention d'après les résultats de l'évaluation du processus, et ces stratégies ont-elles été décrites ?	43	

Score total		
Score	Evaluation	Score final
12 – 9	Haute qualité du processus	2
8 – 4	Qualité moyenne du processus	1
3 – 0	Basse qualité du processus	0

Veuillez entourer d'un cercle, dans la colonne de droite, le score final qui correspond au score obtenu dans la colonne de gauche.

Dimension de qualité 4 : Qualité des résultats (oui = 2 points, en partie = 1 point, non = 0 point)

9. Efficacité		Page	Score
9.1	L'intervention réalise-t-elle les objectifs formulés dans la planification de l'intervention ?	43	
9.2	Les résultats de l'intervention prouvent-ils que celle-ci a eu un effet positif sur la santé, en encourageant une alimentation saine et l'activité physique ?	43	
9.3	Dispose-t-on de données prouvant que l'effet positif sur les résultats liés à la santé s'est maintenu pendant une période d'au moins 6 mois ?	44	
9.4	Les méthodes et procédures utilisées pour l'évaluation sont-elles fondées sur des normes scientifiques reconnues ?	44	
9.5	Les résultats de l'intervention prouvent-ils que celle-ci a eu un effet positif sur les résultats éducatifs (par exemple l'apprentissage, les résultats scolaires, l'ambiance dans l'établissement scolaire, l'absentéisme scolaire) ?	44	
10. Efficience			
10.1	L'effort global (coûts, temps) est-il proportionnel à l'efficacité de l'intervention ?	44	
10.2	Les coûts (par exemple le temps de préparation, le personnel) pour l'établissement scolaire/les enseignants sont-ils proportionnels aux bénéfices apportés par l'intervention ?	45	

Score total		
Score	Evaluation	Score final
14 - 10	Haute qualité des résultats	2
9 - 5	Qualité moyenne des résultats	1
4 - 0	Basse qualité des résultats	0

Veuillez entourer d'un cercle, dans la colonne de droite, le score final qui correspond au score obtenu dans la colonne de gauche.

Synthèse

Vous pouvez récapituler les scores de l'intervention dans le tableau ci-dessous. Veuillez indiquer le score obtenu pour chaque dimension de qualité dans la colonne du milieu et le score final, qui représente une évaluation finale de chaque dimension, dans la colonne de droite (voir tableau ci-dessus). Après avoir calculé le total des scores finaux, vous pouvez comparer la valeur totale au tableau d'évaluation globale.

Dimension de qualité	Score obtenu	Score final
Qualité du concept	_____ /34	
Qualité de la structure	_____ /14	
Qualité du processus	_____ /12	
Qualité des résultats	_____ /14	
Total		

Score total	Evaluation globale de la qualité de l'intervention
8-6	Haute qualité d'intervention
5-4	Qualité d'intervention moyenne
0-3	Basse qualité d'intervention

Description des indicateurs

Nous vous présentons, ci-dessous, une description succincte de chaque indicateur pour vous aider quand vous utiliserez la liste HEPS de contrôle de la qualité. Il est conseillé de lire attentivement ces descriptions avant d'évaluer chaque indicateur. Certains termes figurent en italique ; ils sont décrits plus en détail dans le glossaire.

1. Qualité du concept

1.1 L'intervention est-elle fondée sur une évaluation des besoins (par exemple des données épidémiologiques ou concernant les résultats scolaires) ?

Le point de départ, pour chaque *intervention*, est une analyse détaillée et systématique du problème de santé, de son étendue et de ses conséquences [9, 18, 19, 21, 39]. Cette analyse comprend, par exemple, la collecte de données épidémiologiques sur la *prévalence* et/ou l'*incidence* du *surpoids*, de l'*inactivité physique* et des problèmes de santé associés, chez les enfants et les jeunes. Des données devraient également être disponibles concernant la distribution du problème en fonction du sexe, de l'âge et du milieu socio-économique. La littérature disponible devrait indiquer clairement les types de conséquences résultant du problème, au niveau des individus (maladies) et de la société (coûts).

1.2 L'intervention est-elle fondée sur une évaluation du contexte scolaire dans lequel l'intervention sera mise en oeuvre ?

A partir des résultats de l'évaluation des besoins (1.1) il faut procéder à une analyse de l'établissement scolaire dans lequel l'intervention sera mise en oeuvre [19]. Cette analyse pourrait comprendre des informations sur le type d'établissement scolaire et/ou les classes visés par l'intervention ; elle pourrait aussi examiner des éléments clés (par exemple le directeur de l'établissement), les barrières (par exemple les enseignants qui ne sont pas intéressés) et les facteurs facilitants (par exemple la motivation du directeur de l'établissement, le consentement des parents) susceptibles d'influencer la mise en oeuvre. Il sera aussi utile d'avoir des informations sur la demande subjective, sur la propension à accepter la mise en oeuvre et sur les souhaits des élèves et des enseignants. Pour recueillir ces informations, on pourra conduire des entretiens avec les intéressés, distribuer des questionnaires au préalable, ou analyser des interventions déjà en place.

2.1 Le groupe cible a-t-il été clairement et spécifiquement défini ?

Il faut indiquer clairement pour quel groupe cible l'intervention a été préparée [10, 18, 19, 20, 21] et il est préférable que le groupe cible soit défini le plus précisément possible. On pourra alors déterminer si le groupe cible a été atteint avec succès ou non. Il faut indiquer des critères d'inclusion définissant le groupe cible, tels que l'âge, le sexe, le type d'établissement scolaire et la classe, ainsi que l'IMC (par exemple des garçons et filles dans une école primaire, particulièrement les jeunes de 10 à 12 ans). Si l'intervention s'adresse à différents groupes cibles, il faut indiquer chaque groupe. On peut aussi indiquer des critères d'exclusion tels que l'IMC ou le type d'établissement scolaire. La liste HEPS de contrôle de qualité ne concerne pas les interventions visant des jeunes souffrant d'obésité ou d'autres affections ou maladies secondaires, si celles-ci portent sur le traitement. La liste HEPS de contrôle de qualité vise la promotion de la santé en milieu scolaire.

2.2 Les objectifs ont-ils été clairement et spécifiquement décrits ?

Il est important d'indiquer clairement les résultats que l'on compte retirer de l'intervention [10, 18, 19, 20, 21]. Pour cela la formulation d'objectifs clairs et spécifiques est nécessaire. Un objectif doit être défini clairement et précisément, pour ne pas risquer de donner lieu à de fausses interprétations.

« Spécifique » signifie que l'objectif doit être défini par les variables mesurables que l'intervention vise à changer. Par exemple : augmenter le nombre d'heures hebdomadaires d'activité physique dans la cour de récréation, pour les garçons et filles âgés de 8 à 10 ans.

Pour pouvoir évaluer dans quelle mesure les objectifs ont été réalisés, il faut obligatoirement définir des objectifs spécifiques et mesurables. Si les objectifs sont vagues et peu clairs, il sera impossible de réaliser une évaluation sérieuse, et on courra plus de risques de revendiquer n'importe quel changement comme un succès de l'intervention. Les objectifs doivent être réalistes et raisonnables. Par exemple, il serait certes souhaitable de réduire le nombre des jeunes en surpoids de 100 %, mais un tel objectif ne serait pas réaliste en pratique, et dépendrait de nombreux facteurs impossibles à changer dans le cadre scolaire.

