

**Synthèse du rapport d'évaluation
du projet Santé-Jeunesse**

**Patricia Dumont
Pascal-Eric Gaberel
Version allemande de Pierre Gobet**

Novembre 1995

Introduction

Nous avons réalisé l'évaluation du projet Santé-Jeunesse de mars 1994 à septembre 1995 à la demande de l'OFSP et avec l'accord du Comité Directeur de Santé-Jeunesse. Cette évaluation accompagnatrice et formative, dite aussi illuminative, a porté sur l'ensemble du projet Santé-Jeunesse: de sa conception en 1991, à la séance de clôture du projet en septembre 1995, en passant par la mise en place d'une structure d'action, la constitution d'une équipe de spécialistes, le développement d'outils de travail et les projets pilotes des écoles qui ont été suivis par cette équipe. Pour ce faire, nous avons tout d'abord étudié le fonctionnement de la structure mise en place et évalué son adéquation aux objectifs visés. Nous avons ensuite observé les actions pratiques de Santé-Jeunesse, puis relevé et analysé les exemples de bonne pratique afin de les rendre explicites et de pouvoir en tirer des conséquences utiles pour l'avenir de l'action de promotion de la santé en milieu scolaire entreprise par l'OFSP.

Nous avons fondé l'évaluation du fonctionnement de la structure mise en place et son adéquation aux objectifs visés sur l'analyse de différents documents: procès-verbaux, correspondances, mandats, contrats, cahiers des charges, documents de travail et d'orientation, plannings, rapports, etc. ainsi que sur les entretiens que nous avons eus avec les membres du Comité Directeur et du Team. Nous avons complété ces analyses par l'observation non participante de trois réunions du Comité Directeur et des journées et congrès organisés par Santé-Jeunesse. Cet ensemble de démarches a débouché sur la reconstitution de la chronologie du développement du projet, de sa première conception en juillet 1991 à la réorganisation de l'équipe de travail en septembre 1994. Il permet également une synthèse des activités de l'équipe SJ dans les différents champs d'activité: cadre de référence suisse pour l'EPS, intégration de l'EPS dans les curricula, didactique et moyens d'enseignement, formation des enseignants et cadres scolaires, intégration des acteurs sociaux, réseau européen et réseau suisse des écoles pour la santé, information aux centres de recherche, publication, information et bases de données. Enfin, et surtout, les analyses effectuées ont révélé cinq points de dysfonctionnement du projet que nous précisons ci-dessous.

Pour l'évaluation de l'action pratique de Santé-Jeunesse, nous avons utilisé les mêmes méthodes de récolte d'informations avec les responsables des dix-neuf projets d'école, puis avec différents acteurs des projets exemplaires. Nous avons poursuivi l'observation non participante des réunions, des journées et des congrès ainsi que la récolte des documents concernant la marche du projet et le fonctionnement de la structure. L'analyse des éléments récoltés dans cette seconde phase de l'évaluation nous permet de présenter chacun des dix-neuf projets pilotes développés dans les écoles dont sept, étudiés en détail, sont exemplaires du développement réussi d'actions de promotion de la santé. Nous nous sommes ensuite livrés à des analyses comparatives au sein de deux ensembles de projets ce qui nous permet de présenter les caractéristiques des projets de promotion de la santé développés dans les deux réseaux, puis de distinguer deux modèles de développement et, enfin, d'en tirer des recommandations quant aux actions de soutien possibles à l'avenir.

Fonctionnement de la structure Santé-Jeunesse

L'analyse du fonctionnement de la structure de Santé-Jeunesse s'est centrée autour des cinq points suivants:

L'organisation du projet Santé-Jeunesse

Le projet Santé-Jeunesse implique directement cinq organisations, toutes représentées dans le Comité Directeur. Cependant, l'ensemble du projet est soumis à deux logiques contradictoires.

- Une logique de délégation et de contrôle, qui est le propre de l'OFSP, qui agit comme une administration centrale. L'OFSP mandate la CDIP, qui mandate l'IRDP, qui engage le Team Santé-Jeunesse. Logiquement, chaque mandant doit contrôler le travail du mandataire dont il est responsable.
- Une logique de concertation, qui est introduite par la CDIP en tant que conférence consultative pour les questions scolaires. La CDIP a suscité l'instauration du Comité Directeur pour diriger le projet Santé-Jeunesse. Ce Comité Directeur a un rôle à la fois consultatif, décisionnel et opérationnel.

Les deux logiques sont utilisées alternativement, selon les instances qui sont concernées par les décisions. La création d'un Bureau au sein du Comité Directeur exprime bien l'imbrication de ces deux logiques d'organisation. Le mode de décision n'est pas clairement fixé, il constitue un obstacle caché au bon fonctionnement de la structure mise en place.