3.1 L'intervention est-elle fondée sur un concept de santé positif et global, centré sur la promotion des ressources et des compétences pour encourager une alimentation saine et l'activité physique ?

Un concept de santé positif se concentre sur les ressources, les compétences et les capacités des gens, qui leur permettent de faire face aux exigences de chaque jour et de prendre des décisions bénéfiques pour leur santé [19, 21, 40]. Les interventions qui reposent sur ce concept positif de *promotion de la santé* améliorent la santé en renforçant les compétences et capacités qui permettent aux gens de prendre la responsabilité de leur vie et de leur santé et de mieux maîtriser ces aspects, par exemple dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique. Les interventions qui cherchent seulement à traiter les risques et les problèmes médicaux, en considérant l'individu comme un patient, ne sont pas fondées sur un concept de santé positif.

3.2 L'intervention implique-t-elle une participation des élèves de l'établissement scolaire ?

Il importe que les élèves, qui constituent le principal groupe cible des interventions en milieu scolaire, aient l'impression d'être de véritables participants, et non simplement des bénéficiaires passifs ; ils doivent participer activement à toute l'intervention [41, 42]. « Activement » signifie que la participation n'est pas un vain mot ; il y a participation active si les enfants et les jeunes sont présents dans les processus de prise de décisions et reçoivent des informations sur les résultats. Les interventions fondées sur une participation active leur donnent le pouvoir d'influencer les décisions et de prendre l'initiative des décisions conjointement avec les adultes. Le degré de participation active ne sera pas le même dans les différents groupes d'âge. Les enfants plus âgés devront participer davantage.

Exemples : Les décisions sont prises sans les élèves (pas de participation) ; les élèves peuvent prendre part aux processus de prise des décisions, sans toutefois avoir eux-mêmes mandat de décider (participation partielle) ; les élèves ont le pouvoir de prendre l'initiative de décisions ou d'influencer des décisions et des actions (participation active).

3.3 L'intervention vise-t-elle à influencer le comportement individuel/de groupes, ainsi que les conditions matérielles dans l'établissement scolaire qui ont un impact sur l'alimentation saine et l'activité physique ?

Les interventions ont plus de chances d'être efficaces si elles se concentrent à la fois sur des facteurs influençant les comportements individuels, et sur l'environnement scolaire. Dans cette approche, on tient compte des comportements en rapport avec la santé, par exemple l'alimentation et l'activité physique, et de la modification de ces comportements ; on considère aussi des aspects connexes liés à la santé, comme l'adaptation au stress ou l'estime de soi et la connaissance de ses propres capacités. Ces aspects s'appliquent directement au niveau individuel.

Les « conditions matérielles dans l'établissement scolaire » concernent davantage l'environnement physique, économique et social, dans le cadre scolaire, qui a un impact sur la santé individuelle, par exemple en encourageant une alimentation saine et l'activité physique. Ces conditions comprennent des mesures comme la mise en place de cours de récréation, de cantines scolaires, ou la réduction du nombre de distributeurs automatiques dans l'établissement scolaire.

3.4 L'intervention prend-elle en compte l'ensemble de l'établissement scolaire (par exemple la classe, la communauté scolaire et l'environnement de l'établissement) pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique ?

Cet indicateur concerne l'approche de la santé à l'échelle de tout l'établissement scolaire et la nécessité que les interventions considèrent différents niveaux, tant au sein de l'établissement scolaire qu'en dehors de celui-ci [43, 44]. La salle de classe est bien évidemment un niveau concerné par l'intervention ; toutefois, le terme « établissement scolaire » désigne le bâtiment physique au sens plus large, et englobe non seulement les salles de classe, mais aussi d'autres installations comme la cantine, les couloirs et les cours de récréation. L'environnement de l'établissement englobe également la zone qui entoure l'établissement scolaire, comme les cours de récréation, etc. Quand on s'éloigne davantage, on se retrouve dans l'environnement au sens plus large, qui concerne davantage la collectivité environnante, et comprend des organisations externes comme les clubs de sport, les services de soutien psychologique et les services de santé.

L'intervention n'a pas besoin d'inclure tous les différents niveaux, mais elle doit veiller à inclure plus d'un niveau.

4.1 L'intervention est-elle fondée sur des faits scientifiques ?

Chaque intervention devrait être fondée sur une théorie scientifique et une recherche solides [10, 32]. Un fondement théorique permet de comprendre les déterminants d'un aspect lié à la santé et décrit les rapports qui existent entre les différents facteurs. Il apporte aussi des informations basées sur des données probantes, indiquant comment on peut influencer ces facteurs par une activité organisée et professionnelle. Chaque intervention devrait fournir des informations détaillées sur le fondement théorique sur lequel elle s'appuie, en particulier son contenu et son approche méthodologique. Il faut aussi présenter les faits scientifiques issus de la recherche empirique qui renforcent ce fondement théorique.

4.2 L'intervention fait-elle participer les parents/la famille ?

L'alimentation saine et l'activité physique sont des sujets qui sont influencés non seulement par l'établissement scolaire, mais aussi par la famille et par le milieu social [25, 29, 28, 38]. En faisant participer les parents/tuteurs ou d'autres membres de la famille à l'intervention, on devrait garantir que les changements apportés aux attitudes et aux comportements des enfants sont aussi établis, favorisés et maintenus dans le contexte familial. La participation des parents/de la famille peut rendre ces personnes mieux disposées à coopérer et les sensibiliser aux thèmes de l'intervention. Le degré de participation des parents/de la famille dépend de l'âge des enfants ou des jeunes [20]. En particulier chez les jeunes enfants, dont le comportement alimentaire et l'activité physique sont fortement influencés par ce qui se passe dans la famille, le degré de participation des parents/de la famille devrait être élevé. Cette participation pourrait prendre la forme de formations spéciales pour les parents, ou plusieurs réunions entre les parents et les enseignants, et des activités communes dans l'établissement scolaire. Au fur et à mesure que l'âge du groupe cible augmente (en particulier quand ils entrent dans l'adolescence), le degré de participation peut diminuer ; il faut cependant toujours respecter un niveau minimum de participation, par exemple sous forme de réunion entre les parents et les enseignants ou de distribution d'une fiche d'information au début de l'intervention.

4.3 L'intervention représente-t-elle une approche à plusieurs composantes, c'est-à-dire contient-elle une combinaison de composantes concernant l'alimentation saine et l'activité physique ?

Il a été suggéré que les approches combinées, comprenant des éléments visant à encourager une alimentation saine ainsi que des éléments visant à encourager l'activité physique, sont les plus efficaces [20, 29, 27, 28]. Comme exemple d'approche combinée, citons une intervention comprenant une éducation en salle de classe visant à améliorer la forme physique et l'alimentation, l'organisation régulière d'un club petit déj', ainsi que la mise en place d'une cour de récréation encourageant la pratique d'activité physique.

4.4 L'intervention tient-elle compte d'aspects liés à la santé mentale (par exemple image du corps, estime de soi, stratégies d'adaptation) pour la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique ?