Les objectifs de Santé-Jeunesse

Le projet Santé-Jeunesse compte un nombre impressionnant "d'objectifs généraux", de "buts généraux", de "buts spécifiques", de "tâches principales" et de "priorités". Nous nous sommes donc interrogés sur l'origine et l'évolution de ces buts dans la mise en place du projet, ainsi qu'à leur perception par le Team et les membres du Comité Directeur.

- Les objectifs initiaux du projet, alors nommé EPS, se sont multipliés lors de chaque étape du processus de délégation (OFSP -> CDIP -> IRDP -> Team). Chaque acteur a redéfini, selon ses propres conceptions, le mandat qui lui a été confié.
- Les objectifs de chaque acteur se sont aussi modifiés depuis l'origine du projet Santé-Jeunesse. Depuis 1989, les conceptions de la santé de chaque mandant et leurs applications dans le projet Santé-Jeunesse ont évolué indépendamment de ce qui a été fixé dans les contrats.

Malgré des tentatives dans ce sens, les acteurs du projet ne partagent pas une représentation claire et commune des objectifs et des priorités du projet Santé-Jeunesse. Les acteurs divergent également sur les méthodes à employer pour atteindre les différents objectifs. Les essais de construction "théorique" des objectifs par le Team ne conviennent à personne, car ils n'expriment qu'une vision parmi d'autres. Le travail effectué par le Team est évalué par chacun selon ses propres objectifs, ses propres priorités et ses propres méthodes. En bref, faute d'étalons communs aux différents acteurs, les avis exprimés dans le Comité Directeur, le Bureau ou dans les échanges de correspondance divergent constamment et les décisions sur l'orientation du projet Santé-Jeunesse restent très floues.

Les représentations de l'école

Les représentations sociales se composent des opinions, attitudes, informations, et notions qui permettent aux individus de se déterminer face à un objet quelconque et d'orienter leurs actions. Les représentations ne sont donc pas identiques pour tous, elles varient selon les groupes et les personnes et forment une partie de leur identité.

- Certains acteurs ont une représentation simple et unitaire du système scolaire. Ils voient principalement l'école comme une population de jeunes de 4 à 20 ans ou un corps de professionnels, les enseignants, auxquels il faut s'adresser directement.
- D'autres ont une vision plus complexe de l'école. Il la conçoivent comme une fédération de systèmes cantonaux et régionaux avec chacun leurs particularités et leurs hiérarchies: présidents des DIP, secrétaires généraux, commissions scolaires ou directeurs d'enseignement.
- D'autres perceptions sont présentes parmi les membres du Comité Directeur et du Team. Elles mettent en évidence tel ou tel aspect particulier des systèmes scolaires suisses: structures scolaires figées sur certains enseignements ou multiplicité des centres d'intérêt dans les écoles, différences d'organisation entre les cantons, division entre enseignement professionnel et enseignement général, diversité des lieux et des modes d'enseignement de la santé, etc..

Du fait de leur formation, de leurs activités, de leur insertion professionnelle ou sociale, les différents acteurs de Santé-Jeunesse se représentent l'école de manière très différente. Cette diversité est une richesse mais aussi une source d'incompréhension, notamment entre le Team et le Comité Directeur.

Composition et fonctionnement du Comité Directeur

Le Comité Directeur a été constitué avec soin afin qu'il offre une bonne représentativité des institutions concernées, des domaines touchés et des situations régionales. Cependant, le projet Santé-Jeunesse s'est heurté à des difficultés plus importantes que prévues, ce qui a fait apparaître dans le fonctionnement du Comité Directeur des problèmes qui seraient autrement passés inaperçus.

- Au fur et à mesure de l'avancement du projet, le Comité Directeur s'est chargé de tâches dépassant le simple accompagnement à distance du projet, mais ces tâches nécessitent du travail de la part des membres du Comité Directeur.
- Les membres du Comité Directeur, déjà fortement chargés de travail dans leur propre domaine, ne peuvent s'investir dans les tâches de Santé-Jeunesse que si celles-ci concernent directement leur champ d'activité.
- Les différents membres du Comité Directeur accordent de l'importance au projet Santé-Jeunesse mais estiment qu'il doit développer des activités dans leur propre champ d'action.
- Lorsque le Comité Directeur s'éloigne des objectifs d'un acteur, ce dernier devient critique afin de ramener le Comité Directeur vers l'objet qui est réellement important et pour lequel il est prêt à intervenir concrètement.

Cette alternance entre critique et investissement se produit tout au long des réunions du Comité Directeur car personne ne désire s'investir dans une action de Santé-Jeunesse qui ne lui importe pas. Dans les faits, le Comité Directeur ne permettant pas de prendre des décisions

claires, celles-ci sont élaborées par le Bureau et le Team. Si le Comité Directeur n'est pas à même de gérer globalement l'ensemble de Santé-Jeunesse, il a permis des collaborations entre ses membres et le Team dans des domaines d'intérêt commun. Il a aussi eu un rôle important de mise en contact des différents acteurs du champ de la santé scolaire en Suisse.

Le Team et son environnement

Toute la structure mise en place autour du projet Santé-Jeunesse vise à accompagner, orienter et appuyer l'équipe de quatre personnes chargées de mettre en place le projet et de le traduire dans les réalités cantonales.

- Dans de nombreux domaines, le Team est en situation d'anomie, d'incertitude sur les règles ou les attentes des autres acteurs: les objectifs du projet sont multiples et variables; les moyens et méthodes pour les atteindre sont peu ou pas définis; les rapports avec les différents mandants sont peu définis; le Team manque d'informations concrètes sur les structures et les logiques des systèmes scolaires avec lesquelles il doit collaborer; enfin, le Team ne reçoit pas de feed-back clair de la part du Comité Directeur.

- En réaction à cette situation d'incertitude sur son environnement, ses tâches et les critères pour l'évaluer, le Team a réagi comme tout groupe dans cette situation. Il a cherché à redonner du sens à sa tâche et l'a valorisée, il a resserré ses liens en valorisant les similitudes internes et en se différenciant fortement de l'environnement. Ainsi, le Team a défini ses propres objectifs et s'y tient de manière à donner du sens à sa tâche; il s'est constitué comme une équipe cohésive face à l'extérieur et a adopté une position défensive et rigide.

Ce mode de fonctionnement du Team a entraîné un fort engagement des collaboratrices dans leurs activités, un démarrage rapide des travaux et une forte stimulation dans la poursuite des tâches qu'elles se sont définies. Pour les mêmes raisons, les collaboratrices ont partiellement gommé les différences hiérarchiques fixées par le cahier des charges pour adopter un mode de travail plus collaborant et plus souple.

Premières conclusions et recommandations

Les cinq dysfonctionnements analysés ci-dessus sont devenus patents lorsque la cheffe de projet a rendu publique sa démission. Cela n'a pas réellement changé la nature des problèmes relevés mais diminué l'importance de certains problèmes et rendu d'autres plus urgents. L'impossibilité de trouver rapidement un ou une remplaçant-e qualifié-e à la cheffe de projet démissionnaire et la fixation de l'échéance des contrats au 31 octobre 1995 ont entraîné une réduction des forces de travail et du temps disponible.

Une partie des objectifs, notamment la formation des enseignants et les curricula, ont été abandonnés et le travail laissé en l'état, ce qui a réduit pratiquement le flou et l'envergure des buts initiaux de Santé-Jeunesse. Il reste néanmoins suffisamment d'incertitudes quand aux objectifs pour qu'il soit difficile, voire impossible, de confier des mandats hors du Team.

Le non-remplacement de la cheffe de projet a marqué l'abandon des rôles hiérarchiques dans le Team. Le travail est désormais divisé selon les objectifs et réalisé avec l'appui du secrétariat et d'aides ponctuelles. Chaque collaboratrice est devenue responsable de son secteur face au Bureau. Cette nouvelle organisation rapproche le Team des membres du Bureau et diminue la cohésion et l'isolement du Team.

Ces modifications ne changent cependant en rien les recommandations faites au Bureau élargi du 8 juillet 1994 à propos du fonctionnement de Santé-Jeunesse dans l'avenir immédiat. Rapidement résumées ces recommandations étaient les suivantes.

- Il faut profiter du potentiel et de la diversité présents au sein du Comité Directeur. Il est par exemple possible de le transformer en "Think Tank" pour l'avenir de Santé-Jeunesse.
- Santé-Jeunesse doit offrir aux acteurs des opportunités de collaborer concrètement dans leurs domaines respectifs. Pour ce faire, il est possible de créer des groupes de travail sur la base des collaborations bilatérales existantes.
- Santé-Jeunesse doit minimiser les coûts de mise en réseau en utilisant ceux qui existent déjà et adopter une position "d'entrepreneurship" en établissant des liens là où ils n'existent pas.
- Santé-Jeunesse doit poursuivre les collaborations avec les écoles et les institutions auxquelles le Team ou les membres du Comité Directeur participent.
- Santé-Jeunesse doit encore développer sa connaissance des différents acteurs et terrains d'actions possibles de la promotion de la santé en milieu scolaire.
- Il est nécessaire de définir précisément les tâches à réaliser, de proposer une division du travail dans le Team ainsi qu'un cahier des charges précis avant d'engager une personne pour remplacer la cheffe de projet.