L'alimentation saine et l'activité physique sont liées à plusieurs aspects de la santé mentale. Les enfants et les jeunes qui sont *en surpoids* et obèses souffrent plus souvent d'affections et de troubles psychosomatiques [45]. En outre, une activité physique réduite chez les enfants et les jeunes est associée à une moindre connaissance de leurs propres capacités [46]. Il ne faut pas négliger les aspects liés à la santé mentale dans les interventions qui visent à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. L'intervention doit intégrer des aspects liés à la santé mentale de façon explicite. Par exemple, l'intervention favorise une image du corps positive ou améliore les stratégies d'adaptation, ce qui évite de mauvais comportements dans des situations stressantes. La promotion de l'estime de soi, de la connaissance de ses propres capacités ou d'autres ressources personnelles pourrait aussi faire partie de ces interventions.

4.5 L'intervention est-elle liée à des objectifs éducatifs de l'établissement scolaire ?

Les établissements scolaires ont pour mission essentielle de s'acquitter de leurs responsabilités éducatives envers les enfants et les jeunes. Les interventions dans le domaine de la santé en milieu scolaire sont plus facilement réalisables (au niveau de leur mise en oeuvre) et plus efficaces si le mandat éducatif des établissements scolaires est largement reconnu dans l'intervention [47]. Plusieurs recherches dans ce domaine indiquent que l'inactivité physique et le surpoids chez les enfants vont de pair avec des résultats scolaires inférieurs [48]. Plus la planification des interventions tient compte des indicateurs liés à l'éducation et du lien de ceux-ci avec la santé, meilleurs sont les résultats. Les indicateurs éducatifs sont les résultats scolaires, l'aptitude à l'apprentissage, le climat social dans les établissements scolaires ou l'absentéisme scolaire. Si l'intervention tient explicitement compte de cet aspect, on peut considérer que cet indicateur est réalisé.

4.6 Des enseignants ou d'autres professionnels du secteur de l'éducation ont-ils participé à l'élaboration de l'intervention ?

Les enseignants, les directeurs des établissements scolaires ou autres professionnels du secteur de l'éducation (par exemple le médecin, l'infirmière ou le psychologue scolaires, l'assistant social travaillant en milieu scolaire) sont un groupe cible important dans la planification d'une intervention. Comme ils travaillent essentiellement en milieu scolaire, ils ont une vue d'ensemble de ce qui est efficace et de ce qui ne l'est pas. Ils devraient donc prendre part à la planification de toute intervention en milieu scolaire, surtout si ce sont eux qui doivent mettre en oeuvre l'intervention [18]. Durant l'étape de planification, ils peuvent apporter un soutien et un feedback très utiles concernant le contenu et la méthodologie. Leur participation active à ce stade renforcera leur motivation et leur sensibilisation à l'intervention. Cela garantira aussi la réduction des écarts entre la mise en oeuvre planifiée et la mise en oeuvre réalisée en pratique. Les interventions qui impliquent une participation systématique et active des enseignants et d'autres professions du secteur de l'éducation satisfont aux exigences de cet indicateur.

4.7 La durée et la fréquence de l'intervention sont-elles fondées sur des connaissances scientifiques et sur l'expérience ?

Les études montrent que les interventions qui se déroulent à long terme (par exemple 6 mois) sont plus efficaces que les interventions à court terme [29]. Cela ne signifie pas forcément que les interventions mises en oeuvre sur une période d'au moins 6 mois sont automatiquement de bonne qualité et que les interventions mises en application à plus court terme sont de mauvaise qualité. Il faut expliquer clairement pourquoi l'intervention est prévue pour telle ou telle durée (c'est-à-dire la longueur totale de l'intervention) et telle ou telle fréquence (par exemple 3 fois par semaine). Cette explication doit reposer sur des connaissances scientifiques.

4.8 Les méthodes de l'intervention correspondent-elles à l'approche des écoles promotrices de santé ?

L'approche des écoles promotrices de santé qui est décrite dans 3.1 à 3.4 nécessite l'emploi de méthodes et de stratégies démocratiques, fondées sur la participation active de différents groupes tels que les enseignants, les élèves, les familles, etc., et ayant comme principe fondamental l'équité par l'égalité d'accès. Les méthodes qui suivent l'approche des écoles promotrices de santé sont centrées sur l'autonomisation des enfants et des jeunes, et les aident à améliorer leur capacité d'action [49]. A cette fin, les méthodes comprennent un travail de groupe, des cercles de discussion, des actions partagées, des jeux, des simulations, etc. [50]. Leur but n'est pas de tenir un discours moralisateur. Les méthodes appropriées contiennent des messages positifs, motivants, encourageant un sens des responsabilités et de la maîtrise du comportement de soi dans le domaine de la santé, y compris pour une alimentation saine et l'activité physique.

4.9 Les méthodes et le contenu de l'intervention correspondent-ils aux besoins du groupe cible (par exemple âge, sexe, milieu multiculturel) ?

Chaque intervention doit démontrer que son contenu et les méthodes qu'elle utilise conviennent bien au groupe cible à laquelle elle est destinée, en termes de sexe, d'âge, de classe socio-économique et dans un contexte multiculturel. En ce qui concerne l'âge, les méthodes devraient être adaptées à différents stades du développement physique et cognitif. Par exemple, les intérêts sportifs et les aptitudes motrices des jeunes enfants peuvent différer de ceux des adolescents. De plus, la participation de la famille est plus importante durant l'enfance qu'au stade de l'adolescence. L'image du corps est plus importante chez les filles, tandis que les brimades ou les jeux vidéo (comportement sédentaire) concernent davantage les garçons. L'intervention doit aussi procéder avec tact dans un contexte multiculturel. Les habitudes et comportements alimentaires dépendent, dans une grande mesure, de différentes normes et valeurs culturelles. Quand le contenu et les méthodes figurant dans la planification d'une intervention tiennent largement et systématiquement compte des caractéristiques du groupe cible, cette intervention répond entièrement aux exigences de cet indicateur.

2. Qualité de la structure

5.1 Les coûts de l'ensemble de l'intervention pour l'établissement scolaire ont-ils été clairement décrits ?

Les descriptions disponibles doivent indiquer clairement les ressources précises que l'établissement scolaire devra apporter pour l'intervention. [19, 21]. Les établissements scolaires peuvent alors estimer l'effort requis de leur part pour la mise en œuvre de l'intervention. Une ambiguïté au niveau des coûts pour les établissements scolaires peut causer des difficultés et être une source de frustration durant la mise en œuvre, en risquant de nuire au succès de l'intervention. Les ressources que l'établissement scolaire doit apporter comprennent du temps pour la réalisation de l'intervention, ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières. Les interventions qui fournissent des informations détaillées sur ces ressources répondent aux conditions de cet indicateur. Il est souhaitable que les interventions apportent aussi des informations indiquant comment se procurer les ressources, par exemple en ayant recours au parrainage ou en organisant des campagnes de mobilisation de fonds.

5.2 Les ressources financières et autres ressources sont-elles en adéquation avec les objectifs de l'intervention ?

Il faut parvenir à un juste équilibre entre les objectifs de l'intervention et les ressources nécessaires pour l'ensemble de l'intervention (pas seulement celles qui doivent provenir de l'établissement scolaire) [10, 18]. Cette question est particulièrement importante lorsque les ressources sont très limitées. Pour atteindre cet équilibre, on tiendra compte, d'un côté, des informations fournies concernant les ressources financières requises, et de l'autre côté, des buts et objectifs de l'intervention. Les résultats d'autres évaluations externes pourront être utiles à cette fin.

5.3 Les compétences (par exemple les qualifications, les aptitudes) nécessaires à la réalisation de l'intervention ont-elles été clairement décrites ?