La structure mise en place pour le projet Santé-Jeunesse n'a visiblement pas fonctionné comme attendu. Nous l'avons vu, de sérieux problèmes sont apparus dans la définition des objectifs, des tâches et des critères d'évaluation, dans la prise de décisions et dans la direction du projet. Mais les analyses présentées ne parlent pas de ce qui s'est passé sur les terrains touchés par le projet, ni des attentes des acteurs de la santé et des écoles face à Santé-Jeunesse, ni des réalisations locales ou régionales qui se sont développées avec le soutien de Santé-Jeunesse.

Action pratique du projet Santé-Jeunesse

Caractéristiques des expériences pilotes

Les projets pilotes ont eu lieu dans toute la Suisse. Onze cantons ont participé aux réseaux européen et suisse. Les écoles concernées se situent aussi bien dans des grandes villes: St-Gall, Genève, ou Berne, que dans des villes moyennes: la Chaux-de-Fonds, Neuchâtel, Sarnen, Sion, Thun, ou Yverdon, ou dans des communes plus petites: Entfelden, Kaiserstuhl, Savosa, Spiegel, Versoix, Vicques, ou Wolhusen. Bien que les deux réseaux animés par Santé-Jeunesse ne soient qu'un ensemble d'expériences pilotes, les actions auxquelles elles ont donné lieu ont touché un nombre significatif d'élèves des différents niveaux d'enseignement dans tout le pays:

Primaire	environ 2'930 élèves	sur 423'399 en Suisse soit	0,7 %
Secondaire I	environ 7'150 élèves	sur 287'243 en Suisse soit	2,5 %
Secondaire II	environ 8'700 élèves	sur 278'207 en Suisse soit	3,1 %
Tertiaire non universitaire	environ 300 élèves*	sur 57'627 en Suisse soit	0,5 %

*Dans ce dernier cas il s'agit de formateurs et d'éducateurs.

Les personnes clés dans les écoles sont les responsables de projets. Ces responsables ont animé les projets, ils sont restés en lien avec le Team SJ et ont participé aux activités des réseaux. De nombreuses autres personnes appartenant à l'école et à son environnement ont participé aux projets de santé: autorités scolaires, enseignants, spécialistes scolaires, élèves, parents d'élèves, spécialistes des services de santé ou des services sociaux, formateurs d'adultes, intervenants spécifiques, représentants d'associations, autorités communales ou cantonales.

La création de groupes de santé au sein des écoles a permis d'intégrer les intervenants extérieurs. Ils ont également permis d'accroître la collaboration entre les multiples acteurs de l'école. Ces groupes ont favorisé l'ouverture des projets sur l'environnement institutionnel, social et économique de l'école afin d'y trouver: des ressources, des compétences absentes ou rares à l'école et des personnes accordant leur appui aux actions entreprises. Ces groupes ont largement favorisé l'implication des acteurs scolaires et la pérennité des projets de santé, qui, dans l'optique de Santé-Jeunesse, sont deux critères du succès d'un projet de santé à l'école.

Les actions entreprises dans les écoles ont été très nombreuses. Certaines entraient dans le cadre de Santé-Jeunesse, d'autres avaient été engagées préalablement, certaines, enfin, dépassent les attentes formulées pour les écoles appartenant à l'un ou l'autre réseau. Des actions de santé ont donné lieu au développement de nouveaux matériels pédagogiques, d'autres ont utilisé ou adapté des matériels existants. Certaines écoles ont développé un ensemble d'actions complémentaires sur des thèmes spécifiques, d'autres ont organisé une action d'envergure sur un thème général permettant d'aborder plusieurs aspects de la santé à l'école. Pour l'ensemble des écoles concernées, on compte au total quatre-vingt trois actions de santé.

Toutes ces actions ont nécessité des ressources importantes: temps de travail, dépenses courantes, matériels, interventions de spécialistes, temps des élèves, etc. Les ressources des

écoles sont rares, elles proviennent le plus souvent de sources locales ou cantonales: les Départements de la Santé ou les Service de santé scolaire, les décharges horaires des enseignants, les "détournement" de cours généraux ou de temps de formation des enseignants, les centres de prévention, les services sociaux ou les services médico-pédagogiques, le bénévolat des enseignants, des spécialistes ou des intervenants extérieurs, des financements spéciaux de la commune, du canton ou de mécènes privés.

Les entretiens menés auprès des responsables de projet montrent que ceux-ci appartiennent au minimum à un réseau local, souvent cantonal et ont, plus rarement, des contacts au niveau national. Les institutions locales fournissent généralement les ressources matérielles et les collaborations nécessaires aux actions. Les institutions de niveau suisse apportent des informations, des matériels, des approches théoriques, des possibilités d'évaluation ou de diffusion. Les liens des responsables de projet avec les institutions nationales sont assez lâches: contacts souvent indirects, peu d'appartenance ou de délégation de tâches.