Il est important de connaître les compétences et qualifications nécessaires à la mise en pratique de l'intervention [10, 18, 19, 20, 21]. Certaines interventions nécessitent un diplôme universitaire, par exemple en économie domestique et en nutrition, en sciences sportives ou en santé publique, tandis que pour d'autres, on aura besoin d'expériences et de compétences sur des sujets psychologiques. Même si l'on n'a pas besoin de compétences ou d'aptitudes particulières pour la mise en oeuvre de l'intervention, il faut fournir des informations. Si aucune information n'est disponible, on ne saura pas très bien qui sont les intervenants. Si personne ne se voit confier la responsabilité de la mise en oeuvre de l'intervention, tout suivi de ce rôle sera impossible. Cette situation pourrait aller largement à l'encontre du but recherché et minimiser le succès de l'intervention.

5.4 Un programme de formation est-il en place pour renforcer les compétences nécessaires à la mise en oeuvre ?

Si des compétences particulières sont requises pour la mise en oeuvre de l'intervention, un programme de formation doit être en place pour préparer les enseignants ou autres intéressés à la réalisation [18, 19, 20]. Si aucun programme de formation n'est en place alors que des compétences et qualifications particulières sont nécessaires, cette situation pourrait être considérée comme un manque de qualité structurale, risquant de causer des difficultés durant la phase de mise en oeuvre. En plus de la mise en place d'un programme de formation, il est souhaitable que l'intervention présente des informations sur la fréquence et sur les coûts des formations, ainsi que sur la participation requise à ces formations.

5.5 Un manuel est-il disponible pour la mise en oeuvre de l'intervention ?

Il faut fournir un manuel détaillé, contenant des instructions et aidant les intervenants à réaliser correctement les composantes de l'intervention [20]. Ce manuel ou ce guide devrait contenir une vue d'ensemble des processus et du contenu de toute l'intervention. Il ne contient pas seulement une description exhaustive de l'intervention et de ses composantes ; dans l'idéal y figurent aussi une liste détaillée des matériels requis et des informations sur les difficultés que l'on pourra rencontrer et comment les surmonter. Ces informations devraient aider à réaliser une phase de mise en oeuvre de haute qualité. Elles garantissent aussi que la mise en oeuvre de l'intervention correspond bien à la phase de planification de celle-ci.

6.1 Des stratégies indiquant comment faire participer des partenaires compétents en dehors du cadre scolaire ont-elles été décrites ?

Les interventions visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique qui s'intéressent aussi à la communauté environnante ont plus de chances de réussir que les interventions concernant un seul niveau dans l'établissement scolaire (par exemple la salle de classe). Les partenaires compétents en dehors du cadre scolaire comprennent, par exemple, au niveau local, les clubs de sport et les maisons de jeunes, les autorités de santé, les assurances maladie, les prestataires de services de soutien psychologique, les restaurants et aussi les parents, les familles, etc. Il est utile de présenter des informations ou des recommandations contenant une liste des partenaires et organisations compétents au niveau local, dont les activités se situent dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique. Il est aussi utile d'élaborer une stratégie qui pourrait être adoptée par ces partenaires extérieurs, concernant la manière dont ils pourraient participer à la mise en pratique de l'intervention. En faisant participer des organisations externes et des personnes en dehors de l'établissement scolaire, on pourra établir des collaborations productives [19, 21].

6.2 L'intervention encourage-t-elle une coopération durable avec des organisations, des groupes ou des gens en dehors du cadre scolaire ?

Il importe que le réseau reliant l'établissement scolaire et la collectivité dure autant de temps que la phase de mise en oeuvre. Les interventions de haute qualité contiennent des instructions indiquant comment

créer des réseaux/une coopération durables. Des méthodes et stratégies sont élaborées en vue d'intégrer la coopération avec des partenaires compétents dans la vie quotidienne de l'établissement scolaire, pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique.

3. Qualité du processus

7.1 Demande-t-on aux enseignants et aux élèves de donner leur avis concernant les modalités de réalisation de l'intervention ?

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les élèves et les enseignants s'engagent dans la phase de mise en oeuvre. La participation et l'engagement devraient faire partie intégrante de toute l'intervention, de la planification à la mise en oeuvre [10, 18, 19, 21, 41, 42]. Les élèves et les enseignants peuvent-ils donner leur avis concernant les modalités de réalisation de l'intervention ? L'engagement dans la phase de mise en oeuvre peut signifier, par exemple, que les élèves et les enseignants influencent la configuration de la cour de récréation et des installations de jeu, le type de nourriture qui est préparé, ou les sujets concernant la santé dont ils discuteront en salle de classe. D'autres exemples à ce titre sont présentés dans les Lignes directrices HEPS [51]. L'intervention devrait contenir des informations détaillées indiquant comment garantir un engagement actif dans la mise en oeuvre.

7.2 La mise en oeuvre de l'intervention cadre-t-elle avec la vie quotidienne et les conditions au jour le jour dans l'établissement scolaire ?

La vie quotidienne et les conditions au jour le jour dans l'établissement scolaire renvoient à la manière dont l'établissement scolaire est organisé. Il s'agit de la structure administrative, des horaires, du programme scolaire et des activités en dehors du programme scolaire telles que les conférences scolaires. Les interventions prometteuses doivent garantir une intégration correcte et appropriée de l'intervention dans le contexte spécifique de chaque établissement scolaire. Les composantes de l'intervention sont réalisées durant les heures de cours sans compromettre le processus d'enseignement habituel, les cours sur l'alimentation saine et l'activité physique organisés en salle de classe cadrent avec les horaires habituels des cours, et les intervenants de l'intervention situés en dehors de l'établissement scolaire ont consulté les enseignants au sujet de la mise en oeuvre de l'intervention. Si, durant la planification de l'intervention, on a tenu compte de la manière dont la mise en oeuvre s'intégrerait à la vie quotidienne et aux conditions dans l'établissement scolaire, cet indicateur est réalisé.

7.3 A-t-on décrit les composantes de l'intervention qui sont essentielles pour la fidélité de celle-ci ?

La fidélité de l'intervention indique si l'ensemble de l'intervention ou les composantes de l'intervention ont été exécutés ou non comme prévu. Cet indicateur reflète le degré de cohérence entre la planification et la mise en oeuvre. Si l'on ne possède pas ce type d'information, on ne saura pas très bien si des résultats médiocres sont causés par une intervention inefficace, ou par une mise en oeuvre médiocre de l'intervention [37]. Pour augmenter la fidélité de l'intervention, on peut spécifier quelles sont les composantes de l'intervention qui doivent être exécutées conformément à la planification, sans aucune adaptation, et quels sont les composantes et les éléments qui sont flexibles et peuvent être adaptés aux besoins de l'établissement scolaire. Sans ces informations, la fidélité diminuera, ce qui pourra aboutir à un manque d'efficacité. La littérature disponible et les descriptions de l'intervention doivent donc indiquer quels sont les éléments et les composantes essentiels au succès de l'intervention. Il faut indiquer les composantes adaptables, et inclure une description précise des aspects qui peuvent être modifiés.

7.4 Un soutien constant (par exemple sous forme de conseils) est-il offert à ceux qui sont chargés de réaliser l'intervention (par exemple les enseignants) ?

Il faut veiller à ce que ceux qui sont chargés de réaliser l'intervention puissent recevoir un soutien, pour discuter de problèmes et difficultés éventuels durant la mise en oeuvre de l'intervention [18, 21]. « Constant »

signifie que le promoteur de l'intervention offre un soutien continu en plus de la formation initiale. Ce soutien peut comprendre une assistance par téléphone ou par courrier électronique, ou bien des réunions périodiques, des conseils ou une supervision par un professionnel expérimenté. L'intervention devrait aussi fournir des informations sur la fréquence et sur les coûts du soutien.

8.1 A-t-on décrit les méthodes qui seront utilisées pour évaluer le processus de l'intervention (par exemple fidélité de la mise en oeuvre, satisfaction, acceptabilité) ?

L'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre de l'intervention sont importantes [9, 19, 21, 37, 52]. Les difficultés à ce stade se solderont par une réduction de l'efficacité. Si l'on se rend compte suffisamment tôt de la présence de difficultés, on pourra prendre des mesures pour y remédier. Les indicateurs de suivi comprennent une évaluation de la propension à accepter la mise en oeuvre, de la mesure dans laquelle les intéressés sont satisfaits de la mise en oeuvre prévue, et de la mesure dans laquelle c'est un choix d'intervention acceptable. On peut évaluer la fidélité de l'intervention (voir 7.3) en observant la fréquence et la durée d'exécution et en déterminant la mesure dans laquelle l'intervention est exécutée conformément à la planification. Il faut indiquer clairement comment ce suivi sera assuré ; ces informations figureront dans la littérature disponible ou dans la description de l'intervention. Cette description devrait indiquer les méthodes et les matériels qui seront utilisés pour évaluer le processus.

8.2 A-t-on décrit des stratégies indiquant comment utiliser les résultats de l'évaluation du processus pour améliorer la mise en oeuvre de l'intervention ?

Il faut présenter des stratégies et recommandations indiquant comment surmonter les difficultés et les problèmes qui pourront être révélés par l'évaluation du processus. L'objectif est de décrire les questions problématiques qui apparaissent généralement durant la mise en oeuvre et de mettre en évidence des solutions qui pourront être adoptées par ceux qui sont chargés de la mise en oeuvre. Il peut s'agir de stratégies pour rendre les gens mieux disposés à accepter la mise en oeuvre et les motiver davantage, ainsi que de recommandations indiquant comment mieux exploiter les ressources disponibles (temps, personnel etc.).

4. Qualité des résultats

9.1 L'intervention réalise-t-elle les objectifs désirés formulés dans la planification de l'intervention ?

La réalisation des objectifs de l'intervention est un indicateur fondamental pour évaluer l'efficacité et le succès de l'intervention [18, 19, 21]. La question est de savoir s'il existe ou non des données probantes établissant que les objectifs formulés dans la planification de l'intervention ont été atteints. Pour évaluer si les objectifs ont été atteints ou non, et dans quelle mesure, il faut définir très clairement les buts de l'intervention au début de celle-ci (voir 2.2). Il faut indiquer si les objectifs ont été atteints pour tout le groupe cible, ou d'une manière limitée, dans certains sous-groupes, et en fonction du sexe, de l'âge, etc. Si les objectifs n'ont pas été atteints, ou s'ils ont été atteints seulement en partie, une évaluation critique de cet état de fait doit également être disponible.

9.2 Les résultats de l'intervention prouvent-ils que celle-ci a eu un effet positif sur la santé, en encourageant une alimentation saine et l'activité physique ?

Pour être considérée comme réussie et efficace, une intervention doit pouvoir démontrer qu'elle a produit un changement positif de paramètres liés à la santé, dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique. Il existe de nombreux indicateurs pour déterminer si l'intervention est efficace ou non [10, 53]. Pour mesurer les effets positifs au premier niveau des résultats, on examine les structures et les pratiques dans l'établissement scolaire, puis les connaissances sur l'alimentation saine et l'activité physique, ou les attitudes et les intentions comportementales. Les résultats au niveau intermédiaire peuvent se présenter, par exemple, sous la forme d'un changement du comportement de santé – augmentation du nombre d'heures

hebdomadaires d'activité physique énergique, augmentation de la consommation de fruits et légumes, etc. Les autres résultats au niveau intermédiaire portent sur la création d'un environnement scolaire sain, par exemple la mise en place d'une cantine offrant des aliments sains, des installations encourageant la pratique de l'activité physique, ou la réduction du nombre de distributeurs automatiques. Il est plus difficile de prouver les résultats dans le domaine de la santé, par exemple une diminution du nombre de *enfants en surpoids*, car ce changement n'est pas immédiatement visible ; il faut attendre longtemps pour l'observer, et il se situe tout au bout de la chaîne des résultats. Pour répondre aux exigences de cet indicateur, l'intervention doit présenter un résultat positif au premier niveau et au niveau intermédiaire des résultats, dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique.

9.3 Dispose-t-on de données prouvant que l'effet positif sur les paramètres liés à la santé s'est maintenu pendant une période d'au moins 6 mois ?

Les interventions de haute qualité doivent aussi démontrer que les effets positifs persistent encore après six mois au moins. Plus un impact positif se fait longtemps sentir, par exemple sous forme de comportements sains, plus il y a de chances pour que l'enfant ou le jeune conserve ce comportement positif. Pour examiner les effets à long terme, il faut réaliser des études de suivi. Les interventions qui démontrent qu'au moins un effet positif dure plus de six mois répondent entièrement aux exigences de cet indicateur.

9.4 Les méthodes et procédures utilisées pour l'évaluation sont-elles fondées sur des recherches scientifiques reconnues ?

Les informations disponibles concernant l'intervention doivent indiquer clairement que les méthodes et procédures utilisées sont fondées sur une théorie scientifique et une recherche solides [18, 19]. Il s'agit entre autres d'informations détaillées sur le plan d'étude, les questions concernant la recherche sous-jacente qui sont apparues lors de la planification de l'intervention, les indicateurs et variables, et les méthodes utilisées pour la collecte des données et l'analyse statistique. Le plan d'étude et les méthodes de recherche devraient permettre de vérifier si les effets observés sont causés ou non par l'intervention.

9.5 Les résultats de l'intervention prouvent-ils que celle-ci a eu un effet positif sur les résultats éducatifs (par exemple l'apprentissage, les résultats scolaires, le climat scolaire, l'absentéisme scolaire) ?

Chaque intervention mise en pratique dans le cadre scolaire doit également tenir compte des résultats éducatifs [18, 44]. Les indicateurs scolaires et éducatifs sont les suivants : la motivation pour l'apprentissage, le climat scolaire, la solidarité dans l'établissement, les résultats scolaires ou l'absentéisme scolaire. Pour les résultats éducatifs, nous devons aussi faire la différence entre les résultats immédiats et à moyen terme et les résultats à long terme. Les changements positifs des attitudes et de la motivation vis-à-vis de l'apprentissage, ainsi que le climat scolaire, sont des résultats immédiats et à moyen terme, tandis que les changements des résultats scolaires et de l'absentéisme scolaire reflètent des résultats à plus long terme. Si l'intervention a produit des résultats éducatifs, quels qu'ils soient, cet indicateur est pleinement conforme aux exigences de qualité.