Il est clair que Santé-Jeunesse agit comme une instance de niveau suisse en diffusant de l'information, en généralisant un cadre conceptuel, en suggérant des actions de santé et en apportant des conseils pour leur réalisation. Mais dans le même temps, les responsables de projet disent souvent attendre de Santé-Jeunesse les ressources matérielles propres à une instance locale: budget de prévention, financement de cours, défraiement de spécialistes, frais de production d'outils pédagogiques, collaboration plus étroite, etc. que le Team est bien en peine de leur accorder. Les responsables de projet ont pu mobiliser leur réseau local pour réunir ces moyens d'action et cela les a obligés à intégrer, dans le développement de leur projet, des acteurs qui se seraient vus sinon exclus d'une action purement scolaire. Les liens entretenus avec Santé-Jeunesse et les autres instances suisses ont un rôle de stimulation et d'ouverture. Ces liens procurent aux acteurs locaux des cadres de référence pour l'action concrète: des objectifs, des méthodes, des exemples. C'est par ce type de lien que des informations essentielles passent d'un lieu à l'autre.

En revanche, les liens horizontaux entre projets sont rares mais, lorsqu'ils se sont établis, ils ont donné lieu à des échanges fructueux. L'organisation de réunions des responsables de projet et de colloques thématiques n'a pas suffi à créer ces liens qui devraient permettre l'échange d'expériences entre les écoles.

Deux modèles de développement de projets pilotes

L'analyse détaillée de sept projets montre qu'il existe deux modèles ou scénarios de développement des projets Santé-Jeunesse dans les systèmes scolaires.

Dans le scénario REPONSE: Yverdon, Sarnen, Centre Professionnel du Littoral Neuchâtelois (CPLN), le développement du projet REEPS ou réseau suisse répond à une demande de SJ adressée au système scolaire cantonal. Cette réponse peut être l'élaboration d'un projet ad hoc ou la mise en évidence d'un travail préexistant dans un établissement particulier. La sollicitation de SJ s'adresse aux autorités scolaires, qui orientent la demande aux instances les plus à même d'y répondre: bureau de santé, commission cantonale de santé scolaire, directions d'école. La réponse dépend alors des préoccupations de ces instances et de l'existence dans les écoles de terrains favorables au développement d'un projet de santé. C'est-à-dire de personnes ou de groupes disposant des compétences, des ressources et des motivations nécessaires au développement d'un projet de santé. Les responsables de projet ou les groupes de santé

mobilisent les ressources disponibles dans l'école et son environnement direct. Le projet de santé se centre sur l'établissement scolaire et y exerce principalement ses effets.

Dans le scénario SYNERGIE: Val Terbi, Centre Professionnel du Jura Neuchâtelois (CPJN), Lehrerseminar Thun, St Gall, la demande de Santé-Jeunesse rencontre une dynamique de changement préexistante dans les systèmes scolaire ou de santé. La demande de SJ est ensuite intégrée dans cette dynamique et la réponse dépasse alors largement la portée de la demande. L'intégration de Santé-Jeunesse dans la dynamique ou la réforme en cours n'est pas obligatoire. Certaines autorités cantonales ont argué des modifications en cours pour refuser l'offre de participation au réseau REEPS. La dynamique de changement se manifeste, dans les quatre cas étudiés en détail, par une redéfinition des objectifs et des méthodes de la santé scolaire. Cette dynamique peut être instaurée par les autorités cantonales ou communales mais elle modifie forcément les liens entre les départements ou les services sanitaires et scolaires. Dans ce scénario, les actions de santé visent tout le système scolaire ou l'ensemble des jeunes d'une communauté. Les intervenants proviennent plutôt des services de santé et les enseignants ne sont concernés que s'ils ont ou acquièrent une formation spécifique. Les actions ont des objectifs à plus long terme: développement d'une formation des enseignants à la promotion de la santé, intégration de la santé dans un enseignement général ou développement et gestion de multiples actions de santé en collaboration avec les écoles.

L'effet de Santé-Jeunesse sur les projets cantonaux

Dans les deux scénarios, SJ a des rôles distincts dans le démarrage et le développement des projets. Les offres de participation des écoles adressées par SJ aux exécutifs cantonaux ont fonctionné comme un signal des intentions de l'OFSP et de la CDIP en matière de santé scolaire. Il en a été de même pour les demandes d'information sur les réalisations cantonales en matière d'éducation et de formation à la santé. Il faut noter que les demandes formelles faites par le Team et les discussions plus informelles des membres du Comité Directeur avec des correspondants locaux se sont réciproquement renforcées.