10.1 L'effort global (coûts, temps) est-il proportionnel à l'efficacité de l'intervention ?

Même si l'intervention produit des effets positifs, cela ne signifie pas forcément qu'elle a été efficace. L'analyse coût-efficacité doit prendre en compte aussi bien l'ensemble des dépenses que les résultats. Les dépenses liées à l'intervention comprennent les frais en personnel, les coûts des matériels, le temps, etc., tandis que les résultats sont mesurés par des effets non monétaires, indiqués par l'évaluation de l'efficacité.

L'évaluation pourra conclure que l'intervention est efficace si une analyse coût-efficacité est conduite, si les méthodes et procédures sont clairement décrites, et si les résultats indiquent un bilan positif. Dans l'idéal, le promoteur de l'intervention aura comparé les résultats de l'analyse coût-efficacité avec les résultats concernant l'élément coût-efficacité d'autres interventions en milieu scolaire dans le domaine de l'ali-

mentation saine et de l'activité physique. Pour cela, les interventions utilisées pour les comparaisons doivent être caractérisées par des conditions et modalités similaires.

10.2 Les coûts (par exemple le temps de préparation, le personnel) pour l'établissement scolaire/les enseignants sont-ils proportionnels aux bénéfices apportés par l'intervention ?

L'analyse coût-efficacité devrait aussi prendre en compte le point de vue des établissements scolaires dans lesquels l'intervention est mise en oeuvre [18]. Les coûts pour l'établissement scolaire comprennent le temps de préparation et le personnel de l'établissement, tandis que les résultats concernent d'abord l'éducation des enfants, et ensuite leur santé. L'efficacité pour les établissements scolaires pourrait aussi tenir compte de perceptions subjectives des enseignants, des directeurs des établissements et d'autres professionnels du secteur de l'éducation. L'évaluation pourra conclure que l'intervention a été efficace si une analyse coût-efficacité est conduite, si les méthodes et procédures sont clairement décrites, et si les résultats indiquent un bilan positif. Dans l'idéal, le promoteur de l'intervention aura comparé les résultats de l'analyse coût-efficacité avec les résultats concernant l'élément coût-efficacité d'autres interventions en milieu scolaire dans le domaine de l'alimentation saine et de l'activité physique. Pour cela, les interventions utilisées pour les comparaisons doivent être caractérisées par des conditions et modalités similaires.

■ ANNEXE 2

GLOSSAIRE DES TERMES DE BASE

Terme	Description
Capacité d'action	La capacité d'action est l'aptitude à agir et à produire un changement positif concernant la santé (49).
Point de repère	Un point de repère peut être défini comme l'utilisation de données comparatives provenant d'interventions, d'activités, etc. similaires, pour définir la norme de bonnes pratiques, et donc mesurer le succès et les besoins spécifiques en matière d'amélioration.
IMC	L'indice de masse corporelle (IMC) est l'indice du poids en fonction de la taille qui est fréquemment utilisé pour définir le surpoids ou l'obésité. C'est le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres (kg/m ²) (54).
Adaptation	L'adaptation désigne les efforts cognitifs et comportementaux d'une personne pour gérer (réduire, minimiser, maîtriser, ou tolérer) les exigences internes et externes de la relation personne-environnement qui met à rude épreuve ou dépasse les ressources de cette personne (55).
Rapport coût-efficacité	Le rapport coût-efficacité indique le rapport entre les dépenses financières d'un côté et le résultat (impact) d'une intervention de l'autre côté. Quand le rapport coût-efficacité est positif, les résultats dépassent les dépenses financières de l'intervention.
Efficacité	Adéquation d'une intervention avec l'effet qu'elle est destinée à produire (56).
Efficience	Le rapport entre un résultat et les moyens employés pour l'obtenir (56).
Autonomisation	Dans le domaine de la promotion de la santé, l'autonomisation est un processus par lequel les gens prennent le contrôle des décisions et des actions qui influencent leur santé (40).
Promotion de la santé basée sur des données probantes	L'utilisation d'informations provenant d'une recherche formelle et d'une investigation systématique, pour identifier les causes et les facteurs contribuant aux besoins en matière de santé, et les mesures de promotion de la santé les plus efficaces pour les traiter, dans des contextes et populations donnés (39).
Déterminants de la santé	Les déterminants de la santé englobent divers facteurs qui influencent l'état de santé d'individus, de groupes ou de l'ensemble de la population. Ils comprennent l'environnement social et économique, l'environnement physique, ainsi que des caractéristiques et comportements individuels de la personne (40).

Intervention dans le domaine de la santé	Les interventions dans le domaine de la santé peuvent être définies comme des actions qui sont scientifiquement et dont l'objectif est de changer systématiquement et durablement le comportement individuel et/ou les conditions environnantes. On peut distinguer deux orientations fondamentales : les interventions dans le domaine de la santé qui ont pour but la promotion de la santé/du bien-être (promotion de la santé), et les interventions qui visent à éviter les maladies (prévention) (1).
Promotion de la santé	La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations de mieux maîtriser et d'améliorer leur santé (40).
Risque pour la santé	Statut social, économique ou biologique, comportements ou environnements qui sont associés à ou causent une plus grande prédisposition à une maladie spécifique, à une mauvaise santé, ou à une blessure (40).
Approche des écoles promotrice de santé	Une école promotrice de santé est une école qui renforce constamment sa capacité en tant que cadre de vie sain, d'apprentissage et de travail. Une école promotrice de santé fait participer les professionnels de la santé et de l'éducation, les enseignants, les élèves, les parents et les leaders de la collectivité à des activités de promotion de la santé. Elle favorise la santé et l'apprentissage en prenant toutes les mesures à sa disposition, et s'efforce de fournir des environnements favorables à la santé et divers programmes et services clés d'éducation et de promotion de la santé en milieu scolaire. Une école promotrice de santé met en oeuvre des politiques, des pratiques et d'autres mesures qui respectent l'estime de soi d'un individu, offrent de multiples chances de succès, et reconnaissent les bons efforts et les bonnes intentions ainsi que les réussites personnelles. Elle s'efforce d'améliorer la santé du personnel de l'établissement scolaire, des familles et des membres de la collectivité, ainsi que la santé des élèves, et travaille en coopération avec les leaders de la collectivité pour les aider à comprendre comment la collectivité contribue à la santé et à l'éducation (40).
Incidence	Nombre de nouveaux cas d'un groupe de population défini à un moment donné (57).
Mise en oeuvre	La mise en oeuvre indique dans quelle mesure un programme ou une intervention proposés sont bien mis en pratique (52). Les différentes composantes de la mise en oeuvre sont la fidélité de la mise en oeuvre, la fréquence et la durée de l'intervention, la qualité d'exécution, et la capacité de réaction des participants (37).
Fidélité de l'intervention	La fidélité de l'intervention, ou adhérence, correspond à la question qui demande si l'ensemble de l'intervention ou des composantes de l'intervention ont été exécutées ou non comme prévu dans le cadre scolaire, et dans quelle mesure (37). Cet indicateur reflète le degré de cohérence entre la planification et la mise en oeuvre.

Suivi	Collecte systématique de données, continue ou périodique, utilisée pour vérifier les processus et les résultats (31).
Surpoids	Bien qu'il n'existe pas de consensus sur ce qui définit le surpoids pendant l'enfance et l'adolescence, on utilise fréquemment un percentile spécifique du sexe et de l'âge (une valeur en dessous de laquelle se situe un certain pourcentage des observations). Pour l'Europe, le « surpoids » est une valeur supérieure ou égale au 85ème percentile et l'obésité est une valeur supérieure ou égale au 95ème percentile de l'IMC (36).
Participation	La participation se comprend à différents niveaux, et peut varier, d'un sentiment de « prendre part à quelque chose » à un sentiment de « posséder une partie ou une part de quelque chose ». Ce dernier sentiment implique le partage du pouvoir dans les processus de prise des décisions concernant des questions contextuelles (comme l'établissement scolaire). Cette compréhension reflète un sentiment d'autodétermination, d'appropriation et d'autonomisation vis-à-vis de l'apprentissage dans le domaine de la santé (20, 40).
Prévention	Alors que la promotion de la santé vise à renforcer la santé en améliorant les ressources et les capacités, la prévention vise à conserver la santé en évitant les risques et les maladies. En fonction du stade, on peut différencier la prévention primaire (éviter l'apparition des maladies), la prévention secondaire (diagnostic précoce des maladies) et la prévention tertiaire (éviter les rechutes).
Prévalence	Nombre de cas d'un groupe de population défini à un moment donné (56). La prévalence ponctuelle désigne le nombre de cas à un moment donné, tandis que la prévalence de période correspond au nombre de cas au cours d'une période prédéfinie (1 mois, 12 mois, etc.)
Troubles psychosomatiques	Les troubles et les maladies psychosomatiques se caractérisent par des symptômes physiques qui ne peuvent être entièrement expliqués par un problème médical neurologique ou généralisé (« organique ») (58).
Indicateur de qualité	Une mesure spécialement sélectionnée, qui peut indiquer une bonne ou une mauvaise qualité (10).
Climat scolaire	Le climat scolaire peut être défini comme la qualité et la fréquence des interactions parmi et entre les adultes et les élèves (59).
Affections secondaires	Les affections secondaires sont des maladies qui sont causées par une maladie ou un événement antérieur. Le diabète sucré, l'hypertension artérielle, les infarctus, par exemple, sont des maladies secondaires qui peuvent être causées par l'obésité.

Comportement sédentaire	Les comportements sédentaires sont un type de comportement n'impliquant aucune activité physique, ou un degré minime d'activité physique. Ces comportements comprennent par exemple : regarder la télévision, utiliser un ordinateur, jouer à des jeux vidéo, etc.
Connaissance de ses propres capacités	La connaissance de ses propres capacités désigne la manière dont les individus croient en leur propre capacité d'exécuter des actions de manière à influencer les événements qui touchent leurs vies (39).
Estime de soi	L'estime de soi désigne la mesure dans laquelle une personne s'apprécie elle-même, a une bonne opinion d'elle-même, ou s'aime elle-même. Elle décrit une attitude favorable ou défavorable envers soi-même (60).
Statut socio-économique (SSE)	Le statut socio-économique décrit la position économique et sociale d'un individu ou d'une famille par rapport aux autres ; cette position est généralement déterminée par le revenu d'une famille.
Stress	Le stress est produit par le rapport entre une personne et son environnement. Plus particulièrement, un environnement que la personne ressent comme mettant à rude épreuve ou dépassant ses ressources, et donc comme menaçant son bien-être (55).
Durabilité	Impacts que l'on désire obtenir en exécutant un projet, qui durent plus longtemps que le projet lui-même (56).
Approche de la santé à l'échelle de tout l'établissement scolaire	<p>Une approche de la santé à l'échelle de tout l'établissement scolaire se caractérise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> · une approche participative et active de l'éducation à la santé dans le programme scolaire · la prise en compte de la manière dont les élèves eux-mêmes se représentent la santé · l'élaboration de politiques scolaires favorables à la santé · la valorisation de l'environnement physique et social de l'établissement scolaire · le développement des aptitudes utiles dans la vie · l'établissement de liens fructueux avec les foyers et la collectivité · la rationalisation du recours aux services de santé (5) <p>Une approche de la santé à l'échelle de tout l'établissement scolaire concerne non seulement la santé des élèves, mais aussi celle des enseignants et du personnel non-enseignant. Elle vise aussi l'amélioration des pratiques pédagogiques, par la prise de mesures concernant la santé, telles que l'approche des écoles promotrices de santé (47).</p>

■ BIBLIOGRAPHIES

1. Michaelsen-Gärtner, B., Witteriede, H. & Paulus, P. (2009). *Gesundheitserziehung in Schulen*. [Education sur la santé dans les établissements scolaires]. In B. Wulfhorst & Hurrelmann, K. (Ed.). *Handbuch Gesundheitserziehung* [Manuel d'éducation o la santé] (160-170). Bern, Hans Huber.
2. Aro, A. A., Van den Broucke, S. & Rätty, S. (2005). *Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice*. *Promotion & Education, Suppl. 1*, 10-14.
3. WHO (2009). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from the World Wide Web on November 1th 2009, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Stewart-Brown, S. (2001). *Evaluating health promotion in schools: reflections*. In I. Rootman, M. Goodstadt, B, Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (271-284). Copenhagen, WHO.
5. Buijs, G. (2009). *SHE strategic plan 2008-2012*. Woerden, NIGZ.
6. Christiansen, G. (1999). *Evaluation as a Quality Assurance Tool in Health Promotion*. Cologne, BZgA.
7. Øvretveit, J. (1996). *Quality in health promotion*. *Health Promotion International*, 11, 55-62.
8. Lohr, K. M. (Ed.) (1990). *Medicare – A strategy for quality assurance*. Washington, DC, Institute of Medicine.
9. Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzweiler, F. (2001). *Qualitätsparameter in der Prävention* [paramètres de qualité dans la prévention]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* [Gestion de la qualité dans la promotion de la santé et la prévention] (38-50). Köln, BZgA.
10. Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). *Quality indicators for health promotion programmes*. *Health Promotion International*, 16, 187-195.
11. Parish, R. (2001). *Health promotion. Towards a quality assurance framework*. I. Rootman, M. Goodstadt, B, Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (171-184). Copenhagen, OMS.
12. Ruckstuhl, B., Studer, H. & Somaini, B. (1998). *Eine Qualitätskultur für die Gesundheits-förderung!* [Une culture de qualité pour la promotion de la santé]. *Soz.-Präventivmedizin*, 43, 221-228.
13. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, Oxford University Press.
14. Trojan, A. (2001). *Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung* [Développement de la qualité dans la promotion de la santé]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* [Gestion de la qualité dans la promotion de la santé et la prévention] (51-72). Köln, BZgA.
15. Buijs, G. & Ruiters de, S. (2008). *Summary Dutch toolkit overweight in schools*. Woerden, NIGZ.
16. Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland* [Promotion de la santé en Allemagne par des programmes de développement des compétences utiles dans la vie]. Köln, BZgA.
17. Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). *Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* [Programmes de promotion de la santé mentale des enfants et adolescents]. *Gesundheitspsychologie*, 3, 119-143.
18. Peters, L. W. H., Leurs, M. T. W., Keijsers, J. F. E. M. & Schaalma, H. P. (2008). *Development of the schoolBeat quality checklist for healthy school interventions*. Leurs, M. (Ed.) *A collaborative approach to tailored whole-school health promotion* (69-81). Enschede: Ipskamp.
19. GEP, NIGZ, VIG (2005). *Outil de qualité européen pour la promotion de la santé (EQUIPH)*. Téléchargé le 15 avril à partir du site <http://ws5.evision.nl/systeem3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf>
20. BZgA (2006). *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents*. Cologne, BZgA.
21. quint-essenz (2009). *Quality criteria for projects version 5.0*. Téléchargé le 15 avril à partir du site <http://www.quint-essenz.ch/en/files/Quality—criteria—50.pdf>
22. Molleman, G., Peters, L., Hommels, L. & Ploeg, M. (2003). *Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0*. Téléchargé le 15 avril à partir du site <http://www.nigz.nl/index—en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54>.
23. BZgA (2005). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* [Critères de bonnes pratiques pour la promotion de la santé concernant les personnes socialement défavorisées] Cologne, BZgA.

24. Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Anforderungen und Lösungen [L'évaluation de la qualité structurale, de la qualité des processus et de la qualité des résultats dans la promotion de la santé et la prévention. Exigences et solutions]. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 47, 125-132.
25. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H & Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
26. Dietz, W. H. & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing Obesity in Children and Adolescents. *Annu. Rev. Public Health*, 22, 337-353.
27. CDC (2005). Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*, 54(no RR-10).
28. Katz, D. L., O'Connell, M., Njiki, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32, 1780-1789.
29. Bautista-Castaño, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *European Journal of Epidemiology*, 19, 617-622.
30. Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4:24.
31. Shaya, F. T., Flores, D., Gbarayor, C. M. & Wang, J. (2008). School-Based Obesity Interventions: A Literature Review. *Journal of School Health*, 78, 189-196.
32. Lissau, I. (2007). Prevention of overweight in the school arena. *Acta Pædiatrica*, 96, 12-18.
33. Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H. & Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population – a review. Londres, Health Education Authority.
34. Sluijs van, E. M. F., McMinn, A. M. & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*, 335, 703.
35. Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, A. B. M. & Collins, J. (2000). Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating. *Preventive Medicine*, 31, 121-137.
36. Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Base de données Cochrane d'études systématiques*, 20, 1-73.
37. Barry, M. M., Domitrovich, C. & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education. Supp.2*, 30-36.
38. Müller, M.; Danielzik, S. & Pust, S. (2005). School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Compte rendu de la Nutrition Society*, 64, 249-254.
39. Smith, B.J., Tang, K.C. & Nutbeam, D. (2006). Glossaire de l'OMS sur la promotion de la santé : nouveaux termes. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345.
40. OMS (1998). Glossaire de promotion de la santé. Genève, OMS.
41. Simovska, V. (2007). The changing meaning of participation in school based health-education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22, 864-878.
42. Simovska, V. & Jensen, B.B. (2009). Conceptualizing participation – the health of children and young people. Danemark : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
43. Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promotion schools approach. Copenhagen, OMS.
44. Paulus, P. (2007). 20 Years of Health Promotion Research in and on Settings in Europe - the case of School Health Promotion. *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 248-254.
45. Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Dudey, S. & Schürholz, T. (2009). Physician Diagnosed Obesity in German 6- to 12- Year-Olds. Prevalence and Comorbidity of Internalising Disorders, Externalising Disorders, and Sleep Disorders. *Obesity Facts*, 2, 67-73.
46. Valois, R. F., Umstadtd, M. R., Zullig, K.J. & Paxton, R.J. (2008). Physical Activity Behaviors and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health*, 78(6), 321-327.
47. Paulus, P. (2009). *Anschub.de. Ein Programm zur Förderung der guten gesunde Schule. [Anschub.de – un programme pour le développement d'écoles promotrices de santé de qualité]* Münster: Waxmann.

48. Taras, H. (2005). *Physical Activity and Student Performance at School*. *Journal of School Health*, 75, 214-218.
49. Jensen, B. B. (1997). *A case of two paradigms within health education*. *Health Education Research*, 12, 419-428.
50. Gray, G., Young, I. & Barnekow, V. (2006). *Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools*. ENHPS.
51. Boonen, A., Vries de, N., Ruiter de, S., Bowker, S. & Buijs, G. (2009). *Lignes directrices HEPS. Lignes directrices pour la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique dans les établissements scolaires*. Woerden, NIGZ.
52. Durlak, J. A. (1998). *Why Program Implementation is Important*. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 17, 5-18.
53. Nutbeam, D. (1998). *Evaluating health promotion - progress, problems and solutions*. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
54. OMS (2006). *Obesity and Overweight. Fact sheet N° 311*. Téléchargé le 11 août 2009 à partir du site from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
55. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). *Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
56. Quint-Essenz (2008). *Glossaire*. Téléchargé le 11 août 2009 à partir du site <http://www.quint-essenz.ch/en/resources>.
57. Bonita, R., Beaglehole, R. & Kiellström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2nd edition). Genève, OMS.
58. Oatis, M. D. (2002). *Psychosomatic Illness in Children and Adolescents*. *NYU Child Study Letter*, 6(3).
59. Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. & Blatt, S. J. (2001). *School Social Climate and Individual Differences in Vulnerability to Psychopathology among Middle School Students*. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.
60. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Ressources utiles sur internet

1. Outil de qualité pour les interventions dans le domaine de la santé (sélection)

- Critères de bonnes pratiques pour la promotion de la santé concernant les personnes socialement défavorisées (disponible seulement en allemand)
<http://www.bzga.de>
- Outil de qualité européen pour la promotion de la santé (EQUIHP)
<http://subsites.nigz.nl/system3/site2>
- Preffi
<http://www.preffi.nl>
- La qualité dans la prévention (disponible seulement en allemand)
<http://www.uke.de/extern/qip>
- Critères de qualité pour les programmes de prévention et de traitement du surpoids et/ou de l'obésité chez les enfants et adolescents
<http://www.bzga.de>
- Quint essenz
<http://www.quint-essenz.ch>

2. Bases de données concernant l'alimentation saine et l'activité (sélection)

- Plate-forme pour l'alimentation et l'activité (disponible seulement en allemand)
<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>
- Plate-forme pour la promotion de la santé concernant les personnes socialement défavorisées (disponible seulement en allemand)
<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

- I-database (disponible seulement en néerlandais)
<http://www.loketgezondleven.nl/i-database>
- Base de données sur les écoles promotrices de santé en Autriche (disponible seulement en allemand)
<http://gs.bmgfj.gv.at>

3. **Autres ressources pertinentes sur Internet**

- *Schools for Health in Europe (SHE) network* (Réseau européen des écoles promotrices de santé)
<http://www.schoolsforhealth.eu>
- *HEPS supports school health policy*
<http://www.hepseurope.eu>

LES PARTENAIRES DE HEPS

L'Institut des Pays-Bas pour la promotion de la santé (NIGZ) assure la coordination du projet HEPS en collaboration avec les organisations suivantes :

1. Université Libre de Bruxelles, Belgique
2. Gouvernement de l'Assemblée galloise, pays de Galles
3. Ecole d'éducation danoise, Université d'Aarhus, Copenhague, Danemark
4. Institut de santé infantile, Grèce
5. Université de Maastricht, Pays-Bas
6. NHS Health Ecosse
7. Université de Varsovie, Pologne
8. Université de Bergen, Norvège
9. Université de Leuphana, Lüneburg, Allemagne
10. Université nationale d'Irlande, Galway, Irlande
11. Institut de recherche Boltzmann sur la promotion de la santé (LBIHPR), Autriche
12. Centre national de santé environnementale, ministère de la Santé, Lituanie