Dans le scénario REPONSE, l'offre de Santé-Jeunesse a permis de mettre en évidence des actions de santé locales qui n'étaient pas reconnues et d'ouvrir ces actions sur l'ensemble de la Suisse. Dans certains cas la demande de Santé-Jeunesse a, en plus, initié le projet de santé.

Dans le scénario SYNERGIE, la demande de Santé-Jeunesse a offert un renforcement positif aux acteurs ayant déjà mis en place des projets de santé à l'école. De plus, elle leur a permis de trouver des appuis au sein de l'administration ou de l'exécutif cantonal.

De l'avis général des responsables de projet, Santé-Jeunesse a eu un effet d'impulsion sur ce qui existait déjà et plus particulièrement auprès des autorités scolaires. Santé-Jeunesse est un catalyseur: il permet de prendre conscience que les autres écoles ont les mêmes problèmes. Enfin, Santé-Jeunesse apporte un appui conceptuel, de l'information, des conseils et permet d'articuler le local, le régional et le national alors que les intervenants se voient comme seuls dans la prévention. En revanche, ils regrettent que Santé-Jeunesse n'apporte pas de financement et que le temps de collaboration avec le Team soit si restreint.

La collaboration avec les responsables de projet

Le rattachement du mandat REEPS à celui de Santé-Jeunesse a provoqué une urgence d'action et une centration sur les établissements. L'action du Team Santé-Jeunesse s'est donc adressée

en priorité aux projets d'école. Les personnes interrogées relèvent l'utilité des contacts, notamment pour l'établissement, d'une approche cohérente des actions de santé pour l'organisation d'un groupe responsable du projet, pour l'information à propos des ressources, des compétences et des moyens didactiques et pour l'ouverture du projet sur l'environnement de l'école.

L'effet de ces collaborations est évidemment plus net dans les scénarios de type REPONSE que dans les scénarios de type SYNERGIE, où un processus de réforme était déjà initié. Dans les premiers cas, les collaborations, trop rares au dire de nombreux responsables, ont fortement stimulé tous les acteurs qui, comme le dit l'un d'entre eux, n'en auraient pas fait autant sans Santé-Jeunesse. Dans les derniers cas et dès le départ, les projets étaient le plus souvent gérés par des groupes, ils s'inspiraient d'une conception globale de la santé à l'école et ils essayaient d'impliquer le plus grand nombre possible d'acteurs autour de et dans l'école. Santé-Jeunesse ne représente alors qu'un intervenant parmi d'autres.

Les échanges entre expériences locales

L'un des rôles attribués à Santé-Jeunesse était de favoriser les échanges entre les acteurs des différents projets par des rencontres et des colloques. Quasiment toutes les personnes interrogées reconnaissent que les différentes réunions ont été des occasions de rencontres et de contacts mais que les concrétisations de ces contacts ont été peu nombreuses.

En revanche, il faut noter l'effet de stimulation des réseaux locaux produit par le développement des projets REEPS. La recherche de ressources auprès des acteurs locaux, appartenant ou non à l'école, a demandé de nombreux contacts, ce qui a activé les liens entre le responsable de projet et les différents acteurs, ainsi qu'entre ces derniers. Les groupes de santé, créés à l'occasion des projets, ont encore renforcé ces liens. Se sont ainsi créés, autour des projets de promotion de la santé, des réseaux locaux permettant de récolter et de diffuser de l'information, de mobiliser des ressources, de trouver des compétences particulières ou encore d'impliquer certaines instances. Ces réseaux ne constituent pas des cercles fermés, ils sont ouverts sur l'extérieur et dépassent souvent les limites cantonales. C'est à travers ces réseaux locaux que certains responsables d'écoles ont été informés de l'existence de REEPS et de Santé-Jeunesse et qu'ils ont pu inscrire leur école dans le réseau REEPS.

Portabilité et développement des projets REEPS

Ce point met en évidence les différences observées entre les deux scénarios. Dans les deux cas, le contexte a une forte influence sur la forme et sur le contenu des actions de santé entreprises. Dans le scénario de type REPONSE, le contexte scolaire et local délimite très clairement la portée de l'action: elle reste centrée sur l'établissement scolaire. Elle est de ce fait nettement définie et, en théorie, transposable dans un autre établissement scolaire. Les responsables de ces trois projets envisagent de poursuivre des activités de promotion de la santé mais aucun ne dispose d'un moyen de transposer l'expérience dans le reste du système scolaire cantonal.

Au contraire, dans le scénarios de type SYNERGIE les projets d'école sont intégrés dans une dynamique de promotion de la santé, qui étend ses effets au-delà de l'école qui porte le projet. Le projet de santé développé par l'école n'est qu'une partie de la dynamique générale de promotion de la santé à l'école; il n'est pas obligatoirement transposable en tant que tel dans les autres établissements mais il peut servir de modèle de développement.

Bien qu'il ne corresponde pas précisément au modèle proposé par REEPS, le deuxième scénario est plus efficace pour étendre les actions de prévention et de promotion de la santé à l'ensemble des élèves du système scolaire.

La bonne pratique du développement des projets de santé dans les écoles

Les exemples de bonne pratique relevés lors de l'étude approfondie des cas exemplaires l'ont été dans la mesure où, dans le contexte particulier d'un projet, ils apportaient une amélioration observable dans son déroulement et dans la complétude de ses objectifs. Certains exemples étaient mis en évidence par nos interlocuteurs, d'autres nous sont apparus lors de la reconstitution du déroulement des projets.

L'organisation des groupes de santé constitue un apport indéniable à la mise en place des projets. L'insistance du Team Santé-Jeunesse sur la constitution d'un tel groupe se justifie parfaitement. Les solutions pratiques sont diverses mais toutes remplissent au moins l'une des fonctions suivantes: information des acteurs ou de l'environnement de l'école, mobilisation des ressources ou des acteurs, développement d'une approche commune, division des tâches, recherche d'informations hors de l'école, gestion des ressources ou intégration des acteurs.

L'adoption, par les groupes de santé ou les responsables, d'une conception large de la santé et de sa promotion dans l'école est un élément très positif, non seulement au vu des objectifs de Santé-Jeunesse, mais également dans ses effets sur le terrain. Une conception large de la santé touche les intérêts d'un plus grand nombre d'acteurs dans le système scolaire et l'environnement de l'école. Elle s'intègre également plus facilement dans toutes sortes de préoccupations déjà existantes au sein de l'école.

L'adaptation des actions aux structures scolaires existantes permet de diminuer les coûts d'organisation des actions de santé. Le travail par bâtiments scolaires, par classes, par équipes d'enseignants permet de profiter des collaborations déjà établies dans d'autres domaines, il évite également de mettre sur pied et de gérer des structures particulières.

L'implication des élèves dans les actions de santé n'est pas évidente si l'on applique des méthodes de prévention spécifiques bien connues: cours ou conférences sur un thème particulier, visites d'expositions, interventions d'un spécialiste, etc. En revanche, le développement de cours et de conférences par des élèves accompagnés d'enseignants, la réalisation d'un parcours de santé ou d'une exposition par les élèves, ou la création d'objets utilisés dans l'amélioration du bien-être permettent aux élèves d'avoir un rôle actif et d'orienter les actions de santé.

Le développement d'actions de santé au sein des établissements scolaires a souvent révélé la richesse insoupçonnée des compétences des personnes présentes. Les établissements ont souvent découvert qu'ils disposaient dans leur environnement proche de ressources de toutes sortes pouvant être employées à la réalisation d'actions de santé.

L'ouverture du milieu scolaire sur son environnement proche est l'une des recommandations faite par le Team Santé-Jeunesse. Elle est très directement réalisée à travers la recherche et la mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation des actions de santé.

Dans certains projets, l'évaluation du processus ou des résultats de l'action de santé a été intégrée dès la conception. Dans d'autres, son absence est ressentie comme un manque. Il faut

au moins relever le rôle de mise au point et d'orientation qu'ont pu avoir des moyens d'évaluation même sommaires: changement de public ou de thème, modification du matériel pédagogique ou de la forme de l'action.

L'utilisation de matériels préexistants, même au prix de leur adaptation, a été un moyen efficace de diminuer les coûts des actions de santé ou de les enrichir sans y consacrer l'essentiel des ressources disponibles.

Recommandations finales

Pour conclure ce rapport d'évaluation, il nous semble important d'intégrer les conclusions que nous avons pu tirer des trois phases d'analyse et d'ouvrir des perspectives pour un futur projet. C'est pourquoi nous proposons de faire une série de recommandations qui synthétisent nos conclusions sur le fonctionnement de la structure mise en place, celles tirées de la comparaison des différents projets développés par les écoles et celles concernant les projets exemplaires.

Donner une orientation claire au projet

La première recommandation n'étonnera personne. Les initiateurs du nouveau projet SJ se doivent impérativement de définir précisément les objectifs du projet avant de le mettre en place. Outre ces objectifs, les initiateurs doivent fixer les étapes par lesquelles le nouveau projet doit passer et les résultats qu'il doit avoir atteints à chacune de ces étapes.

Si le nouveau projet se dirige vers la diffusion et la mise en pratique d'une nouvelle conception de la santé à l'école, il est nécessaire qu'un groupe composé de personnes intéressées à cette nouvelle conception, dont les compétences sont reconnues dans les milieux concernés (OFSP, CDIP, Départements de l'action sociale, médecine scolaire, recherche et développement pédagogique, etc.) définisse cette nouvelle approche et en devienne le garant.

Ce groupe doit avoir uniquement une fonction d'orientation. Il doit devenir le "gardien de la loi". Ce groupe doit pouvoir connaître et évaluer les actions entreprises dans les différents systèmes scolaires et en certifier la conformité aux objectifs originaux.

Toucher l'ensemble des systèmes scolaires

Il est impossible, dans le nouveau projet, de refaire avec l'ensemble des écoles suisses ce qui a été fait avec 19 établissements. Cela demanderait 30 fois plus de ressources.

Plutôt que de créer un réseau regroupant de plus en plus d'établissements scolaires, le nouveau projet doit utiliser les réseaux existants au niveau local autour des groupes ou commissions de santé, des centres de prévention, des services de santé, des institutions pédagogiques ou des acteurs principaux, pour diffuser sa conception de la santé à l'école.

Il doit favoriser les contacts entre les membres des différents réseaux locaux pour les rendre plus riches et plus efficaces.

Le projet ne doit plus s'attacher à faire "entrer la santé à l'école", mais bien plutôt à favoriser l'action des instances locales en observant ce qui est fait, en leur montrant ce qui peut être fait, en leur indiquant à qui s'adresser, en leur disant où trouver les ressources nécessaires, en appuyant leur action au sein de l'école par des demandes et des suggestions aux autorités politiques.

Plutôt que de se focaliser sur des établissements scolaires, le projet doit s'adresser à des Départements, à des communes, à des services de l'Etat, à des centres de prévention ou à d'autres instances, étatiques ou non, qui agissent déjà au sein des écoles.

Le projet sera d'autant plus efficace que ses membres seront attentifs aux réalisations des différents acteurs, aux ressources dont ils disposent et aux changements en cours dans les systèmes scolaires et de santé.

Il est plus efficace de profiter des dynamiques locales que d'essayer de les déclencher.

Devenir la mémoire active du développement des actions de santé dans le système scolaire

Santé-Jeunesse doit aller chercher des informations sur les personnes, les instances communales, locales, cantonales, régionales et nationales, les organisations, les groupes formels et informels, les projets, les approches, les actions, les moyens pédagogiques, les résultats de ces actions.

Compter sur le devoir d'informer n'est pas suffisant, il s'agit d'entreprendre une recherche active de l'information sur les activités de santé à l'école.

SJ doit mettre en forme ces informations, les mettre à jour, les traduire et les augmenter continuellement. Elles doivent constituer un outil de travail central pour tous les membres de Santé-Jeunesse. Le simple stockage des informations dans une base de données est un moyen coûteux de les oublier.

Il faut développer un outil d'information, pas un stockage.

SJ doit retourner ces informations à ceux qu'elles concernent et à ceux qu'elles pourraient concerner. Le retour d'information doit être ciblé mais large, il doit prendre des formes diverses, à travers des colloques locaux ou nationaux, à travers un bulletin d'information largement distribué (encartage, adressage, mise à disposition), sous forme de guichet d'information, à travers les contacts, les visites et les présentations.

SJ doit diffuser ses outils et ses connaissances.

SJ ne peut pas se contenter d'être une plaque tournante qui attend des informations, les stocke, puis attend des demandes. SJ doit devenir la mémoire active des actions de santé à l'école.

Financer des projets ou aider à trouver des ressources

Le nouveau projet doit comprendre une définition claire de son rôle dans la mise à disposition de ressources et de financements pour les actions locales entreprises.

S'il y a financement, le projet doit dès le départ définir ce qui est financé: des postes, des indemnités, des mandats, la production de matériels, leur acquisition, leur diffusion, des déplacements, etc. Il doit définir également les conditions d'obtention de ces financements: cofinancement, contrôle des mandataires, destinataires, emploi des fonds, objectifs à réaliser, etc.

Une autre manière de trouver des ressources est d'aider les acteurs locaux à mobiliser celles disponibles dans leur réseau et dans l'environnement proche.

Sur les sept projets détaillés, cinq sont parvenus à trouver des sources de financement extérieures au système scolaire. Tous ont su mobiliser le temps de travail et les compétences particulières des différents autres acteurs.

Les projets ne peuvent se baser totalement sur le bénévolat, qui a été largement mis à contribution dans les projets d'établissement, mais il est important de faire participer largement les différents acteurs et les instances locales.

Leur demander d'y investir du temps et des savoir-faire les implique fortement dans les actions.